



Atenção a mulheres vítimas de violência sexual em um hospital de referência, Porto Alegre, Brasil

Embracement to women victims of sexual violence in a reference hospital, Porto Alegre, Brasil

Vera Nice Antunes de Oliveira

Stela Nazareth Meneghel

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

O objetivo principal deste trabalho foi estudar o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um Hospital Público de Referência da cidade de Porto Alegre. Caracterizou-se o perfil das mulheres atendidas e o processo de acolhimento dispensado a elas. Esta é uma pesquisa de delineamento qualitativo e quantitativo, cujos dados foram coletados em registros das usuárias a partir do ano de 2006, quando o serviço foi implantado. Realizou-se observação participante e entrevistas semi-estruturadas com cinco usuárias atendidas no segundo semestre de 2008. O trabalho permitiu observar fragilidades no atendimento com prejuízo à atenção da mulher na sua integralidade e baixa adesão das usuárias ao serviço.

Palavras-Chave: Violência sexual; Acolhimento a vítimas de violência sexual; Hospital de referência para violência sexual

Abstract

This work aimed to study the care of women victims of sexual violence in a public reference hospital of Porto Alegre. We characterized the profile of women attended and the embracement process afforded to them. This is qualitative and quantitative research; data were collected from records of users from the year 2006, when the service was deployed. We carried out participant observation and semi-structured interviews with five users attended in the second semester of 2008. The study found weaknesses in attendance, loss to the integrality in the attention of women and low compliance of users to the service.

Keywords: Sexual violence; Embracement to victims of sexual violence; Reference hospital for sexual violence

Introdução

A violência sexual é uma das expressões mais perversas da desigualdade de gênero e seu caráter universal não significa sua banalização como um fato social (Diniz, Almeida, Ribeiro & Macedo, 2007). Trabalhar com o tema da violência sexual pressupõe desafios, o primei-

ro e mais importante é que retira a violência sexual do campo do tabu e, portanto, do silêncio moral, para o das políticas públicas.

Segundo a lei Maria da Penha (Lei 11.340), formulada em 2006, violência sexual é entendida como qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter a o ou a parti-

cipar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso de força; que a induza a comercializar ou a utilizar contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou a prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Conforme o Código Penal Brasileiro vigente (Código Penal Brasileiro, 2003), os crimes de natureza sexual são classificados como estupro (artigo 213) que significa constranger a mulher à conjuntura carnal, mediante violência ou grave ameaça; atentado violento ao pudor (artigo 214) ou constrangimento nas mesmas condições do estupro, à prática de atos libidinosos deferentes do coito vaginal, incluindo mordida, sucção dos mamilos ou genitais, manipulação da genitália de forma erótica, coito anal e oral. A violência sexual revela o complexo contexto de poder que marca as relações sociais entre os sexos. Por violência sexual se compreende o estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor, sedução, atos obscenos e assédios, que podem ocorrer de forma conjugada, inclusive com outros tipos de violência física (lesão corporal, tentativa de homicídio, maus tratos e ameaças) (Lopes et al., 2004; Oliveira et al., 2005)

A violência sexual acarreta efeitos para a saúde e qualidade de vida das mulheres, ocorrendo danos físicos e emocionais. As agressões podem comprometer a vida pessoal, profissional e afetiva. Quando as vítimas são pré-púberes, podem ocorrer lesões anatômicas como rupturas perineais, do fundo de saco vaginal e do esfíncter anal, acompanhadas de hemorragias. A adolescente vítima de violência sexual tem chance de se tornar prostituta ou usuária de drogas. Pode apresentar depressão, doenças psicossomáticas e bulimia nervosa. Quanto aos efeitos físicos, cita-se: gravidez indesejada, aborto, infecções, DST/Aids, uso de drogas. Os efeitos emocionais incluem depressão, tendências suicidas, bulimia, anorexia nervosa, pesadelos repetidos, angústia, fuga, evitação de recordações do evento traumático, seja em conversas, seja ao lembrar lugares ou pessoas. A mulher pode sentir raiva intensa, falta de concentração, estado de alerta e ansiedade constante, facilidade para se assustar e síndrome do pânico e/ou do estresse traumático (Diniz, et

al., 2007; Lopes et al., 2004; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts, & Garcia-Moreno, 2008).

As mulheres que sofrem agressões físicas e sexuais procuram os serviços de saúde com mais frequência, sobretudo os pronto-socorros. Os serviços precisam reconhecer a violência sofrida pela mulher, dando credibilidade a queixa e, romper com a prática de apenas medicalizar essas situações (Oliveira et al., 2005; Kronbauer & Meneghel, 2005).

Atuar neste campo complexo necessita o aporte interdisciplinar, não só das ciências da saúde, mas também das humanas, jurídicas e sociais. Embora exista uma rede de atendimento para mulheres que sofrem violências, incluindo a sexual, poucos estudos têm sido realizados no sentido de avaliar o atendimento prestado a essas usuárias, incluindo o acolhimento humanizado, o acompanhamento e os motivos de não adesão ao tratamento. O objetivo deste estudo foi analisar os dados obtidos em prontuários, entrevistar e observar o atendimento a mulheres que procuram um hospital público de referência, buscando entender como se dá o acolhimento, a atenção e o acompanhamento dessas mulheres.

Atenção à mulher vítima de violência sexual

A mulher que já está sofrendo os agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da violência sexual, ao pedir ajuda, seja no âmbito da justiça ou da saúde, muitas vezes está sujeita a sofrer revitimização por meio da violência do preconceito, do julgamento e da intolerância. Por esta razão, muitas mulheres não denunciam os agressores e a violência sofrida, nem procuram assistência necessária. Por medo, vergonha, pelas dificuldades encontradas para denunciar e obter assistência e proteção, a maior parte das mulheres silencia a violência sofrida, estima-se que menos de 20% destes crimes chegam ao conhecimento das autoridades (Bedone & Faundes, 2007).

Diante dessa realidade, é imperiosa a implantação de serviços de atendimento às vítimas e a capacitação de equipes multidisciplinares visando prestar assistência integral a essas mulheres. Essa assistência supõe acolhimento, atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, a mulher e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulação com estes serviços.

Postura acolhedora significa abertura à diversidade social, cultural e racial; identificação de riscos e vulnerabilidades conjugando necessidades dos usuários. Além da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica, a sistemática de acolhimento pressupõe agilidade no atendimento ou ações realizadas em tempo hábil. O Ministério da Saúde ao orientar o tipo de atendimento a ser prestado preconiza que o serviço de saúde realize exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostra para diagnóstico de infecções genitais e para identificação do agressor (Brasil, 2005).

O acolhimento visa a produção de relações de escuta e responsabilização, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de saúde. O acolhimento propõe principalmente reorganizar o serviço no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado (Neves & Heckert, 2010; Franco, Bueno & Mery, 1999).

As vítimas de violência sexual são usuárias em situação de extrema vulnerabilidade, que requerem um atendimento diferenciado. Chegam com medo, em uma situação de fragilidade emocional e devem ser vistas em sua integralidade, mesmo quando não apresentam lesões físicas. É importante que recebam atenção individual, evitando o constrangimento de ficarem expostas com outras pessoas. Imediatamente passarão para consulta com ginecologista ocasião em que serão preenchidas todas as informações no documento chamado RINAV (Relatório Individual de Notificação de Violências e Acidentes), a ser encaminhado à Secretaria da Saúde do município. As coletas de exames e profilaxias serão providenciadas, orientações quanto à medicação deverão ser esclarecidas, o reforço da adesão ao tratamento, encaminhamento psicológico, agendamento da consulta com infectologista e registro policial (Brasil, 2005).

Para prestar este atendimento é preciso contar com uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico em enfermagem, recepcionista), capacitada e sensível à dor dessa usuária, capaz de atitudes construtivas baseadas na recuperação da mulher e retorno ao convívio social. A presença do profissional de enfermagem nes-

tas equipes é de suma importância no acolhimento das mulheres que sofrem violência sexual (Leal & Lopes, 2005; Machado, 2004).

Percurso metodológico

O método usado nesta pesquisa foi quantitativo e qualitativo. A parte quantitativa compreendeu o levantamento sistemático de todos os prontuários das mulheres atendidas em um hospital de referência à violência sexual. Identificamos 56 registros de mulheres que sofreram violência e foram atendidas no serviço nos anos de 2006 (implantação do programa) e 2007. Os dados foram obtidos dos Relatórios Individuais de Notificação de Acidentes e Violências (RINAV), um formulário elaborado pela Secretaria Municipal de Porto Alegre e, que faz parte do sistema de vigilância da violência (Rio Grande do Sul, 2007). Os dados pesquisados nos relatórios foram usados para traçar o perfil das usuárias (idade, raça, escolaridade), bem como descrição da ocorrência (tipo, local, agressor) e atendimentos (encaminhamento e desfecho). Os dados foram trabalhados em planilha Excel e realizada uma análise descritiva.

A pesquisa qualitativa se preocupa com a dimensão de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores, não operacionalizados em variáveis (Minayo, 1998; 2001). A etapa qualitativa compreendeu dois momentos: observação participante e entrevistas. Realizou-se observação participante dos atendimentos e do fluxo das usuárias ocorridos no segundo semestre de 2008. A observação participante descreve um evento contextualizado, nela o observador está distante e próximo do objeto da observação, ao mesmo tempo, dentro e fora do evento observado (Victoria, 2000).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres vítimas de violência sexual atendidas no hospital público de referência no período de agosto a outubro/2008. As entrevistas contemplaram seguintes questões: como soube da existência do serviço, avaliação do atendimento prestado incluindo todos os locais onde passou (sentiu-se ouvida, respeitada, houve espaço para falar o que gostaria e esclareceu todas as dúvidas, silenciou algum assunto que gostaria de ter falado). Perguntou-se também se houve encaminhamento a outro(s) serviço(s), se procurou esse(s) local

(is), se sentiu dificuldade em realizar o tratamento indicado e sugestões em relação à melhoria do atendimento. Ao final pedimos que elas falassem sobre os sentimentos ligados à situação de violência.

O campo de estudo e observação foi um Hospital de Referência às vítimas violência sexual, situado na cidade de Porto Alegre. Este hospital é especializado no atendimento à violência sexual e conta com uma equipe composta por médico ginecologista e/ou obstétrico, técnico em enfermagem e enfermeiro, e disponibiliza exames laboratoriais e medicações profiláticas. Os exames periódicos são realizados por um médico infectologista no Hospital Dia e agendados em horário comercial. Não há atendimento psicológico e de assistente social, sendo que esses profissionais são chamados quando solicitados por médico ou enfermeiro. Para cada atendimento é gerado um boletim à vítima e ela é encaminhada ao acolhimento, posteriormente ao médico ginecologista que procede ao exame clínico e ginecológico, a prescrição de medicamentos para as profilaxias e a solicitação de exames laboratoriais.

Foram entrevistadas cinco mulheres que haviam sido atendidas pelo Hospital de Referência no período de março a outubro de 2008, encontradas por busca ativa através de endereços constantes nos Relatórios Individuais de Notificação de Acidentes e Violências (RI-NAV). As entrevistas não foram gravadas, para não constranger as mulheres, apenas registradas algumas das falas consideradas significativas. As entrevistas e observação participante ocorreram no mês de outubro de 2008. As mulheres são identificadas no texto segundo o número da entrevista e a data da realização da mesma, visando preservar o anonimato das mesmas.

Este projeto foi aprovado pelo CEP/GHC (Grupo Hospitalar Conceição), sob o número 111/08, FR: 202881. Todas as usuárias entrevistadas e observadas concordaram em participar do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

O Serviço de Referência a Mulheres Vítimas de Violência Sexual iniciou no Hospital no ano de 2006. Desde então foram atendidas 56 pessoas: 32 mulheres em 2006 e 24 em 2007.

	2006		2007	
	Nº	%	Nº	%
Idade				
< 20 anos	8	25,0	8	33,3
20 a 29	12	37,5	10	41,7
30 e +	9	28,1	6	25,0
Raça				
Branca	22	68,7	18	75,0
Negra (pretas e pardas)	7	21,8	6	25,0
Escolaridade (anos de estudo)				
Nenhum	2	6,3	-	-
1 à 7	12	37,5	14	58,4
8 à 11	8	25,0	8	33,3
12 e +	5	15,6	2	8,3
Tipo de violência *				
Física	10	27,0	10	26,3
Sexual	25	67,0	17	44,7
Psicológica	1	2,7	9	23,7
Negligência	1	2,7	-	-
Local da ocorrência				
Extrafamiliar	26	81,3	14	58,3
Infra-familiar	6	18,8	8	33,3
Relação com o Agressor				
Familiar	2	6,2	1	4,1
Marido/companheiro	4	12,5	9	37,5
Desconhecido	22	68,8	13	54,2
Outro conhecido	4	12,5	1	4,2
Desfecho do Atendimento				
Alta	3	9,4	4	16,7
Internação	1	3,1	2	8,3
Acompanhamento ambulatório	28	87,5	18	75,0
Encaminhamento**				
Conselho. Tutelar	4	10,8	-	-
Delegacia. Polícia/DEAM	14	37,8	15	55,6
DML	1	2,8	2	7,4
Programa assistencial	14	37,8	4	14,8
Total	32	100,0	24	100,0

* Foi considerado o total das violências, portanto n maior que 32 ou 24.

**Houve pessoas que receberam mais de um encaminhamento.

Tabela 1: Perfil das mulheres vítimas de violência, tipos de violência e encaminhamento, Hospital de referência, Porto Alegre-RS, 2006 e 2007.

Observa-se na Tabela 1 que as mulheres atendidas eram predominantemente jovens, com idades até 30 anos e com ensino fundamental incompleto. Mesmo havendo predomínio de mulheres brancas, mais de 20% delas eram negras, enquanto que a população negra de Porto Alegre representa em torno de 15 % do

total. Considera-se que as mulheres negras estão mais expostas às violências incluindo a sexual pela condição social, pois embora a violência aconteça em todas as classes sociais, as mulheres pobres são mais afetadas, devido a situações como o fato de saírem muito cedo e voltarem tarde do trabalho em bairros mal iluminados, isolados, com pouco policiamento e terrenos baldios, fatos que aumentam o risco de sofrerem violências sexuais no espaço público (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2003).

A violência sexual no total de atendimentos prestados nos dois anos de funcionamento do serviço representou a maior parte dos atendimentos (67% e 44%, respectivamente), o que seria de esperar por se tratar de um local de referência para atendimento da violência sexual. As violências ocorreram principalmente no âmbito extrafamiliar e com agressor desconhecido. Mesmo assim, aponta-se o elevado número de agressões perpetradas pelos maridos, que passou de 12% em 2006 para 37% em 2007. Em relação à agressão durante a gravidez foram atendidas quatro mulheres em cada um dos anos analisados (12% em 2006 e 16% no ano seguinte). Dentre as queixas manifestas pelas gestantes, incluem-se o abuso sexual por desconhecido e violência física com exigência de prostituição pelo companheiro.

Os relatos das histórias constantes nos prontuários são sucintos denotando rapidez nas consultas. A maioria dos atendimentos deveu-se à violência sexual e as histórias limitavam-se a descrição da queixa em frases como: violência sexual com ameaça de morte; violentada por três homens; violência sexual por seis dias; seqüestro seguido de abuso sexual (dois relatos) ou apenas abuso sexual (4 relatos). Em nove prontuários havia apenas registro de estupro; em outros havia: estupro com agressão física por quatro desconhecidos; atentado violento ao pudor seguido de estupro com agressão física, estupro perpetrado por desconhecidos ou perpetrado pelo pai, duas situações de estupro com arma de fogo e agressão física e uma mulher estuprada por homem soropositivo. Outras violências referem-se à agressão provocada por marido, ex-marido ou familiares, assaltos e cárcere privado.

Para a maioria das situações houve encaminhamento ao serviço ambulatorial e destas mulheres poucas retornaram. Os casos são

considerados encerrados após o encaminhamento à delegacia e a programa assistencial, embora haja situações em que são referenciados ao Conselho Tutelar, Departamento Médico Legal ou outras instituições.

Não há relatos acerca do sofrimento emocional e dos sentimentos dessas mulheres. As histórias das usuárias são muito sumarizadas, não havendo preocupação em identificar o agressor e local da ocorrência, dados estes também não questionados pelo formulário fornecido pela Secretaria de Saúde. Nestes históricos percebemos episódios de extrema gravidade, incluindo seqüestros com abuso sexual e cárcere privado o que configura crimes hediondos. Estes dados confirmam estudos acerca da dificuldade dos profissionais de saúde de realizar o acolhimento e a escuta de vítimas de violência (Schraiber & D'oliveira, 1999; 2009).

A etapa qualitativa da pesquisa compreendeu a observação participante do atendimento e entrevistas em profundidade com mulheres atendidas pelo Serviço. Foram entrevistadas cinco mulheres após o atendimento realizado no Hospital e realizada observação participante da entrevista inicial. Foi realizada uma análise temática dos depoimentos, categorizando-se todas as questões mencionadas por elas: efeitos físicos e emocionais da violência e revitimização pelos serviços. A análise não foi exaustiva porque as entrevistas não foram gravadas, uma decisão tomada pela pesquisadora em campo, frente ao sofrimento que apareceu durante os atendimentos e a possibilidade de constranger ainda mais estas mulheres. As mulheres Através da observação participante, a pesquisadora constatou a dificuldade no estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuárias, a falta de profissionais para realizarem os atendimentos e a ausência de acompanhamento e seguimento das pessoas atendidas.

As mulheres que entrevistamos só vieram saber da existência de um serviço de referência para a violência sexual, ao procederem a notificação e serem encaminhadas pela Delegacia da Mulher. Elas se queixaram do atendimento dos órgãos policiais e da impunidade nos processos judiciais:

Quando eu fiz o exame eu me senti um lixo, uma bandida, uma culpada. Se muitos não procuram é por culpa do médico... (Entrevistada 2, entrevista pessoal, 10 de outubro de 2008).

Identificamos o agressor, ele foi preso. Na audiência ele disse que eu era uma prostituta para se defender, não demorou muito foi solto (Entrevistada 2, entrevista pessoal, 10 de outubro de 2008).

As mulheres relataram preconceitos, intromissões e discriminações em diferentes espaços, na família, no trabalho, entre vizinhos:

Voltei logo a trabalhar, sofri muita discriminação no trabalho, me sentia mal, as pessoas faziam perguntas só para questionar e não para ajudar, perdi o emprego (Entrevistada 5, entrevista pessoal, 29 de outubro de 2008).

Fui estuprada quando tinha 7 anos de idade pelo meu tio, fui sangrando para hospital levada pela minha mãe, meu pai não entendeu achou que fui provocante me bateu muito, meus pais se separaram fiquei com minha mãe, me aconteceu de novo é como se voltasse tudo novamente, foi horrível. (Entrevistada 4, entrevista pessoal, 22 de outubro de 2008).

Quanto aos efeitos físicos e emocionais da violência, eles se fazem sentir por um longo tempo, às vezes por toda a vida:

Isso abalou muito minha relação com meu marido, ele foi ótimo comigo, mas mesmo assim ele me procurava eu não queria, não estou ainda 100%, nos primeiros dias chorava direto, podiam faltar coisas em casa eu não saia para comprar esperava ele chegar de medo de andar na rua (Entrevistada 3, entrevista pessoal, 16 de outubro de 2008).

Agora estou com autoestima baixa, não me arrumo, não uso salto, nem maquiagem, minhas roupas são todas fechadas nada que saliente minha bunda, ainda tenho medo de andar na rua, parei de me pintar, dizem que isso acontece nas classes menos favorecidas, mas isso não é verdade (Entrevistada 4, entrevista pessoal, 22 de outubro de 2008).

Esses depoimentos mostram a presença de intenso sofrimento emocional e mesmo sintomas de estresse pós-traumático (depressão, angústia, evitação de recordações do evento e/ou contato com locais ou pessoas), que ocorrem na exposição a um evento traumático e que pode envolver a ameaça de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, trazendo uma resposta intensa de medo, desaparecimento, ou horror (Diniz et al., 2007; Ellsberg et al., 2008; Lopes et al., 2004; Figueira & Mendonça, 2003). Mesmo em situações em que existe o amparo da família, o sofrimento persiste:

Minha família me deu muita força, mas sabe como é, choro muito ele perguntam tu tá bem? É claro que não, acho que só profissional consegue conversar com a gente e poder ajudar, acho que nunca mais vou ser a mesma pessoa, estou traba-

lhando, tocando, mas tem dias que chego em casa depois do trabalho e quero me isolar, choro muito, me vem lembranças, ainda tenho náusea em lembrar daquelas medicações acho que é do trauma, ainda tenho medo de andar na rua (Entrevistada 5, entrevista pessoal, 29 de outubro de 2008).

A maioria das usuárias referiu efeitos colaterais relacionados à profilaxia do HIV, mesclados à vergonha e ao medo de adquirir a doença:

Foi horrível, vômitos, diarreia por vários dias eu não queria tomar, desmaiava no banheiro (Entrevistada 5, entrevista pessoal, 29 de outubro de 2008).

Eu tinha muita vergonha, tu imagina se alguém vê você tomando aquelas medicações, ninguém quer saber, já consideram que tu tem AIDS, vem a rejeição (Entrevistada 1, entrevista pessoal, 3 de outubro de 2008).

O atendimento recebido por essas mulheres no hospital foi considerado pouco acolhedor e o mais preocupante é que muitas vão embora sem serem atendidas, sem fazer os exames laboratoriais e receber os medicamentos. Uma destas situações foi observada no período da pesquisa. Uma mulher, em estado de choque, chorando e gritando muito, violentada por quatro homens, recusou ser atendida por médico do sexo masculino. Foi embora sem que a equipe tivesse feito nenhum movimento para que ela ficasse ou fosse atendida por outro profissional. Sequer cogitaram em anotar os dados de identificação para uma visita domiciliar. A usuária não retornou.

Discussão

A implantação do Serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e ou sexual no Hospital Referência ainda é muito recente. Dentre os ruídos existentes nas relações entre usuárias e profissionais, podemos citar a ausência de atendimento psicológico e de assistente social na atenção de rotina. Desta forma há lacunas no acompanhamento e reinserção das vítimas de violência. A Instituição não incentiva a realização de capacitações pela equipe o que facilitaria o acolhimento e atendimento; além disso, há alta rotatividade de profissionais.

O hospital é referência para mulheres vítimas de violência sexual, portanto, requer uma equipe multiprofissional capacitada e estimulada e que se identifique com esse trabalho. A brevidade das histórias clínicas encontradas nos prontuários e o baixo retorno ao acompa-

nhamento no ambulatório denotam fragilidade na construção do vínculo e baixa adesão ao tratamento. Preocupa a diminuição da população atendida no segundo ano de funcionamento do serviço assim como o percentual decrescente de retorno ao serviço, que passou de 40 para 25%.

Existem vários problemas no fluxo de atendimento, incluindo a marcação de consultas com Infectologista, agendamento este que é realizado no Hospital Dia em horários diferenciados isto é, se a violência ocorreu no final de semana, a mulher deverá retornar no primeiro dia útil para agendar. Esse fato deixa a vítima sem atendimento, pois a maioria não retorna ao serviço. Além do mais, como em outros serviços, ocorre revitimização quando a usuária precisa contar sua história inúmeras vezes, em um momento em que se encontra fragilizada emocionalmente e não desejando reviver o fato.

O formulário (RINAV) que precisa ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre-RS, não possui espaço para identificar as características do agressor, nem mesmo o local onde ocorreu o fato, tal como endereço e horário, que permitiria identificar territórios de maior risco geográfico, como bairros afastados, terrenos baldios, ruas sem iluminação. Essas informações poderiam ser passadas às Delegacias de Polícia, que por sua vez poderia aumentar a vigilância nestes locais. Além do mais, nas entrevistas que fizemos e na observação do serviço percebemos que poucas são as vítimas de violência sexual que realizam registro em delegacias, devido à vergonha, medo e descrédito.

Nos formulários e nos atendimentos ocorre separação entre a violência física ou sexual da psicológica e moral, tratando o indivíduo de modo fragmentado. Entendemos que quando ocorre violência sexual, também ocorre um ferimento moral e psicológico. A reabilitação da pessoa violentada implica em considerar os danos no convívio social e na saúde física e mental.

Os serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência são pouco divulgados, o que os torna pouco conhecidos pela população. Observamos uma queda de 25% no número de atendimentos, ou seja, 32 atendimentos no ano de 2006 e 24 atendimentos no ano de 2007. Embora existam outros hospitais de re-

ferência, a população de Porto Alegre é 1200.000 habitantes, sendo metade de mulheres, estimando-se uma prevalência de violência sexual de 1% (muito aquém do que se sabe existir) poderíamos aventar pelo menos 600 situações/ano.

Estudos sobre a violência sexual tem estimado que ela ocorre em uma proporção muito maior para as mulheres (17% em contraste com 3% em relação aos homens). Dados internacionais e nacionais mostram prevalências maiores de 10%: Canadá, 1992 (15%); Nicarágua, 1995 (21%) e Reino Unido, 1993 (23%). No Brasil, foi encontrada uma prevalência populacional de 10% em São Paulo e 14% na Zona da mata em Pernambuco (2001) (Schraiber & d'Oliveira, 2005).

Muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram, logo após a violência por acreditarem ser necessário fazer primeiro o Boletim de Ocorrência ou exame pericial no Departamento Médico Legal (DML). A falta de confiança e a baixa credibilidade na polícia contribuem para que muitas não procurem este atendimento. Em relação aos serviços de saúde também não procuram ou o fazem tardiamente, comprometendo, assim as ações profiláticas que devem ser realizadas nas primeiras 72 horas após o fato. Silenciar a violência sofrida, certamente irá repercutir na saúde física e emocional destas mulheres, podendo elevar a demanda a outros serviços, a manifestação de queixas inespecíficas e a dificuldade de convívio social (Oliveira et al., 2005).

A mulher é vítima da violência institucional plurifacetada do sistema, que expressa e reproduz, por sua vez, a violência estrutural da sociedade e a violência das relações sociais patriarcais (traduzidas na desigualdade do gênero) recriando os estereótipos que ajudam a manter estas duas formas de desigualdade. Como em outras situações em que a culpa recai sobre a vítima, mulheres que sofrem violência sexual, muitas vezes são colocadas sob suspeita. A palavra de uma vítima perde credibilidade se ela não for considerada "mulher honesta", de acordo com a moral sexual patriarcal ainda vigente. Mulheres consideradas desonestas do ponto de vista da moral sexual, inclusive jovens e profissionais do sexo, não são consideradas vítimas, e podem até ser acusadas, em um nível crescente de argumentação que inclui elas terem "consentido",

“gostado” ou “tido prazer”, “provocado”, forjado o estupro ou até mesmo “estuprado” o estuprador (Andrade, 2004).

No serviço que observamos, algumas mulheres queriam ser atendidas por ginecologistas mulheres e frente aos profissionais masculinos, recusaram o atendimento. Outras emitiram queixas de maus-tratos; de não serem ouvidas pelos profissionais, de sofrerem efeitos colaterais dos medicamentos dos quais não foram informadas. Há situações em que as usuárias saem do serviço sem que o atendimento tenha sido realizado, ficando, portanto a descoberto, tanto em relação ao HIV/AIDS quanto em relação aos possíveis decorrências do sofrimento e trauma emocional que experimentaram.

A análise de um hospital de referência a vítimas de violência sexual em Porto Alegre evidenciou o muito que ainda precisa ser realizado para que possamos atender as mulheres que viveram situações de violência sexual com resolubilidade e eficiência, sem aumentar o sofrimento, a culpa e a re-vitimização.

Referências

- Andrade, Vera Regina Pereira (2004). A soberania patriarcal: O sistema de justiça criminal no tratamento da violência sexual contra a mulher. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, 48, 260-290. Acesso em 28/10/2008, em: <http://www.pgi.ma.gov.br/ampem/ampem1.asp>
- Bedone, Aloisio José & Faundes, Anibal (2007). Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: centro de assistência integral à saúde da mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), 465-469.
- Brasil (2005). *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da violência Sexual contra Mulher e Adolescentes: Norma Técnica* (2. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Lei 11.340. 7 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
- Código Penal Brasileiro* (2003). São Paulo: Saraiva.
- Diniz, Normélia Freire; Almeida, Lilian Conceição Guimarães; Ribeiro, Bárbara Cristina & Macedo Valéria Góes (2007). Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(1), 7-12.
- Ellsberg, Mary; Jansen, Henrica; Heise, Lori; Watts, Charlotte H. & Garcia-Moreno, Claudia (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371, 1165-1172.
- Figueira, Ivan & Mendiowicz Mauro (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 25(supl 1), 12-16.
- Franco, Tulio Batista; Bueno, Wanderlei Silva & Merhy, Emerson Elias (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 15(2), 345-353.
- Kronbauer, José Fernando & Meneghel, Stela Nazareth (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública*, 39(5), 695-701.
- Krug, Ettiene; Dahlberg, Linda; Mercy, James; Zwi, Anthony B & Lozano, Rafael (2003). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OPAS/OMS.
- Leal, Sandra Maria Cesar & Lopes, Marta Julia Marques (2005). A violência com o objetivo da assistência em um hospital de trauma: “o olhar da enfermagem”. *Ciência Saúde Coletiva*, 10(2), 419-431.
- Lopes, Ione Maria Ribeiro; Gomes, Keila R; Silva, Benedito Borges; Deus, Maria Castelo Branco de; Galvão, Elisa Rosa de C. & Borba, Daniele Cavalcanti (2004). Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-Pi. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 26(2), 111-116.
- Machado, Maria Renata Coelho (2004). Narrativa de Mulheres Vítimas de Violência: passos do processo. *Psicol. Teor. Prat.*, 6(1), 97-104.
- Minayo, Maria Cecília Souza (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (5.ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, Maria Cecília Souza (2001). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (19. ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Neves, Claudia Baeta & Heckert, Ana Lucia Coelho (2010). Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 151-168.
- Oliveira, Eleonora Menicucci; Barbosa, Rosana Machin; Moura Alexandre Anival Valverde; Kossel Karen Von; Morelli, Karina; Botelho, Luciane Francisca Fernandes & Stoianov, Maristela (2005). Atendimento às vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública*, 39(3), 376-382.

- Rio Grande do Sul (2007). *Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência*. Porto Alegre: CEVS.
- Schraiber Lilia Blima & d'Oliveira, Ana Flavia (1999). Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 3(5), 11-26.
- Schraiber Lilia Blima & d'Oliveira, Ana Flavia (2005). *Violência dói e não é direito. A violência-encai contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP.
- Schraiber Lilia Blima & d'Oliveira, Ana Flavia (2009). Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(4), 1019-1027.
- Victora, Ceres (2000). *Pesquisa Qualitativa em saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial.



VERA NICE ANTUNES DE OLIVEIRA

Enfermeira especialista em Saúde Pública.

STELA NAZARETH MENEGHEL

Médica sanitarista, doutora em Medicina (UFRGS, 1996) e Pós-doutora em Psicologia Social (Universidade Autônoma de Barcelona, 2006). Professora Adjunta do Curso de Análise de Políticas e Sistemas de Saúde/Departamento de Assistência e Orientação Profissional/UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Enfermagem/UFRGS.

ENDEREÇO DE CONTATO

veraniceo@yahoo.com.br

Rua Diomário Mojem, 150 ap. 105 Cristal Porto Alegre CEP: 90820-030

FORMATO DA CITAÇÃO

Antunes de Oliveira, Vera Nice e Meneghel, Stela Nazareth (2012). Atenção a mulheres vítimas de violência sexual em um hospital de referência, Porto Alegre, Brasil. *Quaderns de Psicologia*, 14(2), 101-109. Acesso em [dia] do [mês] do [ano], de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1144>

HISTÓRIA EDITORIAL

Recebido: 24/10/12

1ª Revisão 28/10/12

Aceitado: 28/10/12