



Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde*

The (un)receptive experiences of female rape victims who seek healthcare services

Vivencia de (des)acogimiento por mujeres víctimas de estupro que buscan los servicios de salud

Luciana de Amorim Barros¹, Maria Cicera dos Santos de Albuquerque², Nadirlene Pereira Gomes³, Jorge Luís de Souza Riscado⁴, Bárbara Régia Oliveira de Araújo¹, Júlia Renata Fernandes de Magalhães⁵

* Extraído da dissertação "Vivência de (des) acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, 2013.

¹ Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

² Professora Associada, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

³ Professora Adjunta, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

⁴ Professor Associado, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

⁵ Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To know the structure and functioning of healthcare services from the perspective of women who have suffered rape. **Method:** A qualitative study conducted with 11 women who experienced rape, monitored in a maternity in the state of Alagoas, Brazil. Data were systematically based on content analysis. **Results:** It allowed for understanding the path taken by women in search of support from health services, as well as the limitations and capabilities of these services. **Conclusion:** The assistance received in healthcare services leans towards a revictimization process of women who already carry trauma from the rape. It is necessary to reflect about care practices aimed at sexually victimized women.

DESCRIPTORS

Sexual Violence; Violence Against Women; Rape; Health Services; User Embrace.

Autor Correspondente:

Júlia Renata Fernandes de Magalhães
Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia
Rua Basílio da Gama, S/N - Campus Universitário, Bairro Canela
CEP 40110-060 - Salvador, BA, Brasil
julinha_cte@hotmail.com

Recebido: 16/04/2014
Aprovado: 12/01/2015

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher consiste em um problema de saúde pública, o que alerta para a importância dos profissionais perceberem esse agravo como objeto da saúde. No que se refere à violência sexual, em 2011, foram realizados mais de 13 mil atendimentos de mulheres no âmbito do SUS, com destaque para o estupro⁽¹⁾.

Em 2013, a maternidade de referência para atendimento à mulher em situação de violência sexual do estado de Alagoas, Brasil, registrou 91 atendimentos de violência sexual. No entanto, esse número não representa a realidade de casos no Estado, visto que, em 2012, as autoridades policiais registraram 458 casos de estupro⁽²⁾. Esses números evidenciam que a referida maternidade, apesar de serviço de referência, recebe em média 20% dos casos de estupro ocorridos no Estado. Se considerarmos a estimativa de que menos de 20% destes crimes chegam ao conhecimento das autoridades policiais⁽³⁾, fica claro que as estatísticas nos campos da saúde e jurídico-policial não expressam a totalidade dos casos. Revela-se a subnotificação do estupro no Brasil.

A desinformação quanto à necessidade de profilaxia de doenças contribui para que as mulheres, após sofrerem o estupro, procurem primeiramente a delegacia e/ou o Instituto Médico Legal (IML)⁽⁴⁾. Todavia, a busca privilegiada por serviços que não sejam do âmbito da saúde as vulnerabiliza para problemas, tais como contaminação por DST e o estresse pós-traumático⁽⁵⁾. O cuidado integral à mulher requer a articulação entre os serviços. No cenário da saúde, é importante que este não se limite ao saber técnico, mas assegure os princípios do acolhimento⁽⁶⁾.

O acolhimento vem ganhando força e espaço de discussão nos últimos anos, sobretudo após o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH). Entretanto, ainda são escassos os estudos que relacionem acolhimento e estupro. Pesquisa na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), no ano de 2011, encontrou apenas 28 estudos utilizando os descritores estupro e mulheres. Cruzando-se os descritores estupro e acolhimento, o resultado da busca mostra apenas um estudo. Estudos sobre o acolhimento são necessários para melhor qualificar o atendimento nos serviços de saúde às mulheres em situação de violência sexual.

Considerando a lacuna de pesquisas sobre a temática, foi proposto escutá-las sobre como compreendem a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde de referência para atendimento a vítimas de estupro. Nesta perspectiva, emergiu o seguinte questionamento: *Como se deu a vivência de mulheres nos serviços de saúde de referência para atendimento a vítimas de estupro?* Diante o exposto, delineou-se como objetivo do estudo: conhecer a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde a partir da fala de mulheres que vivenciaram o estupro.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com 11 mulheres que vivenciaram o estupro e foram atendidas no ambulatório de uma maternidade referência para o atendi-

mento à mulher em situação de violência sexual, no estado de Alagoas, Brasil.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estar em acompanhamento no ambulatório da maternidade em decorrência da vivência de estupro; e ter idade superior a 18 anos. O único critério de exclusão foi a não recomendação por parte da psicóloga da unidade, após avaliação do estado emocional da mulher. O número de sujeitos foi definido a partir dos critérios de exaustividade, representatividade e pertinência.

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo CEP/UFAL sob o nº 16313413.9.0000.5013 e atendeu aos princípios éticos preconizados pela Resolução 466/2012, sendo respeitados os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência e justiça. Esclareceu-se que a participação é voluntária, podendo a mulher desistir em qualquer fase do estudo, sem que houvesse qualquer prejuízo em seu atendimento no serviço. Informou-se ainda sobre o direito à privacidade e confidencialidade das informações, sendo as mesmas identificadas por nomes fictícios. Não houve recusa por parte das mulheres convidadas a participar do estudo, de modo que todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas aconteceram individualmente, no espaço físico do ambulatório da maternidade, e tiveram como guia um roteiro contendo questões relacionadas à estrutura e ao atendimento recebido no serviço de saúde. Tais questões permitiram à mulher falar livremente, e ao mesmo tempo direcionaram a entrevista aos aspectos da experiência vivenciada no acolhimento dos serviços de saúde.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento das mulheres e transcritas na íntegra, com apoio do programa Word. A média do tempo de duração foi de aproximadamente 30 minutos, sofrendo variação de 20 minutos a 1 hora e 20 minutos. Os dados foram coletados entre os meses de julho e novembro de 2013.

Para a sistematização e análise das entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Realizou-se primeiramente uma leitura flutuante do material para constituição do *corpus*, a partir da organização do conjunto de documentos, considerando-se os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade, a fim de apreender a significação central do conceito, a partir da qual emergem as categorias de codificação.

Em seguida, foi realizada a exploração do material através de uma leitura exaustiva dos depoimentos para o delineamento das unidades de sentido, identificadas a partir da organização das expressões ou palavras significativas por semelhança de conteúdo⁽⁷⁾. Essa etapa consiste essencialmente em uma operação classificatória, o que permitiu que surgissem as categorias empíricas.

Por fim, os dados foram interpretados e respaldados tomando como eixo norteador o Acolhimento, partindo do seguinte marco teórico-conceitual: compreende-se o acolhimento como tecnologia relacional, sendo uma tecnologia leve, significativa no processo de trabalho em saúde, que se expressa como uma das diretrizes de maior relevância

ética, estética e política da PNH: ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro; estética porque traz, para as relações e encontros diários, estratégias que contribuem para a dignificação da vida; e política porque implica o compromisso coletivo, potencializando protagonismos. Neste sentido, o diálogo com os achados foi realizado a partir da percepção de acolhimento enquanto “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender”⁽⁵⁾.

RESULTADOS

O estudo permitiu compreender o caminho percorrido pela mulher na busca de apoio junto aos serviços de saúde, bem como as limitações e potencialidades destes, conforme elucidam as categorias a seguir:

O CAMINHO PERCORRIDO NA BUSCA DE APOIO JUNTO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As falas revelaram que a maternidade e o hospital-escola do município são referências para os casos de violência sexual, sendo a maternidade porta de entrada e responsável pelo encaminhamento para o hospital e para o serviço ambulatorial.

Das 11 mulheres entrevistadas, sete chegaram à maternidade no mesmo dia em que ocorreu o estupro e quatro delas chegaram no dia seguinte. Na maternidade, essas mulheres recebem acolhimento multiprofissional e fazem uso de medicações profiláticas para DST não virais e contracepção, vacina e imunoglobulina para hepatite B e realizam exames laboratoriais. Em seguida, são encaminhadas para o hospital, onde recebem quimioprofilaxia antirretroviral. Tal encaminhamento é confirmado nas falas:

A assistente social (da maternidade) deu o maior apoio. Ela ficou ligando o tempo todo para o motorista da ambulância, para ele levar a gente para o hospital (Rosa).

(...) na maternidade perguntaram: Você está de carro? A gente pode levar você na ambulância para o hospital (Violeta).

Uma das entrevistadas, contudo, lamentou não ter recebido orientação quando atendida no serviço de emergência da maternidade:

(...) recebemos a ligação dizendo que ela se esqueceu de nos mandar para o hospital para tomar (o antirretroviral). Fomos e quando chegamos lá, não tínhamos o encaminhamento e a gente teve que voltar novamente para maternidade (Iris).

As falas assinalam que a primeira consulta no ambulatório é agendada com brevidade, ainda na mesma semana do atendimento emergencial:

(...) quando viram meu caso, disse: você já está agendada aqui, para hoje (...) disseram que eu seria acompanhada durante seis meses (Violeta).

(...) a assistente social (da maternidade) disse: Você vai ter um atendimento durante um ano

mais ou menos no ambulatório, onde você vai ter apoio psicológico, apoio do ginecologista. (...) Elas marcaram para uma quinta-feira seguinte à violência (Margarida).

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

(...) na maternidade, fizeram todo o processo para eu vir para cá (ambulatório). Explicou que eu tinha que pegar os exames aqui; que eu não deixasse de vir ao psicólogo, assistente social e ginecologista. Queria marcar para o outro dia, mas, como eu moro distante, eu disse: não (Gardênia).

(...) passei muito tempo sem procurar atendimento. Agendaram-me, mas eu não fui ao ambulatório. Nunca me ligaram perguntando o porquê de eu não ter comparecido à consulta. Depois de cinco meses, procurei o serviço para efetuar uma remarcação por telefone, mas não foi possível e tive que ir à maternidade para remarcar. (...) no dia da consulta, a psicóloga não foi. Disseram que ligariam para remarcar e até hoje não recebi este telefonema (Margarida).

Dentre as 11 entrevistadas, apenas três receberam acompanhamento ambulatorial no período de até uma semana após o estupro; cinco mulheres na segunda semana; duas levaram quase um mês; e uma buscou o atendimento quatro meses decorrido o estupro.

LIMITAÇÕES DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

As mulheres entrevistadas revelaram as limitações dos serviços de saúde, relacionadas à insuficiência de recursos humanos, à demora no atendimento, à qualificação profissional e à estrutura física inadequada.

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

(...) é um atendimento para as grávidas e para a gente (Lilac).

Eu acho que deveria colocar mais médicos nas unidades públicas. Estava cheio de gente, muitas gestantes pelos corredores. (...) tinham quatro gestantes gritando de dor (...) foi o maior aperto (Violeta).

Nesse contexto, as mulheres queixaram-se do tempo de atendimento nos espaços da saúde. Em alguns casos, este atendimento demorado gera cansaço e dor:

Cheguei à maternidade era meia-noite. Eu só fui ser atendida umas 5 horas da manhã. Saí da maternidade por volta de umas 8 horas. (...) tudo isso é demorado (Girassol).

Quando terminou na maternidade já era meia-noite (...) demorou mais ainda no hospital. (...) a gente já estava muito cansada. Toda cheia de dor. O dia todo! (Rosa).

Além da morosidade para o atendimento, o estudo sinaliza a necessidade de qualificação profissional para o atendimento à mulher em situação de violência sexual:

(...) é um assunto que ninguém sabe o que dizer; ninguém sabe como agir. (...) a médica (do hospital do interior) nem para minha cara olhou (Gardênia).

(...) a cadeira não era muito confortável, mas deu para sentar (Girassol).

Além disso, as entrevistadas consideraram que a estrutura da maternidade não é adequada para o acolhimento à mulher que vivenciou estupro, lastimando, sobretudo a falta de privacidade para conversar com o profissional sobre o acontecido.

(...) deveria ter uma formação para esses profissionais. (...) meu marido teve que falar perto da outra pessoa. A moça ouviu tudo. (...) ela virou a cara para me olhar. Se tivesse um buraco, eu tinha me enfiado e nunca mais tinha saído dele. (...) depois eu fui buscar os documentos que estavam no meu prontuário e o senhor, que me atendeu, falou umas cinco vezes: estupro, estupro. (...) veio outra moça para me atender e ela me perguntou: o que aconteceu com a senhora? Eu falei: Eu sou vítima de violência. Ela disse: Nossa! Onde foi? Na hora você fica com raiva (...) porque ela não precisava perguntar. (...) Eu acho que as pessoas que trabalham lá têm que ter minimamente a sensibilidade de ser mais discretas. (Margarida).

(...) foi uma sala aberta que tem uma cortina na frente, que passa paciente, passa enfermeiro, passa todo mundo para lá e para cá (...) chega uma pessoa fala, chega outra pessoa entra (...) não tem privacidade. (...) tem que ser em uma sala fechada, por ser um ato tão constrangedor. (...) às vezes, eu até queria conversar um pouco mais, mas chegava um e tirava a concentração (Violeta).

POTENCIALIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE RECONHECIDAS PELAS MULHERES VITIMADAS

Embora as subcategorias anteriormente referidas desvelam entraves enfrentados por mulheres que vivenciaram estupro em busca por cuidado à saúde, as entrevistadas declararam sentirem-se bem acolhidas, protegidas e cuidadas, reconhecendo as potencialidades destes serviços.

O acolhimento (na maternidade) foi bom. (...) fui muito bem acolhida. (...) a médica [do hospital] disse que se tivesse alguma outra reação voltasse para ela (Gardênia).

(...) tomei os medicamentos, tomei as vacinas, fiz todos os exames. Eu me senti cuidada. (...) o médico do hospital foi ótimo, explicando tudo. (...) Ele passou receita e me levou lá na farmácia, pegou os remédios comigo (Violeta).

(...) uma enfermeira, muito boazinha, conversou, perguntou se eu queria falar sobre o assunto. Eu falei que eu não queria. Ela me informou de tudo que iria acontecer comigo. (...) depois veio a médica, a assistente social, a psicóloga, ou seja, eu não posso me queixar do atendimento. (...) na hora da Benzetacil, veio o rapaz, mas eu falei: o senhor não me leve a mal, mas eu gostaria que viesse uma moça. Ele na mesma hora saiu e veio uma moça (Margarida).

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

DISCUSSÃO

O estudo mostra que as vítimas de estupro se sentem bem acolhidas pelos profissionais dos serviços de saúde, sendo assistidas pela equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Na primeira consulta, recebem medicamentos profiláticos para DST, contracepção de emergência, administração de vacina e imunoglobulina contra hepatite B e, depois de avaliada a necessidade, são encaminhadas para o hospital-escola, onde recebem quimioprofilaxia antirretroviral. As mulheres elogiaram a atenção recebida pelos profissionais, expressa pela cuidadosa orientação sobre as medicações e pela disponibilidade a que se colocaram para atendê-las em caso de efeitos ou reações indesejáveis das drogas. Mulheres vítimas de violência residentes em San José de Guaviare e Quibdó, Colômbia, também percebem que a atenção disponibilizada pelo profissional é essencial para que elas sintam-se cuidadas nos serviços de saúde⁽⁸⁾.

Deve-se integrar no acolhimento à vítima de estupro o adequado esclarecimento sobre o uso das medicações profiláticas e seus possíveis efeitos adversos e orientar meios que possam minimizar tais ocorrências⁽⁹⁾. Respalhando tal conduta, estudo com mulheres que sofreram violência sexual revelou que as enfermeiras tiveram atitude acolhedora durante o atendimento⁽⁶⁾. No âmbito do acolhimento, a escuta qualificada é uma ferramenta essencial para que a mulher vítima de violência sexual seja atendida na perspectiva do cuidado integral, já que, por meio dela, é possível que profissional elabore respostas para as necessidades identificadas, além de otimizar a construção de vínculos, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado⁽⁵⁾. Em se tratando da situação de violência sexual, a escuta pressupõe receber as mulheres, com respeito e solidariedade, buscando formas de compreender suas demandas e expectativas.

O acolhimento às mulheres que foram agredidas sexualmente demanda um ambiente seguro, privado e de respeito à diversidade, uma vez que essas mulheres encontram-se fragilizadas e angustiadas e tendem a sentir vergonha de falar sobre o que aconteceu com elas. Os profissionais que acolhem mulheres agredidas sexualmente também devem possuir capacidade de demonstrar empatia, sensibilidade, uma atitude não paternalista e habilidades de escuta⁽¹⁰⁾, situações que não foram apreciadas pelas entrevistadas. Embora tenham avaliado positivamente a qualidade da relação profissional-cliente, as falas deixaram claro que, com base na vivência das mulheres vítimas de estupro, a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde que integram a rede ainda têm muito a melhorar, a fim de garantir à mulher uma assistência, de fato, acolhedora e resolutiva.

A deficiência de resolutividade pode ser percebida a partir do exemplo de *Iris*, que lamentou não ter sido encaminhada para a realização de profilaxia antirretroviral. Somente depois de cinco dias a mulher recebeu em sua residência uma ligação da maternidade, informando-lhe do esquecimento e orientando-a ao que fazer. Esta desarticulação resultou no descumprimento do que preconiza o Ministério da Saúde (MS), que recomenda a quimioprofilaxia antirretroviral em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido⁽⁵⁾. No caso de *Iris*, podemos considerar que houve risco de complicações.

Pesquisa desenvolvida em São Paulo, Brasil, evidenciou que do total de 59 mulheres atendidas, 90% iniciaram a profilaxia para HIV, porém, apenas 40,7% completaram o tratamento e quase 80% dos casos não concluíram o controle sorológico e acompanhamento ambulatorial, sinalizando falhas assistenciais no que diz respeito à continuidade do seguimento das mulheres vitimadas sexualmente⁽¹¹⁾. A atitude acolhedora na relação enfermeiro-cliente, postura compreensiva e neutra, atenção individualizada, confiança, estabelecimento de empatia e credibilidade no profissional, respeito à privacidade e, principalmente, compreensão das informações são grandes aliados para a melhora da adesão⁽¹²⁾.

No que se refere ao fluxo nos serviços de saúde de referência, as mulheres são agendadas com brevidade para acompanhamento ambulatorial. No entanto, algumas delas só comparecem ao serviço tardiamente. Este fato compromete a continuidade do cuidado à saúde da mulher vítima de estupro, daí a importância de existir uma busca ativa por parte do serviço da maternidade, a fim de evitar situações como a de *Margarida*, que passou quatro meses para comparecer ao ambulatório e, nesse período, não recebeu qualquer ligação do serviço.

Experiências exitosas foram destacadas em um estudo sobre a adesão à quimioprofilaxia antirretroviral pós-exposição em vítimas de violência sexual. Três intervenções foram identificadas como estatisticamente significativas para melhorar a adesão: o aconselhamento por telefone, que levou as participantes à leitura dos folhetos de informações sobre cuidados pós-estupro; diários, que são modelos dirigidos por enfermeiros(as) de apoio e cuidados pós-estupro integrados em serviços hospitalares; e visitas de acompanha-

mento, também orientadas por enfermeiras(os) durante mais de seis meses⁽¹³⁾.

Como parte da equipe multidisciplinar, a Enfermagem tem se esforçado na busca de alternativas que qualifiquem suas práticas de acolhimento⁽⁵⁾. Como estratégia para a organização do serviço, destaca-se a implantação de um protocolo a fim de nortear o cuidar, facilitar o processo de enfermagem e garantir o registro adequado das intervenções⁽⁹⁾.

Outra situação desvelada no estudo refere-se à insuficiência de recursos humanos. No atendimento emergencial da maternidade, as mulheres vítimas de estupro compartilham dos mesmos profissionais que atendem às emergências obstétricas. Após todo o sofrimento da vivência do estupro e peregrinação até a chegada à maternidade, as mulheres ainda precisam aguardar por atendimento. Resultado semelhante foi encontrado em estudo que também apontou baixo número de profissionais em relação à demanda de usuários⁽¹⁴⁾. Assim, nos espaços da saúde que lhe são referência, a mulher vítima de estupro é submetida a um longo tempo de espera. A inexistência de fluxos específicos para o atendimento de mulheres que sofrem violência gera um tempo de espera entre 2 e 4 horas⁽¹⁵⁾. Verifica-se, na vivência das mulheres entrevistadas, que tal demora produz cansaço, estresse e desconforto. A expressão usada por *Rosa* resume tais dificuldades: *Foi muita luta*.

Estudo desenvolvido com 54 profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo em dois estados do norte da Malásia defende que estas devem ser tratadas com sensibilidade pelos serviços de saúde, os quais devem buscar estratégias de cuidado, sem revitimizá-las⁽¹⁶⁾. Deve-se criar condições institucionais de priorizá-las no atendimento. De uma forma geral, o estudo revela que o tempo é uma situação que expõe, mais uma vez, as mulheres. Algumas saem de casa e percorrem cerca de 22 horas contínuas, muitas vezes desacompanhadas, passando por longo período de espera: espera no percurso da residência aos serviços, espera no percurso entre os serviços intersetoriais para chegada no serviço de saúde; espera para os atendimentos.

Nota-se ainda que o ambiente para o atendimento da mulher vítima de estupro exibe uma estrutura física inadequada, sinalizada por mobília desconfortável, espaço físico sem privacidade, uma vez que se trata de sala aberta, separada de outros espaços por cortinas. O local para *acolhimento à mulher* desvela-se como inapropriado, restringindo o diálogo com o profissional, em especial por deixá-la mais envergonhada, e exposta a ter sua história propagada no serviço. Estas inadequações descumprem as recomendações do MS, que preconiza o espaço de atendimento que assegure a privacidade e minimize o desconforto da mulher⁽⁵⁾. Pesquisa revela que centros de saúde e hospitais apresentam similaridades no que diz respeito à falta de espaços reservados para o acolhimento, à demora e à inexistência de fluxos específicos para o atendimento e a impessoalidade⁽¹⁵⁾.

Outra situação que reflete o despreparo profissional pode ser visualizada no relato de *Margarida*, quando, após informar que busca o serviço por conta da exposição ao estupro, a atendente diz: *Nossa! Onde foi?* Esse exemplo si-

naliza que alguns profissionais apresentam dificuldades em relação à abordagem desses casos, muitas vezes emitindo juízo de valor e linguagem inadequada. Na assistência às mulheres agredidas, os enfermeiros e demais profissionais da saúde devem estabelecer uma escuta sem censura, pois essa é uma situação em que a mulher se sente envergonhada e estigmatizada. O profissional precisa refletir e avaliar seus próprios sentimentos e preconceitos, com a finalidade de evitar tal interferência na comunicação com a paciente⁽¹⁷⁾.

O cuidado à mulher vítima de estupro deve ser pautado no princípio do não julgamento da mulher^(10,18). Esta é uma competência que deve ser ensinada e exercitada desde a graduação dos cursos da área da saúde, uma vez que a postura inadequada do profissional, decorrente de crenças e valores pessoais, pode interferir na qualidade da assistência prestada e na adesão ao tratamento⁽¹²⁾. No âmbito da formação acadêmica ou em saúde, a qualificação profissional é um fator que interfere nas diversas maneiras de agir⁽⁶⁾.

O despreparo para atendimento a vítimas de estupro é uma realidade que vai além da relação profissional-usuária, permeada pelo julgamento e preconceitos, revelando um cenário que denuncia a negligência no cuidado à mulher que sofre estupro. Pesquisa realizada nos Estados Unidos com a participação de 642 hospitais revelou que menos de um quinto fornece serviços completos para as pacientes vítimas de agressão sexual⁽¹⁹⁾. É necessário que os profissionais promovam um cuidado que transcenda a abordagem biológica e fragmentada, com foco apenas na administração dos medicamentos.

O modelo médico hegemônico concebe o corpo humano em suas partes e direciona o profissional de saúde para a intervenção no sentido de corrigir as disfunções de um mecanismo específico⁽²⁰⁾. No caso de estupro, fica claro que as ações centram-se na medicalização para prevenção de gravidez e DST, e não necessariamente nas demandas das mulheres, sobretudo no que tange aos aspectos psicológicos. Os procedimentos utilizados neste tipo de atenção ainda são mecanicistas e padronizados⁽²¹⁾.

Pesquisa em Angola mostra que as práticas na atenção às vítimas de estupro assumem um caráter clínico, priorizando o tratamento das lesões físicas, sem contemplar ou contemplando de forma insuficiente a subjetividade e a complexidade dessas situações⁽²²⁾. Estudo realizado nos EUA com mulheres vítimas de abuso sexual chama atenção para além do risco de uma gestação indesejada, enfatizando a vulnerabilidade das mulheres para o uso de drogas, distúrbios psicossomáticos e estresse pós-traumático⁽²³⁾. Na Suécia, das 317 mulheres vítimas de estupro atendidas, 39% tinham desenvolvido transtorno de estresse pós-traumático na avaliação após seis meses, e 47% sofriam de depressão moderada ou grave⁽²⁴⁾.

Considerando a preocupação com o estado emocional, os serviços norte-americanos de cuidado às vítimas de violência sexual utilizam um protocolo de atendimento conhecido como *Sexual Assault Nurse Examiner* (SANE), projetado para atender às necessidades imediatas e prevenção de sequelas. Esse protocolo baseia-se no cuidado integral, visando cinco componentes: cuidado físico; prevenção

de gravidez; triagem de DST; atendimento psicológico; e cuidado legal, para obtenção de provas forenses⁽¹⁵⁾. Sobre o tratamento psicossocial, estudo realizado em 586.582 serviços de emergência dos Estados Unidos apontou que o tratamento psicológico, com apoio das terapias cognitivo-comportamentais, permite que cerca de dois terços das mulheres traumatizadas pela violação sexual tenham uma recuperação capaz de fazê-las seguir em frente com suas vidas⁽²⁵⁾.

Diversas são as demandas relacionadas às consequências do estupro, seja em curto ou longo prazo, dentre as quais: lacerações; hematomas e/ou mau-cheiro nos órgãos genitais; DST; e dificuldades de aprendizagem na escola e de relacionar-se socialmente. Estudo norte-americano estimou que 15,2% das mulheres que sofreram violência sexual referem perseguição durante suas vidas, associada a sentimento de muito medo ou acreditam que elas ou alguém próximo a elas seriam prejudicados ou mortos⁽²⁶⁾. Diante de tais repercussões, é essencial reflexões acerca do atendimento à mulher, a fim de garantir o cuidado em saúde. Para tal, os profissionais precisam estar capacitados para reconhecer as demandas das mulheres, que não se limite ao tratamento físico e à prevenção da gravidez indesejada e DST. É preciso assegurar à mulher o direito ao apoio à saúde mental e social em longo prazo, cuidados que certamente irão contribuir para uma melhor qualidade de vida das mulheres que passaram pela trágica experiência do estupro^(10,18).

Nesse contexto, pode-se dizer que o reconhecimento da violência sexual como um importante agravo à saúde e violação dos direitos humanos tem exigido mais qualificação dos serviços e profissionais que atendem às vítimas⁽²⁷⁾. É preciso uma gestão que repense o cuidado às vítimas de violência sexual à luz da lógica do acolhimento, que busque assegurar um espaço de escuta a partir da valorização dos aspectos da subjetividade, que permitam conhecer suas demandas e assim direcionar a assistência integral e individualizada.

CONCLUSÃO

Diante da vivência de estupro, as mulheres entrevistadas declararam que foram bem acolhidas nos espaços da saúde, especialmente pela atenção recebida pelos profissionais médicos e enfermeiros, assim avaliaram positivamente o serviço. No entanto, as falas apontaram para a inadequada infraestrutura da maternidade, sobretudo por conta da falta de espaço físico para abordagem da mulher com privacidade e do insuficiente quantitativo de recursos humanos, situação que provoca demora no atendimento. Portanto, no que diz respeito aos espaços de saúde, o estudo revela que o atendimento no serviço de saúde é permeado pela demora e pela falta de privacidade. Soma-se ainda a crítica aos funcionários dos serviços que acabam por expor as mulheres e propagar o estupro a que estas foram vitimizadas, desvelando a violência institucional. Essa vivência durante o atendimento recebido nos serviços de saúde favorece um processo de revitimização desta mulher, que já carrega os traumas provenientes do estupro. Tal realidade sinaliza para violência institucional e a necessidade de melhor preparo profissional.

É necessário que se faça uma reflexão acerca das práticas de cuidado que têm sido direcionadas às mulheres vitimadas sexualmente, ressaltando a necessidade de maior preparo dos profissionais que atuam nesses serviços e de uma atenção pautada não apenas nos procedimentos técnicos, mas baseada na humanização e no acolhimento. Este estudo

poderá trazer contribuições ao meio científico, acadêmico, político e social, pois fornece subsídios importantes para a produção do conhecimento sobre a temática e possibilita repensar o cuidado às mulheres em situação de violência sexual, especialmente, às vítimas de estupro.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde a partir da fala de mulheres que vivenciaram o estupro. **Método:** Estudo qualitativo realizado com 11 mulheres com história de estupro, acompanhadas em uma maternidade no estado de Alagoas, Brasil. Os dados foram sistematizados com base na análise de conteúdo. **Resultados:** Permitiram compreender o caminho percorrido pela mulher na busca de apoio junto aos serviços de saúde, bem como as limitações e potencialidades destes. **Conclusão:** O atendimento recebido nos serviços de saúde favorece um processo de revitimização da mulher, que já carrega os traumas provenientes do estupro. Faz-se necessário refletir acerca das práticas de cuidado direcionadas às mulheres vitimadas sexualmente.

DESCRIPTORIOS

Violência Sexual; Violência contra a Mulher; Estupro; Serviços de Saúde; Acolhimento.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la estructura y el funcionamiento de los servicios de salud a partir del relato de mujeres que sufrieron estupro. **Método:** Estudio cualitativo realizado con 11 mujeres con historia de estupro, acompañadas en una maternidad del Estado de Alagoas, Brasil. Los datos fueron sistematizados con base en el análisis de contenido. **Resultados:** Permitieron comprender el camino recorrido por la mujer en la búsqueda de apoyo junto a los servicios de salud, así como las limitaciones y potencialidades de esos. **Conclusión:** La atención recibida en los servicios de salud favorece un proceso de revictimización de la mujer, quien ya carga los traumas provenientes del estupro. Es necesario hacer una reflexión acerca de las prácticas de cuidado dirigidas a las mujeres victimadas sexualmente.

DESCRIPTORES

Violencia Sexual; Violencia contra la Mujer; Violación; Servicios de Salud; Acogimiento.

REFERÊNCIAS

1. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Latino-Americanos - Cebela; 2012 [citado 2014 jan. 8]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf
2. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo; 2013.
3. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynecol Obstet.* 2002;78 Suppl 1:5-4.
4. Madi SRC, Knob LF, Lorencetti J, Marcon NO, Madi JM. Violência sexual: experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS), do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil. *Rev AMRIGS.* 2010;54(1):13-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2013 nov. 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
6. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Turato ER, Chvatal VLS, Bedone AJ. Experiences of nurses in health care for female victims of sexual violence. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2014 Sep 7];44(2):325-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/en_13.pdf
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Wirtz AL, Pham K, Glass N, Loochkartt S, Kidane T, Cuspoca D, et al. Gender-based violence in conflict and displacement: qualitative findings from displaced women in Colombia. *Confl Health* [Internet]. 2014 [cited July 11];8:10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115473/>
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.
10. Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(1):141-9.
11. Ramos CRA, Medici VPG, Puccia MIR. Mulheres vitimadas sexualmente: perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Ciênc Saúde* [Internet]. 2009 [citado 2013 Apr 9];27(1):22-7. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n1/a004.pdf>
12. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Bedone AJ. Nursing care of women who suffered sexual violence. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 25]; 18(4):740-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/12.pdf>
13. Chacko L, Ford N, Sbaiti, 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.
14. Lima HS, Silva ATMC, Souza JA, Almeida LR, Lucena RP, Lucena KDT. Analysis of professional practices in health care for women in situation of Sexual violence. *J Nurs UFPE Online* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 22];7(spe):6964-72. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5127/pdf_4207

15. 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.
16. Colombini M, Mayhew S, Ali SH, Shuib R, Watts C. "I feel it is not enough..." health providers' perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2013 [cited 2014 Feb 22];13:65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3582493/>
17. Jong LC, Sadala MLA, Tanaka ACD. Forfeiting the denunciation of the aggressor: reports of female victims of domestic violence. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2008 [cited 2014 Sep 7];42(4):744-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a17.pdf
18. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet.* 2014; 383(9929):1648-54.
19. Patela A, Roston A, Tilmon S, Stern L, Roston A, Patel D, et al. Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *Int J Gynecol Obstet.* 2013;123(1): 24-8.
20. Libreros Piñeros L. El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Rev Cub Salud Pública [Internet]*. 2012 [citado 2014 set. 7];38(4):622-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n4/spu13412.pdf>
21. Moreno Preciado M. Nuevos enfoques en el cuidado del "otro". *Index Enferm.* 2010; 19(2-3):167-71.
22. Nascimento EFGA do, Ribeiro AP, Souza ER de. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2014 [cited 2014 Oct 25];30(6):1229-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/0102-311X-csp-30-6-1229.pdf>
23. Munro ML, Rietz MF, Seng JS. Comprehensive care and pregnancy: the unmet care needs of pregnant women with a history of rape. *Issues Ment Health Nurs.* 2012; 33(12):882-96.
24. Tiihonen MA, Bäckström T, Söndergaard HP, Helström L. Identifying risk factors for ptsd in women seeking medical help after rape. *PLoS One [Internet]*. 2014 [cited 2014 Oct 23];239(10):e111136. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25340763>
25. Miller L. Serial killers: I Subtypes, patterns, and motives. *Aggress Violent Behav. [Internet]*. 2014 [cited 2014 Oct 23];19(1):1-11. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178913001183>
26. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization - national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ.* 2014;63(8):1-18.
27. Labronici LM, Fegadoli D, Correa MEC. The meaning of sexual abuse in the manifestation of corporeity: a phenomenological study. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2014 Sep 7];44(2):401-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_23.pdf