

*C. 54191
R. 13031231/04*

R. 81360

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFC/UFMA

LUZINÉA DE MARIA PASTOR SANTOS FRIAS

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER:
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Fortaleza-CE

2003

*TUSE
362.8298
19/1/04
2003*

LUZINÉA DE MARIA PASTOR SANTOS FRIAS

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER:
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação ao Mestrado Interinstitucional em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Socorro Pereira Rodrigues

Fortaleza-Ce

2003

LUZINÉA DE MARIA PASTOR SANTOS FRIAS

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER:
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação ao Mestrado Interinstitucional em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Médico-Cirúrgico, Linha de Pesquisa: Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em Situação de Saúde-Doença.

Prof^ª. Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues
Presidente
Universidade Federal do Ceará

Prof^ª. Dra. Raimunda Magalhães da Silva
Examinadora
Universidade Federal do Ceará

Prof^ª. Dra. Elba Gomide Mochel
Examinadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira
Examinadora Suplente
Universidade Federal do Ceará

Fortaleza-CE

2003

DEDICO

À minha mãe, Loimar Pastor Santos, minhas irmãs, Salviana e Marluze e irmão Itaan, pelo amor que me dedicaram e pelos exemplos de bondade, justiça, altruísmo e generosidade;

Aos meus filhos queridos, André, Ana Claudia, Carlos Neto e Diego, pela compreensão e por me possibilitarem exercitar a arte de amar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela permissão da vida;

A Carlos Alberto da Silva Frias Júnior, que a despeito de tantas distâncias, procurou estar sempre presente e possibilitar meios para a realização deste trabalho;

À professora Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues, pela compreensão, competência e por ter sido, acima de tudo, uma educadora, transformando este trabalho num processo pedagógico;

Às professoras da Universidade Federal do Ceará, em especial, as Dras Grasiela Teixeira Barroso e Raimunda Magalhães da Silva, pelo apoio, estímulo e incentivo;

À professoras Dra, Elba Gomide Mochel(UFMA) pelas contribuições;

Aos profissionais de saúde que participaram deste estudo, por mostrarem as nuances do trabalho profissional na perspectiva de minimizar as conseqüências da violência;

As colegas do mestrado, em especial Claudia Tereza Frias Rios, por todo carinho e amizade;

Às professoras do Departamento de Enfermagem da UFMA, pelo esforço despendido no sentido de concretizar o projeto de Mestrado;

À direção do Hospital Universitário e às colegas do Ambulatório do Materno Infantil pela colaboração;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para a realização deste trabalho.

RESUMO

Pesquisa descritiva, com abordagem predominantemente qualitativa, tendo por objetivos conhecer as representações sociais de profissionais de saúde acerca da violência sexual contra a mulher e identificar quais os determinantes da violência sexual, percebidos por eles no cotidiano da prática profissional. O referencial teórico-metodológico adotado foi a Teoria das Representações Sociais, tendo como suporte Análise de Conteúdo Categórica. Os dados foram coletados em duas Instituições de saúde de São Luís-MA, no período de março a julho de 2002. Participaram do estudo 19 profissionais de saúde que atendem mulheres vítimas de violência sexual. A obtenção dos dados foi feita através de entrevista semi-estruturada, apresentados em forma de quadros e narrativas. A organização dos dados permitiu o estabelecimento de duas categorias temáticas. A 1ª categoria: Contextualização da violência sexual contra a mulher, que originou 4 sub-categorias: Conotação da violência sexual, Particularidades relacionadas à pessoa que pratica agressão, Sentimentos percebidos nas mulheres vítimas de violência sexual, Sentimentos expressados pelos profissionais em relação à violência sexual; A 2ª categoria: Fatores contributivos da violência sexual contra a mulher, com 4 sub-categorias: Estrutura social e violência contra a mulher, Estrutura emocional feminina e masculina como fator favorecedor da violência sexual, Aspectos relacionados à sexualidade humana e violência sexual contra a mulher, A questão cultural e sua influência na violência sexual contra a mulher. A análise das informações evidenciou as seguintes representações sociais dos profissionais de saúde: A violência sexual contra a mulher respalda-se nos valores culturais e na violação dos direitos; A violência sexual contra a mulher: valor cultural que clama por atualização; A violência representa um reforço aos símbolos arcaicos de caracterização da mulher, A violência sexual constitui trauma irrecuperável na vida da mulher; A violência constitui componente importante a fomentar uma mudança favorável no sistema político e social do País; Ênfase do valor da mulher no cenário político-social e familiar atribuída pelo Sistema educacional. A violência sexual contra a mulher, para os profissionais de saúde, é um fenômeno complexo de difícil tradução, que evoca uma variedade de sentimentos nos profissionais e que têm múltiplos determinantes.

ABSTRACT

Descriptive research with predominating qualitative accosting, having for objectives to know the social representation of health professionals about sexual violence against woman and identify which determinants are realized by them in day-by-day of professional practice. The theoretic-methodologic referential adapted was the Social Representation Theory, having as support Categorical Contents Analyze. The studying was made in two health institutions of São Luis-MA, from March to July of 2002. 19 health professionals that attend woman victims of sexual violence participated of this study. Data collecting was made with semi-structured interview, introduced as schedule and narratives. The data organization allowed the establishment of two categories. The first one: contextualization of sexual violence against woman, that originated four sub-categories: Sexual Violence connotation, Particularities about the person that practice the violence, Feelings perceived in women victims of sexual violence, Feeling expressed by professionals in relation to sexual violence; the second category: Factors that contribute to sexual violence against the woman, with four subcategories: Social structure and violence against the woman, Emotional Feminine and Masculine Emotional structure as factor that helps the sexual violence, Aspects relationed to human sexuality and sexual violence against woman, Cultural matter and it's influence in sexual violence against woman, the analysis of informations made evident the following social representation of health Professionals: the sexual violence against woman are based in Cultural values and rights violation; the sexual violence against woman: Cultural value that claim for actualization; the violence represents a reinforcement to the old symbols of characterization of women, the sexual violence constitutes irrecoverable trauma in woman life; the violence constitutes important component to make the positive change in political and social system of the country; Emphatic of the woman value in the political-social and family scenery attributed by the Educational System. The sexual violence against woman, is to the health professional, a complex phenomenon hard to translate, that evoke a variety of fellings on the professionals and has multiples determinants.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	16
3.1 Violência contra a mulher, violência de gênero e o movimento de mulheres	16
3.2 Revisitando a história da violência contra a mulher	23
3.4 Violência contra a mulher e direitos humanos	28
3.5 A teoria das representações sociais	35
4 METODOLOGIA	40
4.1 Características da Pesquisa	40
4.2 Cenários da Pesquisa	41
4.3 Procedimentos adotados na Pesquisa	43
4.4 Participantes da pesquisa e amostra	43
4.5 Forma de obtenção dos dados	46
4.6 Aspectos éticos-legais do estudo	48
5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	50
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	54
7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	85
7.1 A violência sexual contra a mulher, respalda-se nos valores culturais e na violação de direitos humanos	85
7.2 Violência sexual contra a mulher: valor cultural que clama por uma atualização	87
7.3 A violência sexual constitui trauma irrecuperável na vida da mulher	87
7.4 A violência sexual representa um reforço cultural aos símbolos arcaicos de caracterização da mulher	89
7.5 A violência sexual constitui componente importante a fomentar uma mudança favorável no sistema político e social do País	90
7.6 Ênfase do valor da mulher no cenário político-social e familiar atribuída pelo Sistema educacional	91
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	108
ANEXOS	112

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno mundial, que afeta todas as classes sociais em qualquer tipo de sociedade. Está presente desde os tempos mais remotos na trajetória das relações sociais dos povos.

A violência contra a mulher é fenômeno social e mundial, posto que transversal a todas as classes sociais, credos, etnias, não respeita idade ou tempo. Na África subsariana, com pobreza e subdesenvolvimento ou no Canadá, país rico, desenvolvido e com uma das melhores qualidades de vida do mundo, a violência está presente com suas formas e cores características, como demonstram os dados abaixo.

Os dados mundiais e nacionais dão conta de uma realidade bastante desoladora para a mulher, mas que, no entanto, refletem a magnitude do problema. As informações revelam que o fenômeno da violência contra a mulher não está afeito à classe social, poder econômico, raça ou religião mas, perpassa tudo isso, podendo adquirir contornos diferenciados.

Nos Estados Unidos, 3 a 4 milhões de mulheres são agredidas por ano em suas casas por pessoas de sua convivência. No Canadá, a violência de gênero atinge quase um terço da população feminina. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 85 a 115 milhões de meninas e mulheres que vivem na África e Ásia são submetidas a alguma forma de mutilação genital, com graves conseqüências para a saúde (REDE SAÚDE, 2001).

Na América Latina e Caribe, de 25% a 50% das mulheres são vítimas de violência doméstica, 33% sofrem abuso sexual entre os 16 e 49 anos (REDE

SAÚDE, 2001).

De acordo com a Sociedade Mundial de Vitimologia (Holanda), que pesquisou a violência doméstica em 54 países, 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica, e a cada 4 minutos uma mulher é agredida em seu próprio lar, por uma pessoa com quem mantém uma relação de afeto.

Segundo estatísticas disponíveis e os registros nas Delegacias Especializadas de Crimes Contra a Mulher, 79% das agressões acontecem dentro de casa, sendo o companheiro o próprio agressor.

No Brasil, no período compreendido entre 1999 e 2000, foram denunciados 55.176 crimes sexuais, onde a região Centro-Oeste aparece no ano de 2000, como a detentora das maiores taxas, tanto em relação ao estupro, quanto em atentado violento ao pudor (VIOLÊNCIA, 2003). A região Nordeste detém as menores taxas com relação aos dois crimes, não obstante, é nesta região que predomina o turismo sexual. As formas de refrear esse crime são bastante incipientes, devido à falta de denúncia, naturalização do crime e pelo fator socioeconômico regional. (REDE SAÚDE, 2001).

Segundo Teixeira et al. (1998, p. 88) a ocorrência de estupro, uma das faces da violência sexual, no Brasil, está em torno de 1000 por dia, numa estimativa baseada em dados estatísticos do Centro Nacional de Investigação e Tratamento de Vítimas dos Estados Unidos, onde ocorrem, diariamente, 1871 estupros.

No Maranhão, os dados disponíveis da Gerência de Justiça, Segurança Pública e Cidadania, indicam que os crimes sexuais são pouco denunciados e não são tipificados quando o autor é o parceiro.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), a violência representa uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na

população jovem. A violência sexual – em particular o estupro – atinge principalmente mulheres jovens, o crime é praticado em sua maioria por parentes e só 10% dos casos chegam às delegacias.

Segundo Safiotti e Almeida (1995) e Diniz (2001), os dados sobre a violência sexual no Brasil são precários, tem havido pouca investigação, as informações existentes não são apropriadas, mesmo frente às graves conseqüências resultantes para a mulher, sejam as decorrentes do estupro por desconhecidos ou a expressão desse ato nas relações de casal.

A violência sexual, recorte privilegiado abordado neste estudo, não ocorre isoladamente, está associada à violência física e psicológica, as quais estiveram tangenciando todo o trabalho pelo embricamento entre elas. As mulheres estupradas e as meninas submetidas a abuso sexual, em geral, são espancadas e sofrem ameaças (SAFIOTTI, 1994). Essa visão é clara no discurso dos profissionais de saúde, protagonistas desse processo de pesquisa.

A partir de 1998, algumas ações governamentais foram implementadas no sentido de combater e reduzir os agravos resultantes da violência sexual. Dentre essas, foi implantado, em alguns serviços, o atendimento à mulher vítima de violência sexual, fundamentado na Norma Técnica do Ministério da Saúde do Brasil. Em 1999, foi criada a Câmara Temática sobre Violência contra a Mulher e também foi lançado o Protocolo de Atenção à Violência Intrafamiliar, dirigidas às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2002).

A Norma Técnica – “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescente”, (ANEXO A) foi lançada em 1998, pelo Ministério da Saúde, como resposta às reivindicações de grupos de mulheres. Essa norma prevê a sistematização do atendimento às mulheres vítimas de violência

sexual, por uma equipe multiprofissional, reconhecendo, não só a questão da violência contra a mulher como fruto das desigualdades entre os sexos, como também uma questão de Saúde Pública, em função dos agravos físicos e psicológicos decorrentes da violência.

Segundo os dados oficiais, em 1998, existiam 17 serviços de referência em Assistência Integral à Mulher em Situação de Violência, e até o final de 2001 já existiam 65 serviços implantados.

O interesse pelo estudo da temática "violência contra a mulher" surgiu a partir da vivência como docente e enfermeira no atendimento à mulher no ciclo grávido puerperal. Durante esse exercício podíamos perceber, que a violência se fazia presente no cotidiano daquelas mulheres, e que na Instituição esse fenômeno também se fazia visível, em particular, no atendimento ao parto e ao abortamento, caracterizado pelo isolamento imposto à mulher, uma vez que a permanência de um familiar ou pessoa da intimidade não fazia parte das normas e rotinas das Unidades de Saúde e os profissionais também não disponibilizavam tempo para atender às demandas das mulheres, a par disso a subestimação das suas dores, os julgamentos de valores ou o descrédito das falas das mulheres em situações de abortamento, desrespeito ao seu corpo e à sua privacidade.

O quadro descrito, ocorria sempre dentro de um contexto de aparente naturalidade e aceitação pelas mulheres, sem qualquer atitude ou reação por parte das mesmas que, assim, num primeiro momento, demonstravam representar os valores por elas introjetados, isto é, de mulher, sexo frágil, irrestritamente submissa. Por parte dos profissionais de saúde, em sua maioria mulheres, a reação era idêntica, ou mesmo reforçadora daquela apresentada pelas mulheres usuárias do serviço, às vezes, com um implícito significado de que deveriam estar agradecidas

por estarem ali, e pela oportunidade de estarem sendo atendidas.

Assim sendo, dentre outras das muitas indagações, as seguintes eram mais mobilizadoras: O que representava para os profissionais de saúde aqueles aspectos que tinham conotação de violência contra a mulher? O que, na visão dos profissionais, levava as mulheres àquela situação de violência?

Nessa perspectiva apresentada, se era possível identificar a violência, não conseguíamos percebê-la como uma questão de gênero, uma vez que a formação acadêmica e o próprio contexto do desenvolvimento das nossas atividades profissionais, até aquele momento, eram pautados dentro de uma conotação técnico-biológica. Desta forma, tornou-se imperiosa a busca pela compreensão no plano teórico-acadêmico dos elementos que compunham, sustentavam e reproduziam o fenômeno da violência contra a mulher.

O processo de aproximação com esta problemática se deu a partir de encontros com as participantes do Grupo de "Mulheres da Ilha", organização não-governamental, de São Luís-MA, composta, essencialmente por pessoas preocupadas com a condição feminina no País.

Destacamos, em especial, o estágio realizado no Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, em São Paulo, outra entidade com o mesmo caráter. Este estágio foi significativo para a participação em estudos e debates que suscitaram a compreensão das questões ligadas a gênero e violência, tendo oportunizado acompanhamento de mulheres em situação de violência, assim como a discussão com várias pesquisadoras da área, possibilitando, vislumbrar o mecanismo complexo da questão, o qual ficou patente nas incursões pelas Casas de Abrigo para mulheres vítimas de violência. Dentre esses trabalhos citamos o desenvolvido na Casa Eliane de Gramont, esta mesma assassinada por seu ex-companheiro,

personagem ligado ao mundo artístico.

A Casa Eliane de Gramont é um espaço onde as mulheres, vítimas de violência, encontram o refúgio para si e seus filhos. O trabalho ali desenvolvido visa alcançar o resgate do ser humano – mulher, através da sua apropriação como sujeito e também no desenvolvimento de habilidades que possibilitem a sua independência econômica.

O envolvimento no Projeto para o Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, do Hospital Universitário Materno Infantil de São Luís, Maranhão, onde desenvolvemos atividade profissional, foi um caminho natural percorrido.

Autoras como Levy (1999), Diniz (1999) d'Oliveira (1999), e Oliveira (1999) afirmam que as mulheres em situação de violência procuram mais freqüentemente os serviços de saúde, porém os profissionais de saúde que ali se encontram não conseguem identificar, nem resolver essas demandas.

Os profissionais de saúde são, pois, um grupo privilegiado, que devem prover o suporte que as mulheres precisam nas suas inópias.

A premência de preparo e ação profissional, para atuação em uma área emergente no cotidiano dos profissionais de saúde, está voltada de certa forma, para as determinações de cunho oficial, impositiva de pressões exercidas, inclusive internacionalmente, através da assinatura de Tratados e Convenções discutidos ao longo do trabalho, pelo governo brasileiro, que visam a proteção dos direitos da mulher e a uma vida sem violência.

O desenvolvimento deste estudo se torna relevante, não só pela escassez de trabalhos na área, principalmente no Estado do Maranhão, lócus da pesquisa, mas ela também se justifica na perspectiva de mudanças nas práticas sociais que norteiam as condutas de profissionais de saúde que atendem mulheres em situação

de violência ou em risco.

A presente pesquisa sobre As Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre A Violência Sexual contra a Mulher, pode servir como eixo norteador da identificação e, conseqüente, desconstrução de representações negativas, estereotípicas, o que viria possibilitar ao grupo e mesmo às Instituições, algumas vezes formadoras e reforçadoras de representações restritivas, a elaboração de representações mais positivas, flexíveis e criativas capazes de orientar as condutas profissionais.

2 OBJETIVOS

- Conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde, acerca da violência sexual contra a mulher;
- Identificar, junto aos profissionais de saúde, quais os determinantes violência sexual contra a mulher, percebidos por eles no cotidiano da prática profissional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 Violência contra a mulher, violência de gênero e o movimento de mulheres

A violência no que se refere aos sexos, se distingue pelo fato que aquela sofrida pelo homem se dá mais no espaço público, se caracteriza pelas agressões físicas e homicídios, já a violência contra a mulher ocorre no espaço privado. Como a concepção em torno da igualdade de direitos entre homens se dá também em função desses espaços estarem repartidos por sexos, os pesos são diferentes, o primeiro é o espaço da ação, do poder, da decisão; o segundo é o das tarefas (ALMEIDA, 1998).

Segundo Eluf citado por Vargas (1996, p. 98) a violência contra a mulher pode se manifestar das seguintes maneiras:

Na família, verificando-se a ocorrência da agressão física, psicológica e sexual, passando pela educação discriminatória, ao casamento forçado e chegando até ao homicídio;

No local de trabalho: indo da desvalorização do trabalho feminino, caracterizado por baixos salários e exploração, até intimidação e agressão;

Na comunidade: caracterizada pelo tráfico de mulheres, prostituição forçada, estupro, pena de morte por adulterio;

Na mídia: pornografia, comercialização do corpo da mulher como objeto descartável de prazer;

No Estado: violência política, prisão, tortura, exílio, violência nas prisões, estupro, violência contra a saúde, tratamento médico inadequado, esterilização forçada, manipulação ginecológica abusiva, absolvição dos estupradores, ausência de proteção à família da vítima;

Na religião: pela proscricção da mulher e exigência de virgindade para o casamento.

Safiotti e Almeida (1995) referem que a violência física, assim como a sexual, é uma das faces mais perversas da violência contra a mulher, posto que é afirmação do poder masculino caracterizando a apropriação do corpo feminino e expropriando a sua vontade e o seu direito à escolha e ao prazer.

A Organização das Nações Unidas-ONU define violência contra a mulher como "qualquer violência de gênero que resulta em danos psicológicos, físicos e sexuais, incluindo ameaças ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada" (UNITED NATIONS, 1993).

O conceito de violência de gênero deve ser entendido como:

uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher. Ele demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas. (TELES; MELO, 2002. p. 18).

Na "Convenção de Belém do Pará" - Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994, da Organização dos Estados Americanos (OEA), violência contra a mulher é "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado". Essa Convenção, conforme explicitado abaixo, surgiu como uma reivindicação dos movimentos organizados de mulheres para cobrir uma lacuna em relação aos direitos da mulher, os quais não estavam contemplados na *Convenção sobre a Eliminação de Todas as*

Formas de Discriminação Contra a Mulher de 1979.

O gênero, como se pode depreender dessas definições, é um termo que foi apropriado a partir da gramática, porém não como distinção biológica entre os sexos, ele surge como forma de analisar e criticar a situação das mulheres na sociedade, trazendo uma nova forma de agir e pensar. Esse mérito é do movimento de mulheres, que surge a partir da Revolução Francesa, onde várias mulheres lutaram pelos ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, embora depois desse momento tivessem sido relegadas à mesma condição dos loucos e crianças (FERREIRA, 1996).

O estudo sobre gênero surgiu da necessidade de caracterizar a situação de desigualdade da mulher na sociedade. O conceito de gênero é, pois, uma construção que surge para destacar os limites impostos pelo termo sexo, que é biológico, por conseguinte, imutável.

Logo, entende-se que as relações assimétricas que se estabelecem entre homens e mulheres não são fruto da natureza feminina e masculina, mas são resultados dessa construção. Assim Scott (1990, p.14), teórica feminista americana conceitua gênero como sendo: "um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o primeiro modo de dar significado às relações de poder".

O gênero pode ser percebido a partir de eixos estruturadores, onde, segundo Scott (1990) se inscrevem: a sexualidade, a reprodução humana, divisão sexual do trabalho e o espaço público e privado

No que tange à sexualidade, o modelo define liberdade sexual masculina e submissão feminina, essa atribuição trás como característica marcante a exigência da castidade para a mulher, ou seja, a virgindade da mulher, mais do que um

atributo, era e ainda é uma marca social impressa que a caracteriza, a disponibilidade do seu corpo para o homem é um outro ponto que trás como consequência a obrigatoriedade do sexo para a mulher e as marcas da violência.

As mudanças e evolução social do papel da mulher, não foram suficientes para alterar o contexto da sua liberdade sexual, uma vez que esta permanece restrita em função da responsabilidade ser feminina na anticoncepção. O ato de gestar e parir se reveste muitas vezes em função isolada da mulher, e em algumas situações, para cumprir uma função definida na sociedade.

A identificação da mulher na função de reprodutora foi uma marca das Políticas Públicas de Saúde a elas dirigida, as quais só em 1983 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, fruto de articulações entre governo e organizações de mulher, apontavam uma mudança significativa. No entanto, é de ressaltar que esse Programa mesmo continua a ser espaço de luta para sua implantação e implementação em todas as regiões do País, fato já apontado por Costa (1992).

Outro dado relevante está afeito à divisão sexual do trabalho, os dados nacionais e internacionais apontam para uma diferenciação salarial, em funções idênticas para homens e mulheres, sendo que a redução de salário para as mulheres pode chegar até 40% em alguns casos, como também a exigência de qualificação diferenciada para a ocupação de cargos. O espaço público x espaço privado, como já citado anteriormente, devido à percepção que se dá em função dos sexos, estabelece para a mulher a responsabilidade pela casa, filhos e demais membros que vierem a fazer parte da convivência; a presença da mulher no mundo público é permeada por situações de desigualdade.

As considerações levantadas definem que o gênero se estabelece a partir

de elementos constitutivos, que são: símbolos, conceitos normativos, instituições e organizações sociais, identidade subjetiva. Os símbolos evocam representações múltiplas e contraditórias, que estão ancoradas em santas e pecadoras; Maria Madalena, Maria, mãe de Jesus. Os conceitos normativos que limitam a interpretação dos sentidos, dos símbolos e que regem as instituições e organizações sociais e a forma como o sujeito interage com o que lhe é apresentado na vida em sociedade, esse caráter que é um elemento vinculado ao indivíduo, se caracteriza como a identidade subjetiva (SCOTT, 1990).

Para Grossi (1996) incorporar a questão do gênero no problema da violência é fundamental, devido à forma como o papel feminino vinha sendo definido no dia-a-dia. "Ao destinar para a mulher um papel submisso e passivo, a sociedade cria espaço para a dominação masculina, onde o processo de mutilação feminina é lento, gradual e considerado legítimo" (GROSSI, 1996. p. 135).

Os estudos sobre gênero, bem como o processo de desocultação da violência contra a mulher, são, pois, uma contribuição de sujeitos que se organizaram e passaram a exprimir a sua opressão, através de uma representação que foi significativa para a vida de homens e mulheres, o movimento feminista.

O movimento de mulheres e o movimento feminista desempenharam papel fundamental no combate à violência contra a mulher. Para Castilhos (2003), o movimento feminista corresponderia a uma célula dentro do movimento de mulheres que se propugnou ser, formuladora de idéias, sendo o segundo fortalecido pelo primeiro e absorvendo grande parte das suas idéias. Discussões sobre patriarcado, corpo, gênero e homossexualismo foram algumas questões que surgiram dentro do discurso do movimento feminista.

Os embates travados pelo movimento feminista foram definitivos para que

a questão da violência deixasse de ser um problema do casal ou família, portanto privada e natural, e se tornasse violação de direitos, crime, portanto de ordem pública, onde esse fenômeno passa a ser apontado como antinatural até tornar-se ato criminoso, e, então, merecer por parte do Estado o estabelecimento de políticas que visassem reprimir o agressor e reduzir os danos das vítimas.

A luta dos movimentos organizados de mulheres, a partir de meados da década de 70, com a perspectiva da abertura democrática no País, se traduz como o grande responsável pela publicização do fenômeno da violência contra a mulher, momento em que são reivindicadas medidas e políticas no combate a esse fenômeno.

Com a maior visibilidade do problema e as pressões dos movimentos, tanto no âmbito nacional como internacional, as medidas de enfrentamento passaram a se concretizar através de princípios constitucionais, legislações, criação de Delegacias Especiais de atendimento à Mulher e na própria proposta de atendimento às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual.

Ao fazermos esse recorte do movimento de mulheres, não estamos estabelecendo uma homogeneidade em relação a esse movimento, considerado por muitos, como o mais bem sucedido de todos os tempos. Há no movimento várias vertentes, que são apontadas por Meyer (1996), como:

O feminismo radical, que procurou explicar a dominação dos homens sobre as mulheres e defende a autonomia completa da mulher em relação ao homem, é a corrente menos representativa do movimento, embora as representações a respeito da emancipação feminina estejam ancoradas no discurso desta corrente.

O feminismo liberal tomou por princípio a doutrina liberal, buscando criar instrumentos materiais e condições sociais da emancipação da mulher.

A corrente marxista buscou explicar o processo de dominação feminina a partir das relações econômicas de produção.

O feminismo socialista assumido por autoras como Scott e Saffiott, procura tratar as questões das relações de gênero de forma articulada com outras categorias sociais como classe, raça/etnia, religião, destacando que os processos de construção social que se dá entre homens e mulheres são relacionais, o que leva a pensar a dominação de forma mais complexa.

É devido à ação do movimento de mulheres e das Conferências Internacionais, que ações legislativas, serviços de prevenção e apoio às mulheres vítimas de violência, foram criados, um dos quais tem destaque neste trabalho, que é o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, que vem sendo implantado em alguns serviços em todo País, por força de decreto legislativo, concretizado através de Portaria Ministerial, na Norma Técnica de 1998.

A Declaração de Beijing de 1995, (art. 123, p. 99) recomenda que os governos devem:

Os governos e outras entidades, ao abordarem questões relacionadas com a violência contra a mulher, deveriam propiciar a integração ativa e transparente de uma perspectiva de gênero em todas as políticas e programas, a fim de que se possa analisar as consequências, respectivamente para a mulher e o homem, antes que as decisões à esse respeito sejam tomadas.

Para Alvarenga, Belônia e Maia (2002), a violência sexual pode ser de vários tipos: de ordem psicológica (chantagem, suborno, desprezo), de ordem moral

(humilhação, difamação), de ordem criminal (homicídios e atos qualificados) e de ordem física (espancamento, lesão corporal).

Esta é uma classificação abrangente desses autores, e apesar de não ser consensual, reafirma, que a violência sexual não ocorre isoladamente; a busca por sexo nas relações entre casais e a recusa da mulher, estabelece um círculo que vai da humilhação, difamação ao espancamento e estupro. (Saffiotti, 1987).

Ao discutir os efeitos da violência na saúde da mulher, Grossi (1996), citando Zambrano (1985), caracteriza a violência sexual como a menos denunciada e com diferentes contornos na relação entre casal. A mulher pode ser coagida a ter relações que não deseja, ou em situações de debilidade física, vir a agravar seu estado de saúde. Essa situação tem sido relatada pelas mulheres, naquelas condições de pós-parto, aborto e cirurgias ginecológicas. A prática forçada de atos indesejáveis para a mulher, inclui o sadismo, o sexo com outras pessoas, presenciar atos sexuais de outros e, ainda, o relato feito pelo homem de relações sexuais com outras pessoas.

3.2 Revisitando a história da violência contra a mulher

Duas fontes são essenciais para discutir os desdobramentos da violência contra a mulher: a religião e o patriarcado.

A religião sempre fez parte da vida do homem, de forma institucionalizada ou não. A noção de um Deus, divindade, ser superior, enfim, algo capaz de responder às indagações e preencher o "vazio" humano é uma busca do homem desde os tempos mais remotos.

A tradição religiosa e moral judaico-cristã, influenciou sobremaneira a cultura no Ocidente. É nitidamente marcada pela hegemonia masculina; o Deus dos hebreus é masculino, assim como os seus profetas. A mulher é considerada um ser inferior, impura, alijada da participação na religião e é propriedade do homem como seus bois e jumentos. No 10º mandamento encontramos:

Não cobiçarás a casa do teu próximo, não desejarás a sua mulher, nem o seu servo, nem a sua serva, nem o seu boi, nem o seu jumento, nem coisa alguma que pertença a teu próximo (EX. 20,17) .

Como propriedade do homem, numa sociedade onde o casamento era um contrato entre homens, o destino da mulher era o de ser a propriedade de alguém, conseqüentemente, era direito do seu "proprietário" infringir-lhe as penas que considerasse adequadas. Nesse contexto, a sexualidade feminina era de domínio do homem, portanto, a violência contra a mulher, tanto física quanto sexual, além de não ser concebida como tal, era incentivada e estimulada.

Na Bíblia, o livro mais lido e mais conhecido da humanidade, a tradição moral e religiosa hebraica pode ser encontrada nos seus vários livros, o episódio da mulher adúltera é um exemplo dessa tradição.

O criacionismo referido no Velho Testamento, diferencia e desigualava os sexos a partir de suas criações, o homem é criado do pó e o sopro que lhe confere a vida é dado pelo próprio Deus. A mulher, ao contrário, é criada de uma costela do primeiro homem (GEN, 2. 7, 21, 22).

Esse dado foi a fonte de discriminações e justificação para um sem número de violências contra a mulher ao longo da história. Os inquisidores Kramer e Spencer no seu tratado sobre bruxaria, o *Maleus Maleficarum*, escrito em 1484, estabelecem:

Convém observar que houve uma falha na formação da primeira mulher, por ter sido ela criada a partir de uma costela recurva, ou seja, de uma costela do peito, cuja curvatura, é por assim dizer, contrária à retidão do homem. E, como, em virtude dessa falha, a mulher é animal imperfeito, sempre decepciona e mente. (KRAMER; SPENCER, 1991, p. 116).

Esse e outros argumentos serviram para que mulheres fossem mandadas para a fogueira, antes que lhe fossem infringidos diversos abusos, que iam da tortura física aos abusos sexuais. (KRAMER; SPENCER, 1991; HEINEMANN, 1996).

Compreendendo que a religião, assim como a família e o Estado, são representações simbólicas de poder e que todas são estruturadas pelo poder masculino e, partindo-se da evidência de que todas as religiões que influenciaram e influenciam a vida do homem, tanto no Ocidente como no Oriente, têm os seus deuses e profetas centrados e representados por figuras masculinas, ficaria talvez mais fácil entender o alijamento da mulher da Igreja. Entretanto, não justificaria ou explicaria o seu desprestígio e a sua condição de subalternidade e inferioridade e, principalmente, como as religiões podem ter legitimado o fenômeno da violência contra a mulher.

Para Heinemann (1996), Jesus foi o único amigo que as mulheres tiveram na Igreja, posto que, a sua atitude revolucionária na defesa das mulheres e mesmo a presença delas como seguidoras, é posteriormente reprimido.

A história do cristianismo é quase a história de como as mulheres foram silenciadas e privadas de seus direitos. E se esse processo não mais prossegue no Ocidente cristão, não é graças à Igreja, mas apesar dela, e por certo ainda não foi detido na própria Igreja (HEINEMANN, 1996, p. 141).

Segundo afirma Haughton (1990), a área mais difícil para o cristianismo

reconhecer e responder foi o papel da mulher, posto que a mensagem e a sua prática descrita pelos evangelistas exigia uma mudança radical a ser enfrentada por uma sociedade patriarcal.

O patriarcado é a forma de dominação da mulher pelo homem, caracterizada pelo vínculo entre os dois, através de um filho, cuja primazia era do homem.

A necessidade de garantir esta primazia com a segurança da paternidade levou o sexo feminino ao seu jugo secular. Ai está a origem dos 'gineceus', 'da função especificamente feminina', dos tabus de virgindade e de castidade, dos diversos mitos relacionados com a sexualidade, com a 'natureza' feminina, com o papel social da mulher (ALVES, 1980, p. 37-38).

A passagem do sistema matriarcal para o patriarcal seria o ponto crucial para o processo de dominação da mulher, pois nesse sistema a mulher perde a sua supremacia e autonomia, tornando-se escrava de pais, irmãos e marido e naquela, além do reconhecimento pela procriação, desempenhava todas as tarefas domésticas e aquelas ligadas à agricultura (LEITE, 1994). O papel da mulher estava ligado a questões de ordem econômica e do desconhecimento das questões ligadas à reprodução.

O papel dominante atribuído à mulher, nas chamadas sociedades matriarcais, é questionado por Valtsman (1989), a qual refere que a sociedade matriarcal nunca existiu, havendo na verdade sociedades matrilineares, onde a descendência da prole era dada pela mãe, ainda assim, sem exercer autoridade.

Na civilização grega, sexualidade envolvia a submissão da mulher, o casamento era um contrato entre senhores, onde não era exigida fidelidade (do marido), pois era dono da sua vontade, mas também era o dono da sua esposa como dos seus escravos; a mulher era proibida de ter outras relações sexuais,

sendo punida rigorosamente em caso de infração dessa norma (HEILBORN, 1999).

Em Foucault encontramos o caráter dessa instituição, quando se refere ao homem (marido) grego:

Ele próprio, enquanto homem casado, só lhe é proibido contrair outro casamento; nenhuma relação sexual lhe é proibida em consequência do vínculo matrimonial que contraiu; ele pode ter uma ligação, pode freqüenter prostitutas, pode ser amante de um rapaz -- sem contar os escravos, homens ou mulheres que tem em sua casa, à sua disposição (FOUCAULT, 1984, p. 132).

Discutir a questão sob esse ângulo se faz necessário para se fugir dos reducionismos, que marcaram, e ainda marcam, a violência que é efetivada contra a mulher, pois conforme refere Grossi (1996), o problema da violência contra a mulher deve ser analisado de forma ampla, entendendo-a como reflexo da desigualdade social, econômica, política a partir do próprio aparelho social, reforçador de ideologias sexistas, racistas e classistas.

As representações acerca das mulheres que sofrem violência estão carregadas de inferências negativas e estereótipos, apresentando-as como vítimas indefesas, passivas e alienadas no processo, ou mostrando-as como masoquistas contumazes que não merecem ajuda ou defesa, pois não só participam como têm prazer na manutenção da situação de violência.

Esse revisitar da história é importante para o entendimento do fenômeno da violência sexual contra a mulher e seus desdobramentos, para situar que as causas da violência contra a mulher, hoje vistas como ato criminoso, foram ações consideradas perfeitamente éticas e naturais ao longo da história das civilizações.

Portanto, o crescimento vertiginoso da violência sexual contra a mulher, que se observa tanto em países desenvolvidos, como o Canadá e Estados Unidos, ou em países em desenvolvimento como o Brasil, ainda não encontra medidas

efetivas de enfrentamento, posto que a sua complexidade transcende o discurso simplório e preconceituoso da culpabilização da mulher.

3.3 A violência sexual contra a mulher e os direitos humanos

A violência contra a mulher é considerada, por autoras como Grossi (1996), Barsted (1994), uma das violações de direitos humanos mais praticadas e menos reconhecidas no mundo. Com a premência de buscar mecanismos capazes de proteger direitos da sua inviolabilidade física, psicológica e sexual, as mulheres vêm travando embates no sentido de fazer valer a sua condição de ser humano, portanto possuidor de direitos numa sociedade que ao longo do tempo as alijou.

A existência de direitos humanos foi reconhecida apenas em 1689, com Locke, pensador inglês, que entendia que o poder político é inerente ao ser humano, no estado e na natureza. A sua teorização deu alcance universal às proclamações inglesas de direito.

A Declaração de Independência dos Estados Unidos de 1776, reconheceu que o homem possui direitos naturais, anteriores e superiores ao próprio Estado, que tem a obrigação de garanti-los.

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, proclamava a igualdade dos homens perante a Lei. Essa declaração votada no processo da Revolução Francesa, apesar de representar o grande marco em relação à questão dos direitos no que se refere ao princípio da liberdade, ou seja, a garantia de direitos civis e políticos perante o poder do Estado, não os afirmava em relação à igualdade.

O princípio da liberdade caracteriza a primeira geração de direitos. A partir daí, a evolução dá-se no sentido de que a reclamação dos direitos que todo

ser humano possui como tal, passe à reivindicação dos meios para atingi-los, constituindo-se na **segunda geração** de direitos; a **terceira geração** de direitos é a dos direitos dos povos (D'ANGELIS, 1989).

Como já referido, as mulheres estiveram presentes e lutaram pelos ideais da Revolução. Entretanto, a sua condição de ser humano feminino as isolou do processo. A luta por igualdade de direitos entre homens e mulheres, garantiu um destino trágico para a feminista francesa Olympe de Gouges, a morte na guilhotina (FONSECA, 1999).

A ciência e mais especificamente a medicina, usou a natureza como argumento para explicar a desigualdade entre homens e mulheres. Para corroborar esta afirmação, Costa (1998) chama a atenção para os estudos realizados no século XIX, sobre a estrutura óssea feminina. As conclusões advindas desses estudos, definiam o papel da maternidade para a mulher em função do tamanho da pélvis, assim o seu caráter de inferioridade intelectual, seria devido ao tamanho menor do crânio em relação ao homem.

É na Carta das Nações Unidas de 1945, e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 10 de dezembro de 1945, que o princípio da igualdade entre os sexos é estabelecido. Na Declaração, é reafirmado os direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade entre homens e mulheres.

Embora o progresso alcançado em relação ao reconhecimento e proteção dos direitos humanos venha evoluindo, é forçoso reconhecer que há uma quantidade significativa de indivíduos, para os quais esses direitos não passam de abstrações ou aspirações, que apesar de inseridas em Constituições e Tratados não

se realizam na prática. Nesse contexto, inscrevem-se as lutas das mulheres através dos anos, como pleiteantes desses direitos.

O reconhecimento da situação de desigualdade da mulher e as discriminações a que é vítima, aliados às reivindicações dos movimentos organizados de mulheres, deram ensejo para a adoção pelos organismos internacionais a Tratados e Convenções.

Em 1951, a Organização Internacional do Trabalho-OIT adotou e foi aprovada uma Convenção sobre a igualdade de homens e mulheres, para a remuneração de trabalho de igual valor. Essa convenção entrou em vigor em 1953 (Herkenhoff, 1997). A Convenção sobre os direitos políticos da mulher adotada pela Organização das Nações Unidas, entrou em vigor em julho de 1954, estabelecendo direito de voto e elegibilidade para a mulher; em 1957, foi adotada a Convenção sobre a Nacionalidade da Mulher Casada, assegurando o seu direito à nacionalidade.

A seguir, vêm apresentados, os principais Tratados, Pactos, Declarações, Planos de Ação e Convenções Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos e Ratificados pelo Brasil, conforme transcrição da CEPIA (2001, p.31).

Principais Tratados, Declarações, Pactos, Planos de Ação e Convenções Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos Ratificados pelo Brasil

Data de aprovação na ONU	Data de Ratificação pelo Brasil	
1945	1945	Carta das Nações Unidas
1948	1948	Convenção contra o Genocídio
1948	1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos
1965	1968	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
1966	1992	Pacto Internacional dos Direitos Cívicos e Políticos
1966	1992	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
1979	1984/1994	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
1984	1989	Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
1989	1990	Convenção sobre os Direitos da Criança
1993	1993	Programa de Ação da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos.(Viena)
1993	1993	Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher
1994	1994	Plano de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento (Cairo)
1994	1995	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará).
1995	1995	IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing)
1999	2001	Protocolo Facultativo CEDAW

É importante destacar, conforme indica Barsted (2001), que os Tratados, Convenções e Declarações assinados em fóruns internacionais, após ratificação pelo Poder Legislativo, são considerados como direito especial que a lei interna não pode revogar. Em relação ao Brasil, apenas os Tratados e Convenções têm força de lei, atendendo o que dispõe a Constituição.

A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, ocorrida em 1979, foi o primeiro instrumento internacional de direitos humanos especificamente voltado para a proteção das mulheres. Este documento contava até 2001 com a adesão de 168 Estados-parte, mas é também, o documento que recebeu o maior número de reservas por parte dos Estados, essas reservas vão desde a própria definição da discriminação contra a mulher, o compromisso de erradicar a discriminação, as medidas para a eliminação dos preconceitos e estereótipos (PIOVESAN, 2002).

No primeiro artigo da "Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher", o documento estabelece que a discriminação contra a mulher nega ou limita sua igualdade de direitos com o homem, o que se constitui em injustiça e ofensa à dignidade humana. O documento pretende não só erradicar a discriminação, como estimular estratégias de promoção da igualdade. Apesar do avanço neste instrumento, o mesmo não incorporou a violência de gênero no seu texto, o que só veio a acontecer em 1993, na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena. (HERHENHOFF, 1997; PIOVESAN, 2002).

A proteção dos direitos humanos das mulheres foi reforçada pela Declaração e Programa de Ação de Viena de 1993 e pela Declaração e Plataforma de Ação de Pequim de 1995, ao declararem que os direitos das mulheres são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, o que estabelece efetivamente que sem as mulheres os direitos não são humanos.

Com a finalidade de preencher a lacuna relativa à violência de gênero, foi aprovada em 9 de junho de 1994, pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos, a Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – "Convenção de Belém do Pará".

Essa Convenção traz considerações importantes, como a questão da violência sexual e psicológica, a violência contra a mulher como violação de direitos humanos, gênero como categoria, o espaço privado como palco de violência contra a mulher. O documento exige como um dos mecanismos de proteção, que os Estados informem sobre medidas adotadas para prevenir, assim como tratar os efeitos da violência (CLADEM, 1996).

A Plataforma de Ação de Beijing de 1995 está consignada em seu artigo 224, capítulo IV, que salienta:

A violência contra a mulher constitui ao mesmo tempo uma violação de seus direitos humanos e liberdades fundamentais e um óbice e impedimento a que desfrute desses direitos. Tendo em conta a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher e o trabalho dos Relatores Especiais, a violência baseada no gênero, tais como as sevícias e outras violências domésticas, abuso sexual, escravidão e exploração sexuais, e tráfico internacional de mulheres e meninas, a prostituição imposta e o assédio sexual, assim como a violência contra a mulher derivada dos preconceitos culturais, o racismo e a discriminação racial, a xenofobia, a pornografia, a depuração étnica, o conflito armado, a ocupação estrangeira, o extremismo religioso e anti-religioso e o terrorismo, são incompatíveis com a dignidade e o valor da pessoa humana e devem ser combatidos e eliminados (p. 159).

O Brasil assinou todos os documentos visando o reconhecimento e proteção dos direitos humanos das mulheres, o quadro legislativo no País no tocante à igualdade de direitos é considerado avançado para a doutrina do direito (PIOVESAN, 2002). É forçoso reconhecer e acentuar a necessidade de uma participação efetiva do Estado, a fim de propiciar transformações efetivas nas práticas e costumes mantidos na sociedade, as quais minimizam e dificultam o avanço na aplicação desses documentos. Nesse sentido, a legislação penal

brasileira é uma das faces mais visíveis, da busca por mudança que possibilitem à mulher o seu exercício de cidadania e o seu direito, que por ser humana, ela deve ter.

No Código Penal estão enquadrados, no tributo dos crimes contra os costumes, no capítulo dos crimes contra a liberdade sexual: o estupro, o atentado violento ao pudor e a posse sexual mediante fraude.

Para Dias (2001), não é a sociedade o bem tutelado, mas a inviolabilidade corporal da mulher, portanto a crítica que vem sendo feita ao Código Penal, é que os crimes contra a liberdade sexual deixem de ser enquadrados como delitos contra os costumes.

O artigo 213 do Código Penal diz sobre o estupro: "Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça".

O crime de estupro deixa de ser considerado quando ocorre na relação entre casais (SAFFIOTI, 1994). A pesquisa de Rocha (1998) realizada em São Luís-MA, reafirma a declaração. Dos 63 processos analisados sobre violência doméstica, o estupro conjugal não é qualificado como crime. Apesar de em três processos as mulheres terem oferecido a denúncia, em um deles o fato é registrado como: "tentativa de manter relações sexuais" (ROCHA, 1998, p. 37). Art. 224: "Menores de quatorze anos, alienadas ou deficientes mentais, a conjunção carnal é sempre considerada estupro".

Atentado violento ao pudor - Art. 214: "Constranger alguém mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ela se pratique ato libidinoso diverso de conjunção carnal".

A Lei nº 8.072/90 nos incisos V e VII do art. 1º elencaram como hediondos tanto o estupro como o atentado violento ao pudor, quando cometidos mediante grave ameaça ou violência real, elevando a pena para seis a dez anos de reclusão.

No entanto, o Supremo Tribunal Federal, em 08 de junho de 1999, decidiu que, para o atentado violento ao pudor se enquadrar como crime hediondo, é necessário que do fato resulte lesão corporal de natureza grave ou morte, ou seja, essa decisão descaracteriza a hediondez do crime.

Posse Sexual Mediante Fraude - Art. 215: "Ter conjunção carnal com mulher honesta, mediante fraude".

3.4 A teoria das representações sociais

O processo representacional dos grupos é elaborado de acordo com a posição que estes ocupam na sociedade, tais representações sociais estão afeitas a seus interesses específicos e à dinâmica da vida cotidiana.

Os profissionais de saúde constituem um grupo heterogêneo composto por categorias diferenciadas nos processos de formação, posições ideológicas e "status quo", no entanto, tornam-se homogêneas a partir de uma dupla estruturação de poder: a que lhes confere as instituições de saber responsáveis pela sua formação e as instituições de saúde às quais se vinculam. Essa indicação é encontrada em Oliveira, Siqueira e Alvarenga (2000) quando identificam campos de forças representacionais, representados pelo conflito entre as práticas dos profissionais de saúde e as práticas dos usuários, expressas como conhecimento científico e conhecimento do senso comum.

A questão proposta para esse trabalho, que é a violência sexual contra a mulher, se inscreve num tema relativamente recente na prática dos profissionais de saúde, o que pode advir à formação de representações sociais conflituosas, divergentes e diferenciadas.

A Teoria das Representações Sociais, utilizada neste trabalho, foi formulada por Serge Moscovici, psicólogo francês no final da década de 50 do século passado, e inaugurada em 1961 através do seu trabalho "*La psychanalyse, son image et son public*".

Na sua obra já clássica, sobre a apropriação da psicanálise junto ao grande público parisiense, Moscovici introduziu o conceito de Representação Social, se opondo àquele de representação coletiva defendido por Emile Durkheim (1987), sociólogo francês, o qual classifica as representações em coletivas e individuais, sendo as primeiras regidas por leis próprias e, portanto, de interpretação por fatores externos. Ainda que os indivíduos sejam portadores de representações coletivas, essas não poderiam ser reduzidas ao conjunto das suas representações individuais (Sá, 1999).

Moscovici, em seu trabalho, demonstrou a indissociabilidade entre indivíduo, grupo e sociedade (Moscovici, 1978). Representar algo é reconstruir, modificar esse determinado objeto na sua nova existência, o que vai levar impresso a sua passagem pelo psiquismo individual e social.

O autor refere que:

Por Representação Social queremos indicar um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam na vida diária no curso das comunicações interindividuais. São o equivalente em nossa sociedade aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; poder-se-ia dizer que são a versão contemporânea do senso comum. (MOSCOVICI, 1981. p. 1).

O chamado "senso comum" era considerado como um saber ingênuo, ilógico, em relação ao conhecimento científico; com a Teoria das Representações Sociais, este passa a ser defendido como um "conhecimento das massas", sendo-

lhe atribuído uma lógica, fazendo com que este deixasse de ser um saber desarticulado e fragmentado (NÓBREGA, 2001).

O conceito de Representação Social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, uma forma de pensamento social, que é prático orientado para a comunicação, compreensão e domínio do ambiente social, material e ideal (Jodelet, 1984).

Chavallier (1993) citado por Sigaud e Reis (1999) ressalta que estudos sobre as representações sociais têm uma dupla finalidade: situar os indivíduos numa postura de disponibilidade interna em relação ao conhecimento e às habilidades para lidar com o problema e minimizar ao máximo as interferências negativas das representações em suas atitudes e comportamentos.

Com respeito à problemática estudada, esses aspectos são importantes, posto que o fenômeno da violência e, principalmente, da violência sexual contra a mulher já carrega muitas inferências negativas: imposição de culpa à mulher pela violência sofrida, ênfase de papel de vítima, ou ainda a tradução para o homem da carga de "doente". Alguns desses aspectos foram evidenciados na pesquisa realizada.

A elaboração das Representações Sociais acontece em dois universos: um universo reificado, no qual o conhecimento é produzido por especialistas que têm uma linguagem e uma lógica que não pertence ao nosso dia-a-dia, e um universo consensual, em que obtemos os conhecimentos daquele universo do qual não participamos e a partir do que reelaboramos um outro conhecimento. Nos universos consensuais é que são elaboradas as chamadas "teorias" do senso comum (MOSCOVICI, 1978).

A função das representações sociais é tornar o não familiar em familiar e isso é feito através de dois processos: a ancoragem e a objetivação.

A ancoragem é o processo pelo qual trazemos para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado "coisas que não são classificadas nem denominadas, são estranhas, não existentes, podendo ser ao mesmo tempo ameaçadoras" (MOSCOVICI, 1978, p. 17). Sempre que classificamos e rotulamos, alguém ou alguma coisa, estamos atribuindo um valor positivo ou negativo.

No processo de objetivação, transformamos o abstrato em algo quase físico, concreto, ou seja "transformamos idéias, noções e imagens em coisas concretas e materiais que constituem a realidade" (LEME, 1999. p. 46).

Os processos de objetivação e ancoragem foram descritos por Jodelet (1984, p.,481-486), da seguinte forma:

Na objetivação são três as fases descritas:

a) seleção ou descontextualização das informações, crenças e idéias acerca do objeto da representação, em que o sujeito faz triagem em função de seus critérios culturais e normativos, exprimindo e servindo interesses e valores grupais;

b) o núcleo figurativo onde os elementos selecionados deverão se organizar em uma esquematização estruturante, organizando os novos componentes informativos e adaptando-os à ordem preexistente;

c) naturalização, que se refere ao transporte de elementos objetivos para o meio cognitivo e prepara para eles uma mudança de *status* e de função, integrando os elementos da ciência numa realidade de senso comum, familiarizando-o, tornando-o natural.

Na ancoragem, três funções básicas são indicadas:

a) função cognitiva de integração da novidade, apoiando-se e moldando-se a representações preexistentes;

b) interpretação da novidade, desencadeando mecanismos que concorrem para a sua explicação, como a categorização, a classificação, a etiquetagem, a denominação;

c) orientação das condutas e das relações sociais, onde as classificações não possuem apenas propriedades taxonômicas, correspondendo aos objetos representados, esperanças e obrigações que definem os comportamentos adotados em relação aos objetos sociais.

A escolha da Teoria das Representações Sociais para a realização deste trabalho, se deu em função do entendimento que esta, pelas suas características, permitiria trazer contribuições significativas para compreensão dos conceitos compartilhados pelos sujeitos que atendem às mulheres vítimas de violência sexual, além de propiciar o desvelamento de construções que além de serem socialmente compartilhadas, orientam a conduta dos profissionais de saúde nas instituições.

4 METODOLOGIA

4.1 Características da pesquisa

Para o desenvolvimento do estudo, que visava apreender as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da violência sexual contra a mulher, buscamos, nos pressupostos do referencial que embasa este trabalho, a abordagem que atendesse às indagações contidas na investigação. Na literatura pertinente, sedimentamos aquilo que no nosso caminhar acadêmico já se configurava como certeza. Em Moscovici (1995), sua posição de "metodólogo politeísta"; com Spink (1995), a discussão sobre a falsa dicotomia entre métodos qualitativos e quantitativos; em Demo (1996), a explicitação da coesão por conta de atingir fins úteis para a sociedade; e Morin (200), com a reflexão crítica que:

Devemos compreender que, na busca da verdade, as atividades auto-observadoras devem ser inseparáveis das atividades observadoras, as autocríticas, inseparáveis das críticas, os processos reflexivos, inseparáveis dos processos de objetivação (MORIN, 2000, p. 31).

Partindo dessas considerações, este estudo é de natureza qualitativa, posto que, busca identificar na inter-relação entre os profissionais de saúde, que atendem às mulheres vítimas de violência sexual, as representações produzidas nos seus discursos, acerca da violência sexual. Entretanto, não rejeita alguma expressão de medida no seu processo de interpretação. É uma pesquisa de campo, de cunho descritivo.

4.2 Cenários da pesquisa

O estudo foi realizado na Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e na Maternidade Marly Sarney, duas Instituições de Saúde da cidade de São Luís, no Estado do Maranhão-Brasil. São unidades terciárias e de referência no atendimento à gestante de alto risco no Estado do Maranhão. Estão inseridas na proposta do Ministério da Saúde para o atendimento à mulher vítima de violência sexual, tendo sido este o motivo da escolha das referidas Instituições como cenário desta pesquisa.

O Hospital Materno Infantil e o Hospital Presidente Dutra pertenciam ao extinto INAMPS e foram cedidos à Universidade Federal do Maranhão, em 15 de dezembro de 1990, passando a constituir um Complexo Hospitalar, o Hospital Universitário, o qual a partir da Resolução nº 02 de 28 de janeiro de 1991, do Conselho de Administração da Universidade Federal do Maranhão, passou a constituir, uma instituição pública da rede de ensino do Ministério da Educação. Nesta, a prática é efetivada pela prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS (UFMA-HU, 2000).

O Hospital Materno Infantil, como é conhecido pelas usuárias, fica localizado no Centro da cidade de São Luís, tem uma área de 15.103,45 m², dispõe de 224 leitos para internação, distribuídos da seguinte forma: 84 para clínica obstétrica, 20 para ginecologia, 96 para pediatria e 24 para UTI-neonatal. (UFMA_HU, 2000).

O quadro de profissionais de saúde de nível superior e médio possui: enfermeiras, médicos, assistentes sociais, odontólogos, farmacêuticos, bioquímicos, psicólogas, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais,

entre outros. A Unidade é reconhecida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como, Hospital "Amigo da Criança" e referência no Estado para Gestação e Parto de Alto-Risco, Banco de Leite. Sendo unidade de ensino, recebe alunos dos cursos de graduação em Enfermagem, Psicologia, Medicina e Serviço Social.

A proposta para o atendimento à mulher vítima de violência sexual do Hospital Materno Infantil, começou a ser concretizada após seminários e encontros de profissionais das várias áreas interessados na questão da violência sexual e definidas no "Projeto de Atendimento   Mulher Vítima de Violência Sexual" (ANEXO B). Nesta proposta, está sistematizado o atendimento a ser prestado às mulheres, mesmo assim, esse foi sendo realizado de forma assistemática. Atualmente, novos encontros e oficinas têm sido realizados no sentido de reestruturar de forma definitiva o atendimento.

A Maternidade Marly Sarney está localizada no Bairro da COHAB, em São Luís-MA. É uma Instituição pública do Estado, gerenciada por uma entidade privada, atende usuárias do SUS e dispõe de 117 leitos, sendo 84 para obstetrícia e 33 para neonatologia.

O atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, nessa Instituição foi iniciado em março de 2000, após a realização do I Seminário de Assistência   Saúde da Mulher, cujo tema central foi "A violência contra a mulher grávida", o qual deu origem   rotina que norteia o atendimento. (ANEXO C).

As duas unidades fazem parte atualmente, junto com 12 entidades da cidade de São Luís, entre as quais a Delegacia de Mulheres e o Instituto Médico Legal, de uma iniciativa que visa dar suporte às mulheres vítimas de violência, a "Rede Amiga da Mulher".

4.3 Procedimentos adotados na pesquisa

O percurso metodológico teve-se ao estabelecimento de diretrizes que conduzissem ao conhecimento das representações sociais dos sujeitos da pesquisa sobre a violência sexual contra a mulher, a partir dos dados obtidos sobre o cotidiano de suas vivências profissionais.

O curso da pesquisa foi centrada na concatenação das etapas necessárias, de forma a conduzir à uma análise pertinente dos dados, para culminar no conhecimento das representações sociais que se objetivava descobrir.

4.4 Participantes da pesquisa e amostra

Para esta pesquisa, foram selecionados como participantes, os profissionais de saúde das Unidades Materno Infantil do Hospital Universitário e na Maternidade Marly Sarney, envolvidos no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.

Os profissionais foram contatados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário e se dispuseram a participar, decidindo eles mesmos o local ideal para o encontro, os quais ocorreram em sua grande maioria nas próprias instituições. Todos os participantes se mostraram receptivos à participação na pesquisa, não tendo havido nenhuma recusa.

A amostra foi definida conforme o estabelecido no projeto de pesquisa, ou seja, segundo critério de saturação, entendido como a evidenciação de informações, o que advertia para a finalização da coleta de dados, tendo portanto, sido encerrada ao completar-se 19 profissionais. Sendo do Hospital Universitário 2 assistentes

sociais, 3 médicos e 1 enfermeira e da Maternidade Marly Sarney: 5 assistentes sociais, 3 médicos e 5 enfermeiras .

O tempo médio de cada entrevista foi de aproximadamente 20 minutos. Após as entrevistas, os dados foram trabalhados dentro do método da Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977).

Compreendendo que os participantes deste trabalho não são números numa pesquisa, mas protagonistas de um processo, porém com a finalidade de atender aos preceitos éticos e legais que regem as pesquisas com os seres humanos, os participantes foram denominados por nomes de pedras preciosas, conforme identificação a seguir:

JADE – é médica, com pós-graduação, *stricto sensu*, com 53 anos, 25 anos de formada, e 17 de serviço, com longa atuação na área de atenção à saúde da mulher, vem desenvolvendo pesquisa na área.

MARCASSITA - é assistente social, tem 25 anos de formada, 50 de idade. Tem especialização em Planejamento. Não fez treinamento específico para trabalhar na área, porém já acumulou um número bastante significativo de atendimentos, principalmente, com mulheres adolescentes, porém pretende sair da instituição em breve, para assumir cargo em outra entidade.

TURMALINA - é enfermeira, tem 43 anos, 19 de formada, 17 de serviço na Instituição. Trabalha há 4 anos no mesmo setor, fez curso que a qualifica para trabalhar na área.

AMETISTA – é assistente social, tem 52 anos, 30 anos de formada e de trabalho, com uma longa experiência em organização de serviços, possui pós-graduação na área de planejamento e vários cursos específicos na temática estudada.

HEMATITA – é assistente social, tem 42 anos, 21 de formada e de experiência profissional, possui pós-graduação “lato sensu”, trabalhou em vários setores do hospital no atendimento à mulher e acumula experiência de 4 anos no atendimento à mulher vítima de violência sexual, fez qualificação na área.

AMAZONITA – é enfermeira, tem 29 anos, trabalha há 1 ano no mesmo setor, tem especialização em administração e obstetrícia, participou de treinamento para atendimento à mulher vítima de violência sexual.

OPALA – é médica, tem 34 anos e 10 anos de formada, 5 anos de serviço, possui pós-graduação, tem treinamento na área, trabalha há 4 anos no atendimento à mulher vítima de violência sexual.

TURQUESA – é assistente social, fez treinamento na área, tem 40 anos e trabalha há 4 anos no setor, tem 21 anos de formada, não tem pós-graduação, 11 anos de serviço.

OLIVINA – é médica, tem 41 anos, 15 de formada e 12 de serviço, tem pós-graduação “stricto sensu” e treinamento específico para o atendimento às mulheres vítimas de violência.

FLUORITA – é assistente social, tem 40 anos, 21 anos de formada, 11 de serviço, há 2 anos vem atuando no atendimento à mulher vítima de violência sexual.

SAFIRA – é médica, tem 52 anos, 27 de formada, 25 de tempo de serviço, tem pós-graduação “lato sensu” e qualificação na área.

APATITA – é assistente social, tem 39 anos, 19 de formada, 12 de serviço, tem treinamento na área e já atua há 4 anos no atendimento à mulher vítima de violência sexual, possui especialização.

FABULITA – é assistente social, tem 37 anos, 12 de formada e de serviço, e já vem atuando também há 4 anos na área, não tem pós-graduação, fez treinamento

específico para atuar na área.

TOPÁZIO - é médico, tem 52 anos, 23 anos de formado, 23 de tempo de serviço, não fez nenhum treinamento específico na área, mas já acumula experiência de 4 anos em atendimento à mulher vítima de violência sexual.

ESMERALDA – é enfermeira, 37 anos, 6 anos de formada, com especialização em obstetrícia.

ÁGUA-MARINHA – é enfermeira, tem 30 anos, com especialização em obstetrícia, 6 anos de formada.

MALAQUITA – é enfermeira, com 6 anos de formada, 29 anos de idade pós-graduada, sem treinamento na área.

ÔNIX – é médico, 45 anos, 21 anos de formado e de tempo de serviço, pós-graduado, já atua há 4 anos na área.

ÁGATA – é enfermeira, tem 5 anos de formada, 30 anos de idade, não possui pós-graduação e nem treinamento específico na área.

Vimos que, a maioria dos profissionais entrevistados, são do sexo feminino, têm treinamento específico em sua área de atuação, com pós-graduação em nível de "lato sensu" e estão no serviço há mais de três anos. O fato de apenas dois participantes serem do sexo masculino, pode ser explicado em função das profissões de Serviço Social e Enfermagem serem, majoritariamente, compostas de indivíduos do sexo feminino.

4.5 Forma de obtenção dos dados

A coleta de informações foi feita no período de março a julho de 2002 através de entrevista com roteiro previamente elaborado, cujas questões tinham em vista, contemplar os objetivos propostos na pesquisa.

4.5.1 Instrumento de coleta dos dados

Utilizamos uma entrevista do tipo semi-estruturada, constando de duas questões básicas: "O que representa para você a violência sexual contra a mulher?" A que você atribui a violência sexual contra a mulher?".

As entrevistas foram colhidas com o auxílio de um gravador, com uma escuta atenta e questionadora por parte da pesquisadora, com o cuidado, entretanto, de evitar gestos de aprovação ou desagrado.

A técnica da entrevista semi-estruturada em profundidade, que é descrita por Leal (1998) como uma das modalidades da entrevista, tem grande aplicação nas pesquisas em representação social.

Trivinos (1995) ressalta a importância da entrevista semi-estruturada, por permitir que o informante tenha a liberdade e espontaneidade necessárias, capazes de enriquecer a pesquisa, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador; ademais em relação à técnica utilizada, acrescenta-se o que expressa Sabino, citado por Leopardi (2001, p 203):

todas as formas de entrevista com pouca formalidade possuem a vantagem de permitir um diálogo mais profundo e rico, de apresentar os fatos em toda a sua complexidade, captando não apenas as respostas aos questionamentos, mas também os sentimentos.

A técnica permitiu uma total liberdade de expressão por parte dos

entrevistados, favorecendo, amplamente, a interação entre entrevistador e entrevistado.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi desenvolvido, respeitando os aspectos éticos conferidos pela Portaria nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi de cunho intelectual, atendendo às exigências científicas e éticas que envolvem pesquisas com seres humanos, implicando, conforme a resolução vigente, no consentimento livre e esclarecido dos sujeitos sociais. A pesquisa seguiu os preceitos éticos, prescritos na resolução acima, procurando tratar os seres humanos com dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado para a Comissão de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, onde foi aprovado, sob nº 33104-00129/2002 (ANEXO D). Após aprovação para a realização da pesquisa no Hospital Universitário a proposta foi encaminhada para a Direção da Maternidade Marly Sarney apreciado pelo Centro de Estudos e Pesquisa e, então, concedida autorização para a sua realização.

Todos os sujeitos sociais envolvidos na pesquisa foram esclarecidos sobre o contexto da pesquisa (tema, problematização, objetivos, metodologia, consentimento informado), assim como da sua autonomia para fazer parte e para retirar-se da mesma, quando se sentisse prejudicado ou por qualquer motivo que julgasse conveniente. Também foram esclarecidos sobre os possíveis benefícios individuais e coletivos que poderiam advir com a pesquisa; comunicação dos resultados às autoridades de saúde, à equipe de saúde, e aos sujeitos sociais

participantes da pesquisa, os quais, representativos da sociedade.

As entrevistas foram gravadas, com consentimento prévio dos entrevistados, sendo sempre enfatizado o caráter sigiloso das informações. Os entrevistados assinaram o termo de consentimento informado.

5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Com base no que explicita Souza (1999), acerca da tarefa básica de um estudo em Representação Social, a pesquisa desenvolvida neste estudo, buscou explicitar os elementos de sentidos combinados, em construtos representacionais produzidos e mantidos pelos profissionais de saúde que atendem à mulher vítima de violência sexual, a partir de suas interações. Na linha desse autor, os discursos produzidos foram inventariados segundo método de análise de conteúdo.

No atendimento desse propósito, na organização e análise dos dados deste estudo, decidimos utilizar o método da análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), o qual apresenta três pólos cronológicos. Este método se aplica de forma adequada ao trabalho, uma vez que, ao buscarmos apreender o conteúdo das Representações Sociais, dos Profissionais de Saúde da Violência Sexual contra a Mulher, nos permitiu estudar as comunicações com ênfase no conteúdo das mensagens.

Dentre as várias técnicas apresentadas na literatura, fizemos opção por utilizar a técnica de Análise Categorial, que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos.

A operacionalização dos três pólos cronológicos, sugeridos por Bardin, foi realizada da seguinte forma:

1ª fase: Pré-análise: segundo a autora, é a fase de organização propriamente dita

Nessa primeira fase, com os objetivos e a escolha dos documentos determinados, os quais constaram das entrevistas realizadas, fizemos a transcrição

de todas as fitas gravadas. Em seguida, procedemos uma leitura geral e abrangente do material escrito, uma vez que estes, constituem um todo objetivo, que permite ao pesquisador, tantas idas e voltas que se fizerem necessárias.

Os passos subseqüentes foram:

- a) Leitura flutuante: foi feita uma leitura exaustiva de todas as entrevistas realizadas, a fim de perceber os temas emergentes, as versões contraditórias que aparecem no discurso, importantes para indicar como o discurso se orienta para a ação e a organização do discurso (SPINK, 1995).
- b) Constituição do corpus – representado pelo conjunto de todas as entrevistas, necessárias para a análise, seguindo-se as regras de exaustividade; todos os elementos foram considerados para a análise, representatividade, uma vez que buscamos trazer todos os elementos envolvidos no processo de atendimento à mulher vítima de violência sexual; regra de homogeneidade, onde todas as entrevistas realizadas versaram sobre o mesmo tema e obtidas através da mesma técnica e a regra de pertinência, posto que, o material colhido e retido correspondem aos objetivos da análise.

2ª fase: Exploração do material

Esta fase consiste essencialmente de operações de codificação ou enumeração e categorização, fundamentais no método de análise de conteúdo e básicos nessa etapa. Após termos apreendido o conteúdo das entrevistas, foi feita a

codificação das mesmas, usando números de acordo com a ordem de realização, sendo então catalogadas de 1 a 19, e as unidades de registro foram de 1 a 69.

Do conteúdo analisado emergiram duas grandes categorias, agregadas a oito subcategorias, conforme destacadas a seguir:

Primeira categoria: **Contextualização da violência sexual contra a mulher**

Subcategorias:

- *Conotação da violência sexual contra a mulher* - onde através dos discursos dos profissionais de saúde elaboraram suas percepções sobre o ato violento;
- *Particularidades relacionadas à pessoa que pratica a agressão* - categoria que emergiu dos discursos dos profissionais onde a figura do agressor tem papel preponderante;
- *Sentimentos/attitudes percebidos nas mulheres vítimas de violência sexual* - essa subcategoria identifica a percepção dos profissionais acerca dos sentimentos das mulheres vítimas de violência sexual;
- *Sentimentos/attitudes expressados pelos profissionais em relação à violência sexual contra a mulher* - também emergente no discurso dos profissionais de saúde, deslinda os sentimentos dos profissionais no seu cotidiano ao se deparar com a violência na pessoa da mulher que é atendida nas Unidades de Saúde.

Segunda categoria: **Fatores contributivos da violência sexual contra a mulher**

Subcategorias:

- *Estrutura social e violência sexual contra a mulher* - onde os participantes da pesquisa elencaram as seguintes condições:

desemprego, ausência de educação formal e informal, delinquência, exclusão social;

- *Estrutura Emocional Masculina X Feminina como fator favorecedor da violência contra a mulher* - instabilidade emocional da mulher, rejeição masculina, desrespeito entre casais, vingança por parte do homem, falta de laços familiares, falta de diálogo e amor e uso de drogas, foram as condições citadas pelos participantes da pesquisa;
- *Aspectos relacionados à sexualidade humana e violência sexual contra a mulher* - sexualidade precoce, compulsão sexual/distúrbio sexual masculino, instinto e fantasia sexual masculina, foram os aspectos considerados pelas entrevistas como determinantes da violência sexual contra a mulher;
- *A questão cultural e sua influência na violência sexual contra a mulher* – a diferenciação de papéis estabelecidos em homens e mulheres aparece como o principal ponto de estrangulamento para o aparecimento da violência.

3ª) fase: Tratamento dos resultados e interpretação

Nesta etapa, os resultados obtidos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. As informações estão sendo apresentadas em quadros. Considerando ser uma pesquisa de abordagem, predominantemente0 qualitativa, estão propostas inferências e interpretações a partir dos objetivos determinados na pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

De acordo com o que foi proposto desenvolver nesta pesquisa, passamos, agora, à descrição dos dados obtidos através dos discursos dos profissionais nas entrevistas realizadas. Como já definido, os participantes do estudo foram designados como pedras preciosas.

Conforme já estabelecido, a primeira categoria temática é composta por 4 subcategorias, apresentadas em forma de quadros e ilustradas com discursos dos participantes.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

A primeira subcategoria analisada, é a seguinte:

1.1. Conotação da Violência Sexual contra a Mulher

Aqui está enfatizada a forma como os profissionais percebem a violência sexual contra a mulher, o que vem demonstrar que a mesma é internamente atrelada à violência de um modo geral.

O quadro que se segue mostra a que aspectos os informantes desta pesquisa atribuem a origem e decorrência de um ato que é considerado por eles como "ato violento".

Quadro 1 – Conotação da Violência Sexual contra a Mulher

Registro	Frequência
a) A violência tem a ver com valores familiares	2
b) A violência sexual é anônima	1
c) É uma violação dos direitos da mulher	6
d) A violência está no antro da família	3
e) É uma questão cultural	1
f) A violência sexual é um absurdo, inaceitável, degradante, muito doloroso, imperdoável, mexe não só no físico como no emocional das mulheres	3
g) Vai de encontro à moral e bons costumes	1
h) É um marco na vida da mulher	1

Conforme detectado no Quadro 1, que expõe os principais conteúdos encontrados nos discursos dos profissionais, observamos que estes inscrevem a violência sexual como violação de direitos humanos, de âmbito familiar e fenômeno de difícil tradução.

As ilustrações em relação à conotação da violência sexual, que podem ser lidas a seguir, demonstram o exposto.

[...] "a questão da violência não é só uma coisa imperdoável, é uma coisa terrível, tem a ver com a questão dos valores familiares" [...]
(Amazonita).

"tudo que vai de encontro com a moral e bons costumes é uma violência contra a mulher" (Apatita).

Ao tomarmos por base o que referencia Moscovici (1981), quando coloca

que num sistema de representação social os sujeitos adquirem conhecimentos, interagindo e assimilando-os, de forma compreensível para eles próprios a partir do seu funcionamento cognitivo e suas escalas de valores, podemos assim, entender, que as representações sociais do grupo de profissionais da saúde pesquisado, conforme expresso nas falas anteriores, têm uma inclinação para os valores familiares tradicionais, e se pauta na defesa de uma ordem moral conservadora.

A representação dos profissionais acerca da violência praticada contra a mulher vai de encontro ao que dispõe o Código Penal Brasileiro, considerado sexista e discriminatório com as mulheres, em completo descompasso com a dimensão da evolução política e social.

Nas duas falas a seguir, **Ametisa** traz a representação da violência como coisa anônima. O anonimato aqui exposto tem um caráter dual, pois por um lado é aquele sem denominação, que estabelece a violência do desconhecido, sem rosto, sem identidade. Por outro lado, **Ametista** deixa claro que o desconhecimento da ação violenta ocorre por conta do consentimento da vítima.

"A violência sexual, essa violência anônima" (Ametista).

"Além da violência do outro, na questão de gênero, a violência do homem com a mulher, tem a violência da mulher contra ela mesma. A submissão dela, o calar dela"; (Ametista).

A questão de gênero, colocada, trás o enfoque da teoria de gênero, a partir dessa visão o termo gênero pode ser entendido como um instrumento que amplia a percepção das pessoas acerca das desigualdades entre homens e mulheres, a qual se deve à discriminação histórica contra as mulheres.

Amâncio (2001) chama atenção para a necessidade de uma relação

produtiva entre a questão de gênero e as representações sociais, que em função do caráter não dicotômico desta última na relação sujeito-objeto, permitem que dentro das representações sociais, ultrapassem as malhas do conceito correntes até a década de 80 na Psicologia Social, de papel sexual. A autora entende que o caráter de hegemonia que traz a teoria de gênero não pode prescindir das representações sociais, embora entendendo que a assimetria simbólica que a teoria de gênero carrega, ainda se constitui um desafio em si mesma.

As falas a seguir, discutem a questão da violência a partir da conotação dos direitos humanos, o que foi focado pela maioria dos entrevistados.

"A violência é um termo final da coisa: além de violar os direitos interiores da pessoa, é uma agressão ao direito, ao sentimento de mulher" (Jade).

"É uma invasão dos direitos da gente, direitos como ser humano, direitos como pessoa, que é uma história que vem acontecendo, acho que sempre" (Safira).

"A violência de um modo geral é um desrespeito à vida do ser humano, em se tratando do lado sexual, é estar desrespeitando a vontade própria das pessoas" (Água-Marinha).

A representação dos profissionais acerca dos direitos humanos revela a preocupação com um tema, que apesar de fazer parte da história da humanidade é sempre atual, uma vez que a luta é constante para o respeito aos direitos humanos. Ao relacionar o desrespeito ao direito da mulher, como algo histórico, **Safira** retrata a situação da mulher que poderia ser sintetizada aqui pelo slogan "Sem as mulheres os direitos não são humanos", da campanha coordenada pelo Comitê Latino-

Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, encaminhada à Assembléia Geral das Nações Unidas, por ocasião da celebração do 50º aniversário da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

A despeito dos avanços em relação à questão dos direitos humanos, concretizados por Convenções e Tratados Internacionais, e definidos na Constituição Brasileira, são muitas as questões que estabelecem o desrespeito aos direitos humanos da mulher, pois a assinatura de Tratados e Convenções não remete necessariamente ao estabelecimento de direitos ali propostos. Em relação aos direitos no Brasil, pode-se fazer referência, à restrição do voto feminino no País até 1932, em função de uma interpretação restritiva da Constituição de 1981, que ao caracterizar no seu artigo 70 os eleitores como "cidadãos" este foi circunscrito somente ao sexo masculino (BARSTED, 1999).

Para **Malaquita**, a violência praticada contra a mulher estabelece uma marca social, um estigma.

[...] "ela representa qualquer forma de abuso que venha denegrir a imagem da mulher ou atrapalhar a vida dessa mulher, quer seja psicológica, emocional, profissional" (Malaquita).

A narrativa busca relacionar os diversos aspectos da violência e as repercussões na vida da mulher. A imagem da mulher foi associada ao longo dos anos à castidade, as mulheres mesmo em situação de estupro eram afastadas do meio familiar, por representarem uma "mancha negra" para a comunidade.

O discurso também, deixa evidente, a situação das mulheres que sofreram violência sexual. O trauma emocional, gastos com saúde, absenteísmo, propensão ao suicídio, risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, além da depressão, são algumas das condições evidenciadas pela pesquisa e discutidas

neste trabalho. Por outro lado, as representações negativas que culpabilizam a mulher pela violência, ou a descrença na possibilidade do mesmo são questões que fazem parte do fenômeno estudado.

A próxima subcategoria a ser analisada, foi denominada como:

1.2 Particularidades relacionadas à pessoa que pratica a agressão

Diz respeito às concepções dos profissionais de saúde, sobre a pessoa que pratica a agressão. Embora não tendo feito parte das nossas indagações, a questão do agressor surgiu no decorrer das entrevistas de forma espontânea na fala dos entrevistados.

No Quadro 2, estão alocados aspectos considerados relevantes pelos entrevistados.

Quadro 2 - Particularidades relacionadas à pessoa que pratica a agressão

Registro	Frequência
a) O agressor é um delinqüente	1
b) Alguém que não controla os instintos	1
c) O agressor está dentro da própria casa	5
d) Todo agressor é uma pessoa mal amada	1
e) É uma pessoa excluída da sociedade por falta de amor	1
f) O agressor é um retaliador	2

Observamos no Quadro 2, que com relação à pessoa que pratica a agressão, os entrevistados reconhecem que o mesmo encontra-se no espaço privado do lar. Essa perspectiva decorre da própria experiência dos participantes que lidam com a problemática.

O contexto das representações dos profissionais de saúde, destacadas

no Quadro 2, constituem em um denominador importante no contexto do atendimento à mulher vítima de violência sexual.

A proposta oficial definida a partir da Norma Técnica do Ministério da Saúde de 1998, não prevê nenhum tipo de suporte aos familiares da mulher e nem ao agressor. Essa é uma situação que deve ser levada em conta, posto que os serviços nas suas propostas podem incluir esse suporte.

Vejamos no discurso a seguir, a abordagem veemente que é feita à pessoa do agressor, impingindo uma forte carga patológica e de exclusão social.

"Em 1º lugar na questão da violência, eu penso no agressor, a questão do agressor, é um delinqüente, alguém que não consegue controlar seus instintos é um delinqüente em potencial" (Jade).

Observamos no discurso o processo de ancoragem na representação social da pessoa que pratica a violência.

De acordo com Abric (1994), as representações guiam os comportamentos e as práticas dos indivíduos, onde estes buscam através da realização dos processos de seleção, filtragem e interpretações tornar a representação uma realidade, definindo o que é aceitável dentro de um determinado contexto social. Este processo que é caracterizado como função de orientação é nítido no discurso de Jade, que ao denominar a pessoa que pratica a agressão de delinqüente, atribui não só um valor negativo, bem como, define como inaceitável, intolerável, ilícita a conduta do mesmo, uma vez que o delinqüente é por definição um criminoso, malfeitor, culpado.

O discurso a seguir reforça as colocações do anterior, permeado de inferências negativas, restritivas e pejorativas, que projeta na pessoa do agressor características de inferioridade, ou poder-se-ia dizer que, semelhante àquela imposta

à mulher quando a subjuga, a submete à seus caprichos.

"Eu acho que antes de mais nada todo agressor é uma pessoa mal amada em todos os aspectos, é uma pessoa excluída da sociedade por falta de amor, o que demonstra uma falta de amor para com ele mesmo e para com todas as pessoas que o circundam, ele acaba, como é que diria, ele acaba direcionando a falta de amor, a falta de ajuste social para uma pessoa mais fragilizada, então ele acaba violando crianças, mulheres [...]"(Olivina).

A representação social de **Olivina** se caracteriza pela justificação da violência, o desamor que excluí, que torna o indivíduo desajustado que o leva a cometer atos de violência. Confrontando com o que especifica Teles e Melo (2000), ao inferir que o estupro é um ato de violência e não de paixão, o agressor usa a sexualidade para manifestar sentimentos de poder e ódio.

Outro dado importante foi encontrado na pesquisa de **Pimentel Schritzmeyer Pandjjarjian** intitulada *Estupro: Crime ou "Cortesia"? Abordagem Sociojurídica de Gênero*. As autoras observam, que inexistente um só tipo de estuprador, uma vez que, o usual é esses indivíduos terem uma orientação e vida normais. A idéia corrente que identifica o estuprador como "anormal", portador de uma patologia como muitos acreditavam, não prevaleceu na pesquisa.

É importante trabalhar com o agressor para a quebra do círculo da violência ou mesmo para minimizar os efeitos da mesma. Viver sem violência é um direito de todos e todas, portanto, não há justificativa para a violência numa sociedade que se pretende democrática, civilizada e em vias de desenvolvimento.

A narrativa a seguir, retoma o foco de uma questão que foi e ainda é usada como justificativa para o assassinato de mulheres, o adultério.

Na década de 70, o movimento de mulheres encabeçou um levante no País cobrando medidas e atitudes dos poderes públicos, para os chamados "crimes pela honra", cometidos por companheiros por motivo de traição das parceiras. No discurso seguinte de **Amazonita**, o adultério e fator econômico aparecem como fatores desencadeadores da violência:

"porque quando o homem descobre que a mulher está traindo, que ela não tem condições econômicas para ficar sem ele, ele começa a bater, ela omite porque ela não tem para onde ir, ela não tem onde morar com os filhos e aquilo vai agredindo cada vez mais e ele, às vezes, pode nem gostar de fazer aquilo mas por uma situação que o levou a fazer aquilo, ele começa a agredir ela também fisicamente e sexualmente como prova para ele mesmo".

Na fala da entrevistada, também fica patente o discurso ancorado em conotações de cunho negativo, estabelecidas através de teorias e passadas historicamente, como por exemplo: "a mulher por sua natureza sempre trai", o homem precisa afirmar sua masculinidade através da agressão.

A seguir, os discursos de **Marcassita**, **Turmalina**, **Amazonita**, **Safira** e **Hematita**, dão conta de uma realidade conhecida, porém não plenamente entendida, que é a violência que ocorre no espaço doméstico.

"[...] o agressor não está fora de casa, está dentro da própria casa. imagina o que está acontecendo com as famílias [...]" (Marcassita).

"[...] já começa dentro de casa não só a questão da violência de rua, mais ela bem mesmo começa em casa" (Hematita).

Os dados do Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde, Delegacias Especializadas, dão conta da afirmação de **Marcassita**. A violência perpetrada

contra a mulher ocorre em 70% dos casos por pessoas do seu conhecimento, da sua intimidade, esse dado foi reforçado pelas ocorrências da prática profissional de **Marcassita e Safira**, é desta última a fala a seguir:

"[...] como a própria estatística mostra, que é geralmente com parentes, padrastos, tio, avós, vizinhos, geralmente com pessoas de intimidade da pessoa" (Safira).

Na fala de **Turmalina**, é enfocada outra questão ligada à violência contra a mulher, que é a cronificação do processo; a entrevistada faz uma referência às situações vivenciadas por meninas e adolescentes que sofreram abuso sexual, quando diz:

"[...] ela voltar para aquele meio, de repente passar uns dias te ignorando porque é isso que vai acontecer e depois, ele continua no mesmo processo, embora tu tenhas um acompanhamento aqui" (Turmalina).

Para **Esmeralda**, o medo da represália por parte dos parceiros, seria o motivo para manutenção do círculo da violência, visto que o medo as impede de denunciar o crime.

"As mulheres por medo de retaliação dos parceiros elas não denunciam, e agente percebe ainda que é pouco o número de mulheres que vem até nós, existe muito mais por aí que preferem calar" (Esmeralda).

O processo de vitimização da mulher, ocorre na maioria das vezes por falta de um suporte efetivo. A mulher, após perceber que a violência é usual e contínua, que a sua mudança de comportamento não impede a ocorrência da

mesma, passa a ficar temerosa quanto à sua segurança e dos filhos.

1.3. Sentimentos / atitudes percebidos nas mulheres vítimas de violência sexual

Essa subcategoria, emergida das falas dos profissionais de saúde, busca revelar através dos discursos, os sentimentos percebidos por estes em relação às mulheres atendidas que sofreram violência sexual.

No Quadro 3, estão discriminados os sentimentos mais freqüentes percebidos pelos profissionais nos seus cotidianos.

Quadro 3 Sentimentos/atitudes percebidos nas mulheres vítimas de violência sexual

Registro	Freqüência
a) Humilhação	1
b) Fragilidade	2
c) Medo	3
d) Omissão quanto ao agressor conhecido	3
e) Vergonha	2
f) Angústia	1
g) Baixa auto-estima	1

No Quadro 3, podemos perceber que medo, vergonha e omissão para denunciar o agressor, foram as questões mais enfocadas.

A fala de **Turquesa**, expõe esses sentimentos, ao narrar aspectos do atendimento à mulher.

"[...] a gente vê que elas não só chegam aqui frágeis, como elas também foram frágeis diante da situação e até antes da situação é assim. É todo um comportamento de fragilidade que eu diria, elas as vezes não têm assim como se defender, elas já devem ter muito medo até de fazer um relato elas chegam assim, mesmo, bem pequenas com a situação [...]" (Turquesa).

A representação de **Turquesa**, pressupõe uma destinação do ser feminino, que se objetificada em símbolos e linguagem culturalmente disponíveis, ou seja, a fragilidade da mulher é um componente do seu comportamento, aprendido culturalmente, decorrente do meio em que está inserida e das condições da classe social a que pertence; também, da sua biologia, sua corporiedade e constituição emocional, conforme corrobora **Ônix, Fluorita e Esmeralda**

"Além do medo que a mulher tem ao ser violentada , então ela tem uma vergonha, ela tem medo de usar de seu lado feminino para denunciar" (Ônix).

Esses componentes mencionados por **Ônix**: medo e vergonha são apontados por Grossi (1996), em outro contexto ao referir que vergonha e medo impedem a mulher de relatar a violência para os profissionais de saúde. A autora informa que invasão de privacidade e responsabilização pela violência, devido à incompreensão da situação, são as situações impeditivas.

Em outra descrição que relaciona os diversos tipos de violência em mulheres e meninas, encontramos: "Sob domínio do medo, elas não denunciam, não procuram ajuda, se fecham em si mesmas e sofrem caladas até que um fato como a gravidez venha revelar a situação" (VIOLÊNCIA, 2001. p.2).

As explicações em seguimento, de **Fluorita e Esmeralda**, indicam as

dificuldades percebidas na mulher ao falar da violência cometida por familiares. O medo aparece mais uma vez, reforçando situações de fragilidade.

[...] "e quando ela chega até nós ela também tem essa dificuldade de falar principalmente quando é parente, pessoas conhecidas, aí é que a coisa fica muito mais difícil" (Fluorita).

[...] "existem muitas por aí que preferem calar, às vezes o próprio vizinho, que às vezes é como se fosse uma família, diante do medo de enfrentar a situação, e não é só a mulher pobre não, não é só aquela que tem uma renda baixa" (Esmeralda).

1.4 Sentimentos/Atitudes expressados pelos profissionais em relação à violência contra a mulher

Esta subcategoria procura abordar os sentimentos dos profissionais, que no seu cotidiano atendem mulheres vítimas de violência sexual. No Quadro 4, podemos observar os diversos sentimentos que afloram nos discursos dos profissionais de saúde, no processo de interação com as mulheres.

Quadro 4 Sentimentos/Atitudes Expressados pelos Profissionais em Relação à Violência
Contra a Mulher

Registro	Freqüência
a) Não isenção	1
b) Impotência	2
c) Tristeza	2
d) Abalo emocional	2
e) Respeito humano	1
f) Empatia	1
g) Solidariedade	2

De acordo com o Quadro 4 e o conteúdo de narrativas abaixo, percebemos que vários sentimentos perpassam o dia-a-dia dos profissionais de saúde que lidam com a apresentação da violência sexual contra a mulher.

Objetos ou questões sociais relevantes, geram conceitos criadores de conflitos. Isto faz com que os indivíduos do grupo ao se depararem com esses conceitos, terminem por elaborar um exercício representacional (WAGNER, 2000).

Entendemos que violência sexual como fenômeno relevante na sociedade e, como relativamente novo no cotidiano dos profissionais de saúde, leva a conflitos, que são assim expressos:

*“Impotente, tu te sentes impotente, eu como enfermeira, como mãe vendo o que está acontecendo, tu não tem como fazer parar isso”
(Turmalina).*

A narrativa de Turmalina demonstra as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para lidar com questões até então “invisíveis”. A violência

contra a mulher permanece ancorada por símbolos e mitos, representados pelo espaço físico do lar e pelo espaço simbólico da família.

"Então, eu vejo assim a questão da violência, uma coisa muito séria, mexe muito comigo emocionalmente, eu faço de tudo para não deixar me envolver, porque, a gente que tem assim um certo esclarecimento, é demais sabe!?" (Turquesa).

Os discursos de Turmalina e Turquesa, também refletem o conflito dos profissionais de saúde, ao lidar com a violência sexual contra a mulher. Fica claro, a tentativa de estabelecer mecanismos internos de proteção individual dentro da profissão, que mesmo funcionando como escudo, constitui uma ação frágil de muita vulnerabilidade social.

Observamos nesse momento, a representação da ambigüidade, visto que a formação profissional baseia-se na concepção de distanciamento sujeito-objeto, identificados como profissional e paciente, a fim de possibilitar tomadas de decisões "racionais" e imparciais. Constitui, porém, uma percepção do sujeito-emocional que não pode ser descolada da condição de ser-humano.

O atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, nas instituições, teve início a partir da década de 90 com as experiências do Hospital Jabaquara e Pérola Bayton, na cidade de São Paulo-SP, atendendo os casos de Violência Doméstica e Sexual (TELES, 1999). Essas experiências não ocorreram de forma rápida, nem traumática para os profissionais, conforme registros institucionais do Hospital Jabaquara. Um dos grandes e primeiros obstáculos sentidos, para a implantação do atendimento, foi a questão do aborto previsto por lei e a perspectiva dos profissionais médicos em realizá-lo.

O aborto previsto por lei está definido no Código Penal Brasileiro de 1946, em duas situações: gravidez decorrente de estupro ou de risco de vida para a gestante. Cabe ressaltar, que nessas duas situações o ato de interromper não prevê pena para o autor, ou seja, o autor não sofre penalidade, no entanto, o ato permanece estatuído como crime. Esta questão, tornou-se bandeira de luta do movimento de mulheres, no sentido de descriminalizar o aborto.

Neste trabalho, pudemos evidenciar que a implantação do serviço nas duas unidades pesquisadas, principalmente a Maternidade Marly Sarney que já vem desenvolvendo essa atividade há quatro anos, o processo também não ocorreu de forma simples e fácil.

Autoras como d'Oliveira e Schraiber (1999), Diniz (2001), Teles (1999) e Rufino (1999), enfatizam a necessidade de um maior preparo dos profissionais de saúde para o atendimento à mulher vítima de violência, pois as mulheres em situação de violência procuram mais os serviços de saúde.

Os profissionais de saúde, também precisam de suporte para realizar bem as suas práticas, a reflexão de Brito (1999), com relação às casas abrigo, serve como indicativo para os profissionais.

Trabalhar com violência pressupõe sensibilidade, persistência, coragem profissionalismo. A falta de um acompanhamento psicológico para funcionárias/os das casas-abrigo e centros de apoio tem provocado um grande desgaste nos membros da equipe. (BRITO, 1999. p .14).

As falas de **Jade** e **Fabulita** a seguir, dão conta do exposto, uma vez que vemos nelas destacado o envolvimento emocional, social e político.

[...] "tudo que se relaciona à mulher para mim, eu não consigo

escutar a questão da violência com isenção” (Jade).

[..] “é muito difícil, para a gente profissional que se depara com essas situações é muito difícil para a gente também por que essa mulher chega até nós nesse estado de vergonha, de angústia, auto-estima lá embaixo e a gente tem que conversar com essa mulher, dar forças para ela, é complicado demais” (Fabulita).

No discurso seguinte, **Esmeralda**, deixa explícito o envolvimento pessoal, a questão de gênero é refletida em uma dimensão superior. A mulher se projeta na experiência de dor revelada pela outra.

“Bem, diante do quadro de uma mulher violentada sexualmente parece que nós enfermeiras nesse momento, parece que a gente esquece um pouco a profissão a ser enfermeira e passa a ser simplesmente mulher, isto porquê? A gente se sensibiliza com a situação e passa a viver aquela situação como se fosse nossa” (Esmeralda).

[...] “em relação a isso e há alguns médicos e eu estou entre eles que se dão um pouco as mãos a esse tipo de paciente, porque têm mais do que qualquer outro tipo de coisa, respeito à pessoa humana” (Topázio).

Fica patente na narrativa de **Topázio**, a sensibilidade que se concretiza na solidariedade para com o outro.

A segunda categoria, vem analisada a seguir .

2- FATORES CONTRIBUTIVOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Os profissionais entrevistados apontaram vários fatores determinantes para a violência sexual contra a mulher, os quais foram distribuídos em 4 subcategorias que foram organizados e analisados:

2.1. Estrutura social e Violência Sexual contra a Mulher

Esta subcategoria reflete a percepção dos profissionais de saúde sobre os aspectos que estão afeitos à estrutura social-econômica, política, educacional como condições favorecedoras da violência sexual contra a mulher.

Os participantes do estudo elencaram, como fatores determinantes da violência contra a mulher, questões como desemprego, ausência de educação formal e informal, delinqüência, exclusão social.

No Quadro 5, os fatores estão relacionados de acordo com a freqüência que apareceram nos discursos.

Quadro 5 Estrutura Social e Violência Sexual contra a Mulher

Registro	Freqüência
a) Ausência de educação formal e informal	2
b) Desemprego	5
c) Delinqüência	1
d) Exclusão social	1
e) Fator econômico	5

No Quadro 5 percebemos que a questão econômica aparece como ponto central nesta subcategoria, visto que há um estreito relacionamento entre condições econômicas precárias ou dificuldades financeiras, conforme descritos por alguns entrevistados e o desemprego. O outro fator colocado com muita ênfase foi a educação.

No discurso abaixo, feito por Topázio, vê-se destacada a questão da conscientização política, que é adquirida através de uma estrutura social evolutiva.

[...] "então uma população educada, eu diria se uma mulher for molestada ela tranqüilamente vai lá na polícia, vai denunciar quem foi o agressor dela, com a maior tranqüilidade do mundo" (Topázio).

Esta fala reflete a concepção de educação como processo de conscientização da população, ação envolvida e estabelecida a partir da noção de cidadania que uma educação transformada seria capaz de alavancar.

É preciso destacar, no entanto, conforme os dados disponíveis sobre violência, que esta ocorre não só com sujeitos carentes de educação formal, ou de classe social menos favorecida, mas em todas as classes. Portanto, uma educação carregada de conceitos embasados num contexto de uma sociedade patriarcal e discriminatória com as mulheres, não será capaz de mudar a face da violência.

Na fala a seguir, Jade, ao designar a delinqüência e a falta de educação formal como fatores determinantes da violência sexual contra a mulher, aponta educação formal como ponto de apoio fundamental para o agressor.

"Isso poderia ser mudado com um grande investimento do governo na educação básica, daria um salto de qualidade muito grande, não é possível resolver essa e outras questões sem passar pela questão da educação" (Jade).

É indiscutível a necessidade de investimento em educação para o desenvolvimento de qualquer nação, entretanto, a representação profissional ao associar violência à ausência de uma educação formal estabelece ao nosso entendimento uma concepção aparentemente simplista, pautada na estruturação de

classe social. Compreende-se que a educação é um fator capaz de re-organizar padrões, desde que ela seja crítica e reflexiva, possibilitando a conscientização.

Não há um modelo uniforme de educação, ela não precisa se dar necessariamente na escola. Há outros lugares onde ela pode acontecer. A educação pode se dar em vários espaços, sem necessariamente a presença de um professor profissional. Existe a educação de cada categoria de sujeitos, de um povo. A educação pode existir livre ou servir de instrumento de poder, onde o saber é usado para controlar povos e reforçar desigualdades (BRANDÃO, 1995).

O fator econômico é outro dado preponderante no discurso dos entrevistados, como bem demonstra as falas a seguir, de **Marcassita e Fluorita**, que destacam a força do domínio econômico.

“O pai trabalha, o pai é o chefe da família, esse que criava ela, tem uma renda e ela não poderia ficar na rua, ela vivia desse cara então era escrava e submissa de várias formas desse cara; uma porque ela precisa sobreviver” (Marcassita).

A economia, a religião, as leis fazem parte de uma macroestrutura social que, enquanto centrada no poder masculino, legitima a este o uso da força para fazer valer o seu jugo.

A questão econômica é também apresentada como ponto fundamental dentro da pesquisa de Kantorski, Moreira e Luz (1994), *Representação da Violência contra a Mulher – sob o olhar dos sujeitos que atuam nas Delegacia de Mulheres*, realizada em 1994, interior do Rio Grande do Sul, onde os autores encontraram concepções predominantes vinculando a situação econômica à violência.

No discurso a seguir, a representação de **Fluorita**, associa desemprego e violência, no entanto, ao incorporar no discurso a participação do sistema, o que

está posto é toda uma estrutura que transforma seres humanos diferentes em função da raça, gênero, etnia, em cidadãos desiguais na sociedade.

O desemprego não ocorre por ociosidade das pessoas, mas por conta de uma ordem mundial, que distancia ricos de pobres, por uma distribuição de renda onde, no Brasil, de acordo com os dados do IBGE, 10% da população usufrui de 50% das riquezas, enquanto outros 50% vivem com menos de 10%. A fala a seguir, diz:

“é uma coisa muito estruturada pelo próprio sistema, pelo próprio governo, pelo próprio sistema em que a gente vive, e essa falta de trabalho, essa ociosidade das pessoas” (Fluorita).

2.2 Estrutural Emocional Masculina X Feminina como fator favorecedor da violência

Esta subcategoria institui, a estruturação emocional ou a desestruturação como fomentador da violência sexual contra a mulher.

No Quadro 6 estão enumeradas as condições defendidas nos discursos e discutidas a seguir. Essas condições estão presentes em ambos os sexos e são factíveis de determinar a violência sexual contra a mulher. Os fatores descritos nas narrativas dos profissionais se circunscrevem na necessidade de homens e mulheres de suporte social.

Quadro 6 - Estrutural Emocional Masculina X Feminina como fator favorecedor da violência

Registro	Frequência
a) Dependência química	5
b) Desestruturação familiar	1
c) Desajuste masculino	2
d) Dificuldades no relacionamento	1
e) Dependência emocional	2
f) Falta de laços afetivos	1

Para os participantes da pesquisa, a dependência química, evidenciada como abuso de álcool e drogas, desponta como fator preponderante para a maioria dos pesquisados. Desajuste masculino e dependência emocional feminina vêm logo em seguida.

Vejamos, por exemplo, nos discursos de **Ametista** e de **Safira**, alguns desses fatores:

"Dependência emocional..(da mulher). A dependência química, no caso do parceiro, do violentador, no caso do álcool, as drogas" (Ametista).

[...] "as drogas são um fator preponderante, por muitas pessoas sob o uso de bebida alcoólica, leva ao ato de violentar" (Safira).

São, portanto, condições que de alguma forma estão associadas à necessidade de suporte social, afeitos à dependência de políticas públicas e programas sociais, para o seu controle.

Convém acentuar, que a magnitude desse problema exige de toda a

sociedade civil e organizada, governo, família, igreja, comunidade, inclusive internacional, medidas para o seu enfrentamento. Outro destaque, é para o fato que as ações não podem ocorrer no sentido de minimizar as conseqüências dos efeitos das drogas consideradas legais e ilegais.

Para Saffiotti (1994), o uso do álcool ao diminuir a censura, funciona como um facilitador do processo de violência contra a mulher e não a sua causa. A autora define que a violência do homem contra a mulher se estabelece em função das relações que estes construíram com as mulheres, pautadas na desigualdade de gênero.

"É a falta de um relacionamento mais entrosado, entendeu!? Assim, deles serem mais companheiros no sentido mesmo nato da coisa, não só aquela coisa de sexo, de sexo, de sexo..."(Turquesa).

A representação de **Turquesa** coloca o componente erótico e a falta de entrosamento, como possível fator determinante de violência sexual contra a mulher, entretanto, essa representação aponta para a uma visão repressora da sexualidade, o relacionamento entre casais como coisa idealizada, ou seja, uma sexualidade ativa entre parceiros não determinaria violência, mas, sim, as concepções de cada um sobre o sexo e as pessoas.

Outro ponto considerado no discurso dos entrevistados, coloca a necessidade de apoio emocional e profissional ao sujeito que pratica violência, pois associa o direito de escolha da mulher a sentimento de vingança por parte do homem, levando-o à prática da violência sexual. Percebemos a necessidade de uma reestruturação social, política e cultural que possa levar o homem a perceber a mulher não como corpo, objeto de seu prazer, mas pessoa, sujeito-cidadão com direito às suas escolhas individuais. A fala de **Fluorita** é impactante nesse sentido.

"Muitas vezes ele faz por que acha que não tem chance com essa própria mulher ou as vezes pra se vingar de alguma coisa ou até mesmo da mulher" (Fluorita).

"A violência sexual masculina contra a mulher, no fundo, no fundo é falta de amor, amor fraternal, amor marital, auto-estima..".(Olivina).

Os serviços de atendimento à mulher, vítima de violência, surgiram da necessidade de atender uma demanda das mulheres. Alguns serviços desenvolvem atendimento ao agressor, entretanto, convém atentar o que salienta Brito (1999), "Embora seja importante incluir o agressor na intervenção, o importante e fundamental é a mulher entender seu papel na relação violenta, pois ela pode repeti-la com outras pessoas". (BRITO, 1999, p.14).

A situação apontada é marcante para os agentes que lidam com as mulheres em situação de violência. A percepção da mulher apenas como vítima da situação de violência contribui para que não se discuta o seu próprio papel, o que pode levar à repetição e manutenção do círculo da violência. Ao mesmo tempo, representações restritivas e discriminatórias em relação aos homens não permitirão que mudanças ocorram para a quebra do ciclo da violência.

"quando ela denuncia ela não sabe as conseqüências que aquilo vai trazer a nível de família. Aí, depois ela resolve voltar, porque a mulher é um pouco instável e aí a família vai ficar contra, então [...]" (Amazonita).

A narrativa de **Amazonita** está ancorada em uma simbologia que pressupõe a família como instituição sagrada, inviolável, protetora. Os dados descritos neste trabalho dão conta de uma realidade diferente para mulheres, meninas e adolescentes, agredidas diariamente em seus próprios lares, até mesmo

em situações de gravidez, condição vista como estado de santificação. Os dados de Diniz (2001) apontam para outra direção ao explorar que o estado gravídico, ao contrário de ser um fator apaziguador da situação de violência, é na verdade, em algumas situações, intensificador.

O discurso de **Amazonita** está voltado para uma moral conservadora e a mulher é vista de forma discriminatória e preconceituosa.

2.3 Aspectos relacionados à sexualidade humana e violência sexual contra a mulher

Um outro fator que pode constituir um determinante importante da violência sexual contra a mulher, segundo as representações dos profissionais de saúde, corresponde às situações que podem decorrer de fatores genéticos, fisiológicos, patológicos e culturais. Entre estes fatores, foram destacados: a iniciação sexual precoce, o sexo como função primária masculina que não pode ser controlada, o que leva a compulsão e distúrbios da sexualidade masculina, conforme Quadro 7.

Quadro 7 - Aspectos relacionados à sexualidade humana e violência sexual contra a mulher

Registro	Frequência
a) Iniciação sexual precoce	1
b) Compulsão sexual	1
c) Distúrbio sexual	3
d) Instinto	1
e) Abuso sexual sofrido pelo homem	2

Um dado que chama atenção no Quadro 7 é a explicitação do abuso sexual masculino ocorrido na infância ou adolescência, como um fator contributivo para a violência sexual contra a mulher. Outro dado relevante, diz respeito ao distúrbio sexual evidenciado nas narrativas com conotações diferenciadas.

No discurso a seguir, **Turmalina** infere situações que fazem parte da própria evolução imposta pela sociedade. A saída da mulher para o mundo do trabalho ocorreu também em função da necessidade da força de trabalho que ela representava, portanto, necessária do ponto de vista do capital para o desenvolvimento econômico e social.

A iniciação sexual precoce, conquanto possa vir a implicar em gravidez indesejada, e de risco, com repercussões para a saúde da mulher, não deveria ser fator favorecedor da violência sexual. Conforme já expressado neste trabalho, a construção de representações positivas, flexíveis, é essencial para a orientação da prática. No tocante à sexualidade, as representações são reducionistas, preconceituosas, e ancoram-se na ideologia que pressupõe o sexo função básica masculina.

[...] "a causa é a questão da sexualidade sendo trabalhada muito cedo, você vê a mulher nua muito cedo, a criança participando daquilo o homem participando; a saída da mãe de dentro de casa para trabalhar e o pai permanecendo com a filha de mudanças de padrões, ridículo você dizer assim: ah! Mais ele é pai; mas ele é homem e o homem é ridículo ele não consegue se controlar, por que ele deve ter algum distúrbio, se ele faz isso é porque ele já teve algum abuso também [...]" (Turmalina).

A Narrativa de **Turmalina** evoca muitas situações para o homem, as quais

atribuem uma carga negativa, patológica. A representação da entrevistada se ancora na figura do homem como detentor de poder sobre todos os outros seres humanos. Ao mesmo tempo, em que se percebe a indignação pela situação levantada. **Turmalina** acaba por justificar o ato (abuso sexual contra meninas), como distúrbio ou como decorrência de abuso sofrido.

“Muito dessa violência está relacionada a própria droga, às vezes não é drogado, é compulsão sexual que o homem quer fazer sexo todos os dias, ele não tem controle, é doente mesmo é um distúrbio sexual, tem homem que faz isso.” (Opala)

Tal representação define uma clara diferenciação entre homens e mulheres no tocante ao exercício da sexualidade. A sexualidade ativa é uma marca masculina, identificada por **Opala** como distúrbio ou doença.

Podemos identificar a simbologia que se inscreve no discurso e que se ancora nos pressupostos de mulher-sagrada/submissa/passiva e mulher-profana/sedutora/impura. Para Lopes (2003), essas representações estão ancoradas nos discursos da tradição judaico-cristã, que por um lado identificam a mulher como subproduto do homem, representando a desobediência, o pecado e a culpa: Eva e por outro, a construção da identidade feminina representada pela figura da Virgem Maria, pura, santa. Portanto, essas representações enquanto dicotômicas na sua essência (mulher: santa/pecadora), são desfavoráveis à mulher.

Algumas considerações feitas abordando os desvios sexuais são importantes para situar a questão. Dentro de uma visão técnica, encontra-se na literatura psiquiátrica a seguinte conceituação e classificação:

Perversão sexual “é um termo aplicável a uma subclasse de transtornos sexuais denominadas parafilias” (TRANSTORNOS, 2003, p. 4).

A característica essencial das parafilias são impulsos sexuais recorrentes e intensos e fantasias sexualmente excitantes que, em geral, envolvem objetos não-humanos, o sofrimento ou humilhação de si mesmo ou do parceiro ou crianças ou outras pessoas que não dêem seu consentimento. Os comportamento seguintes, enquadram-se nessa definição.

Pedofilia - nesse transtorno estão incluídas fantasias, impulsos sexuais ou comportamentais envolvendo atividade sexual com criança ou crianças antes da puberdade, em geral, com menos de 13 anos;

Exibicionismo – são impulsos sexuais intensos recorrentes e fantasias de excitação sexual para expor a genitália a um estranho. O exibicionista genital masculino pode ser perigoso porque o transtorno é indicador de futuras agressões sexuais em alguns indivíduos;

Fetichismo – neste transtorno o que está envolvido é o uso de objetos inanimados que podem ser vestuário do sexo oposto ou acessórios desenhados com a finalidade de excitação sexual;

Frotteurismo - impulso e fantasias envolvendo tato e atrito contra uma pessoa não consensual;

Voyeurismo - o ato de observar uma pessoa que de nada suspeita, geralmente um estranho nu em atividade sexual;

Masoquismo – os impulsos e fantasias sexuais envolvem humilhação, espancamento. Os atos causam sofrimento e comprometimento em áreas importantes;

Sadismo - a excitação sexual ocorre pelo sofrimento físico ou psicológico impingido à outra pessoa.

Para a definição diagnóstica dos cinco últimos transtornos, faz-se

necessária a ocorrência dos atos por um período mínimo de seis meses.

Outros transtornos que fazem parte dessa classe são: Escatologia que ocorre por meio de telefonemas obscenos; Necrofilia, com cadáveres; Coprofilia, envolvendo fezes; Zoofilia, envolvendo animais.

Essas considerações visam identificar que os desvios sexuais são quadros definidos a partir de diagnósticos, com terapêutica apropriada, não cabendo aqui, por conseguinte, a prática sexual freqüente ser identificada como distúrbio.

A última subcategoria analisada procura associar como fator determinante da violência, a questão cultural.

2.4 A questão cultural e sua influência na violência sexual contra a mulher

A questão cultural, aparece ao longo deste trabalho, como fator fundamental para perpetuação da violência contra a mulher, pois, como afirma Lima (1999) "a cultura, como portadora de sentidos e organizadora das práticas não é neutra em relação aos sexos" (LIMA, 1999 p.124). O discurso de Esmeralda, é revelador dessa organização.

"Se você conversar com sua avó, por exemplo, que seu marido queria fazer sexo com você, você não quis e ele te forçou a isso, ela vai dizer que é perfeitamente normal" (Esmeralda)

"Quantas e quantas vezes eu fiz isso para agradar, não porque está com vontade, mas por obrigação que a gente tem que fazer." (Esmeralda).

A narrativa traz a representação da violência nas relações entre casais, como culturalmente estabelecido e legalizado numa época, e apesar de

ultrapassado na atualidade, permanece no cotidiano das pessoas, evidenciando o poder que a cultura exerce sobre os povos.

Apesar da modernização da mulher, a imposição cultural alicerçada por uma ideologia dominante, introjetou nas mulheres, não a busca pelo prazer sexual e a felicidade, mas o medo de perder o parceiro por não lhe oferecer prazer.

A mulher foi levada pela força da cultura, a ter o seu corpo e seu prazer no domínio do homem. Estas condições foram postas em Leis, sacramentadas pela Igreja e teorizadas na ciência. Então, mesmo que mudanças na legislação tenham sido efetivadas, elas ainda se mantêm na prática.

Retomamos o pensamento de Lima, que explicita:

[...] em várias práticas culturais o princípio masculino é simbolizado por paixão, aventura, potência, egoísmo, honra, glória, ganância, orgulho; o princípio feminino é simbolizado como dependente, irracional, sentimental, misteriosa, sacrificada, apaixonada, bondosa, amorosa, subjetiva, influenciada, tentadora, débil, inferior, visão essa que tem servido para alimentar sistemas de controle social com a função de apagar, silenciar e ocultar as realizações das mulheres (LIMA, 1999. p. 124).

A desigualdade histórica entre homens e mulheres, colocando o primeiro na condição sujeito e o segundo como objeto, vem legitimando ao longo do tempo a naturalização da posse do corpo da mulher pelo homem. Essa condição é reafirmada por Grossi (1996), quando expõe que o que fundamenta o medo da mulher, no tocante ao estupro no casamento, é o mito existente na sociedade, da sua inexistência ou da impossibilidade da sua ocorrência sem o consentimento da mulher.

As narrativas de *Ônix* e *Ametista*, evidenciam essas colocações.

“É o machismo que é uma causa importante de violência creio que

seja isso " (Ônix).

"Às vezes, ela é até uma mulher que fala, mas a cultura, o meio que ela está vai e bloqueia, não permite " (Ametista).

Observamos pelo discurso de **Ametista**, a força da cultura, pois apesar da violência contra a mulher não está definida legalmente, ela permanece legitimada culturalmente.

7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência sexual contra a mulher tornou-se um tema emergente na área da saúde, a partir da constatação das conseqüências dessa violência sobre o corpo físico e emocional da mulher.

Os prejuízos verificados na economia, são resultantes do investimento no tratamento dos efeitos da violência e também do absenteísmo no trabalho e em outras atividades que veio a demandar a necessidade de intervenção do Estado e de conseqüentes pesquisas sobre a questão.

Ao discutirmos a temática neste trabalho, a partir de um referencial teórico que privilegia ou mais acertadamente que reabilita o saber popular e, à luz de dados coletados junto a um extrato da sociedade que, no cotidiano de sua prática profissional, lida com a questão, coligadas aos seus afetos e sentimentos, viemos a identificar as Representações Sociais sobre a mulher em situação de violência, as quais vêm ancoradas da forma a seguir.

7.1 A violência sexual contra a mulher, respalda-se em valores culturais e na violação de direitos humanos

Uma das representações mais presentes nos discursos dos profissionais de saúde é aquela que inscreve a mulher como detentora dos valores impostos pela moral e pelos **bons costumes**. Esta representação está ancorada nos símbolos de mulher/santa e objetivada no de "rainha do lar", "santa" e "demônio", conforme o momento em que assim o desejar seu "amo" e "senhor" com quem coabita, segundo arcaicamente predefinido por algumas sociedades que, diga-se de passagem, de direitos humanos ainda pouco se conhecia, visto que a mulher, nem sempre era tida

como um ser humano.

As representações são paradoxais na medida que ao mesmo tempo aliam violência, **violação de direitos** e valores tradicionais, considerando-se que a evolução da busca pelos direitos humanos da mulher, ocorre numa panorâmica que rompe com a visão simbólica de propriedade do homem,

A questão dos **direitos humanos**, defendida de forma enfática pelos participantes da pesquisa, é levantada pelo aspecto da inviolabilidade física da mulher e, às vezes justificada por condições afeitas à própria mulher, isto é, a mulher como parte do sistema e da história que é, ela termina por tornar-se conivente da violência que é praticada contra ela própria, conforme podemos ver no discurso de **Amazonita**.

“O que representa a violência, primeiramente, é um ato desumano porque a mulher ela, ela vai acabar [...] vou encaixar isso aqui, porque a mulher já é educada a maioria das vezes a ser submissa, a maioria não trabalha.”

Ao associar a figura da mulher a comportamentos e sentimentos que se caracterizou histórica, social e culturalmente como próprios do universo feminino, mantêm-se no imaginário as condições para a sua inferioridade e, salvo exceções de sociedades modernamente desenvolvidas e democráticas, para que a mulher continue sendo submetida à violência.

A despeito da ênfase na violação de direitos, a questão da igualdade de direitos e condições entre pessoas dos sexos masculino e feminino não é realçada por nenhum dos participantes. Numa sociedade democrática, em evolução, esperamos que este seja um dos eixos norteadores do processo de desenvolvimento.

Sintetizando o que ficou patenteado na Conferência Mundial dos Direitos Humanos, em Viena, 1993, "a violência contra a mulher constitui um obstáculo ao desenvolvimento e um atentado aos direitos humanos".

7.2 Violência sexual contra a mulher: valor cultural que clama por uma atualização

A luta pela igualdade de direitos da mulher, tornou visível os preconceitos e discriminações a que essa era submetida. Baixos salários e salários diferenciados, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e assistência restrita aos períodos de gravidez, parto e puerpério, foram algumas das questões evidenciadas.

Face às mudanças operadas no exercício da lei, as práticas sociais discriminatórias e os costumes permanecem vivos na sociedade.

A partir dessa compreensão a violência sexual, se inscreve e aparece neste trabalho, como uma **questão cultural**, mas sempre como uma condição **degradante**, aliada a **valores familiares**.

Ancorado no discurso da santidade do lar, permanece fechada no **antro da família** e legitimada culturalmente na sociedade, evocando sentimentos de **tristeza, empatia e solidariedade**. No entanto, as concepções vigentes são introjetadas subliminarmente nos sujeitos, que terminam por traduzirem a violência como destinação da mulher, a ponto de se verem **impotentes** para uma ação de combate mais determinado à mesma.

7.3 A violência sexual constitui trauma irrecuperável na vida da mulher

Essa representação também está presente na maioria dos discursos dos profissionais, seja de maneira explícita ou não. A percepção do dano e as

conseqüências aparecem de forma nítida nos discursos, conforme observamos na fala seguinte:

[...] "É assim, o que representa, é raiva, tristeza, é um marco que a mulher, com toda certeza ela nunca vai esquecer passe 1 ano, 2, 3 anos" (Opala).

A violência sexual pode ser detectada pelos profissionais de saúde no processo de diagnóstico, durante um exame físico de rotina e pelos silêncios entrecortados ou expressões evasivas de uma mulher no momento da entrevista clínica. Entretanto, como já exposto anteriormente, esse fenômeno não circunscrito somente ao corpo psicobiológico da mulher, mas inclusive ao tecido social de suas relações. Os profissionais de saúde precisam descobrir meios de ação mais incisivos e realmente marcantes em sua atuação nesse plano (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999).

Estudo realizado na Noruega em 1981, encontrou sintomas de stress pós-traumático em 80% das pessoas que sofreram violência sexual (GROSS, 1996). O que sem dúvidas vem a constituir ônus tanto para o Estado quanto mesmo para a convivência saudável das famílias, o que interfere, intimamente na qualidade de vida, na produtividade, vindo, portanto, a repercutir nas gerações futuras, que, além de herdarem parte do trauma, pelo visto haverão de receber para si, ainda, o encargo de resolver essa questão.

A mulher pode se tornar incapaz de vir a ter uma relação sexual saudável, em função da aversão a contatos íntimos desenvolvida ao longo de uma vida de abuso ou mesmo em um único incidente (GROSSI, 1996).

7.4 A violência sexual representa um reforço cultural aos símbolos arcaicos de caracterização da mulher

Conforme as diversas categorias identificadas neste trabalho, através dos discursos dos informantes, podemos ver, conforme a análise, que um dos importantes denominadores, são as representações que enfatizam o reforço aos símbolos ancorados nas figuras de mulher santa e pecadora, que se apresentam em discursos sobre corpo e sexualidade e sobre relacionamento.

Talvez a face mais perversa seja aquela que se ancora em pressupostos e normas arcaicos, nos quais a mulher, por ser "propriedade" do marido lhe é imposto o dever de "servir" sexualmente ao seu dono. A recusa a esse dever por parte da mulher dava ao "amo" e "senhor" o direito de puni-la com agressão física e sexual. A posse do corpo da mulher pelo homem era natural, assim como o uso da violência.

Assim, a figura da mulher ainda permanece objetificada com expressões, tais como, "tem mulher que gosta de apanhar", "quanto mais apanha, mais quente fica".

Grossi (1996) citando Russel, concluiu que a violência sexual contra a mulher constitui reforço para a manutenção do patriarcado.

Partindo do entendimento desse autor, a construção social da feminilidade é complementar a da masculinidade, que é composta pela inter-relação entre sexualidade, opressão e violência. Por conta disto, a mulher torna-se vulnerável à violência masculina, pois a sua capacidade para autodeterminar-se sexual e socialmente torna-se frágil ante as diversas formas opressoras e de resistência, que muitas vezes eclodem do interior da própria mulher. Esse componente surge neste trabalho, nas seguintes colocações:

[...] "a gente ousa assim, fazer umas perguntas, mais assim, digamos diretas, elas se esquivam, ainda mais quando é um companheiro, quando é um ex-namorado ou até um namorado mesmo, elas se sentem assim mais a vontade pra apontar, pra dizer quando é uma outra pessoa, quando elas iam passando na rua e foram agarradas assim perto do mato, assim de alguma coisa. Mas quando é o marido ou o ex-namorado, elas dizem: 'não, mais olha ele não era assim [...]' elas relutam assim até fazer sua própria defesa sabe, acham uma desculpa, 'não, mais olha ele não é assim todo tempo, acho que é por que ele bebeu' [...] aí eu digo: mais ele bebia sempre? – bebia, mais nunca tinha feito isso. Quer dizer, ela ainda vai justificar o ato que foi praticado contra sua pessoal" (Turquesa)

7.5 A violência sexual constitui componente importante a fomentar uma mudança favorável no sistema político e social do País

Ainda que permeada por razões diferenciadas, as representações dos profissionais de saúde foram convergentes no sentido de destacar o fator econômico como explicação para a violência sexual contra a mulher.

A questão econômica aparece como indicativo tanto para o homem, no caso marido, companheiro que submete a mulher, por **falta de emprego** ou por **condições econômicas** precárias, mas também para o desconhecido, onde a falta de emprego ou de ocupação pode predispor à violência. Por outro lado a questão torna-se relevante também em relação à mulher, visto que sem a reação desta, fica imposta a manutenção do círculo da violência, conforme é evidenciado por Ônix:

"A contribuição básica eu acho que é social, pois se você olhar o

número grande de mulheres que chegam até nós, são pessoas de baixo poder aquisitivo, as que chegam até nós a gente acha que sim, porque nas classes mais favorecidas a gente não tem, ou pelo menos não se denuncia, [...] eu acho que o problema social é um problema muito sério."

Diniz (2001, p. 1) refere que "a violência parece ocorrer mais em mulheres que tenham pouco suporte social". Os componentes apontados incluem: nível de escolaridade, dificuldade de trabalho e de acesso aos serviços de saúde.

7.6 Ênfase do valor da mulher no cenário político-social e familiar atribuída pelo Sistema educacional

A presença marcante da mulher no cenário político e econômico, tanto nacional como internacional, é sinal inequívoco da importância do seu papel social e de sua evolução. Paradoxalmente, os indicadores de violência expostos neste trabalho, dão conta do descompasso histórico que ocorre no interior da sociedade, onde símbolos e códigos arcaicos, ainda delimitam esse espaço de vivência.

A pesquisa de Pimentel, Pastore e Schritzmeyer (1997), já referida neste trabalho, infere situações que vão de encontro às que foram encontradas no presente estudo, ainda que com conotações diferentes. Os homens que cometem estupros contra suas filhas parecem ser insensíveis, indiferentes ou não terem a percepção do crime cometido, nem das repercussões do mesmo para a vida e para o desenvolvimento das meninas e adolescentes envolvidas.

As referidas autoras advertem para a necessidade de políticas públicas na área de educação e cultura, capazes de mudar esse comportamento dos homens. Os profissionais refletiram quanto à necessidade e importância de formas incisivas

de investimento na educação dos agressores. Sendo, portanto, o caso de lançar-se mão de um processo educativo conscientizador, capaz de levar à reflexão crítica sobre o papel, tanto do homem quanto da mulher.

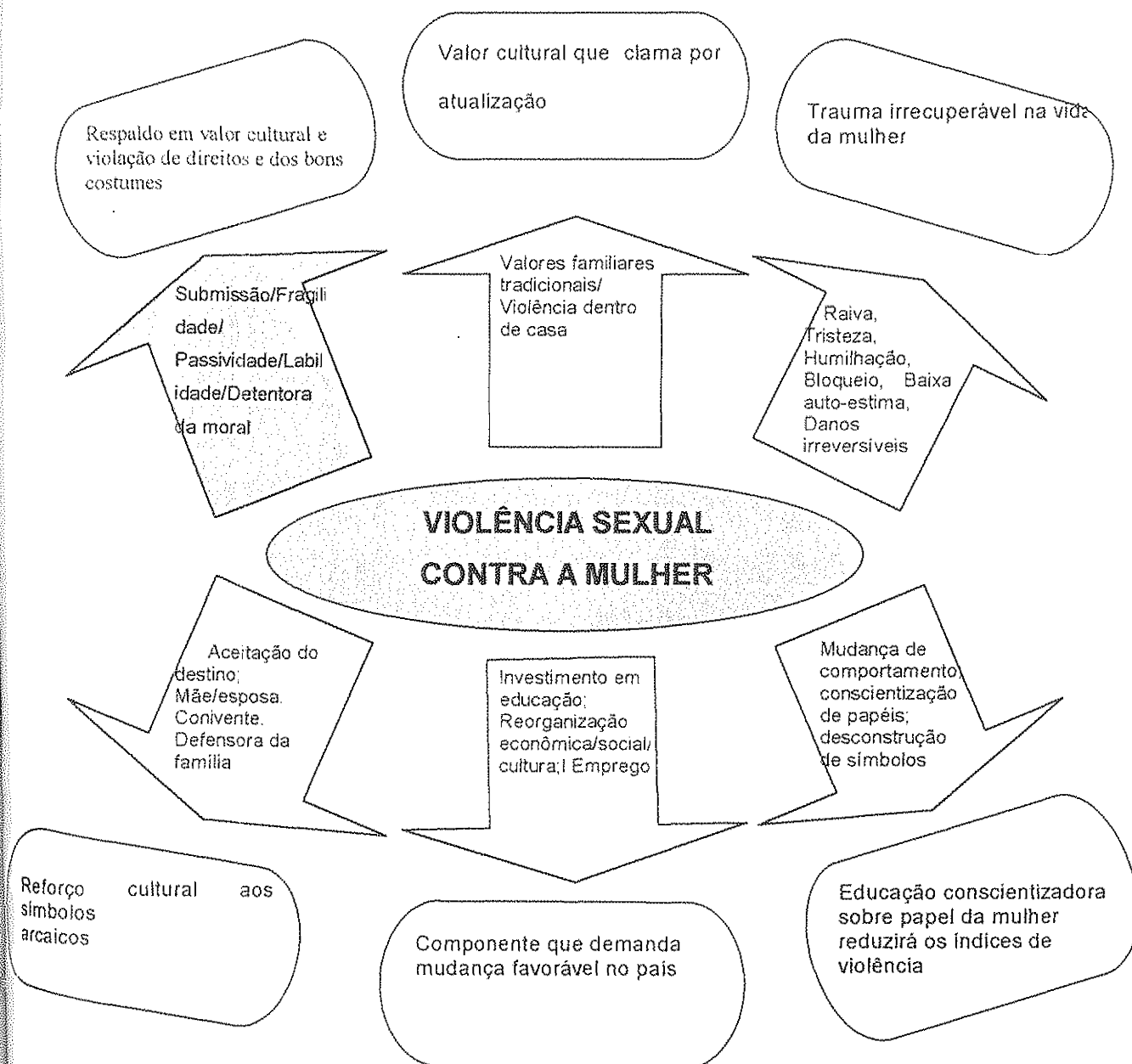
Devemos retomar as consequências resultantes do tratamento desigual, ao qual a mulher vem sendo submetida. Os prejuízos recaem, inclusive no caso em que inscrevem a mulher como **dependente emocional**, uma vez que a conscientização do seu próprio valor e da sua importância na sociedade a impulsionariam para uma vida sem violência.

É preciso ter em mente que a instituição escolar como espaço reforçador de ideologias dominantes, pode servir como reprodutor de conhecimentos, mas não necessariamente, um espaço de mudanças. Nesse sentido, Louro saliente:

A escola que nos foi legada pela sociedade ocidental moderna começou por separar adultos de crianças, católicos de protestantes. Ela também se fez diferente para os ricos e para os pobres e ela imediatamente separou os meninos das meninas (LOURO, 1999, p. 57).

No diagrama abaixo, são apresentadas em resumo as Representações Sociais dos Profissionais de Saúde, participantes do estudo.

Diagrama
 REPRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA
 SEXUAL CONTRA A MULHER



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos objetivos propostos para este estudo, passamos a algumas considerações que acreditamos pertinentes.

Ao iniciarmos o trabalho tínhamos clareza das dificuldades que a temática implicaria, a partir da idéia de procurar apreender as representações sociais de violência sexual de profissionais de saúde. Já imaginávamos que estas estariam circunscritas num coligado de normas, valores, idéias, concepções dos indivíduos, a respeito dos papéis de homens e mulheres na sociedade.

Procuramos ter em mente, com base no referencial teórico escolhido para este estudo, que os profissionais faziam parte de uma dada classe social, com características socioeconômicas, culturais próprias, as quais exerciam influência na forma de viver e agir dos mesmos, no cotidiano de suas práticas nas instituições de saúde e na construção e reconstrução que fazem das suas representações sobre homem - mulher - violência sexual.

No desenvolver do trabalho, percebemos que esses profissionais expressavam a violência contra a mulher a partir de representações, embasadas pelos afetos, experiências e valores próprios ou resultantes de percepções sobre o comportamento de outros.

Os sujeitos do estudo, médicos, enfermeiras e assistentes sociais, perfazendo 17 mulheres e 2 homens, em sua maioria, contavam com ampla experiência profissional anterior no atendimento à mulher, porém, sem o viés da violência sexual.

Apesar de constituir um grupo heterogêneo por conta de suas formações ideológicas e profissionais, esses profissionais de saúde mostraram representações convergentes a respeito da violência sexual contra a mulher.

Entendemos, que por mais divergentes que sejam os grupos e as suas culturas, a questão da violência está posta no imaginário dos indivíduos a partir de eixos integradores que podem ser representados e analisados conforme os interesses comuns desse grupo.

Tendo como foco da pesquisa, as representações sociais da violência sexual dos profissionais de saúde que fazem atendimento às mulheres, buscamos compor os elementos que esses profissionais traduzem como determinantes dessa violência.

A violência sexual contra a mulher foi expressada pelos profissionais como aquela dirigida à mulher, criança ou adolescente, por uso de força física ou coerção psicológica, com ou sem presença de armas, podendo ocorrer por penetração anal, vaginal ou o conjunto desses e, ainda, com uso de instrumentos e requintes de crueldade.

A violência foi também traduzida pelo uso de palavras ou expressões de cunho depreciativo e pejorativo nas relações entre casal ou por desconhecido, além de situações caracterizadas por atrito dos órgãos genitais masculino na mulher sem o consentimento desta.

O fenômeno ocorre dentro de casa e tem índices cada vez mais elevados.

Para alicerçar a discussão sobre o objeto de estudo empregamos a Teoria das Representações Sociais, entendendo que as percepções dos indivíduos acerca de um fenômeno tende a conduzir suas ações e influenciar suas condutas na sociedade e no ambiente de trabalho (KANAAANE, 1995). Tal compreensão permitiu

adentrar na apreensão das representações que os profissionais de saúde tinham do fenômeno da violência sexual contra a mulher e perceber as formas de ação em relação ao sujeito, ação de seu atendimento.

Tendo em vista que a estrutura da prática profissional dos participantes, está afeita às suas concepções, e também fundadas nas estruturas que as Instituições definem como normas orientadoras, algumas situações colocadas foram evidentes, tais como, as dificuldades denunciadas para a realização do atendimento, e a restrição para efetivação de interrupção da gravidez, questões essas presentes nos discursos, reveladoras da realidade.

A despeito do grupo ser majoritariamente feminino, não constituiu fator relevante para a formação de representações mais ou menos positivas ou discriminatórias, em relação à mulher. Notamos, na verdade, que alguns conteúdos analisados de cunho negativo, foram enunciados pelas participantes do sexo feminino.

Observamos nos dois segmentos, conteúdos restritivos e representações conflituosas com relação ao papel social da mulher e à violência sexual. O que circunscreve esse papel a valores familiares tradicionais, de ideologia dominante.

Outra questão a considerar, no tocante à prática profissional, foi a revelação da preocupação dos profissionais sobre a não delimitação de espaço para o atendimento à mulher vítima de violência sexual, fazendo com que esse seja diluído junto com outros atendimentos, evitando, assim, constrangimentos e discriminações para a mulher.

Ressaltamos, contudo, que a despeito da escuta social, parece ainda transparecer nos discursos um viés predominantemente prescritivo.

Percebemos, que alguns temas são pouco desenvolvidos, pois, encontram-se ainda alicerçados em tabus e símbolos, como a questão do corpo e sexualidade.

É notório, pelos discursos dos profissionais, a necessidade de aporte emocional que lhes possibilite encaminhar, no seu cotidiano, demandas de providências mais resolutivas para a violência vivenciada na interação com as mulheres.

É importante considerar que os sujeitos do estudo, conforme identificado em pesquisa de contexto parecido por Maciel, Moreira e Gontíes (2001), embora pertençam ao universo reificado, esses profissionais são membros ativos da sociedade, portanto, portadores e difundidores de elementos do universo consensual. A interação entre os dois universos fica patente nos discursos dos profissionais informantes nesta pesquisa.

Observamos, que a despeito da participação social da mulher nos diversos setores e sua atuação em movimentos organizados e, por consequência, as mudanças que ocorreram no universo feminino, ainda não foram suficientes para erradicar a violência sexual contra a mulher, em uma sociedade, ancorada na superioridade do homem.

Podemos, portanto, estabelecer algumas reflexões suscitadas por esta pesquisa, e que podem desencadear novas investigações.

- ✓ A violência sexual contra mulher é uma questão que carece de políticas públicas que possibilitem a erradicação de comportamentos evidenciados como desviantes, anormais e patológicos, bem como aqueles caracterizados como passivos, submissos;

- ✓ É uma questão que permite manter “acesas” condições já ultrapassadas na lei, mas presentes nos costumes;
- ✓ A estrutura da sociedade brasileira, permeada por desigualdade social, desemprego, insegurança, impunidade, má distribuição de renda condição geradora de desemprego e fome, tráfico de drogas, garante que a violência sexual contra a mulher se perpetue;
- ✓ Os danos causados pela violência são desafiadores a qualquer política ou ação, mas é preciso enfrentá-los com determinação, a fim de alterar o seu curso e conseqüências;
- ✓ A escuta social é condição essencial para mulheres em situação de violência;
- ✓ A desumanidade da violência sexual é ato incompatível com o nível e padrão de desenvolvimento humano atingido e propalado pela geração atual.

Sugerimos a criação nas Unidades de Serviço, de uma ampla rede de apoio, envolvendo sempre homens e mulheres da comunidade, para atuar junto aos profissionais que lidam com a violência sexual; a promoção de cursos e oficinas de sensibilização para profissionais, dirigentes de instituições e pessoas da comunidade, as quais contemplem questões de gênero, raça, classe e etnia.

REFERÊNCIAS

- A BIBLIA SAGRADA. São Paulo: C.D. Stampley Enterprises, 1979.
- ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MORREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.
- ALBARRACÍN, Daniel Gonzalo Eslava. **Saúde-doença na Enfermagem: entre o senso comum e o bom senso**. Goiânia: AB Editora, 2000.
- ALMEIDA, Suely Sousa. **Femicídio**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. 176p.
- ALVARENGA, Helane S. S.; BELÔNIA, Maria Angélica C.; MAIA, Vera Lúcia. Programa de apoio às vítimas de violência sexual: projeto de extensão. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Universidade Federal do Espírito Santo. Espírito Santo, 1998. Disponível em: < <http://www.ufes.com.br/htm>>. Acesso em: 2 jan. 2002.
- ALVES, Branca Moreira. **Ideologia & Feminismo: a luta da mulher pelo voto no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1980. p. 37-38.
- AMANCIO, Lígia. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes. **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. p.173-201.
- AZEVEDO, Maria Amélia. **Mulheres espancadas: a violência denunciada**. São Paulo: Cortez, 1985.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977. 226 p.
- BARSTED, Leila de A Linhares. Mulheres, direitos humanos e legislação: onde está a nossa cidadania? In: SAFFIOTI, Heleieth, I. B.; VARGAS, Mônica Muñoz-Vargas. **Mulher brasileira é assim**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- BARSTED, Leila de A Linhares. Lei e realidade social: Igualdade x Desigualdade. In: CEPIA - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. **As mulheres e os direitos humanos**. Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: Copyright, 2001. p. 29-45.
- CEPIA - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. **As mulheres e os direitos**

humanos. Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: Copyright, 2001. 116p.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 1995. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, DF, 1998. 13 p.

_____. Promoção da Saúde no combate à violência. **Promoção da saúde**. Brasília, ano 3, n. 6, p. 71-73, out. 2002.

BRITO, Benilda Regina Paiva de. Casa-Abrigo: um espaço de apoio e de solidariedade versus uma visão assistencialista. **Jornal da redesaúde**, São Paulo, n. 19, p. 13-14, nov. 1999.

CHAUÍ, Marilena. **O que é Ideologia**. 27. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. **Repressão sexual, essa nossa (des)conhecida**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

CLADEM- Centro Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. São Paulo: KMK, 1996.

CEPIA - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. **As mulheres e os direitos humanos**. Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: Copyright, 2001.

COSTA, Ana Maria. **O PAISM: uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a ser Resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1993.

COSTA, Jurandir Freire. A Medicina como projeto social: controle do corpo. In: **SABER médico, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro : 1998. Caderno CEPIA 4.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **Depressão infantil: uma abordagem psicossocial**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

CURTY, Marlene Gonçalves.; CRUZ, Anamaria Costa. **Guia para apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses**. Maringá: Dental Press Editora, 2001.

D'ANGELIS, Wagner Rocha. **A luta pela justiça**. Rio de Janeiro: Comissão Brasileira Justiça e Paz, 1989.

- DEMO, Pedro. **Pobreza política**. Campinas: Autores Associados, 1996.
- DIAS, Maria Berenice. O estupro contra a Lei. **Jornal Fêmea**, Brasília, DF, n. 103, p. 9, ago. 2001.
- DINIZ, Simone Grilo. **A Violência de gênero como questão de saúde**. São Paulo, 2001. Disponível em: HYPERLINK < <http://www.alternex.com.br/~saudebrasil/mulher/violgen.htm> >. Acesso em: 14 set 2001.
- CASTILHOS, Clair. **Entrevista**. Disponível em: HYPERLINK < <http://www.sinasefe-sc.com.br/entrevista.htm> > Acesso em 20 mar 2003.
- FERNANDES, Josicélia Dumêt; MOTA, Gláucia I. C.; OLIVEIRA, Maria Rita; LUCENA, Rogéria. Relações interpessoais no contexto organizacional: representações sociais de profissionais de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 68-75, jan/jul. 2000.
- FERREIRA, Mary (Org.). **Mulher, gênero e políticas públicas**. São Luís: REDOR/UFMA, 2000. 136 p.
- FERREIRA, Sílvia Lúcia. **Mulher e serviços de saúde**. Salvador: Ultragraph Editora, 1996. 140 p.
- FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. A educação e o processo de inclusão-exclusão social da mulher: uma questão de gênero? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 48, n. 1, p. 51-59, jan/mar. 1995.
- FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. Mulher, direito e saúde: repensando o nexco coesivo. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 2. p.3-32, ago/dez, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. v. 1.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. v. 2.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. v. 3.
- GOMES, Luiz Flávio (Org.). Código penal, código de processo penal, constituição federal. ed. ver.atual e ampli. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.
- GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GROSSI, Patrícia Krieger. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (orgs). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 133-134.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5ªed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HAUGHTON, Rosemary. **A libertação da mulher**. Petrópolis: Vozes, 1990.

HEILBORN, Maria Luiza. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

HEINEMANN, Uta Ranke. **Eunucos pelo Reino de Deus**. Mulheres, Sexualidade e a Igreja Católica. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

HERKENHOF, João Batista. **Direitos Humanos**. A construção universal de uma utopia. Aparecida: Santuário, 1997.

JODELET, Denise. Les Représentations Sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Org). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. p. 31-61.

JODELET, Denise. Représentation sociales: phénomènes, concept et théorie. In: Moscovici, S. **Psychologie Sociale**. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1984. p. 469-490.

JOFFE, Hélène. "Eu não", "o meu grupo não": Representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações sociais e esfera pública**. Petrópolis: Vozes, 2000.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI**. São Paulo: Atlas, 1995.

KRAMER, Heinrich; SPENCER, James. **O martelo das feiticeiras**. Escrito em 1484. Tradução de Paulo Fróes. 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

KANTORSKI, Luciane Prado; MOREIRA, Águida Fátima; LUZ, Hildete. Representação da violência contra a mulher. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 33-49, jan/abr. 1997.

LABRA, Maria Eliana (Org.). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.

LEAL, Maria Lúcia Pinto. A construção teórica sobre a violência sexual. In: COSTA, João de Jesus (Org.). **Rompendo o silêncio**. São Luís: Estação Gráfica, 1997. p. 11-15.

LEAL, Ondina Fachel. Técnicas, tipos de instrumentos e/ou recursos para coleta de dados na pesquisa empírica direta com populações. In: SEMINÁRIO MÉTODOS QUALITATIVOS DE PESQUISA. Curso Ciências Sociais – UFRGS- Semestre 1998-2. Anotações de aula.

LEITE, Christina Larroudé de Paula. **Mulheres: muito além do teto de vidro**. São Paulo: Atlas, 1994.

LEME, Maria Alice Vanzolini Silva. O impacto da teoria das representações sociais. In: SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 46-57.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, Maria José. **O que é Enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

_____. Gênero, cultura e sociedade. In: FERREIRA, Mary (Org.). **Mulher, gênero e políticas públicas**. São Luís: REDOR/UFMA, 2000. p. 119-133.

LOPES, Helena Theodoro. **Mulher negra, mitos e sexualidade**. Disponível em: < <http://www.desafio.ufba.br/gt6-005.html> >. Acesso em 07 mar. 2003.

LOPES, Marta Julia Marques.; MEYER, Dagmar Estermann.; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOURO, Guacira L. 3. ed. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: Vozes, 1997.

LEVY, Hercília (Org.). Considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde. **Jornal da redesaúde**, São Paulo, n. 19, p. 1-4, nov. 1999.

MEYER, Dagmar Estermann. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 41-51.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- MOREIRA, Antonia Silva Paredes. **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.
- MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- _____. **Sobre representações sociais**. Paris: École des Hautes Etudes em Sciences Sociales, 1981. p. 1-36.
- _____. Prefácio. In: GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- NÓBREGA, Sheva Maia. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes. **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. p. 55-87.
- MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.
- OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas d'; Schraiber, Lilia Blima. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. **Jornal da redesaúde**. São Paulo, n. 19, p. 3-4, nov. 1999.
- OLIVEIRA, Fátima. A Violência contra a mulher é uma questão de saúde pública. **Jornal da redesaúde**, São Paulo, n. 19, p. 10-12, nov. 1999.
- OLIVEIRA, Lucineide Lopes de. **A mulher sujeita à violência masculina: representação social de sua identidade**. 2001. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.
- OLIVEIRA, Denize Cristina; SIQUEIRA, Arnaldo Augusto F.; ALVARENGA, Augusta T. prática sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: **ESTUDOS Interdisciplinares de Representação Social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.
- PIMENTEL, Sílvia; SCHRITZMEYER, Ana Lucia; PANDJIARJIAN, Valéria. **Estupro: direitos humanos, gênero e justiça**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo, 2003.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 5. ed. São Paulo: Max Limonad, 2002.

PLATAFORMA DE AÇÃO DE BEIJING. Organização das Nações Unidas, IV Conferência Mundial sobre a Mulher. ONU-Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Regional Pernambuco. Dossiê 25 de Novembro, *Violência contra a mulher: interesse de toda a sociedade*. Brasil: 1999.

REDE SAÚDE. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos. Dossiês*. São Paulo: Rede Saúde, 2001.

ROCHA, Lourdes de Maria Leitão Nunes. *A atuação do poder judiciário face à questão da violência doméstica contra a mulher*. 1998. 202 f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1998.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. *o método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. *Enfermagem: representação social das/os enfermeiras/os*. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária, 1999.

RUFINO, Alzira. Seminário Nacional "Saúde, Mulher e Violência Intrafamiliar" *Jornal da redesaúde*. São Paulo, n. 19, p. 17-19, nov. 1999.

SÁ, Celso P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane. *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-44.

_____. O campo de estudos das representações sociais. In: *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 29-50.

_____. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. In: SAFFIOTI, Heleieth, I.B.; VARGAS, Mônica Muñoz-Vargas. *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

SAFFIOTI, Heleieth, I. B.; ALMEIDA, Suely Souza. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: REVINTER, 1995.

SCOTT, Joan. O gênero como categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre: UFRGS, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

SIGUAD, Cecília Helena de Siqueira; REIS, Alberto Olavo Advíncula. A representação social da mãe acerca da criança com síndrome de Down. *Rev. Esc. Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 148-56, jun. 1999.

SOUZA Filho, Edson Alves de. Análise de Representações Sociais. In: SPINK, Mary Jane (org). *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

SPINK, Mary Jane (Org.). *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SPINK, Mary Jane. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.) *Textos em Representações Sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 117-145.

SUPLICY, Marta. *Condição da mulher*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

TEIXEIRA, Wilmes R. G. et al. Padronização do exame médico das vítimas de estupro. In: *Rev. Ginecol. Obstetr. Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 88, 1998.

TELES, Maria Amélia de Almeida. Abrindo Flancos. *Jornal da redevsaúde*. São Paulo, n. 19, p. 5-7, nov. 1999.

TELES, Maria Amélia de Almeida; MELO, Mônica. *O que é violência contra a mulher*. São Paulo: Brasiliense, 2002. 120 p.

TRANSTORNOS DAS PARAFILIAS. HYPERLINK <http://www.neuropsiconews.org.br/51-npn/51-transtorno.html> >. Acesso em 08 mar. 2003.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1995.

UNITED NATIONS. Declaration on the Elimination of Violence Against Women, The UN Comission on the Status of Women, March 1993, p. 6.

UFMA/HU- Universidade Federal do Maranhão. Hospital Universitário. *Relatório de gestão 2000*. São Luís: Aquarela, 2000.

VAITSMAN, Jeni. *Biologia e história (ou Por que a igualdade é possível)*. In: LABRA, Maria Ellana (Org.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1989.

VARGAS, Mônica Munõz. *A Violência de gênero no âmbito dos direitos humanos*. In: CONFERÊNCIA REGIONAL LATINO-AMERICANA E CARIBENHA. *Violência, Poder e Escravidão Sexual: mulheres e crianças são as principais vítimas*. São Paulo: FAI-SMM-BICE, 1996. 19- p. 98-103.

VIOLENCIA de gênero e saúde da mulher. Disponível em < HYPERLINK http://_www.rhamas.org.br/violenciagen.htm >. Acesso em: 25 set. 2001.

VIOLENCIA contra a mulher. Disponível em < HYPERLINK <http://www.rhamas.org.br/violenciacontra.htm> >. Acesso em 25 set 2001.

VIOLENCIA sexual. Disponível em <http://www.dominiofeminino.com.br/mulher/diainternacionaldamulher.htm> >. Acesso em 10 mar 2003.

WAGNER, Wolfgang. *Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais*. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina. *Estudos Interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 3-25.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM/MINTER

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 – O que representa para você a violência sexual contra a mulher?

2- A que você atribui a violência sexual contra a mulher?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -
MESTRADO EM ENFERMAGEM/MINTER

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PESQUISA: VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: AS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Eu _____, recebi por parte da pesquisadora, esclarecimento detalhado sobre a pesquisa e procedimentos a serem utilizados, bem como dos objetivos, riscos e benefícios que poderão advir da referida pesquisa, onde se procura conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da violência sexual contra a mulher. Foi garantido sigilo da identificação dos participantes e das informações colhidas. Declaro estar de acordo em colaborar com a responsável pela investigação e assino este consentimento por livre vontade.

Fica claro que posso a qualquer momento recusar a participar desta pesquisa sem nenhuma punição.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

São Luís, _____ / _____ / _____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (INSTITUIÇÃO)

Senhor Diretor ,

Estou realizando uma pesquisa sobre a REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER, e considerando que essa instituição foi escolhida para fazer parte do cenário da pesquisa, necessito de sua valorosa colaboração no sentido de permitir meu acesso aos profissionais de saúde que serão os sujeitos sociais do estudo.

A pesquisa será desenvolvida no período de fevereiro a junho de 2002, sendo que os participantes serão contatados no Ambulatório e Centro Obstétrico, posteriormente os encontros serão agendados entre entrevistador e entrevistados. Serão utilizadas as técnicas da entrevista individual semi – estruturada em profundidade com uso do gravador e norteada por um roteiro (instrumento em anexo). Posteriormente será feito um exame analítico minucioso do material coletado, através do método de análise de conteúdo e interpretação dos resultados.

Pelo presente, informamos que todos os participantes serão esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problema, objetivos, metodologia, cronograma) e sobre os princípios éticos e legais preconizados pelo Ministério da Saúde.

Contando com sua colaboração, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente.

Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias
Mestranda em Enfermagem

ANEXO A - Norma Técnica do Ministério da Saúde - Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes

MINISTÉRIO DA SAÚDE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS
RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E
ADOLESCENTES
NORMA TÉCNICA
1ª EDIÇÃO
BRASÍLIA
1998

I-APRESENTAÇÃO

As mulheres vêm conquistando nas últimas décadas direitos sociais que a história e a cultura reservaram aos homens durante séculos. no entanto, ainda permanecem relações significativamente desiguais entre ambos os sexos, sendo o mais grave deles a violência sexual contra a mulher.

É dever do Estado e da Sociedade civil delinear estratégias para terminar com esta violência.

E, ao setor saúde compete acolher as vítimas, e não virar as costas para elas, buscando minimizar sua dor e evitar outros agravos.

O braço executivo das ações de saúde no Brasil é formado pelos estados e municípios e, é a eles que o Ministério da Saúde oferece subsídios para medidas que assegurem a estas mulheres a harmonia necessária para prosseguirem, com dignidade, suas vidas.

José Serra
Ministro da Saúde

II - INTRODUÇÃO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência representa hoje uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população jovem. Atinge crianças, adolescentes, homens e mulheres. No entanto, uma análise cuidadosa das informações disponíveis demonstra que a violência tem várias faces e afeta de modo diferenciado a população. Enquanto os homicídios, em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência sexual afeta em especial as mulheres e ocorre no espaço doméstico.

Essa violência - em particular o estupro - atinge sobretudo meninas, adolescentes e mulheres jovens no Brasil e no mundo. Os estudos sobre o tema indicam que a maior parte da violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado. Menos de 10% dos casos chegam às delegacias.

A violência sexual produz seqüelas físicas e psicológicas. As pessoas atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão e ao suicídio.

A maioria dos serviços de saúde não está equipada para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção dessa ocorrência. Em geral, os serviços carecem de

profissionais treinados no reconhecimento dos sinais da violência, principalmente aquela de caráter mais insidioso. Esse diagnóstico requer uma rede de apoio, que extrapola os serviços de saúde, para que os problemas identificados sejam resolvidos.

O enfrentamento da violência exige a efetiva integração de diferentes setores, tais como saúde, segurança pública, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada.

A garantia de atendimento a mulheres que sofreram violência sexual nos serviços de saúde representa, por conseguinte, apenas uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta desses serviços, entretanto, permite a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.

A implementação desse atendimento nos estados e municípios brasileiros deve ser acompanhada de um processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

III. ORGANIZANDO A ATENÇÃO ÀS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher que sofreu violência sexual deve ser organizada com a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e de tecnologia adequada.

As ações de saúde devem ser acessíveis a toda população do município ou região, cabendo à unidade assegurar a continuidade do atendimento, mediante, inclusive, o acompanhamento e a avaliação dos reflexos da violência sobre a saúde da mulher.

É fundamental a criação de mecanismos de encaminhamento oportuno das mulheres atingidas por violência sexual, para que a assistência seja prestada de forma imediata. Para tanto, é necessário que postos de saúde, autoridades policiais, serviços gerais de emergência, escolas e a sociedade civil organizada tenham conhecimento das unidades que realizam esse atendimento, favorecendo, assim, o encaminhamento correto.

A efetiva assistência aos casos de violência sexual requer a observância de determinadas condições e providências no âmbito da instituição, não havendo necessidade, no entanto, de criação de um serviço específico para este fim. Todas as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos deverão estar capacitadas para o atendimento a esses casos. É preciso que a unidade esteja apta a atuar com presteza e rapidez nesse tipo de atendimento, de modo a evitar-se maiores danos à saúde física e mental da mulher.

O número de mulheres que engravidam em decorrência do estupro e demandam interrupção da gravidez é pequeno. Em média, os serviços de referência atendem um a dois casos por mês. Por isso, compete aos gestores estadual e municipal definir unidades de referência e capacitar equipes para prestar o atendimento adequado. Cabe ainda aos gestores e aos diretores dos serviços estabelecer mecanismos de avaliação das ações desenvolvidas.

1. Instalação e Área Física

Para o atendimento das adolescentes e mulheres que sofreram violência sexual, deve ser definido um local específico, de preferência fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, de modo seja garantida a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame, estabelecendo-se, assim, um ambiente de confiança e respeito.

Por outro lado, deve-se evitar a criação de situações que podem favorecer o surgimento de estigmas em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação de setor ou salas destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro. Para a avaliação médica e ginecológica, é necessário espaço físico correspondente a um consultório ginecológico. Os procedimentos para o esvaziamento da cavidade uterina deverão ser realizados em ambiente cirúrgico.

2. Recursos Humanos

O ideal é que esse tipo de um atendimento seja prestado por equipe multiprofissional, composta por médicos/as, psicólogos/as, enfermeiras/os e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um dos profissionais na equipe - com exceção de médico/a - não inviabiliza atendimento. Cada um desses profissionais cumpre um papel específico no atendimento à mulher, como se verá a seguir. No entanto, toda a equipe deve estar sensibilizada para as questões da violência sexual contra a mulher e capacitada para acolher e dar suporte às suas demandas, utilizando as normas específicas.

3. Equipamentos e instrumental

A unidade deverá dispor de equipamentos e materiais permanentes, em perfeitas condições de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento. É importante que a unidade esteja equipada de tal modo a conferir-lhe autonomia e resolubilidade. Os materiais e equipamentos necessários são:

- mesa e cadeiras para consulta
- mesa ginecológica estofada e banquetas
- jogo de espéculo vaginal tipo Collins
- jogo de pinças Cheron
- ácido acético a 2%
- lugol vaselina
- papel filtro
- espátula ou swab para secreção vaginal
- luvas para exame (estéreis e de procedimentos)
- mesa auxiliar
- escadinha
- foco de luz
- aparelho de pressão
- estetoscópio
- biombo.

Aparelhos adicionais sugeridos:

- colposcópio
- aparelho de ultra-sonografia
- máquina fotográfica simples e filme (para fotografar possíveis lesões)

Além dos equipamentos próprios de um centro cirúrgico, o serviço deverá contar com:

- caixas de material para curetagem
- jogo de velas de Hegar
- kit para aspiração uterina - manual ou elétrica

4. Apoio laboratorial

É importante o apoio laboratorial para auxiliar no estabelecimento do diagnóstico e no rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis. As instituições de referência devem ter acesso à assistência laboratorial para a execução dos exames recomendados no item IV e de outros que, a critério clínico, poderão vir a ser solicitados. Cabe ressaltar que a solicitação desses exames é justificada pelo fato de que 16% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de DST e que 1 em cada 1000 é infectada pelo HIV.

Os laboratórios devem estar equipados para realizarem exames sorológicos, bacterioscópicos e cultura.

5. Registro de dados

Deve-se manter um sistema padronizado de registro dos dados, de modo a possibilitar a uniformização de informações dos vários serviços, as quais poderão, assim, ser comparadas e analisadas em bancos de dados do SUS/MS. Esse registro pode ser feito a partir do prontuário regular de cada serviço. Nas próximas sessões, são apresentados modelos de fichas de atendimento que podem servir de base para a elaboração dos relatórios, os quais deverão ser periodicamente enviados ao Ministério da Saúde, via Secretarias Estaduais de Saúde.

6. sensibilização e treinamento das equipes multidisciplinares

Na sensibilização de todos os funcionários da unidade hospitalar, propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, as dificuldades que as meninas, adolescentes e mulheres enfrentam para denunciar este tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desses direitos. Essas atividades podem incluir dramatizações em pequenos grupos, vídeos educativos, reuniões de esclarecimentos sobre aspectos médicos, jurídicos e éticos. As equipes envolvidas diretamente na assistência deverão receber treinamento sobre o atendimento humanizado às mulheres que poderão ser submetidas à interrupção da gravidez. Os médicos deverão, além disso, ser treinados para a utilização das diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação.

IV. NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO

Os hospitais de referência deverão estabelecer o fluxo de atendimento - desde quem fará a entrevista e registro da história, inclusive com a definição de quem realizará tais atividades, até o exame clínico e o acompanhamento psicológico -, levando-se em conta as condições em que a mulher ou a adolescente chega ao serviço, por exemplo: se há necessidade de tratamento de emergência ou internação, se há sangramento etc.

Em qualquer situação, no entanto, todas as mulheres devem ser informadas sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada conduta, respeitando-se a sua opinião ou recusa em relação a algum procedimento. Deverá ser propiciado atendimento psicológico destinado a fortalecer a capacidade dessas mulheres em lidar com os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida. O reforço à auto-estima, no sentido de contribuir para a sua reestruturação emocional, é um componente importante que deverá ser observado por todos os membros da equipe, em todas as fases do atendimento. Esse atendimento deverá ser iniciado por ocasião da primeira consulta, devendo estender-se a todo o período de atendimento à mulher e após a interrupção da gravidez ou, se for o caso, durante o pré-natal.

Atendimento médico

Esse atendimento compreenderá:

- abertura de prontuário médico;

- anamnese clínica e toco-ginecológica minuciosa, com ênfase na regularidade do ciclo menstrual e data da última menstruação;
- exame físico e ginecológico completos, com determinação da idade gestacional, se for o caso, e, sempre que possível, complementado com ultrasonografia; e solicitação dos exames laboratoriais de rotina tipagem sanguínea, sorologia para sífilis
cultura de secreção vaginal e do canal cervical
sorologia para hepatite tipo B
sorologia anti-HIV.

V. ATENDIMENTO A MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

É necessário que toda mulher vítima de violência sexual seja orientada no sentido de que registre a ocorrência. Deve-se levar em consideração que, em determinadas circunstâncias, é muito difícil para ela apresentar queixa à polícia. É fundamental esclarecer a essa mulher que a denúncia é um fato importante para que a violência não se repita. No entanto, ela não deve ser obrigada a realizá-la.

Caso a mulher não aceite ser atendida por um profissional do sexo masculino, deve-se compreender a dificuldade que ela apresenta nesse momento. Essa postura não significa uma agressão em relação ao profissional em questão.

Além do tratamento das lesões e do abalo psicológico, é importante a realização de um exame físico completo, envolvendo exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do agressor.

A primeira entrevista da mulher na unidade de saúde deverá ter por objetivo a investigação e o levantamento de dados sobre:

- a história da mulher, com ênfase na relativa ao estupro (quem, quando, onde e como aconteceu) ;
- as providências já tomadas pela mulher ou por sua família, tais como: atendimento médico de urgência, a obtenção do Boletim de Ocorrência Policial e a realização de Exame de Corpo de Delito;
- se a mulher estiver grávida ou suspeitando de gravidez, deve-se identificar claramente a demanda trazida por ela, focalizada nos seguintes aspectos: identificação do desejo de interrupção da gravidez ou não, discussão a respeito dos direitos legais já garantidos à mulher, existência de valores morais e religiosos que possam determinar ou influenciar a decisão da mulher e a discussão de alternativas à interrupção da gravidez, como a entrega da criança para adoção, a realização de pré-natal etc. ;
- a identificação de redes de apoio à mulher: familiar e ou social; e
- a caracterização do perfil socioeconômico da mulher.

Essa entrevista inicial deverá ser realizada por profissionais devidamente sensibilizados/as para a questão.

Cuidados médicos e de enfermagem

a. Coleta de material para identificação do agressor

O material colhido deve ser conservado da seguinte forma: colocá-lo em papel filtro estéril, seca-lo e guarda-lo em envelope. O material nunca deve ser acondicionado em sacos plásticos que facilitam a transpiração e, com a manutenção de ambiente úmido, facilitam a proliferação de bactérias que podem destruir as células e o

DNA. O material deve ser identificado e anexado ao prontuário. Nos serviços em que houver possibilidade de congelamento do material (tecido embrionário ou ovular), tal providência poderá ser adotada.

Esse material deverá ficar arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição da justiça.

b. anticoncepção de emergência (apenas para os casos de estupro até 72 horas de ocorrido) Recomenda-se o "Método de Yuzpe", que consiste na tomada de anticoncepcional oral, combinado na dose total de 200mcg de etinil-estradiol mais 100mcg de levonorgestrel, em duas doses, com intervalo de 12 horas, sendo a primeira ingestão até 72 horas depois do estupro.

Quando se utilizar anticoncepcionais orais de média dosagem, recomenda-se 4 comprimidos a cada 12 horas, em duas tomadas.

Em pacientes com restrições ao uso de estrogênio, o uso de progesterona de alta dosagem, como levonorgestrel 750 mcg, em duas doses, com intervalo de 12 horas, pode ser indicado com bons resultados.

Exemplos

Anticoncepcionais orais, contendo 0,05mg de etinil-estradiol por comprimido + 0,25mg de levonorgestrel. 02 comprimidos de 12 em 12 horas (02 doses)
Anticoncepcionais orais de média dosagem, contendo 0,03mg de etinil-estradiol + 0,15mg de levonorgestrel por comprimido: 4 comprimidos de 12 em 12 horas (02 doses)

Obs. : Se houver vômitos até uma hora depois da ingestão dos comprimidos, estes efeitos podem ser minimizados, repetindo-se a dose após as refeições, com o uso concomitante de antiemético.

Anticoncepção de emergência será desnecessária se a mulher estiver usando um método anticoncepcional de alta eficácia, como anticoncepcional oral, injetável ou DIU.

A inserção do DIU não está recomendada devido ao risco potencial de facilitar a ascensão de microorganismos no trato genital feminino, além da manipulação genital ser particularmente traumatizante neste momento da mulher.

c. Prevenção de DST

Ofloxacina 400 mg, dose única, VO (em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos usar Cefixima 400mg, VO, dose única) mais Azitromicina 19, VO, dose única (em gestantes e nutrízes usar Amoxicilina 500 mg, VO, de 818 h, por 7 dias) mais Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única. mais Metronidazol 2 g, VO, dose única (em gestantes tratar somente após completado o primeiro trimestre; em nutrízes suspender o aleitamento por 24 horas)

Este esquema cobre a maioria das DST não virais, permite fácil adesão ao tratamento (doses únicas) e tem poucos efeitos colaterais.

Para hepatite B: Gamaglobulina hiperimune (HBIG): 0,06ml/kg de peso corporal, IM, dose única. Se a dose a ser utilizada ultrapassar 5ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes. Maior eficácia na profilaxia é obtida com uso precoce da HBIG (dentro de 24 a 48 horas após o acidente). Não há benefício comprovado na utilização da HBIG após 1 semana do acidente. Se possível iniciar ao mesmo tempo a vacinação no esquema de 3 doses, que envolve a administração, via intramuscular, na região deltóide, de

1,0 ml para adultos e de 0,5 ml para crianças menores de 12 anos. A segunda e a terceira doses devem ser administradas respectivamente um e seis meses após a primeira

VI. ATENDIMENTO À MULHER COM GRAVIDEZ DECORRENTE DE ESTUPRO

Esse atendimento deverá ser dado a mulheres que foram estupradas, engravidaram e solicitam a interrupção da gravidez aos serviços públicos de saúde.

Documentos e Procedimentos obrigatórios

- Autorização da grávida - ou, em caso de incapacidade, de seu representante legal -, para a realização do abortamento, firmada em documento de seu próprio punho, na presença de duas testemunhas - exceto pessoas integrantes da equipe do hospital -, que será anexada ao prontuário médico.
- Informação à mulher - ou a seu representante legal -, de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente caso as declarações constantes no Boletim de Ocorrência Policial (BOP) forem falsas.
- Registro em prontuário médico, e de forma separada, das consultas, da equipe multidisciplinar e da decisão por ela adotada, assim como dos resultados de exames clínicos ou laboratoriais.
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial.

Recomendados

- Cópia do Registro de Atendimento Médico à época da violência sofrida.
- Cópia do Laudo do Instituto de Medicina Legal, quando se dispuser.

Procedimentos para a interrupção da gravidez.

O procedimento deverá ser diferenciado, de acordo com a idade gestacional I. Até 12 semanas, podem ser utilizados, para o esvaziamento da cavidade uterina, os dois métodos identificados a seguir.

1. Dilatação do colo uterino e curetagem

Deverá ser realizada em centro cirúrgico equipado adequadamente, com todos os cuidados de assepsia e anti-sepsia, sob anestesia, devendo-se evitar a anestesia paracervical. A dilatação do colo uterino deverá ser suficiente para a introdução de pinça de Winter, que servirá para a tração das membranas ovulares. Depois, será procedida a curetagem da cavidade uterina. É recomendável que se introduza um comprimido de misoprostol 200mcg (Cytotec) intravaginal, no mínimo 12 horas antes do procedimento, destinado ao preparo do colo uterino com vistas ao menor traumatismo durante a dilatação.

2. Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)

A aspiração manual compreende um jogo de cânulas plásticas flexíveis de tamanhos que variam de 4 a 12mm de diâmetro, além de um jogo de dilatadores anatômicos nos mesmos diâmetros, seringas de vácuo com capacidade para 60ml e um jogo de adaptadores para conectar a cânula à seringa. Preferentemente, deve ser feita sob anestesia local (paracervical) ou outra anestesia.

A técnica consiste em dilatar o colo uterino até que fique compatível com a idade gestacional. Introduce-se a cânula correspondente e se procede à aspiração da cavidade uterina, tomando-se o cuidado de verificar o momento correto do término do procedimento, ocasião esta em que se sente a aspereza das paredes uterinas, a formação de sangue espumoso e o enlucamento da cânula pelo útero, e em que as pacientes sob anestesia paracervical referem cólicas.

II. Idade Gestacional entre 13 e 20 semanas.

A interrupção da gravidez dar-se-á mediante a indução prévia com misoprostol na dose de 100 a 200mcg no fundo de saco vaginal, após limpeza local com soro fisiológico, a cada 6 horas. A critério clínico, poderá ser associado o uso de misoprostol oral ou ocitocina endovenosa. Após a eliminação do conceito, proceder-se-á a complementação do esvaziamento uterino com curetagem, se necessário. Deve ser considerado que há um risco de complicações, que varia de 3 a 5%, nos casos de interrupção da gravidez neste período.

III. Idade Gestacional acima de 20 semanas.

Nesses casos, não se recomenda a interrupção da gravidez. Deve-se oferecer acompanhamento pré-natal e psicológico, procurando-se facilitar os mecanismos de adoção, se a mulher assim o desejar.

Observações importantes.

Nos locais onde o exame puder ser realizado, sugere-se guardar uma amostra do material do embrionário ou fetal eliminado, que deverá ser congelada para a eventualidade de comprovação de paternidade, na justiça, por meio da análise do DNA.

As gestantes com fator RH negativo e teste de Coombs indireto negativo deverão receber uma ampola de imunoglobulina anti-RH, até 72 horas após a interrupção da gravidez.

Não se recomenda o uso de antibióticos, a menos que a paciente apresente sinais de infecção ou se houver suspeita de contaminação da cavidade uterina durante o ato cirúrgico.

O uso de ocitócitos fica reservado para quando houver indicação clínica.

Alta Hospitalar

No momento da alta, o serviço de saúde deverá assegurar orientação e métodos anticoncepcionais. A mulher deverá retomar ao serviço de saúde entre 15 e 30 dias depois da interrupção da gravidez, para acompanhamento médico e psicológico. Se necessário, deverá retornar antes. A sorologia para sífilis deverá ser repetida 30 dias após a violência sexual; a sorologia anti-HIV deverá ser solicitada com 90 e 180 dias; e, para a hepatite B, com 60 e 180 dias.

IV - PROFILAXIA E CONTROLE DA DOR

Um item importante a ser considerado pelos serviços é o controle da dor durante todo o procedimento de interrupção da gestação. Para a dilatação e a curetagem, é necessário anestesia geral ou analgesia locoregional (raquidiana ou peridural). Para o processo de aspiração manual intra-uterina, até a 10a. semana, poderá ser realizada anestesia local paracervical. A anestesia ou analgesia por via endovenosa deverá ser realizada sempre que o caso requerer, particularmente nas gestações acima de 12 semanas. Não se deve economizar analgésicos, até mesmo analgésicos maiores, durante o processo de indução para minimizar a dor decorrente da contração uterina.

Modelo de Ficha 1

FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER QUE SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL

DATA:--1---1- PRONTUÁRIO

Nome

Idade: Ocupação:

Estado civil: Escolaridade.

Cor

Data da violência: / / Hora

Local: residência = rua = outro =
 Agressor: conhecido desconhecido = múltiplos
 parente grau de parentesco
 Cor do agressor:
 Tipos de relação: vaginal = oral = anal =
 Intimidação. arma = força física = ameaça ~
 Paciente havia utilizado álcool ou drogas: não = sim = tipo:
 Agressor: não = sim = tipo:
 Traumas físicos: não = sim = tipo:
 Breve história da ocorrência: Uso de anticoncepção antes da ocorrência: não = sim
 = tipo Uso de medicação após a violência: não = sim = tipo:
 Atividade sexual antes: não = sim = Gesta - Para Abortamentos: E sp I nd DUM ~
 ~ EFG: PA P T

Lesões genitais

Outras:

Colhido conteúdo vaginal: sim = não =

Colhido sangue ou sêmen nas vestes: sim = não =

Orientada para registro policial: sim = não =

Orientada sobre direitos legais: sim - não =

Contracepção de emergência: sim = não = tipo:

Profilaxia de DST: sim = não = tipo.

Encaminhada ao ambulatório: sim = não = motivo:

Médico que atendeu: crm.

Modelo de Ficha 2

HOSPITAL

**FICHA DE ATENDIMENTO A MULHER GRAVIDA EM
 DECORRENCIA DE ESTUPRO**

DATA. II PRONTUÁRIO

1-IDENTIFICAÇÃO

Nome

Idade: Ocupação:

Estado civil: Escolaridade:

Cor:

1 DADOS DA OCORRENCIA

Data da violência: / / Hora

Local: residência = rua = outro =

Agressor: conhecido = desconhecido = múltiplos = parente =

Cor do agressor:

Tipos de relação: vaginal = oral = anal =

Intimidação: arma = força física = ameaça :::

Paciente havia utilizado álcool ou drogas: não = sim tipo.

Agressor: não = sim = tipo

Traumas físicos- não = sim = tipo:

Breve história da ocorrência:

Data do BOP: / / - Delegacia:

Laudó do IML: não = sim =

3- ATENDIMENTO LOGO APÓS O ESTUPRO

Uso de contracepção de emergência: não = sim = tipo

Profilaxia DST/AIDS: não = sim ~ tipo:

Outros exames:

Colhido conteúdo vaginal: sim = não =

Colhido sangue ou sêmen as vestes- sim = não =

Orientada para registro policial: sim não =

Orientada sobre direitos legais: sim = não =

Encaminhada ao ambulatório: sim:: não = motivo:

4- ATENDIMENTO NA UNIDADE HOSPITALAR ATENDIMENTO

PSICOLÓGICO:

ATENDIMENTO SERVIÇO SOCIAL:

ATENDIMENTO MÉDICO.

Atividade sexual antes: não = sim

G esta Para Abortamentos- Esp Ind DUM~~

EFG- PA P T Lesões genitais

Outras:

Avaliação de comissão multiprofissional: aprovado = não aprovado

INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DATA: / /

Idade gestacional

Método utilizado:

Anestesia utilizada:

Tempo de internação:

Tempo decorrido entre a entrevista inicial e a interrupção (dias):

Presença de DSTs na internação: não = sim = tipo.

Seguimento ambulatorial: agendada consulta para = médico

= psicólogo

~ assistente social

Médico responsável: crm

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro José Serra

SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Dr. João Yunes

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

Dra. Ana Maria Figueiredo

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

Dra. Tânia Di Giacomo do Lago - Coordenadora Dra. Elcylene Maria de Araújo

Leocádio Dra. Janine Schirmer Dra. Regina Coeli Viola Dr. Paulo Kalume Maranhão

ELABORAÇÃO DA NORMA TÉCNICA

Ana Paula Portei Ia, Pesquisadora; Dr. Aluizio Bedoni, Ginecologista e Obstetra;

Eugênio Marcelo Pitta Tavares, Ginecologista e Obstetra; Dra. Elcylene Maria de Araújo

Leocádio, Médica Sanitarista; Dra. Janine Schirmer, Enfermeira Obstetra; Dr. Jorge

Andalaft Neto, representante da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e

Obstetrícia.

**Anexo B: Proposta de Atendimento à Mulher Vitimizada Sexualmente do Hospital
Universitário Materno Infantil**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DEPARTAMENTO DE MEDICINA III DISCIPLINA DE OBSTETRÍCIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

COORDENAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE MATERNO INFANTIL

TÍTULO DO PROJETO

**ATENDIMENTO À MULHER VITIMIZADA
SEXUALMENTE**

São Luis - MA

2000

1. JUSTIFICATIVA

A violência de modo geral é universal e ocupa lugar de destaque assustador.

Assim, o ano de 1993, foi o ano declarado contra a violência, pela Organização Mundial da Saúde.

A violência contra a mulher ainda é crime geralmente clandestino, sub-relatado e pouco conhecido. A falta de informação e a discriminação que as vítimas sofrem, bem como a baixa credibilidade desfrutada junto ao público pelos sistemas policial e judicial são fatores

que esclarecem que de um imenso volume de crimes sexuais apenas uma minoria é denunciada e uma ínfima parcela é esclarecida pela investigação policial.

Acrescenta-se ainda que geralmente o atendimento dessas mulheres costuma ocorrer em institutos ou postos médico-legais (IML) mal equipados, sem a devida complementação laboratorial e principalmente em serviços onde carecem de profissionais treinados no reconhecimento dos sinais de violência, principalmente aquela de caráter mais insidiosa

A compreensão da violência sexual como uma questão pertinente à saúde pública e reprodutiva deve-se pela magnitude de sua incidência e os efeitos deletérios (físicos e psicológicos) sobre a saúde de milhares de meninas e mulheres nas diversas faixas etárias

O abuso sexual em qualquer época da vida de uma mulher está ligado a repercussões gravíssimas. As de cunho íntimo e pessoal se refletem como medo persistente, perda da auto-estima e dificuldade de relacionamento até efeitos psicológicos crônicos, como aqueles que se enquadram no distúrbio de stress pós-traumático.

Nas de ordem física mencionamos as infecções de transmissão sexual adquiridas durante o estupro, que quando não tratadas podem levar a quadros de doença inflamatória pélvica e esterilidade, dentre estas pode estar a infecção pelo H IV. Além do mais a gravidez é uma consequência indesejada. As disfunções sexuais podem ser conseqüentes.

Quando praticado durante a gravidez representa fator de risco para a saúde da mãe e do feto, por aumentar a possibilidade de complicações obstétricas tais como abortamento e recém-nascidos de baixo peso.

Enfim, o atendimento às mulheres vitimizadas sexualmente é complexo, necessitando de modo ideal e emergencial de uma equipe multidisciplinar habituada com tais intervenções e que possa oferecer mais do que um atendimento médico, uma assistência psicológica para controle e seguimento até a completa reestruturação psicossocial dessa mulher e toda a família, culminando com terapia familiar.

2. ANALISE DE LITERATURA

Considera-se que houve violência sexual quando a vontade, a sexualidade, a integridade psíquica e corpórea de uma pessoa foram violadas e submetidas à vontade do agressor das mais diferentes maneiras força física, ameaça com armas, coação, etc. Podemos identificá-la em inúmeras situações, desde gracejos desrespeitosos, agressões físicas sutis, até o extremo do estupro. Estupro, do ponto de vista jurídico, segundo o código Penal, artigo 213, é definido como "*Constranger mulher à conjunção carnal mediante violência ou grave ameaça*".

Os dados estatísticos sobre a violência contra a mulher são escassos, visto que esses números são restritos a ocorrências policiais, que na grande maioria não refletem a realidade, já que é um fenômeno amplo e antigo, caracterizado pelo silêncio que o encobre como "segredo de família", pois é um crime cometido em geral por familiares.

Segundo a Organização das Nações Unidas (1999), "*Um quarto de todas as mulheres do mundo são estupradas pelo menos uma vez na vida. Dependendo do país entre 25% e 75% são regularmente espancadas em casa. Mais de 720 milhões de mulheres sofreram mutilação genital. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos revelaram que 25% a 33% de ferimentos traumáticos em mulheres foram ocasionados por espancamentos; a violência doméstica é responsável por mais ferimentos em mulheres que estupros e acidentes de veículos somados e a gravidade do ferimento é maior nos casos de violência doméstica que nos ferimentos causados por um ataque de um estranho*".

No Brasil a ocorrência de crimes sexuais é feita por estimativa baseada nos dados registrados nos EUA onde cerca de 1871 estupros acontecem diariamente. Acredita-se então que entre nós ocorram cerca de 1000 estupros/dia, portanto, ainda é irreal essa incidência.

Devido a escassez de literatura disponível à respeito, não é possível a comparação de resultados de autores brasileiros e de outros países latino-americanos. Excetuadas cinco publicações, versando sobre procedimentos a serem adotados no exame pericial e revisão de literatura. E abordado o assunto sob outros ângulos mas não quanto à padronização do atendimento e o exame das pacientes, nem sobre procedimentos modernos para diagnósticos de sêmen afim de comprovar a penetração vaginal. Quanto à identificação científica dos criminosos, através de marcadores genéticos, especialmente o DNA, também não há nenhuma publicação.

O sistema de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil está defasado das reais necessidades, por não oferecer um atendimento clínico-ginecológico em ambiente apropriado, por não se basear em procedimentos laboratoriais adequados, por não procurar pela identificação dos criminosos através de tipagem de DNA, por não envolver uma equipe multidisciplinar e não dar apoio às sobreviventes.

3. OBJETIVOS

3.1- Geral

- Disponibilizar atendimento às mulheres vitimizadas sexualmente

3.2- Objetivos específicos

- Orientar essas mulheres sobre seus direitos reprodutivos legais.
- Informá-las a respeito do risco de gravidez e Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS.
- Orientá-las a denunciar o ocorrido nas Delegacias de Mulher ou qualquer Delegacia de Polícia mais próxima, imediatamente.
- Informá-las da importância do atendimento médico de urgência para obtenção de anticoncepção de emergência, se for o caso.
- Treinamento de uma equipe multidisciplinar para que esta possa sensibilizada para as questões da violência sexual contra a mulher e capacitada para acolher e dar suporte às suas demandas;
- Aconselhamento sobre alternativas e direitos em casos de gravidez decorrente de estupro e sua viabilização;
- Orientá-las quanto ao abortamento previsto em lei

4. MATERIAL E MÉTODOS

✓ . Todas as mulheres vítimas de violência sexual sejam atendidas em caráter emergencial ,em ambiente médico-ginecológico em hospital com a equipe de plantão inicialmente, e a seguir com o grupo multidisciplinar para lhes prestar tratamento e todo o apoio necessário.

✓ Anamnese completa e anotações conforme o protocolo em anexo. O exame físico deverá ser cuidadoso, dando atenção especial para a eventual presença de lesões corporais { apenas em 40% dos casos) nas seguintes regiões- cabeça, pescoço {lesões de tentativa de estrangulamento), braços {imobilização), mãos e pés {lesões de defesa) e em outras de conotação sexual {marcas de mordidas) como mamas, abdome, coxas, glúteos, períneo , ânus e genitais, vulva e vagina, incluído o exame vaginal especular, com a indispensável delicadeza. Solicitação de exames laboratoriais de rotina {TS, VDRL, cultura de secreção vaginal e do canal cervical, sorologia para hepatite tipo B, sorologia Anti-HIV).

✓ Anticoncepção de emergência {apenas para os casos de estupro até 72 horas do ocorrido).

✓ Prevenção das DSTs.

✓ Aconselhamento sobre alternativas e direitos às mulheres com

gravidez decorrente de estupro, aborto previsto em lei:

- Até 12 semanas Dilatação do colo uterino e curetagem ou Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)

- 13-20 semanas Indução prévia com Misoprostol associado ou não com Ocitocina endovenosa

▪ 20 semanas ou mais. Não se recomenda a interrupção da gravidez. Deve-se oferecer acompanhamento pré-natal e psicológico, procurando-se facilitar os mecanismos de adoção, se a mulher assim o desejar.

Após a 1ª consulta será oferecido atendimento psicológico destinado a fortalecer a capacidade dessas mulheres em lidar com os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida, facilitar os encaminhamentos para os outros profissionais da equipe e retornos dessas pacientes

- Terapia familiar

5. RECURSOS HUMANOS

- ✓ médicos
- ✓ enfermeiras
- ✓ psicólogos
- ✓ assistentes sociais
- ✓ advogados
- ✓ auxiliares de enfermagem

6. EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAL

Equipamentos e materiais permanentes, em perfeitas condições de uso, que satisfaçam às necessidades do atendimento:

- Mesa e cadeiras para consulta
- Mesa ginecológica estofada e banquetta
- Jogo de espéculo vaginal tipo Collins
- Jogo de pinças Cherron
- Acido acético a 2~o
- Lugol
- Vaselina
- Papel filtro
- Espátulas de Ayre
- Luvas para exame (Estéreis e de procedimentos)
- Mesa auxiliar
- Escadinha
- Foco de luz fria
- Aparelho de pressão
- Estetoscópio
- Biombo
- Vídeo Colposcópico
- Vídeo Cassete
- Aparelho de Ultra-Sonografia
- Máquina fotográfica simples e filme
- Caixas de material para curetagem

- Jogo de velas de Hegar Kit para aspiração uterina
- Geladeira

7. MEDICAMENTOS

Anticoncepção de emergência

(apenas para os casos de estupro até 72 horas de ocorrido).

Recomenda-se o MÉTODO DE YUZPE, que consiste na tomada de anticoncepcional oral combinado na dose total de 200 mcg de etinil-estradiol mais 100 mcg de levonorgestrel, em 2 doses, com intervalo de 12 horas sendo a primeira ingestão até 72 horas depois do estupro.

Quando se utilizar anticoncepcionais orais de média dosagem, recomenda-se 4 comprimidos a cada 12 horas, em duas tomadas.

Em pacientes com restrições ao uso de estrogênio, o uso de p;-ogesterona de alta dosagem, como levonorgestrel 750 mcg, em 2 doses, com intervalo de 12 horas, pode ser indicado com bons resultados.

Exemplos:

Anticoncepcionais orais, contendo 0,05 mg de etinilestradiol por comprimido, mais 0,25 mg de levonorgestrel: 2 comprimidos de 12 em 12 horas (2 doses).

Anticoncepcionais orais de média dosagem, contendo 0,03mg de etinil-estradiol, mais 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido: 4 comprimidos de 12 em 12 horas (2 doses).

Observação: se houver vômitos até uma hora depois da ingestão dos comprimidos, estes efeitos podem ser minimizados, repetindo-se a dose após as refeições, com uso concomitante de antieméticos.

Anticoncepção de emergência será desnecessária se a mulher estiver usando um método anticoncepcional de alta eficácia, como o anticoncepcional oral, injetável ou DIU.

A inserção do DIU não está recomendada devido ao risco potencial de facilitar a ascensão de microorganismos no trato genital feminino, além da manipulação genital ser particularmente traumatizante neste momento da mulher.

PREVENÇÃO DAS DSTs

Azitromicina 1g, via oral, dose única mais cefixina 400 mg Via oral dose única. Para gestante: amoxicilina 500 mg, via oral de 8 em 8 horas por 7 dias, mais cefixina 400 mg via oral dose única.

Prevenção da sífilis: penicilina benzatina na dose única de 2.400.000 UI, intramuscular.

Vacinação anti-hepatite B, nos casos em que o serviço tiver condições, sugere-se a imunoprofilaxia com imunoglobulina hiperimune para hepatite B (HIBC), em 3 doses. A gravidez e a lactação não são contra indicações para a utilização da vacina. Na sua indisponibilidade, sugere-se a utilização da imunoglobulina humana.

A mulher deve ser orientada a retomar imediatamente se ocorrer falha menstrual, que pode ser indicativa de gravidez.

APOIO LABORATORIAL

É importante o apoio laboratorial para estabelecimento do diagnóstico e no rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis. A instituição de referência deve ter acesso à assistência laboratorial para a execução dos exames recomendados e de outros que, a critério clínico, poderão vir a ser solicitados. Cabe ressaltar que a solicitação desses exames é justificada pelo fato de que 16% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de DST e que 1 em cada 1 000 é infectada pelo HIV.

O laboratório deve estar equipado para realizar exames sorológicos, bacteriológico e cultura.

8. INSTALAÇÃO E ÁREA FÍSICA

✓ Para a avaliação médica e ginecológica é necessário espaço físico correspondente a um consultório ginecológico.

✓ Procedimentos para o esvaziamento da cavidade uterina deverão ser realizados em ambiente cirúrgico

✓ Para atendimento inicial e acompanhamento dessas pacientes deve ser definido um local específico, de preferência fora do espaço físico dos setores de muito movimento, de modo que seja garantido a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame, evitando, entretanto, a identificação de setor ou salas destinadas ao atendimento exclusivo das vítimas de violência, para não favorecer o surgimento de estigmas

9. REGISTRO DE DADOS

Deve-se manter um sistema padronizado de registro dos dados, de modo a possibilitar a uniformização de informações dos vários serviços, as quais poderão, assim, ser comparadas e analisadas em bancos de dados do SUS/MS. Esse registro pode ser feito a partir do prontuário regular de cada serviço.

10. PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

Valores de cada item (em fase de pesquisa de preço)

Anexo C- Rotina de Atendimento às mulheres vitimizadas no hospital e maternidade Marly Sarney

PRÓ - MATERNIDADE MARLY SARNEY I ° SEMINÁRIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER GRÁVIDA -

RESULTADOS OBTIDOS
ROTINA DE A TENDIMENTO AS MULHERES
GRAVIDAS VITIMAS DE VIOLENCIA.

1 - Considerações Gerais:

Durante a realização do 10 Seminário de Assistência à Saúde da Mulher, realizado na Maternidade Marly Sarney, nos dias 14 e 15 de março de 2000, tendo como tema central " A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER GRÁ VIDA", foram discutidos aspectos relativos ao fenômeno violência e sua repercussões no âmbito da saúde reprodutiva da mulher, tendo em vista a implantação de um modelo de intervenção que permita o enfrentamento deste fenômeno enquanto objeto de intervenção pública, dentro de um perspectiva de prevenção da violência em nossa sociedade.

Estabelecendo um consenso sobre a configuração do fenômeno qual ficou submetido:

- . Que a violência contra a mulher é um fenômeno que atinge as mulheres de forma acintosa, negando a sua condição de cidadania e atingindo na formação de sua auto-estima;

- . Que a violência apresenta múltiplas formas de manifestação, não se restringindo somente à violência física. A mulher vítima de violência está vulnerável a formas mais sutis como a violência psicológica;

- . Que as formas sutis de violência são as que deixam seqüelas mais significativas na vida das mulheres;

- . Que o debate sobre a violência contra a mulher está somente iniciando, uma vez que ele clareia e deixa em evidência um fenômeno criteriosamente encoberto pelo ambiente privado do lar;

- . Que a articulação das áreas SAÚDE, SEGURANÇA e JUSTIÇA é uma atitude indispensável para elaboração de estratégias capazes de enfrentar um fenômeno de tal amplitude;

- . E, finalmente, que o estabelecimento de um foram de debate, articulação e formulação de estratégias para enfrentamento da violência contra a mulher no âmbito da saúde, segurança e justiça, é uma iniciativa que além de inovadora, proporciona a otimização de recursos e propostas, que no mínimo facultam a essas ações, uma perspectiva de aproximação e ampliação das possibilidades de enfretamento efetivo do poder público face aos agravos proporcionados à saúde da mulher e da própria família.

2 - Ações propostas para assegurar a implantação da rotina de atendimento às mulheres grávidas de violência:

. Divulgação da rotina de atendimento às mulheres vítimas de violência nos meios de comunicação e na sociedade local;

. Realização de uma Campanha de informação e sensibilização da comunidade ludovicense em torno do fenômeno da violência contra a mulher e em especial, às mulheres grávidas. Adequar, quando necessário o setor de Serviço Social das Unidades de Saúde, para centralização do atendimento das mulheres grávidas;

. Sistematização das rotinas internas de atendimento às mulheres grávidas vítimas de violência;

. Estabelecimento de parcerias Unidade de Saúde X Delegacia da Mulher X Casa Abrigo;

. Multiplicação do treinamento a todos os sujeitos envolvidos nas unidades de atendimento às mulheres grávidas vítimas de violência.

3- Deliberação do 10 Seminário de Assistência à Saúde da Mulher:

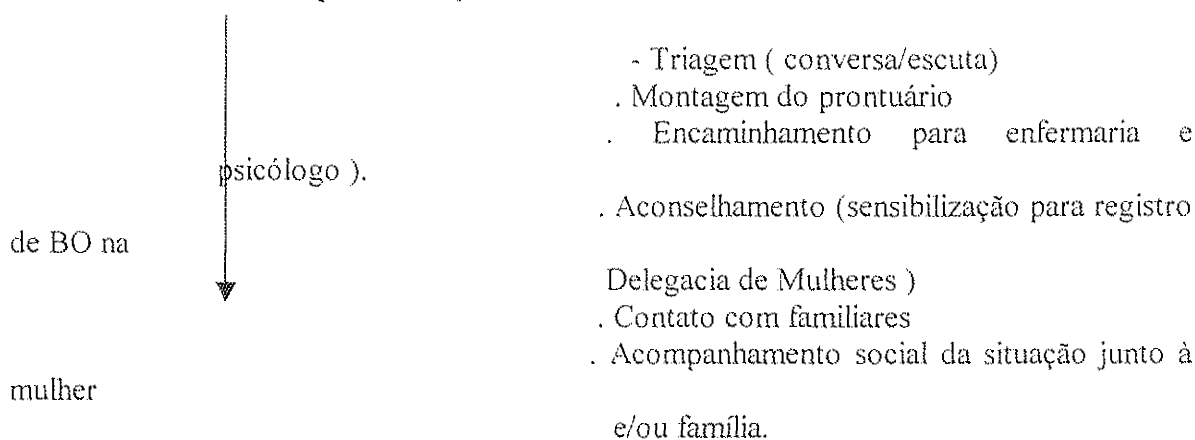
A MATERNIDADE MARLY SARNEY/Pró-SAÚDE, será a Unidade de referência para encaminhamento dos casos de mulheres grávidas vítimas de violência, uma vez que dispões de estrutura física, ambulatorial, hospitalar e profissional para atendimento especializado.

4 - A rotina de atendimento de mulheres grávidas vítimas de violência:

4.1 - Quando a recepção da situação for na MATERNIDADE MARLY SARNEY:

Mulheres que chegaram imediatamente após a ocorrência da violência

Atendimento pelo Serviço Social



Atendimento ginecológico/obstetrícia

- . Exame ginecológico
- . Exames laboratoriais

expostas à
violência

- . Contracepção de emergência (caso estejam grávidas)
- . Profilaxia de DST
- . Profilaxia de AIDS (com mulheres vítimas de sexual até 72 horas após a ocorrência).

Atendimento psicológico

- Avaliação psicológica pós-trauma
- Apoio psicológico

Mulheres grávidas que chegaram dias após a violência:

Deverão ser encaminhadas ao ambulatório de Atendimento gineco-obstétrico, para atendimento Médico, Psicológico e pelo Serviço Social.

As gestantes de até 12 semanas poderão requerer a interrupção da gestação prevista em Lei;

As gestantes acima de 12 semanas, receberão um pré-natal personalizado com atendimento conjunto da Psicóloga e da Assistente Social.

Importante :

a) Todos os casos de violência grave, a Unidade, através da equipe de plantão fará a comunicação obrigatória à Delegacia da Mulher .

b) Quando do atendimento pelo Serviço Social, as mulheres serão orientadas sobre seus direitos legais, sobre os benefícios do registro de Boletim de Ocorrência (mesmo não sendo obrigatório).

c) Em nenhuma hipótese, o médico que atendeu a mulher pode encaminhá-la ao IML sem examiná-la e sem registrar o atendimento na ficha padronizada que, além de registrar a ocorrência, serve para orientação ao colega.

d) A mulher que for atendida indevidamente pela equipe médica e que vier engravidar ou adquirir uma DST, poderá impetrar processo por imperícia, imprudência ou negligência do médico que atendeu.

4.2 - Quando a recepção da situação for a Delegacia da Mulher:

Atendimento na Delegacia



- . registro de BO
- encaminhamento para perícia

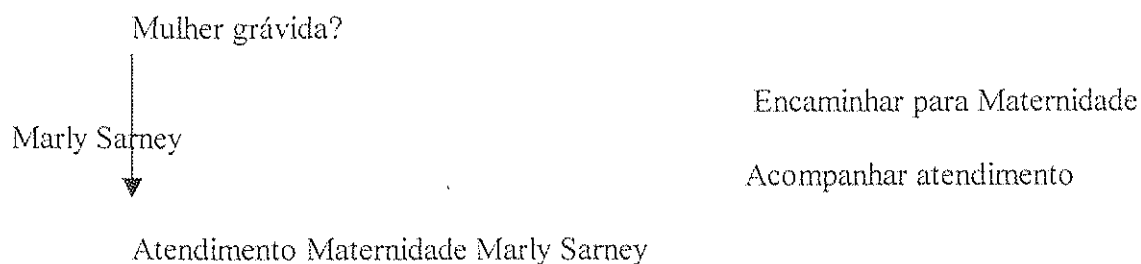
médico na

encaminhamento para atendimento

Unidade de Referência
encaminhamento para Casa Abrigo
Providência legais

Atendimento na Casa Abrigo

- . Triagem
- . Exames de rotina
- . Apoio psicológico e social



5 - Deliberações:

. Foi constituído Grupo de Trabalho, com representantes da OG's e ONG's presentes no evento, a fim de dar prosseguimento ao processo de disseminação da rotina de atendimento a mulheres vítimas de violência às outras Unidades de Saúde;

. O grupo encaminhará o presente documento, contendo os resultados do Seminário, aos órgãos envolvidos no atendimento à saúde da mulher; ao governo do Estado, ao governo Municipal afim de deliberações futuras no que concerne à mulher vítima de violência física e sexual;

. A Unidade de referência para atendimento das mulheres grávidas vítimas de violência é a Maternidade Marly Sarney; contudo, não conseguimos estabelecer a rede de referência para atendimento das demais molares vítimas de violência em função da ausência dos demais segmentos da área da saúde, convidados para congregar o presente seminário - Secretária Municipal da Saúde, Unidades Mistas de Saúde, Maternidade Benedito Leite; Maternidade Maria do Amparo, Departamento de Medicina Legal da UFMA.

. O grupo de Trabalho assim está constituído:

Nome do representante	Instituição/entidade
Conceição de Ma. Vieira Nascimento	Maternidade Marly Sarney
Sonia Maria Amaral Fernandes	Ministério Público - casa Abrigo
Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Maranhão	- SOo IMA i i

Rosane Mary Sena e Silva	Delegacia da Mulher
Silva Cristina Viana Lima	Gerência de Qualidade de Vida
Cláudia Teresa Frias Rios	ABEM
Helena de Jesus Oliveira	Hospital Universitário/Materno Infantil
Silva Selma Ma. Muniz Márquez da	UFMA
Célio Roberto Pires Costa	Corpo de Bombeiros
Teresinha de Jesus Lima	OAB
Ma. Raimunda Araújo de Oliveira	FUNAC
Ieda Batista Cutim	Grupo de mulheres da ilha
Gláucia N. de Melo Freire	AMMA

Posteriormente, será divulgada a data, hora e local de realização da primeira reunião do Grupo de Trabalho, a fim de dar prosseguimento às ações e recomendações propostas no seminário.

6 - Recomendações

- . Requer junto à Gerência de Qualidade de Vida, a instalação de um programa de atendimento às mulheres vítimas de violência;
- . Assegurar que as mulheres atendidas pela Casa Abrigo, atendimento médico assegurado na rede de saúde governamental;
- . Posteriormente definir-se uma linha de intervenção junto ao agressor;
- . Que o Poder Judiciário adote nos seus procedimentos, a pesquisa das causas das agressões;
- . Que o Poder Judiciário reveja a prática das transações penais de modo a dar ênfase apenas de cunho educativo/reabilitatório (por exemplo nos casos de agressões por alcoolismo: pagar a pena frequentando os Alcoólicos Anônimos; doação de cestas básicas, etc.);
- . Incluir no sistema de atendimento o tratamento psicoterápico da família;
- . Buscar apoio e parceria com as ONG's;
- . Incluir o atendimento psicoterapêutico-familiar através de parceria com a VIVÊNCIA- Atendimento de família e casal;

tenham

São Luís, 15 de março de 2000.

Assinatura dos Grupos de Trabalho



Senhor Coordenador,
Senhores membros,

O processo nº 33104-00129/2002 trata do Projeto de Pesquisa "violência Sexual Contra a Mulher- as representações sociais de profissionais de saúde", de autoria Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias, aluna do Mestrado Interinstitucional em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal do Maranhão.

O Projeto tem por objetivos: conhecer as representações sociais dos profissionais acerca da violência sexual contra a mulher e identificar junto aos profissionais de saúde quais os determinantes da violência sexual contra a mulher.

A pesquisa será desenvolvida com base na Teoria das Representações Sociais, que compreende um conjunto de conceitos, explicações e afirmações originadas na vida diária e, realizada no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil e Maternidade Marly Sarney, no período de fevereiro a junho de 2002 Os sujeitos da pesquisa, são profissionais de saúde que trabalham nas unidades.

Os sujeitos da pesquisa são profissionais de saúde que trabalham nas unidades citadas e os participantes, aqueles que atuam diretamente no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, responderão entrevista semi-estruturada. O termo de consentimento esclarecido atende às exigências legais.

O Projeto está instruído conforme a Resolução MS 196/96, tem relevância social e dessa forma somos de parecer favorável à sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

São Luis, 28 de fevereiro de 2002

Nair Portela Silva Coufêinhô
Nair Portela Silva Coufêinhô
Relatora

Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Universitário da UFMA
aprovado em reunião de

231.041.009

Raimundo Antônio de S. A.
Prof. Dr. Raimundo Antônio de S. A.
Coordenador do CEE

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227, Centro, C.E.P. 65.020-070, São Luis - Maranhão

Tel: (98) 219-1000 / (98) 222-3508, Fax: (98) 231-1161 (98) 231-4595, CNPJ. 06.279.103 / 0602-08