

A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA AS MULHERES A PARTIR DO CONTEXTO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA REALIZADO EM HOSPITAIS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Natália Vieira da Rosa¹

RESUMO: esta pesquisa teve como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros(as) que atuam em hospitais da Grande Florianópolis sobre a violência sexual contra as mulheres, a partir do contexto de atendimento à vítima. O estudo possui uma abordagem qualitativa, descritiva, com delineamento de pesquisa de campo. Foram entrevistadas três enfermeiras que trabalham em hospitais gerais, no atendimento de vítimas de violência sexual. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista individual e semiestruturada. Após a transcrição, o *corpus* formado pelo conjunto das três entrevistas foi submetido à técnica de análise de categorial de conteúdo, por meio do emprego de quatro categorias formuladas a priori, a partir dos objetivos específicos. Essas categorias buscaram evidenciar qual a compreensão das entrevistadas sobre o fenômeno da violência sexual, as atribuições causais dos profissionais em relação a violência contra a mulher, os sentimentos provocados pelo atendimento às vítimas e se as profissionais se sentiam preparadas para realizar o atendimento às vítimas. Como resultados pode-se identificar que a compreensão do fenômeno e a atribuição de causa sobre a violência sexual praticada contra as mulheres possui relações com um ideário machista no qual a violência seria decorrente de uma exposição da mulher (ir a festas a noite, uso de bebida alcoólica). Porém, apenas a participante enfatizou que a violência contra a mulher é sustentada pelo pensamento machista da sociedade. Em relação aos sentimentos experimentados durante o atendimento, as entrevistadas indicaram revolta, dor e sofrimento. Foi relatado também a indignação referente ao medo da vítima denunciar o agressor. Por último, na categoria sobre a preparação para o atendimento, foi destacado a importância do treinamento da equipe e a necessidade da preparação para o acolhimento das mulheres vítimas de violência.

Palavras-chave: Violência Sexual. Violência contra as Mulheres. Psicologia Hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual é caracterizada como um fenômeno universal praticado ao longo de toda a história humana (FACURI, 2013). Atualmente é considerada violência sexual todo ato, gesto, tentativa ou insinuações verbais, não havendo restrições de lugares ou se há conhecimento prévio da vítima ou do agressor (NUNES 2017). Chauí (2014) ao fazer uma reflexão sobre a ética, reconhece que a história humana é marcada pela violência. Na sua

¹ Acadêmica do curso Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: vieiranatii@gmail.com. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Unisul. Ano 2021. Orientador: Prof. Anderson da Silveira, Me. em Psicologia pelo PPGP/UFSC e Professor do Curso de Psicologia da UNISUL, Campus Pedra Branca.

reflexão, a filósofa afirma que a violência decorre do erro de tratar o outro como um objeto. Em outras palavras, a agressão só é possível quando quem agride perde a capacidade de perceber a subjetividade da vítima. Assim, a autora afirma que:

Do ponto de vista ético, somos pessoas e não podemos ser tratados como coisas, isto é, como seres inertes, irracionais, destituídos de linguagem e de liberdade. Os valores éticos se oferecem, portanto, como expressão e garantia de nossa condição de seres humanos ou de sujeitos racionais e agentes livres, proibindo moralmente a violência, isto é, tudo que nos transforme em coisa usada e manipulada por outros (CHAUÍ, 2014, p. 383).

Deste modo, praticar tal abuso contra um ser humano além de um ato criminoso, previsto pelo Código Penal Brasileiro no Art. 213 da lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 (BRASIL 2009), é antes um ato eticamente imoral.

A imagem que construímos de nós mesmos é formada por várias fontes de informação: nossa capacidade de introspecção, a percepção de nosso próprio comportamento, influência do contexto social, a manifestação de nossas emoções etc. Tudo isso é significado a partir da cultura e está diretamente ligado às experiências do cotidiano, da posição que ocupamos na família, local de trabalho, religião etc. (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2013). A soma destes outros fatores constitui quem somos, faz parte de nossa biografia. Como não existe indivíduo isolado e nem pensamento desencarnado, essas marcas nos formam a partir da intersecção dos planos subjetivo, intersubjetivo e transubjetivo (JODELET, 2001). Dentre tantas marcas “ao longo dos séculos a maioria das sociedades vem estabelecendo a divisão de masculino/feminino como uma divisão primordial” (LOURO, 2018, p.70). E neste dualismo está concebida e embutida a ideia de que o masculino possui poder e deve dominar o feminino, legitimando o poder dos homens sobre as mulheres.

Ao buscar o significado da palavra “percepção” no dicionário online de português encontra-se a seguinte definição: “Ação ou efeito de perceber, de compreender o sentido de algo por meio das sensações ou da inteligência” ou “juízo consciencioso acerca de algo ou alguém” (SANTOS, 2009, 2017). O ato de perceber é tão natural para o ser humano que utilizamos sentidos biológicos para sentir e o aprendizado social para identificar, julgar ou dar sentido a algo, deste modo, só há percepção se houver um sentido ou significado previamente existente. Entretanto, significado e sentido não coisas necessariamente equivalentes.

O sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. Como se sabe, em contextos diferentes, a palavra muda facilmente de sentido. O

significado, ao contrário, é um ponto imóvel e imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes contextos (VIGOTSKI, p.465).

Assim, o julgamento que se dá a algo ou alguém não necessariamente é um sentido compartilhado por todos.

A percepção social é o sentido que buscamos encontrar para o mundo social em que vivemos. Junto à percepção social temos o processo de atribuição que visa observar intenções, comportamentos, pressões situacionais etc. de outros sujeitos que nos trazem algum sentido para as atitudes destes (MICHENER, 2003). Todavia “a percepção social e a atribuição envolvem mais do que registrar passivamente os estímulos que se impingem aos nossos sentidos. Nossas expectativas e estruturas cognitivas influenciam aquilo que observamos e o modo que interpretamos isso” (MICHENER, 2003, p. 130). Desta forma, a percepção ocorre em sintonia com outros processos: a categorização; o protótipo e os esquemas e seus diferentes tipos². Sendo que, todos estes conceitos são explorados para compreender a percepção que temos do mundo e os sentidos que atribuímos para as coisas, sentidos estes provenientes de nossa cultura e de nossa relação com o meio social em que estamos inseridos (MICHENER, 2003).

A criação destes papéis sociais femininos nada mais são que esquemas sociais organizados para definir uma mulher. Entende-se a definição de esquema na psicologia social como formas de pensamentos socialmente compartilhados transmitidos de uma pessoa para a outra que seguem um determinado padrão (MICHENER, 2003). Deste modo organiza-se esquemas de papéis, esquemas de acontecimentos esquemas do eu e esquemas de pessoas³, oferecendo um padrão de organizar o mundo originalmente dominado por homens. Categorizado assim, a percepção social que se tem do gênero feminino formando uma estrutura

² A categorização, o protótipo e os esquemas são conceitos da Psicologia Social, que se referem respectivamente: a) Categorização: está dentro dos esquemas, “é a nossa tendência para perceber estímulos como integrantes de grupos ou classes em vez de entidades isoladas e únicas” (MICHENER, 2003, p.131); b) Protótipo: a fim de utilizar uma forma de categorizar uma pessoa, tende-se a utilizar-se protótipos que “é uma abstração que representa o exemplo “típico” [...] de uma classe ou de um grupo” (MICHENER, 2003, p. 132) e c) Esquemas: é um termo utilizado pela Psicologia Social para “denotar uma estrutura de cognições bem organizada a respeito de alguma entidade social assim como uma pessoa, um grupo, um papel ou uma situação” (MICHENER, 2003, p. 132) informando ou atribuindo significados.

³ Dentro dos Esquemas sociais temos: esquemas de papéis que “dizem respeito aos integrantes de um grupo social específico ou a uma categoria social específica” classificando-se também como estereótipo, sendo comportamentos ou atributos “considerados como típicos de integrantes desse grupo ou dessa classe social” (MICHENER 2003 p.133); esquemas de acontecimento “são esquemas que dizem respeito a acontecimentos sociais importantes e recorrentes” (MICHENER 2003 p.133). Também são chamados de roteiro, estes esquemas trazem uma “ordem predeterminada ou sequência” das “atividades das pessoas” (MICHENER 2003 p.133); esquemas do eu “consiste nas dimensões que uma pessoa utiliza para pensar a respeito de si mesma” (MICHENER 2003 p.133) e esquemas de pessoas “organizam as nossas concepções a respeito da personalidade dos outros e nos capacitam a criar expectativas a respeito do comportamento alheio” (MICHENER 2003 p.133).

de comportamento que devem ser seguidos a fim de atender um grande padrão social organizado historicamente (MICHENER, 2003). Segundo Beauvoir (1949 p. 186) “toda a história das mulheres foi feita por homens”. Diante disso, estamos todos sujeitos a esquemas socialmente criados a fim de entender o meio social que nos cerca, sendo que existem esquemas diferentes para diferentes grupos.

As diferenças sexuais entre homens e mulheres são marcadas por representações, nas quais a mulher é pensada em termos de complementaridade, submissão, ou exclusão, demarcando socialmente as posições de poder (ROUDINESCO, 2002). A divisão histórica de gênero é percebida na sociedade atual como uma herança que marca na pele cada mulher. A noção de feminilidade construída pelo patriarcado produziu ao longo dos séculos discursos de fragilidade e necessidade de proteção, baseados em ideais sociais, religiosos e biológicos. Ideais estes que colocam o gênero feminino em uma posição de inferioridade em relação ao gênero masculino. Para Beauvoir (1949 p.17), “a mulher sempre foi, senão escrava do homem, ao menos sua vassala; os dois sexos nunca partilharam o mundo em igualdade de condições, e ainda hoje, embora a sua condição esteja evoluindo a mulher arca com um pesado handicap”. Assim, já em desvantagem tornam-se visíveis que atos, palavras e olhares marcam o corpo feminino como um objeto dócil que deve estar disponível para servir ao desejo do outro (homem).

Essa herança histórica de desigualdade gênero e violência reverbera na atualidade, sendo notada em vários contextos como: no trabalho, na família, na relação conjugal, na rua e em ambientes públicos ou privados, fazendo com que a mulher tema o mundo que a cerca. Nestes contextos, observam-se variadas formas de violências contra as mulheres:

Agressões verbais e outras formas de abuso emocional, violência física ou sexual, provocando tanto danos físicos, quanto danos psicológicos. Além disso, pode atingir o extremo com o óbito da vítima, crime penalmente tipificado como feminicídio, os quais 40% são cometidos por um parceiro íntimo (CAVALCANTI, 2020, p. 150).

Deve-se salientar de que não existem categorias exclusivas de violência, uma mulher pode sofrer todos os tipos de violência citadas pelo seu parceiro ou pela sociedade de forma simultânea.

A violência é um fenômeno que circula de forma capilarizada em nossa sociedade, no entanto quando se é feito o recorte para a violência contra a mulher, nota-se uma triste realidade que exige providências emergenciais do Estado brasileiro, no intuito de garantir a segurança de suas mulheres, como quota-parte dos direitos constitucionalmente garantidos. De acordo com o Atlas da Violência (CERQUEIRA, 2019, p. 35) “houve um crescimento dos homicídios

femininos no Brasil em 2017, com cerca de 13 assassinatos por dia. Ao todo, 4.936 mulheres foram mortas, o maior número registrado desde 2007”.

Diante de uma realidade marcada pela violência contra as mulheres, medidas de foram desenvolvidas para auxílio, proteção e criação de centrais de ajuda à mulheres vítimas de violência como: delegacias direcionadas; Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM); Casas Abrigo; Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência Contra a Mulher. Estas instituições buscam garantir um atendimento qualificado ao público feminino vítima de algum tipo de violência. Também com intuito de garantir a segurança da mulher, foram desenvolvidas a Lei Maria da Penha, no seu Art. 1º, que:

cria mecanismos para coibir e prevenir 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 Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006).

E a Lei do Femicídio que altera o “Art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos” (BRASIL, 2015). Ambas as leis nasceram da pressão popular, diante do triste cenário de mortes e agressões contra o público feminino.

É caracterizado como violência sexual todo ato, tentativa ou comentários indesejados, independente do local ou da existência de algum vínculo entre o agressor e a vítima (NUNES, 2017). Dados do Mapa da Violência (2015) dão conta de que o número de atendimentos realizados pelo SUS a mulheres vítimas de violência sexual no ano de 2014 foi de 23.630, sendo: 7.920 crianças; 9.256 adolescentes; 3.183 jovens; 3.044 adultas e 227 idosas. Diante destes números nota-se que esta violência atinge todas as idades, porém as adolescentes, seguintes das crianças são o grupo mais vulnerável a este tipo de violência. No final da década de 1980, Damergian (1986) já chamava a atenção para o fato de que a sociedade brasileira possui uma certa tolerância em relação a violência, visto que ela faz parte do nosso cotidiano. Somos um país onde se praticam muitas violências. Motivo pelo qual, “[...] não nos espantamos mais com as notícias de brutalidades sexuais cometidas indiscriminadamente contra crianças, adolescentes ou adultos, inundando jornais e noticiários” (DAMERGIAN, 1986, p. 3). Esse

conjunto de condições torna possível a cultura do estupro em nossa sociedade, que por meio de mecanismos sistêmicos protegem os agressores, naturaliza tais crimes, culpabilizando as vítimas (SOUSA, 2017).

No contexto hospitalar, caracterizado como um dos serviços de saúde, foi desenvolvido um protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. No protocolo de Santa Catarina (2016, p. 6) consta que esta organização ocorreu devido a:

Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes instituída pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 1999 é resultado da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU/1995 – e orientou os governos a criarem uma rede de atendimento às pessoas em situação de violência sexual.

Desta forma, diante de todos os órgãos e serviços instituídos para prevenção da violência e proteção das mulheres, nossas cidadãs ainda sofrem diariamente os efeitos de uma cultura de violência.

Considerando este cenário de violências, uma questão a ser destacada é o atendimento às vítimas de violência sexual nos hospitais gerais, onde as estratégias de atendimento a mulheres devem seguir um protocolo de atenção integral, visando o acolhimento e o atendimento clínico. Assim, o Ministério da Saúde divulga algumas diretrizes pela Portaria N° 1.662/2015 que:

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Deste modo, a ação permite que os hospitais realizem os atendimentos à vítima de forma organizada seguindo um protocolo de atendimento. Segundo Higa (2006, p. 379), “A equipe multidisciplinar é composta por enfermeiros(as), ginecologistas, infectologista, assistentes sociais e psicólogas com protocolos específicos para cada área”, ainda acrescentando que prontuários para cada atendimento devem ser abertos para registro dos casos, com as observações dos diferentes profissionais envolvidos. Estas informações precisam estar em uma ficha clínica, exclusiva para cada paciente (HIGA, 2006).

Com o propósito de seguir as orientações e diretrizes da Portaria n° 1.662/2015 foi criada “a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual em vigor é um protocolo de organização e operacionalização da atenção à saúde de mulheres e adolescentes que tenham sofrido violência sexual” (SECRETARIA DE

POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2015, p.16). A partir disso são realizados Protocolos de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Nestes protocolos estão relacionadas competências e diretrizes de como devem ser realizados os atendimentos às vítimas de violência sexual, não só da Saúde, mas também da Secretaria de Estado da Segurança Pública, Secretaria Municipal de Assistência Social e Conselho Tutelar, caso a vítima tenha idade inferior a 18 anos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016).

No Protocolo de Florianópolis consta que o documento tem como objetivo de orientar “o acompanhamento multiprofissional, intersetorial e longitudinal realizado pelas equipes de saúde, seja no âmbito hospitalar ou na Atenção Primária à Saúde” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016, p. 1). Seguindo as orientações do Ministério da Saúde com as Portarias nº 618/2014 e nº 485/2014⁴, as instituições hospitalares de Florianópolis fazem parte dos Serviços Especializados de Referência da Saúde, e algumas de suas instituições incorporam por excelência a Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual (RAIVS) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016). Com a proposta de trabalho em rede, este protocolo fornece subsídios para que os profissionais trabalhem de forma humanizada e segura, enfrentando a “violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas, tendo como funções precípuas preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016, p. 7).

Vale destacar que o atendimento à vítima de violência sexual deve ser pensado para além de normas e técnicas previstas no protocolo, sendo de suma importância o acolhimento e a humanização, considerando que a usuária do serviço é um ser humano que acabou de passar por uma experiência de violência com sérias consequências físicas, psíquicas e sociais. Oliveira (2005, p. 378) chama a atenção para o peso social da violência sexual, ao constatar que:

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 Instituto Médico Legal (IML). Por temerem os constrangimentos associados a esses serviços, acabam por não buscar o serviço de saúde ou o fazem

⁴ A Portaria nº 618/2014 surgiu em 18 de outubro de 2014 e ela “altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento” (BRASIL 2014). A Portaria nº 485/2014 implantada em 1º de abril de 2014 “redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” BRASIL 2014).

tardiamente, comprometendo, assim, as ações profiláticas que devem ser realizadas nas primeiras 72 horas após o evento.

Assim, a vítima sofre a carga social de uma cultura que insiste em culpabilizar o gênero feminino pela violenta violação que viveu. Esta cultura social busca analisar o comportamento da vítima a fim de buscar justificativas para o crime (DIOTTO, 2016) relativizando o ato criminoso do agressor.

Na busca de encontrar estudos sobre o tema desta pesquisa, foram realizadas consultas em bases de dados nacionais sobre “a percepção dos profissionais de saúde acerca da violência sexual contra as mulheres a partir de um contexto de atendimento à vítima realizado em um hospital geral”. Nesta revisão foram encontrados 9 artigos, produzidos a partir de pesquisas realizadas nas seguintes localidades: São Paulo (VIEIRA; HASSE, 2017), (BEZERRA et al. 2018), Belém-PA (VELOSO; MAGALHÃES; CABRAL, 2017), Paraná (BATISTETTI; LIMA; SOUZA, 2020), Rio Grande do Sul (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009), Rio de Janeiro (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006), Belo Horizonte (OLIVEIRA; FONSECA, 2005), Recife (PROCÓPIO et al. 2013) e Pernambuco (GOMES et al. 2017). As bases de dados utilizadas para a busca foram: Scielo e BVS-Saúde, sendo que as palavras-chaves utilizadas para a pesquisa foram: percepção; violência sexual; mulheres, saúde e hospital, combinadas por meio de diferentes sequências/fórmulas.

Em oito dos nove artigos encontrados foi enfatizada a falta de preparo dos profissionais para lidar com a demanda de violência contra a mulher e a necessidade de capacitação destes. Apenas na pesquisa de Procópio et al. (2013) não foi assinalada a necessidade de formação dos profissionais. Porém, o estudo cita que muitas vítimas desistem de fazer o tratamento médico. Na fala das entrevistadas, isso ocorre devido à falta de humanização deste atendimento.

Um dos estudos pesquisados destacou que a preparação dos profissionais de saúde para o atendimento das vítimas, deve ir além dos aspectos técnicos. Estes profissionais precisam estar preparados psicologicamente para oferecerem os cuidados necessários às vítimas, visto que os sentimentos experimentados durante este tipo de trabalho podem interferir negativamente no atendimento (VELOSO, 2017). Oliveira e Fonseca (2006) evidenciaram a “falta de concretização das Políticas Públicas que incluam e organizem ações conjuntas da Polícia Militar, Ministério Público, Secretaria Estadual de Defesa Social, Secretaria de Educação e Defesa Social”.

A necessidade de se estabelecer um processo de capacitação dos profissionais é ressaltada nas produções científicas (BATISTETTI; LIMA; SOUZA; 2020; VIEIRA;

PADOIN; LANDERDAHL, 2009; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006), haja vista o preconceito enraizado em nossa sociedade e a dificuldade para lidar com a violência sexual até mesmo em ambientes de cuidado à mulher, onde espera-se uma maior compreensão acerca do tema. Do ponto de vista das vítimas sobre o cuidado e assistência, Bezerra et al. (2018) observaram que há uma insatisfação das usuárias, relacionado com o desrespeito e descaso dos profissionais, além da falta de conhecimento dos direitos das mulheres. Procópio et al. (2013, p. 1964) afirmaram que a baixa adesão ao tratamento se deve a:

Dúvidas quanto à eficácia do protocolo profilático, efeitos indesejados dos fármacos utilizados como náusea e enjoos, a ideia de que algo ruim possa acontecer após o ato de violência, tristeza, e preocupações geradas aos familiares. Além disso, estas mulheres ainda têm que lidar com as representações sociais mais comuns acerca da violência em seu grupo social e experimentam, em sua maioria, a sensação de culpa e o medo de serem estigmatizados.

Além de já se encontrarem fragilizadas pela violência que acabaram de sofrer, estas mulheres são submetidas a inúmeros exames e tratamentos invasivos, o que pode ser interpretado como uma reedição da violência já sofrida. Por fim, para Gomes (2017), há a necessidade de humanização no tratamento das vítimas, além da melhoria na infraestrutura dos ambientes especializados.

Considerando que a violência contra as mulheres não é um fenômeno natural, mas trata-se de uma construção social de consequências nefastas, torna-se urgente o esforço da sociedade para a elaboração de políticas públicas que visem a capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência (VILLELA, 2011). As consequências físicas e subjetivas destas violências podem evidenciar a dor e o medo que a vítima sente após passar pela violência sexual. Desta forma, ao analisar e identificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da violência sexual praticada contra as mulheres, acrescenta-se ao meio social e aos profissionais conscientização sobre o tema abordado e questionamentos sobre: o cuidado, o preparo profissional, a melhora no atendimento e a estrutura do ambiente especializado que irá receber as vítimas. Evidenciando a necessidade de uma compreensão sobre o fenômeno para que o atendimento seja humanizado e menos invasivo, ou seja de forma que o cuidado psicológico seja levado em consideração, assim sendo um atendimento integral respeitando os princípios do SUS de universalização, integralidade e equidade, previstos no Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000). E considerando que a forma como as pessoas percebem um fenômeno, pode servir como um guia para as suas práticas e ações, este teve como objetivo geral: analisar a percepção dos enfermeiros(as) que atuam em hospitais da Grande Florianópolis sobre a violência sexual contra as mulheres, a partir do contexto de atendimento à vítima. Para o alcance do objetivo

geral foram estipulados os seguintes objetivos específicos: a) identificar a compreensão dos enfermeiros(as) sobre o fenômeno da violência sexual contra as mulheres; b) identificar quais as atribuições causais da violência contra a mulher por parte dos enfermeiros(as); c) identificar os sentimentos dos enfermeiros(as) frente à necessidade de atender mulheres vítimas de violência sexual e d) identificar a percepção dos enfermeiros(as) sobre a preparação para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa possui uma abordagem qualitativa, uma vez que buscou compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca da violência sexual praticada contra as mulheres. Conforme Minayo (1996, p. 21), pesquisas qualitativas são realizadas para identificar o “[...] universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Em relação aos objetivos mais gerais, caracteriza-se como uma pesquisa descritiva (GIL, 2010), uma vez que buscou identificar e descrever as percepções acerca do fenômeno da violência sexual, a partir do relato dos participantes. Se baseia em um delineamento do tipo pesquisa de campo, de corte transversal, em que foi empregada uma observação indireta por meio de uma entrevista semiestruturada.

2.2 PARTICIPANTES

Participaram do estudo 3 enfermeiras ativas em sua função que trabalham em hospitais localizados na região da Grande Florianópolis no atendimento de casos de violência sexual praticado contra mulheres e que possuem especialização para este tipo de atendimento. A escolha destes profissionais decorreu do fato destes terem um maior contato com as pacientes. Foram excluídos deste estudo enfermeiros(as) que não atendem casos de violência sexual contra mulheres ou profissionais aposentados(as) ou afastados de suas atividades ou ainda outros profissionais de saúde que não exercem este cargo. Para fins de caracterização das participantes do estudo, foi elaborada uma tabela com alguns dados sociodemográficos fornecidos pelas entrevistadas (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados de caracterização das participantes do estudo.

Identificação	Gênero	Estado civil	Escolaridade	Renda familiar aproximada	Tempo de atuação no atendimento
Participante A	Feminino	Casada	Especialização completo	De 6 a 7 salários	+ de 5 anos
Participante B	Feminino	Casada	Especialização completo	De 4 a 5 salários	+ de 5 anos
Participante C	Feminino	Divorciada	Especialização completo	De 5 a 6 salários	1 a 2 anos

Fonte: a autora, 2021.

2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista individual e semiestruturada. A escolha da entrevista semiestruturada se deu para que as entrevistadas tivessem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem as condições de respostas moldadas e fixadas pela pesquisadora. Para então a pesquisadora, desta forma ter acesso aos dados obtidos de maneira mais condizente com a realidade do fenômeno (GIL, 1995).

O roteiro de entrevista foi organizado buscando compreender a percepção das profissionais de saúde acerca da violência sexual praticada contra as mulheres, foi formulado pela autora, baseado nos objetivos da pesquisa, composto por onze perguntas cuja meta consistiu na estimulação das entrevistadas na elaboração de um conteúdo verbal referente ao tema pesquisado. Ao final da entrevista as enfermeiras responderam um questionário sociodemográfico, que foi utilizado para a caracterização das participantes a partir das variáveis: gênero, estado civil, escolaridade, renda e tempo de atuação no atendimento a vítimas de violência sexual.

2.4 SITUAÇÃO AMBIENTE E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

Devido a pandemia COVID-19, as entrevistas foram realizadas e gravadas por meio do programa *Microsoft Teams*. Esse cuidado visou a segurança sanitária dos participantes. A pesquisadora tomou todos os cuidados necessários para que as entrevistas ocorressem de forma que respeitasse todos os critérios necessários para o devido sigilo das informações e das participantes. Durante as entrevistas foi utilizado um computador com conexão à internet para

o armazenamento dos dados coletados e uma folha A4 onde continha impresso o roteiro de entrevista e os itens do questionário sociodemográfico.

2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizado o contato com público-alvo do estudo, composto por uma amostra intencional de enfermeiros(as) que trabalham em hospitais localizados na região da Grande Florianópolis. O primeiro contato foi realizado por telefone, momento em que foi apresentado o objetivo do estudo e realizado o convite para a participação na pesquisa. Foi agendado então, o dia e o horário da entrevista online mediante ao aceite do entrevistado. As orientações sobre como acessar a entrevista online foram enviadas via aplicativo de mensagem para o participante. Por questões de sigilo, foi orientado à pessoa que se dispôs participar do estudo que durante a entrevista procurasse estar num ambiente silencioso e sem a presença de terceiros.

No dia agendado, antes de iniciar a entrevista foram feitos os esclarecimentos sobre a natureza do estudo. Atendendo aos preceitos éticos a pesquisadora disponibilizará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao participante, onde foi assegurado: a) a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida que o participante venha ter sobre o estudo, antes, durante e depois de sua participação; b) o direito do participante se recusar a continuar no estudo, caso sinta algum tipo de desconforto; c) a garantia do sigilo de todas as informações coletadas; e, d) a ciência de que os resultados da pesquisa poderão ser publicados, mantendo a identidade dos participantes preservada; e) o esclarecimentos dos possíveis riscos de sua participação.

A pesquisa foi realizada seguindo os critérios previstos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais. Sendo assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Unisul (CEP/UNISUL) e recebeu o parecer favorável, de acordo com o número do parecer: 4.207.636. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue aos participantes da pesquisa antes do início da coleta de dados.

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

O *corpus* formado pelo conjunto das três entrevistas foi submetido à técnica de análise de categorial de conteúdo de Bardin (2016). A análise de conteúdo é “uma técnica de pesquisa

para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto dos depoimentos dos entrevistados (BARROS; LEHFELD, 2017, p. 96). Dessa forma, o *corpus* textual foi analisado levando em conta “temas” definidos a partir dos objetivos específicos do estudo: a) a compreensão dos profissionais sobre o fenômeno da violência (*compreensão do fenômeno*), b) as atribuições causais dos profissionais em relação a violência contra a mulher (*atribuição causal*), c) os sentimentos provocados pelo atendimento às vítimas (*sentimentos*) e d) se os profissionais se sentem preparados para realizar o atendimento às vítimas (*preparação profissional*). Para Bardin (2017, p. 135) “o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc”. Nesta pesquisa, os temas foram utilizados para identificar a percepção dos profissionais sobre a violência sexual contra as mulheres.

Para operacionalizar a análise de conteúdo, foram seguidas as etapas:

- a) Pré-análise: após a transcrição das entrevistas, se deu a leitura flutuante do material, buscando identificar a relação entre as respostas dos participantes com os temas definidos a partir dos objetivos da pesquisa.
- b) Uso de unidades de registro (UR): foram organizadas a partir dos temas. A escolha pela análise temática foi feita a fim de descobrir “núcleos de sentido” (Bardin, 2016) presentes nas falas dos entrevistados, que permitiram fazer a síntese dos dados coletados após a codificação.
- c) Seleção das unidades de contexto (UC): de acordo com Bardin (2017, p. 137) “a unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às unidades de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro”. Neste trabalho, as unidades de registro foram compostas pelos trechos das entrevistas (*corpus*) que representam o significado de cada classe (unidades de registro). As unidades de contexto foram apresentadas com algumas variáveis de caracterização dos participantes idade, sexo ou tempo de atuação na área, por exemplo.

A análise de conteúdos de Bardin (2016) prevê o estabelecimento de regras de enumeração. Nessa pesquisa essa regra não foi utilizada. Como estratégia de análise foram realizadas análises individuais das entrevistas, privilegiando a percepção de cada entrevistada sobre o fenômeno.

Para facilitar o tratamento do material, foi preenchido pela pesquisadora o instrumento representado no Quadro 1.

Quadro 1 – Instrumento para codificação do *corpus* textual

Unidades de registro (UR)	Subcategorias	Unidades de contexto (UC)
Compreensão do fenômeno		
Atribuição causal		
Sentimentos		
Preparação profissional		

Fonte: a autora, 2020.

Salienta-se ainda que para oportunizar um melhor aproveitamento do material resultante das transcrições das entrevistas, a análise de conteúdo foi empregada sobre cada entrevista individualmente, considerando as categorias de análise, que conforme indicado, foram geradas a partir dos objetivos específicos do estudo.

3 RESULTADOS E ANÁLISE

3.1 RESULTADOS E ANÁLISE DA ENTREVISTA DA PARTICIPANTE A

A partir da análise empreendida, foi possível identificar que a Participante A apoiou seu discurso nos conhecimentos obtidos pela sua formação e pelo seu cotidiano, revelando logo no início da entrevista, o medo de ser julgada por sua **compreensão sobre o fenômeno** atribuído à pesquisa. O significado e o conceito da violência sexual são definidos socialmente, entretanto a compreensão e o sentido que o sujeito concede ao fenômeno está ligado a leitura que se faz dos elementos que tecem o conceito (TORRES, 2016). Assim, a Participante A, ao sentir-se desafiada a colocar-se quanto a sua compreensão, rapidamente afirma que *“A palavra já até diz né é uma violência, porque tudo aquilo que tu não permites passa a ser uma violência [...] qualquer coisa que tu não consentes e mesmo assim acontece é uma violência contra a tua pessoa, contra o teu corpo”*. Após relatar sua compreensão sobre o fenômeno da violência sexual contra as mulheres, a participante se apoia no conhecido do seu cotidiano para reafirmar que realmente ocorre a violência, *“a gente vê pelos atendimentos aqui no hospital é tudo realmente sem consentimento da vítima, então realmente a gente vê que foi uma violência”*. A dúvida colocada sobre se de fato ocorreu ato violento é cotidiana, partindo da noção de que o discurso feminino é colocado à prova pela sociedade e pelos esquemas sociais (MICHENER, 2003) que se estruturam a partir da cultura do machismo e que colocam a dúvida no fato

consumado, ele foi permitido? Tais questionamentos levam à inocência inicial do autor da violência e colocam a prova até mesmo a visão do profissional de saúde.

Na visão da participante A, a **atribuição de causalidade** sobre a violência sexual praticada contra as mulheres, estaria associada a exposição feminina. Essa exposição estaria ligada a contextos ambientais (festas), a bebida alcoólica. Pode-se derivar dessa análise o é possível perceber a relação de posse do homem sobre o corpo da mulher (CAVALCANTI, 2006). Tal atribuição pode ser verificada para significar as motivações de violências ocorridas em contextos de relacionamentos amorosos e até mesmo diante da inexistência de qualquer vínculo emocional entre a vítima e o autor da violência: *“a maioria das vezes é tudo em festinha e que envolve bebida [...] elas bebem e relatam que não lembram de nada e quando acordam já estão sem roupa esses são a maioria dos relatos que chegam para nós” (Participante A)*. A atribuição de causa à bebida alcoólica como justificativa para o abuso sexual, denuncia o grau de vulnerabilidade da vítima, sendo relacionado pela participante A como fator contribuinte a exposição da vítima à violência. Ao refletir sobre o sujeito da frase, percebe-se que a mulher torna-se mais uma vez “uma agente facilitadora da violência”, sendo pela bebida ou sendo ela exposição do corpo feminino a ambientes previamente frequentados pelos homens, *“Hoje elas estão se igualando ao trabalho do homem e se expondo até pelo horário de ir para a casa [...] hoje a maioria está exposta até pelo trabalho e pelo o horário, com faculdade, com cursos, em festinha ou que pegaram carona e o abuso aconteceu durante a carona” (Participante A)*. A ideia de que a mulher está exposta, alimenta a noção de virilidade e posse masculina indicados por Cavalcanti (2016) e a quebra dos esquemas sociais idealizados para o gênero feminino (SOUZA, 2017).

Para a entrevistada A, os seus **sentimentos** mais presentes durante o atendimento a mulheres violentadas sexualmente são: de revolta, de dor e de sofrimento.

É um sentimento de dor junto com elas, de revolta contra o agressor, de pensar na brutalidade do ocorrido, esse é o sentimento que eu tenho. Não saber pra onde correr para lidar com esse sentimento, porque às vezes é o agressor que vem trazer a vítima, principalmente quando é padrasto ou pai. E a gente sabendo que o agressor está ali fora e tu não pode na hora fazer nada, então tu fazes todo o atendimento e faz os encaminhamentos chamando o conselho tutelar, chamando polícia quando necessário (PARTICIPANTE A).

O relato da Participante A indica reforça que os afetos experimentados durante o processo de atendimento às vítimas de violência sexual: *“somos pessoas, sentimos, dói também. Não estamos calejados apesar de parecer”*. Existe uma falta de suporte da rede para estes

profissionais, sinalizado pela entrevistada, que pode resultar no distanciamento dos profissionais frente ao contato com a mulher vítima, como mecanismo de defesa diante do impacto da violência sexual. Tendo em vista que os sentimentos sinalizados pela participante podem afetar o andamento do atendimento, que precisa ser cuidadoso porém ativo, fazendo-se importante o apoio à saúde mental do profissional de saúde (VELOSO, 2017). Gomes (2017) comenta a importância de um tratamento humanizado e menos invasivo para as vítimas, sendo assim, a participante A expõe a relevância do contato ser humano e do ser mulher para que exista a empatia e confiança da vítima no atendimento.

No discurso da enfermeira, são evocadas as estratégias que ela utiliza para lidar com os próprios sentimentos com a finalidade de cuidar de si e da mulher com seu corpo invadido e exposto na sua frente, *“Se tiver que chorar eu choro junto, somos pessoas, tu te coloca muito no lugar do outro, sentindo as dores do outro como se fosse contigo ou com alguém da tua família. Isso ajuda muito no tratamento da paciente, ela entende que a gente sente e que a gente quer cuidar dela”* (Participante A). Todavia sinaliza que a estratégia para lidar com todos estes sentimentos vem com o tempo de trabalho, acredita conseguir dar continuidade ao atendimento sem que os sentimentos mencionados a atrapalhem, *“eu consigo separar o atendimento no momento e o meu particular fora deste atendimento. Não são todas as pessoas que conseguem aqui no hospital, mas eu consigo, penso eu ser pelo tempo que eu venho lidando com elas”* (Participante A).

A categoria **preparo profissional** foi a última categoria analisada nesta entrevista. dividido em algumas subcategorias para a participante A, sendo estas: a) **treinamento da equipe** e b) **organização do serviço**. Para a Participante A, a estratégia de atendimento precisa ser bem definida e organizada.

Não se pode demonstrar para a equipe de fora do atendimento, porque é sigilo, precisa de preparo para tirar a pessoa da sala de espera, para ser a primeira a ser atendida, levar para um local que só tem profissionais do caso, se tiver que chamar a polícia tem que tomar o cuidado para não demonstrar para ninguém que é um atendimento de violência sexual (PARTICIPANTE A).

A enfermeira sinaliza que não são todos no hospital que possuem o preparo para fazer esse tipo de atendimento. A entrevistada defende a importância do **treinamento da equipe** de saúde e afirma que há treinamentos, comentando também da existência de encontros de trocas de experiências. A participante possui muitos anos de experiência com o atendimento de pacientes que sofreram violência sexual e já auxiliou no desenvolvimento de treinamentos ministrados às novas equipes que ingressam no hospital. Entretanto indica na sua fala que:

quando eu vim trabalhar no hospital formou-se uma comissão, onde a gente teve também vários treinamentos e como abordar essa vítima, de como preencher a ficha, eu que até orientei porque já preenchia a ficha da investigação e a medicação” (Participante A).

A entrevistada A informou que todos os ingressantes da equipe passam por treinamentos para o atendimento às vítimas. Esses treinamentos são baseados num protocolo que seguem as diretrizes da Portaria nº 1.662/2015 que orienta sobre os procedimentos e a assistência ao atendimento às vítimas de violência sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Quanto a **organização do serviço** a participante afirmou que “*Eu acho que a estrutura é boa, o fluxo é bom, enquanto um vai pegar medicação o outro já chama o laboratório, a gente faz esse atendimento que eu penso que é um atendimento bom e de qualidade*”, comenta que se coloca à disposição para acompanhar todo o processo das pacientes, mesmo que não existe mais obrigatoriedade para o suporte à vítima, pois acredita que o vínculo e o acolhimento que pode fornecer contribui para a permanência das mulheres violentadas no atendimento. Salienta-se que as desistências por falta de acolhimento e humanização dos profissionais de saúde é algo frequente (PROCÓPIO, 2013). Assim, a participante A discorre sobre sua experiência de cuidado e de amparo à vítima, ainda que atrelada ao discurso social da culpabilização da mulher. Pode-se dizer que a violência sexual produz impactos para a mulher violentada e para as profissionais de saúde, que realizam o atendimento às vítimas. Infelizmente a violência contra a mulher é algo muito presente em nossa sociedade e os registros das violências vem aumentando no decorrer dos últimos anos, conforme pode ser identificado no Atlas da Violência (CERQUEIRA, 2019).

3.2 RESULTADOS E ANÁLISE DA ENTREVISTA DA PARTICIPANTE B

Durante a entrevista com a Participante B, foi possível perceber que a participante tratou a questão da violência sexual como um problema social. Ao ser questionada sobre sua **compreensão do fenômeno**, logo se percebe em seu discurso a **atribuição de causa** relacionado à forma como a sociedade se organiza.

O que eu penso sobre a violência sexual contra a mulher é que ainda é um tabu e muitas vezes pouco aceito pela sociedade. Esse tipo de pensamento machista da sociedade faz com que a mulher muitas vezes não busque ajuda e guarde essa violência para si, deixando a sua saúde em risco, deixando de fazer as medidas preventivas (PARTICIPANTE B).

O discurso da participante B denuncia o peso da sustentação dos esquemas sociais do ser feminino e o impacto que a violação sustentada pelo pensamento machista pode causar na saúde da mulher violentada (MICHENER 2003). Assim, além da violência já vivida, esta mulher é violentada novamente pelo julgamento que cai sobre ela, interferindo até mesmo na adesão ao tratamento médico, ocasionando problemas para a sua saúde. Como sinalizado também no estudo de Procópio (2013), a falta de adesão de mulheres vítimas de violência sexual ao tratamento médico está interligada a falta de preparo emocional dos profissionais de saúde e o peso social enfrentado pela vítima.

Referindo-se ainda sobre a compreensão do fenômeno, a entrevistada B comenta que *“Somos violentadas em várias esferas, não só pelos companheiros, mas também por profissionais da segurança, por profissionais de saúde. Nós mulheres ainda vivemos sob o pensamento machista, que vive subliminar, que coloca dúvida e culpa a vítima”*. No discurso da enfermeira pode-se notar uma concepção ampla sobre o ser social e subjetivo da vítima sobre a violência sofrida, trazendo também uma crítica à naturalização do estupro e a culpabilização feminina sob a violência sofrida julgada pela sociedade que a cerca. Em seu relato, descreve que as mulheres podem ser vítimas de violência em diferentes espaços. Tal constatação parece ser indicativo de que a naturalização da violência contra as mulheres está inserida e enraizada em nossa cultura (SOUZA, 2017). A percepção natural da sociedade sobre a violência, apoia-se em discursos que posicionam o homem cisgênero como um ser ativo, com necessidades biológicas e sobretudo soberano diante do gênero feminino. Tal visão leva a culpabilização da vítima por frequentar lugares onde este “homem viril” se encontra, quebrando as idealizações sociais de “mulher direita”, transformando-a em uma mulher passível da objetificação masculina (CAVALCANTI 2006). Sobre esse ponto, a participante B abordou que *“ainda existem esses estigmas e crenças de que a mulher não pode beber, e que a mulher não pode ter certos comportamentos que são aceitáveis pela sociedade... do mundo masculino... o homem abusa de maneira violenta e não concedida e menospreza aquela mulher”*.

Ao discutir sobre a violência sexual vivida, B enfatiza que *“depois da violência sexual a mulher ainda passa por várias violências, não só o ato em si. Pra que tudo seja realizado de maneira efetiva é necessário sem dúvida que essa mulher tenha um tratamento coerente com o momento que ela tá vivendo”*. Deste modo, vale ressaltar que a cultura da violência perdura para além do ato, carregando as marcas da violência vivida para além do corpo físico feminino. O olhar, o toque, o tom de voz, o que se é dito, tudo contribui para a perpetuação da violência

ocorrida, ocasionando em mais agressão a um corpo já invadido e agredido. Partindo disso, questiona-se sobre o peso dos **sentimentos** que contagiam, invadindo o profissional que recebe esta vítima, sendo colocado pela enfermeira B que “*o primeiro sentimento é de empatia, e o segundo sentimento que me vem é de frustração e raiva por saber que tanto tempo já se passou e a gente ainda vive a dominância masculina, sobre os mandos e desmandos dos homens sobre nós*”. Todavia a entrevistada salienta que a raiva a move para a ação “*eu transformo essa raiva em impulso para que a luta continue e motivo para que eu consiga educar o meu filho em um cenário diferente*” (PARTICIPANTE B). Contudo, ao naturalizarmos os sentimentos dos profissionais de saúde, levamos assim a validação destes, resultando o humano por trás do estereótipo frio construído impactando diretamente no atendimento.

O medo foi um sentimento que esteve presente na fala da entrevistada B. A participante indicou que tal sentimento é recorrente nas vítimas de violência sexual. Sendo ocasionado pelo: medo do tratamento, medo do julgamento social ou médico, medo do autor da violência (principalmente quando este é conhecido pela vítima), medo de não estar segura ao sair do hospital etc. A entrevistada afirma que:

Poucas mulheres que buscam, bom eu não tenho dado científico, mas na minha experiência dentro do hospital que atendo mulheres vítimas de violência eu observo que muitas delas buscam ajuda depois daquelas 72 horas... que poderia ser feita a profilaxia contra doenças sexualmente transmitidas. E, muitas vezes é pelo medo.

Problematizar o medo que estas mulheres sentem, permite levantar questões do porquê esse sentimento é algo tão presente nas vítimas de abuso. Aliás, essa emoção não é estranha para a mulher e principalmente o medo do estupro não é exclusivo para mulheres vítimas desta violação. Assim, dizendo, este sentimento parece estar presente no processo educacional das mulheres. Quando o meio social naturaliza a violência, a objetificação feminina e a posse do homem sobre o corpo da mulher, produz um medo, que controla e a aprisiona as mulheres nos esquemas sociais previamente definidos pela sociedade (MICHENER 2003). Ocasionando na eterna busca pela segurança na representação simbólica do que é ser mulher. No entanto, a quebra da representação simbólica do ideal social de mulher, gera a frustração destes paradigmas resultando na culpabilização da vítima, somando com a dúvida que é colocada em o seu discurso (CAMPOS 2017). Será que a mulher não provocou tal situação, perguntam-se muitas pessoas que ainda se guiam pelos óculos do machismo. Ainda, vale ressaltar que o sentimento de medo, desamparo e confusão em uma mulher que acaba de vivenciar a violência sexual é extremamente intensificado, principalmente nas situações em que o autor da violência é conhecido pela vítima, conforme indicado pela entrevista. E paralelo, existe a necessidade do

cuidado do corpo físico feminino. Contudo, o atendimento precisa levar em consideração as representações da violência sofrida (PARTICIPANTE B).

Levando em consideração os sentimentos, as representações da violência sexual sofrida e o corpo físico necessitando de atendimento especializado, a Participante B relata um pouco de sua estratégia de atendimento diante das adversidades que a situação pode ocasionar:

Busco acolher aquela mulher e mostrar que entendo o que ela está sentindo, deixá-la livre para expressar os seus sentimentos... também busco informá-la como é o atendimento para que seja menos invasivo possível, para que o foco seja aquele atendimento e aquela mulher. Então, a gente precisa se despir de qualquer julgamento para que não piore a situação que a gente vivencia naquele momento.

Em relação a categoria **preparação profissional**, atualmente a entrevistada afirma sentir-se mais bem preparada para lidar com a o atendimento à vítima de violência sexual. Afirma ser de extrema importância as leituras sobre o tema, para clarificar sua visão sobre o fenômeno, com o olhar não somente voltado para o corpo da vítima. Considerou ser importante o entendimento de que o atendimento pode sustentar a violência, quando não realizado de forma adequada. A enfermeira julga que apesar do treinamento ser bem especificado e importante, a prática ainda é a melhor escola.

Ao ser questionada sobre a **organização do serviço de saúde**, a participante B comenta que tudo é realizado de acordo com o protocolo estabelecido por lei através da Portaria nº 1.662/2015. De acordo com a entrevistada “*é tudo realizado dentro das diretrizes do Ministério da Saúde. Então, ela passa por todo um acolhimento, tem assistência multidisciplinar*”, ainda salienta que anterior ao protocolo, o atendimento acontecia na emergência, “*era um momento muito tumultuado porque a gente tinha que lidar dar conta de toda emergência e fazer o acolhimento*”. A enfermeira indicou que através das diretrizes houve uma extrema melhora deste atendimento, sendo possível a criação de um ambulatório específico para o atendimento de violência sexual, melhorando diretamente o acolhimento, a segurança e a privacidade necessária para que vítima se sinta melhor acolhida diante da violência sofrida. Afirma também que a equipe é composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais que guiam todo o procedimento, ressaltando sempre o cuidado para que esta mulher não seja violentada novamente com as ações dos profissionais de saúde.

Apesar de colocar o protocolo como eficiente, comenta que houve mudanças provenientes do governo atual⁵, que se trata da exigência de “*que todas as interrupções⁶ sejam agora dadas à polícia o nome da mulher com objetivo de dificultar e expor a mulher que faz essas interrupções, isso constrange a mulher*” (PARTICIPANTE B). Por fim, pode-se afirmar apesar do cuidado da equipe médica, para que se mantenha a segurança e a privacidade da vítima, percebe-se que a insensibilidade do atual governo para compreender as dimensões de uma violência sexual sofrida. Tendo em vista que mesmo resguardada pela lei da interrupção legal prevista no protocolo que garante este direito à mulher (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016), ainda se é tentado instalar o medo e a culpa sobre a vítima. Assim, o Estado que não garante a proteção das mulheres, acaba por expor a vítima de violência sexual mais uma vez a uma posição de medo.

3.2 RESULTADOS E ANÁLISE DA ENTREVISTA DA PARTICIPANTE C

Ao ser questionada sobre sua **compreensão sobre o fenômeno** da violência sexual praticada contra as mulheres, a participante C demonstrou dificuldade de indicar uma definição concreta sobre violência. A entrevista, entretanto, salientou que observa um aumento dos casos nos últimos anos, destacando que a violência sexual ocorre dentro de relacionamentos amorosos, onde o homem sente que sua parceira é sua posse (PARTICIPANTE C). Todavia, em sua compreensão sobre as causas da violência (**atribuição causal**), destaca que a dependência financeira, o relacionamento tóxico e a exposição da vítima contribuem para a ocorrência da violência, resultando em um jogo de poder que aprisiona a mulher dentro de uma relação. Deste modo, pode-se relacionar tais causalidades informadas pela entrevistada com a crença social de dominância biológica masculina, o relacionamento de posse e os esquemas sociais idealizados para as mulheres, sendo justificativas sociais eleitas para explicar a causa de um ato de violência. Assim salientando Bordieu (2002, p. 33):

a força particular da sociodicéia masculina lhe vem do fato de ela acumular e condensar duas operações: ela legitima uma relação de dominação inscrevendo-a em

5 O governo mencionado pela entrevista equivale ao que se iniciou em 2019, tendo em vista a nova portaria que coloca novas diretrizes frente ao aborto legal. A PORTARIA Nº 2.282, DE 27 DE AGOSTO DE 2020, coloca passos a serem seguidos pela vítima, pela equipe de saúde e pela polícia, sendo que agora é obrigatória o envolvimento da polícia nos casos de interrupção legal proveniente do abuso sexual. Além do fato do discurso da vítima necessitar ser validado pela equipe médica e pela investigação policial, levando em consideração relato, tempo e o corpo examinado.

⁶ O termo interrupção refere-se a abortos legais garantidos pelo protocolo de atendimento as vítimas de violência sexual praticada contra as mulheres, como um direito à vítima.

uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada.

Confirmando no discurso da entrevistada C, que estas crenças enraizadas na sociedade levam a mulher a crer que “necessita daquele homem”, mesmo que a violência seja palco principal de seu relacionamento.

A entrevistada C comenta que as mulheres “*são violentadas sexualmente e agredidas, mas continuam naquele ciclo de relação tóxica e não consegue se libertar disso, a maioria das mulheres que a gente atende não trabalham fora, o marido é quem sustenta a casa né, então isso torna a mulher suscetível*”. Os fatores objetificação feminina, culpabilização da vítima frente aos padrões quebrados, relação de poder prevista na cultura entre homens e mulheres, regras sociais, crença na dominância biológica masculina sob o corpo feminino e dependência já citados, contribuem para a sustentação de um relacionamento tóxico (GOMES 2018). Para Foucault (1995) a relação de poder é inerente na relação humana, mas com ele vem a submissão daquele que é abusado pelo poder exercido. Todavia, neste sentido Beauvoir (1949, p.64) afirma que “não é enquanto corpo, é enquanto corpos são submetidos a tabus, a leis, que o sujeito toma consciência de si mesmo e se realiza: é em nome de certos valores que ele se valoriza. Os dados biológicos revestem o que o existente lhes confere”; e desta forma “a superioridade muscular do homem não é fonte de poder” (BEAUVOIR, 1949, p.64).

A Participante C, acredita que a exposição feminina contribui para o ato violento ocorrer, dizendo que:

Eu acho que é por conta da liberação sexual da mulher, e muitas vezes ela é julgada pelas roupas, por tipos de comportamento [...], a ideia de que a mulher tá mais fácil, digamos assim né, que a mulher se expõe mais, a mulher sai mais, a mulher se veste de uma forma mais ousada, ela tem mais independência, sai mais a noite e eu acredito que seja isso assim” (PARTICIPANTE C).

Ao analisar sua fala, percebe-se no discurso da participante que o sujeito da frase que fornece a ação é feminino, assim dizendo, o masculino tão pouco aparece. Para a entrevistada C, a exposição da mulher na noite, livre em ambientes previamente ocupados por homens a colocam em risco, voltando assim, ao sentido animalesco de que o homem olha para o corpo feminino o objetificando para fins de satisfazer seus desejos (CERQUEIRA 2014). Havendo assim, a desumanização do feminino por parte do masculino (CHAUÍ 2014). Para Saffioti (2001, p.121) “Neste sentido, os homens estão, permanentemente, autorizados a realizar seu projeto de dominação-exploração das mulheres, mesmo que, para isto, precisem utilizar-se de sua força física”.

O medo da represália do autor da violência é um sentimento notado pela participante C nas vítimas de violência sexual, *“eu vejo que a maioria não quer denunciar o agressor, por medo de represália, por conhecido ou até por estar nesse relacionamento que no fundo não quer sair desse relacionamento”*. Ainda salienta que durante o seu atendimento comunica para vítima a importância da denúncia referindo-se da seguinte forma *“você tem o direito de denunciar e eu acho que você deveria denunciar porque é uma forma de ajudar outras mulheres. Mas a maioria, acho que 90% não faz o B.O. e não quer denunciar”*. Pode-se notar no relato da enfermeira C a pressão que existe para a ação da vítima em um momento de extrema fragilidade, combinando com o receio que a mulher violentada sente frente ao autor da violência quando sair da segurança do hospital. Sendo necessária a compreensão por parte da equipe de que a vítima, no entanto, está sentindo-se invadida, fragilizada e amedrontada pelo ocorrido. Logo, é preciso compreender que apesar da denúncia ser um direito, a segurança é primordial. Neste contexto, a vítima fragilizada tenderá a priorizar por sua segurança, mesmo que por hora a escolha seja o silenciamento. Vale ressaltar a importância do cuidado para além do protocolo, exames e procedimentos, abrindo-se os olhos para o fenômeno de forma ampla e empática.

Durante a entrevista pode-se notar a preocupação da entrevistada C ao se referir a mulheres vítimas de violência que buscam o atendimento para interrupção legal:

O que está acontecendo conosco é as mulheres já saberem que estão grávidas e buscam a interrupção legal. Então, se isso acontecer elas não são nem medicadas mais porque já passou o tempo, então é uma coisa que nos causa estranheza, porque no caso aconteceu uma violência, não sei né, se fosse comigo eu procuraria buscar prevenir a doença.

A interrupção é prevista por Lei no protocolo seguindo as orientações do Ministério da Saúde com as Portarias nº 618/2014 e nº 485/2014, assim sendo um direito (não uma obrigação) da mulher mediante a uma violência sexual sofrida que ocasionou em uma gestação. Ao problematizar a estranheza sentida pela enfermeira C, nota-se um julgamento de conduta por parte da equipe médica sob a mulher vítima de violência sexual, sendo o seu discurso mais uma vez colocado a prova. Por sequência, se é dito pela participante C que há também julgamento sob a mulher quando *“ela chega no hospital e as pessoas pensam: é está bêbada, estava na noite e esperava o que? Infelizmente tem essa cultura, entre a gente mesmo, entre os funcionários”*. Deste modo, nota-se que a cultura do estupro está posta na sociedade, e os profissionais de saúde não são imunes as construções sociais. *“Há uma naturalização do*

estupro, o que poderia explicar a dificuldade das vítimas denunciarem agressores, especialmente os conhecidos” (CAMPOS, 2017 p. 985).

Ao ser perguntada sobre os **sentimentos**, a enfermeira C inicia falando sobre o sentimento das vítimas sob a violência sofrida, defendendo-se da pergunta sobre si. Quando se sentiu confortável para abordar a questão, revelou se sentir impotente por não poder acompanhar a vítima após o atendimento. Se sente de “*mãos atadas*” diante do sofrimento extremo que está vendo ser vivenciado pela mulher vítima de violência sexual. “*Parece que eu não sou muito útil assim, porque eu sinto que eu não consigo ajudar o tanto que eu queria ajudar*” (PARTICIPANTE C). Há a tentativa de lidar com seus sentimentos de impotência, solicitando que as mulheres denunciem o agressor por meio do B.O. Para a enfermeira C existe um extremo incômodo quando a vítima não deseja denunciar o autor da violência, fazendo com que o sentimento de impotência de C diante do fenômeno cresça. Afirma que existe a falta de preparo para lidar com os sentimentos que invadem o profissional de saúde durante o atendimento da vítima de violência sexual. Não sendo os sentimentos pautados nos treinamentos “*Eu só sabia que tinha que fazer a medicação*” (PARTICIPANTE C). Critica ainda a formação de “profissionais máquinas”, que colocam em prática somente o protocolo, sem o devido acolhimento à vítima.

Quanto à **preparação profissional** e a organização do serviço, a entrevistada salienta que o protocolo atende as demandas necessárias para o cuidado do corpo físico. Entretanto, quanto ao acolhimento, este fenômeno é visto em segundo plano ou até mesmo não levando em consideração no atendimento à vítima. Comenta que existem muitas melhorias necessárias para o atendimento da vítima de violência sexual, “*falta espaço físico, falta maior dedicação dos profissionais, tanto nós quanto o profissional médico também, falta mais instrumentalização pra lidar com as situações, falta muito pra gente chegar lá no ideal*”. Ainda salienta que existe a dificuldade de como acolher a vítima durante o atendimento, “*eu sinto bastante falta desse preparo, sinto porque a gente não sabe como abordar. Como é que a gente vai abordar uma mulher que foi violentada a esse ponto, pelo companheiro ou como é que vai abordar uma mulher que foi estuprada na rua? Tem diferenças entre abordagens?*”. A falta de preparo emocional é um tema muito discutido pela participante C, sendo que a sua preocupação em relação a este atendimento perdura durante toda a entrevista. Nota-se a necessidade do acompanhamento psicológico e sobretudo a urgência do auxílio nas formas de cuidar de forma acolhedora a paciente que foi vítima de violência sexual e que está sendo tratada pela equipe, conforme constatado na pesquisa de Veloso (2017). Tendo em vista a importância deste treinamento evidenciada pela participante C.

A enfermeira C, relaciona as faltas citadas e a postura da equipe médica frente ao atendimento de vítimas de violência sexual como um grande agravante que contribui para a falta de adesão das pacientes ao tratamento. Revela que a maioria das mulheres procuram atendimento após as 72 horas críticas, impossibilitando a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Tal situação também corroborada com os resultados da pesquisa de Oliveira (2005). *“Eu percebo que os médicos que atendem meio que fogem da situação, porque ninguém quer atender né o estupro, é uma situação chata né”* (PARTICIPANTE C). Essa fala denota a falta de preparo dos profissionais de saúde que “fogem da situação”. Além de constrangedor para vítima, o peso social, subjetivo e físico de sustentar a violência vivida a impede de se colocar novamente em uma situação de vulnerabilidade frente aos profissionais de saúde que se incomodam com a sua presença na sala de atendimento. O que revela uma mulher violentada na sala de espera de emergência de um hospital geral? Pode-se dizer que revela o que há mais de antiético em nossa sociedade que provoca a fuga até mesmo daqueles que juraram salvar vidas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a análise das três entrevistas, fez-se possível identificar divergências e convergências presentes nos discursos das participantes do estudo. Pode-se verificar que o tempo de experiência na prática com mulheres vítimas de violência sexual, forneceram às participantes A e B a segurança nos atendimentos, tanto para dar sequência ao protocolo, quanto na forma de lidar com os possíveis sentimentos que as invadiam. Notando-se em B uma compreensão ampla sobre o fenômeno e a busca pela compreensão deste para além dos esquemas sociais construídos. Os anos de experiência de A são rapidamente notados diante da fluência e da segurança em seu discurso ao discorrer sobre o procedimento técnico do atendimento, já B nota-se sua fonte de segurança se dá nas leituras feitas que possibilitam uma compreensão do vivido resultando em um atendimento extremamente empático para com a vítima. Sobretudo, C não tem problemas para comentar sobre sua insegurança no atendimento, tendo em vista que possui em tempo menor experiência na prática, destacando inúmeras melhorias tanto para o protocolo de atendimento quanto para o treinamento recebido.

Nota-se nos discursos das participantes A, B e C, a preocupação com a excelência do atendimento as vítimas de violência sexual. Este cuidado está para além do protocolo

estabelecido na portaria Portaria nº 1.662/2015, a empatia, a abordagem assertiva e a compreensão do que foi vivido pela paciente são pautas de extrema importância, colocadas pelas enfermeiras como primordial nos atendimentos a mulheres vítimas de violência sexual. Todavia, apesar da maioria das entrevistadas ter afirmado que o sistema de atendimento é bem conduzido pela equipe, vale ressaltar o relato de denúncia trazido pela enfermeira C. Discurso este que enfatiza a importância da melhoria não só do atendimento, porém existe a ênfase da extrema falta de humanização e empatia para com as pacientes. Havendo julgamentos por parte da equipe que persiste em culpabilizar a vítima pela violência sofrida, comungando com os padrões sociais que insistem em nos guiar para o patriarcado, colocando assim, o foco na vítima buscando nela a justificativa pela violência sofrida (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

A atribuição de causa que permeia a exposição feminina ao álcool, a lugares e horários indicados como não seguros para as mulheres, fez-se presente nas falas das entrevistadas A e C. Sendo ainda destacados pelas participantes mencionadas o aprisionamento das mulheres em relacionamentos tóxicos que geram eternos ciclos de violência que são sustentados pela dependência feminina. Em sua compreensão, em ambas as entrevistadas pode-se notar que a mulher moderna se torna o foco para o aumento da violência sexual praticada, tendo em vista a relação de posse que o homem insiste em manter sob a mulher, alimentada pela sociedade e seus esquemas, juntamente com a exposição feminina. Assim, em contraponto, a enfermeira B salienta que a permanência dessa violência se dá pela construção social, atribuindo a causa à sociedade. Sobretudo, a relação de poder se é discutida e enfatizada por todas as participantes que criticam a permanência desta instituição de força que se é submetida ao gênero feminino através do masculino (FOUCAULT 1995).

Os sentimentos destacados pelas participantes do estudo são estrategicamente colocados como agentes potenciadores que permitem a ação e a conexão para o cuidado. Apesar da dificuldade para lidar com eles, evidenciado pela participante C, a mesma julga que sem eles não se é possível o atendimento sem que a frieza o invada, ressaltando a importância de um preparo (treinamento) para lidar com tais afetos, validando assim a sua existência. As emoções citadas pelas participantes foram: impotência, raiva, dor, revolta, frustração e sofrimento. Vale ressaltar a importância do acompanhamento psicológico e o treinamento focado não somente no protocolo, bem como também a discussão dos possíveis impactos que o atendimento da violência sexual pode causar nos profissionais de saúde que conduzem o atendimento a essas vítimas/pacientes (VELOSO, 2017).

A percepção que temos do mundo ao nosso redor nos influencia em cada aspecto de nossa vida, desde o subjetivo, materializando-se nas relações sociais no trabalho e na vida

cotidiana. Desde o nascimento somos submetidos a esquemas socialmente construídos e aprendemos a olhar o mundo a partir deles. Quando voltamos o pensamento para os profissionais de saúde nada se diferencia, pois são sujeitos que além do conhecimento da saúde, também são permeados por esquemas que influenciam a construção de sua percepção da realidade. Desta forma, quando este profissional atende uma mulher violentada que necessita de seus cuidados, várias fontes de informação poderão ativar sua percepção sobre a vítima: os conhecimentos que possui acerca da violência, suas memórias, suas defesas, suas emoções e sentimentos, o grau de identificação com a vítima etc. Mesmo que esteja numa situação profissional, este sujeito está por completo, diretamente ligado aos seus esquemas subjetivos.

Quanto a percepção dos profissionais de saúde sobre a violência sexual praticada contra as mulheres no contexto de uma emergência do hospital geral, nota-se que o juízo de valor se é feito a vítima, impactando negativamente no atendimento das pacientes, colocando em risco a adesão desta mulher ao tratamento, tendo em vista que apesar da busca por um atendimento empático, ainda se vê resistência da mulher quanto a procura do atendimento hospitalar proveniente do medo do julgamento que será feita pelos profissionais de saúde, impactando diretamente em sua saúde física. Desta forma, sendo de extrema importância a validação dos sentimentos dos profissionais de saúde acerca da violência sexual para atingir a humanização do atendimento à vítima. Somos parte de uma sociedade que insiste nos esquemas sociais que idealizam o comportamento feminino e expõe a dominância do gênero masculino. Assim, se faz importante a conscientização desse fato para que exista a noção de que o corpo da paciente que foi violentado, está sendo novamente invadido ao colocar-se em uma situação de atendimento, tendo em vista os exames necessários que penetram o corpo. Levando para o profissional de saúde a consciência da representação do que significa estar novamente sujeita ao toque de um estranho. Assim, sendo ainda necessária a capacitação profissional para além do protocolo, salientando também a importância do acompanhamento psicológico a equipe técnica que vive diariamente a quebra dos padrões éticos de convivência.

A violência sexual é parte integrante da nossa cultura, naturalizada, marcando cada mulher vítima com sentimentos de medo, dor, culpa e vergonha. A gravidade e a extensão desta violência fizeram surgir a ideia de que vivemos em meio a uma cultura estupro, que naturaliza a possibilidade “de que homens têm direito a ter acesso livre ao corpo da mulher, a cultura do estupro também tem eliminada a justificativa para que a violência sexual seja, de alguma forma, aceita ou tolerada pela sociedade” (SOUSA, 2017, p. 28). Assim, não está na biologia a resposta da objetificação ou da submissão da mulher, “trata-se de saber como a natureza foi nela revista através da história; trata-se de saber o que a humanidade fez da fêmea humana” (BEAUVOIR,

1949, p.65). Por fim, vale ressaltar que ainda vivenciamos as mesmas necessidades já pontuadas nos estudos anteriores a este.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

BATISTETTI, Luciana Teixeira; DE LIMA, Maria Cristina Dias; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula. A percepção da vítima de violência sexual quanto ao acolhimento em um hospital de referência no Paraná. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 12, p. 169-175, jan. 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7191>. Acesso em: 19 mai. 2020.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo sexo: fatos e mitos** São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1980.

BEZERRA, Juliana da Fonseca et al. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 31(1): 1-12, jan./mar., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6544>. Acesso em: 06 mai. 2020.

BORDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Emenda Constitucional nº 29, de 2000) 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013**. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal, eo art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. **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 ea Lei de Execução ... Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015.** Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, eo art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial da União, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Norma Técnica Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.** 1ª Edição Brasília - DF 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violenca_sexual_norma_tecnica.pdf Acesso em jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde divulga diretrizes para atendimento a vítimas de violência sexual.** Ministério da Saúde 2015. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/svs/20306-saude-divulga-diretrizes-para-atendimento-a-vitimas-de-violencia-sexual>. Acesso em mai. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde secretaria executiva. **Sistema único de Saúde (SUS) princípios e conquistas.** Brasília Ministério da Saúde 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014.** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014.** Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União, 2015.

CAMPOS, Carmen Hein de et al . Cultura do estupro ou cultura antiestupro?. **Rev. direito GV**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 981-1006, Dec. 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322017000300981&lng=en&nrm=iso. Acesso em jun. 2020.

CAVALCANTI, Gisélia de Moura Bezerra; AMORIM, Ana Vitória Borges de; QUEIROZ, Gabriela Silva de; CRUZ, Natália Mendes; COSTA, Raissa Leite; BEZERRA, Klenia Felix de Oliveira. A violência contra a mulher no sistema único de saúde. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**. 12: 145-153, jan.-dez. 2020. Disponível em: < http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7148/pdf_1> Acesso em abr. 2020.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, Jan. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em jun. 2020.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). Brasília, n. 11, mar. 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf. Acesso em jun. 2020.

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da violência**, 2019.

CHAUI, Marilena. **Conformismo e resistência**: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo. Editora Atica, 14º edição, 7º impressão, 2014.

DAMERGIAN, S. (1986). **Entre a vida e a morte**: A violência contra a infância nos grandes centros urbanos. In M. H. F. Steiner (Org.), Quando a criança não tem vez: Violência e desamor (pp. 1-15). São Paulo: Pioneira

DIOTTO, Nariel; SOUTO, Raquel Buzatti. Aspectos Históricos e Legais sobre a cultura do Estupro no Brasil. Seminário Internacional, demandas sociais e políticas na sociedade contemporânea, mostra internacional de trabalhos científicos UNISC 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/15867> Acesso em jun. 2020.

FACURI, Cláudia de Oliveira et al. 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**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, maio 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em jun. 2020.

FERREIRA, Aurélio B. de H. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa Online. 2016

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault: Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOMES, Ingrid Raphaelle Rolim; FERNANDES, Sheyla C. S. A permanência de mulheres em relacionamentos abusivos à luz da teoria da ação planejada. Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 38, n. 94, p. 55-66, jan. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 dez. 2021.

GOMES, Maria Cíntia et al. Violência contra a mulher: compreendendo a atuação interdisciplinar. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 11, n. 12, p. 5245-5251, dec. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22782/25468>. Acesso em jun. 2020.

HARDING, S. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. IN: HOLLANDA, H. B. (Org). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar dos Tempos, 2019 (pp. 95-117).

HIGA, Rosângela et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 377-382, June 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200023&lng=en&nrm=iso Acesso em jun. 2020.

JODELET, Denise. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, p. 17-44, 2001.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Autêntica, 2018.

MICHENER, H. A.; DELAMATER, J. D.; MYERS, D. J. **Percepção social e cognição**. Psicologia Social, p. 130-169, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde divulga diretrizes para atendimento a vítimas de violência sexual**. Publicado: Terça, 20 de outubro de 2015. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/svs/20306-saude-divulga-diretrizes-para-atendimento-a-vitimas-de-violencia-sexual>. Acesso em jun. 2020.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; LIMA, Rebeca Fernandes Ferreira; MORAIS, Normanda Araujo de. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicol. cienc. prof., Brasília**, v. 37, n. 4, p. 956-969, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000400956&lng=en&nrm=iso. Acesso em jun. 2020.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al . Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública, São Paulo** , v. 39, n. 3, p. 376-382, June 2005 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em abr. 2020.

PROCOPIO, Ericka Viviane Pontes et al . 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*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, p. 1961-1969, Junho 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601961&lng=en&nrm=iso. Acesso em mai. 2020.

RODRIGUES, Aroldo; ASSMAR, Eveline Maria Leal; JABLONSKI, Bernardo. **Psicologia Social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, v. 16, 2001.

SANTOS, Débora Ribeiro; NEVES, Flávia de Siqueira; CABRAL, Luís Felipe. **Dicio: Dicionário on line de português**. Brasil, v. 7, p. 2009-2017. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/percepcao/>. Acesso em jun. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Protocolo de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual**. 3ª edição Florianópolis 2016.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**: norma técnica. 2015.

SOUSA, Renata Floriano de. Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres. **Rev. Estud. Fem., Florianópolis**, v. 25, n. 1, p. 9-29, Apr. 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2017000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em jun. 2020.

TORRES, Ronaldo. **Problemas cruciais para a formação do analista na atualidade: o sujeito suposto saber em questão**. *Stylus (Rio J.)*, Rio de Janeiro , n. 33, p. 11-23, nov. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2016000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 dez. 2021.

VELOSO, Milene Maria Xavier et al. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 25 (1) 1-8, Jan.-Jun., 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7047/5743> Acesso em jun. 2020.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; HASSE, Mariana. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 21, n. 60, p. 52-62, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100052&lng=en&nrm=iso. Acesso em jun. 2020.

VIEIRA, Leticia Becker; PADOIN, Stela Maris de Mello; LANDERDAHL, Maria Celeste. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 609-616, Dec. 2009. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em jun. 2020.

VIGOTSKI, L. S. (2000a). **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes

VILLELA, Wilza Vieira et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saude soc., São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 113-123, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em jun. 2020.

WAISELFISZ, Julio. *Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil*. 1º edição, DF – Brasília. Flasco Brasil. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em abr. 2020.