



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
- PPGAPP

LORENA LOIOLA BATISTA

VIOLÊNCIA SEXUAL, GÊNERO E DIREITOS SOCIAIS: AVALIANDO UM
PROGRAMA DE SAÚDE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DAS MULHERES
ATENDIDAS

FORTALEZA

2020

LORENA LOIOLA BATISTA

VIOLÊNCIA SEXUAL, GÊNERO, E DIREITOS SOCIAIS: AVALIANDO UM
PROGRAMA DE SAÚDE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DAS MULHERES
ATENDIDAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Celecina de Maria Veras Sales

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B337v Batista, Lorena Loiola.

Violência sexual, gênero e direitos sociais : Avaliando um programa de saúde a partir da percepção das mulheres atendidas / Lorena Loiola Batista. – 2020.

150 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Celecina de Maria Veras Sales.

1. Violência Sexual. 2. Gênero. 3. Estupro. 4. Políticas Públicas. I. Título.

CDD 320.6

LORENA LOIOLA BATISTA

VIOLENCIA SEXUAL, GÊNERO, E DIREITOS SOCIAIS: AVALIANDO UM
PROGRAMA DE SAÚDE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DAS MULHERES
ATENDIDAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada: ___/___/___

Profª Dra. Celecina de Maria Veras Sales (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª Dra. Danielle Maia Cruz
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profª Dra. Aline Veras Moraes Brilhante
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

A todas as meninas, adolescentes e mulheres que tiverem seus corpos violados nesse país.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus por me dar forças e saúde todos os dias, por transformar esses dois anos em um momento leve, apesar das adversidades.

Aos meus pais, Ileuda e Zequinha por sempre incentivarem a me dedicar nos estudos e na vida profissional, por me mostrarem que a educação é libertadora.

À minha irmã gêmea Larissa, que sempre foi minha companheira na vida pessoal e acadêmica. Colega de profissão e agora colega de mestrado. Pessoa com quem posso compartilhar minhas alegrias e angústias, aquela que me entende. Gratidão também aos meus queridos irmãos, Ítalo e Joseleudo, meus exemplos de que através dos estudos nós podemos chegar muito longe e fazer a diferença. Obrigada por todo apoio financeiro e pessoal nesse período do mestrado.

Ao meu noivo João Paulo por todo amor e incentivo nesses 08 anos juntos. Obrigada por sonhar meus sonhos comigo, por me compreender, ser atencioso e carinhoso. Te amo muito!

À minha orientadora Prof. Dr. Celecina Sales, por ter sido tão presente e acolhedora nesses dois anos. Além de professora, amiga! Obrigada por todo aprendizado.

Às amigas professoras e alunos membros do NEGIF, por todo o conhecimento partilhado no grupo de estudos. Vocês fizeram toda a diferença nesse processo, tornando as leituras e análise algo leve e divertido.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas. Além de tudo, resistência e afeto!

À equipe do Superando Barreiras: Débora, Verbena, Eclésia, Raquel e Ana Kristia, por me acolherem durante vários meses para a realização da pesquisa. Parabéns pelo lindo trabalho que vocês realizam. Foi um processo de amadurecimento pessoal e profissional para mim. Obrigada!

Aos professores participantes da banca examinadora pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

À FUNCAP, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

À MEAC e ao Comitê de Ética da instituição por autorizarem a realização da pesquisa.

“A sexualidade é para o feminismo o que o trabalho é para o marxismo: aquilo que é mais próprio de alguém, porém, aquilo que mais lhe é retirado.”

Catharine Mackinnon

RESUMO

As estatísticas de violência sexual no Brasil demonstram a necessidade de se ter um serviço especializado na saúde pública que atenda as vítimas de maneira integral e humanizada. Este trabalho teve por objetivo avaliar o Programa Superando Barreiras, no âmbito dos direitos sociais, a partir da percepção das mulheres atendidas em uma maternidade de referência na cidade de Fortaleza-CE. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa. O tipo de avaliação partiu da perspectiva do estudo em profundidade, abordando contexto e conteúdo. Coletaram-se os dados através da observação participante realizada pela pesquisadora às quintas-feiras, de abril a agosto de 2019. Foram atendidas cerca de 40 pacientes nesse período. Destas, 10 foram entrevistadas, tendo como critérios: mulheres adultas que estavam gestantes em decorrência do estupro e realizaram o aborto legal. Como ferramenta de análise dos dados coletados, adotamos a análise de conteúdo. Iniciamos os resultados trazendo a análise do perfil das vítimas atendidas entre 2015 e jun/2019 através do estudo de 293 fichas de notificação. A partir das falas das entrevistadas, obtivemos que: ao chegarem à emergência as vítimas foram atendidas de acordo com um fluxograma que norteia a equipe, algo que se mostrou bastante positivo na percepção delas. O atendimento ambulatorial também foi bem avaliado pelas entrevistadas, onde destacaram o atendimento em conjunto como um método que contribuiu para não fazê-las dizer sobre o episódio de violência diversas vezes. Também destacamos o sentimento de culpa bastante vivenciado pelas pacientes nessa etapa do acompanhamento ambulatorial. Já o processo de internamento foi o mais conturbado. As pacientes relataram casos de objeção de consciência por parte dos médicos, e outras atitudes de caráter punitivo e moralista por parte da equipe. As mesmas destacaram o leito e enfermaria individual como ponto positivo, por receio de ter que falar do ocorrido com desconhecidos em enfermarias coletivas. Com relação aos direitos sociais, as pacientes chegaram desacreditadas com o serviço, mas logo sentiram que seus direitos estavam sendo garantidos. Também propomos uma reflexão sobre a não adesão das pacientes como o direito ao esquecimento.

Palavras-chaves: Violência Sexual. Gênero. Estupro. Direitos Sociais. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Statistics on sexual violence in Brazil demonstrate the need to have a specialized public health service that assists victims in an integral and humanized manner. This study aimed to evaluate the Superando Barreiras Program, within the scope of social rights, based on the perception of women cared for in a reference maternity hospital in the city of Fortaleza-CE. It was a qualitative and quantitative research. The type of evaluation came from the perspective of the in-depth study, addressing context and content. The data were collected through participant observation carried out by the researcher on Thursdays, from April to August 2019. About 40 patients were treated during this period. Of these, 10 were interviewed, having as criteria: adult women who were pregnant due to rape and performed legal abortion. As a tool for analyzing the data collected, we adopted content analysis. We started the results by analyzing the profile of the victims treated between 2015 and Jun / 2019 through the study of 293 notification forms. From the interviewees' statements, we obtained that: upon reaching the emergency, the victims were treated according to a flowchart that guides the team, something that was quite positive in their perception. Outpatient care was also well evaluated by the interviewees, where they highlighted joint care as a method that contributed to not making them say about the episode of violence several times. We also highlight the feeling of guilt experienced by patients at this stage of outpatient follow-up. The hospitalization process, being this pre and post legal abortion, was the most troubled. The patients reported cases of conscientious objection on the part of the doctors, and other punitive and moralistic attitudes on the part of the team. They highlighted the bed and individual ward as a positive point, for fear of having to talk about what happened with strangers in collective wards. With regard to social rights, the patients arrived discredited with the service, but they soon felt that their rights were being guaranteed. We also propose a reflection on patients' non-adherence as the right to be forgotten. Finally, the promotion of the program's evaluation makes it possible to discuss the relevance of this policy for strengthening the care network.

Keywords: Sexual Violence. Gender. Rape. Social rights. Public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Orçamento da SPM Destinado ao enfrentamento à violência contra as mulheres nos PPA de 2000-2003, 2004-2007 e 2008-2011.....	50
Figura 2 –	Direitos sexuais e reprodutivos nos projetos de lei.....	56
Figura 3 –	Alguns marcos legais referentes à violência sexual no âmbito federal.....	58
Quadro 1 -	Aspectos descritivos das anotações do diário de campo.....	70
Quadro 2 -	Resumo dos dispositivos metodológicos para cada objetivo específico.....	73
Gráfico 1 -	Número de notificações realizadas pelos serviços de saúde brasileiros entre 2015-2017.....	77
Gráfico 2 -	Número de fichas notificadas pelo Superando Barreiras entre 2015 e jun/2019.....	78
Gráfico 3 -	Acesso de mulheres gestantes entre 2015 e jun/2019.....	85
Gráfico 4 -	Relação de mulheres do 1º ao 3º semestre de gestação.....	86
Quadro 3 -	Perfil das entrevistadas.....	93
Quadro 4 -	Dados dos desfechos pós-violência sexual.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência da faixa etária das vítimas.....	79
Tabela 2 -	Frequência de notificação segundo a raça.....	79
Tabela 3 -	Frequência de notificação segundo a escolaridade.....	80
Tabela 4 -	Frequência de notificação segundo o estado civil.....	80
Tabela 5 -	Frequência de notificação segundo a ocupação.....	81
Tabela 6 -	Frequência de notificação segundo a orientação sexual.....	81
Tabela 7 -	Frequência de notificação segundo o local de ocorrência.....	82
Tabela 8 -	Frequência de notificação segundo a hora de ocorrência.....	82
Tabela 9 -	Frequência de notificação segundo o vínculo com o agressor.....	83
Tabela 10 -	Vínculo com o agressor de acordo com a faixa etária.....	83
Tabela 11 -	Frequência de notificação sendo o agressor familiar.....	83
Tabela 12 -	Frequência do número de mulheres gestantes.....	84
Tabela 13 -	Frequência das mulheres que buscaram serviços de saúde ou realizaram métodos profiláticos.....	86
Tabela 14 -	Gestantes que fizeram ou não medidas profiláticas.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CEMICAMP	Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas
CID	Classificação Internacional das Doenças e Agravos
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obst.
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação do MS
SSPDS	Secretaria Estadual da Segurança Pública e Defesa Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	GÊNERO, DOMINAÇÃO MASCULINA E OS DESDOBRAMENTOS NA VIOLÊNCIA SEXUAL.....	18
2.1	Cultura do Estupro: incitando a violência sexual contra mulheres.....	30
3	CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	40
3.1	A perspectiva avaliativa: uma proposta de estudo em profundidade.....	44
3.2	Violência sexual e sua inserção na agenda das políticas públicas de saúde: contexto e conteúdo.....	46
3.3	Análise do contexto da política.....	46
3.3.1	<i>Contextualizando os direitos sexuais e reprodutivos</i>	48
3.4	Análise do conteúdo e das bases conceituais	52
4	NAS (ENTRE)LINHAS DO PERCURSO: ASPECTOS METODOLÓGICOS E AS APREENSÕES DO CAMPO DE PESQUISA.....	64
4.1	Conhecendo o Programa Superando Barreiras.....	65
4.2	Lócus da pesquisa.....	68
4.3	Participantes da pesquisa.....	70
4.4	Análise dos dados coletados.....	73
4.5	Instrumentos de coleta de dados e a dinâmica da pesquisa empírica.....	73
4.6	Aspectos Éticos da pesquisa.....	75
5	PERFIL DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ACOLHIDAS PELO PROGRAMA SUPERANDO BARREIRAS.....	76
5.1	Dados sociodemográficos das vítimas.....	76
5.2	Dados sobre a ocorrência e sobre o agressor.....	82
5.3	Dados sobre os desfechos da violência sexual.....	85
5.4	Que cara tem a violência sexual na MEAC?.....	89
6	CORPOS E DIREITOS VIOLADOS? CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE	

	DAS FALAS.....	94
6.1	“Passei uma semana pensando se viria”: uma análise do atendimento do Programa Superando Barreiras à luz das Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual.....	96
6.2	Sobre o segmento ambulatorial.....	100
6.3	“Se não for ele, alguém vai ter que fazer”: pré-julgamentos e objeção de consciência em casos de aborto legal.....	105
7	DIREITOS SOCIAIS: CAMINHOS E POSSIBILIDADES.....	111
7.1	“Elas me deram possibilidades”: o direito de escolher e o fortalecimento da tomada de decisão.....	111
7.2	A não adesão ao tratamento também é um direito?.....	118
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	143
	ANEXO A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CEMICAMP.....	144

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o Programa Superando Barreiras (PSB), um serviço que atende mulheres vítimas de violência sexual, em uma maternidade pública de referência da cidade de Fortaleza-CE. A necessidade de se avaliar esse serviço advém do número alarmante de casos de violência sexual no Brasil e no Ceará e da existência de poucos locais e órgãos que acolham essas vítimas.

A relação da pesquisadora com o estudo justifica-se pelo fato da mesma ter exercido atividade laboral na maternidade, lócus da pesquisa, através da observação, do planejamento e da execução de diversas ações multiprofissionais e interdisciplinares, como também, na assistência às pacientes e no acompanhamento e mediação junto às demandas do programa. Diante disso, conhecer e identificar as vulnerabilidades físicas, psicológicas e sociais das mulheres que vivenciaram a violência sexual motivou-nos a trazer uma perspectiva avaliativa do programa, pois o estupro é um fenômeno presente e crescente nos serviços de saúde.

Quando uma mulher se propõe a estudar e a pesquisar sobre violência, se pressupõe que exista um motivo pessoal ou que em se tratando de violência sexual exista um segredo obscuro, um trauma em algum lugar, uma história real de estupro, uma vivência que a faz querer gritar ao mundo o que aconteceu. No entanto, como veremos ao longo desse trabalho, a violência sexual em suas diversas formas é bastante democrática, pois atinge desde meninas (e meninos) a mulheres, sem diferença de classe, escolaridade ou ocupação.

O fato de sermos mulher já nos torna vulneráveis, pois a verdade é que nos sentimos violadas todos os dias, em vários espaços, em cada palavra na rua em forma de cantada, no transporte coletivo, em festas, no trabalho, etc. Em escala de comoção social, nos parece que a violência sexual é a que mais atinge a todas as mulheres mesmo que indiretamente, quer dizer, é a que mais gera união entre o meio feminino, nas lutas feministas, nos coletivos de mulheres, pois quando se ouve falar que uma mulher foi violentada, a sensação é de angústia.

Dos várias formas de violência que uma mulher pode sofrer elegemos o estupro para análise. Para entendermos o conceito de estupro é importante termos em mente que este é um ato onde uma das partes (na maioria das vezes a mulher) não consente. Não é apenas mais uma relação sexual, mas sim um ato que está

carregado de aspectos culturais e sociais. Bronwmler (1975) traz uma analogia muito interessante sobre o tema ao discutir o funcionamento do sexo no reino animal. Vocês já pararam para pensar que no mundo animal não acontece o ato do estupro? Primeiro, a autora argumenta que os animais não sentem prazer, conseqüentemente, só copulam para reproduzir. Segundo, é a fêmea que comanda a cópula, pois quando chega o período de acasalamento ela emite sons e aromas que atraem o macho e ao final ela escolhe com qual macho irá copular. Conclusão, não há cópula sem o consentimento da fêmea.

Diferente do acontece com os animais, as relações humanas são envolvidas por aspectos subjetivos e conscientes, influenciados por suas construções culturais, sociais, políticas, etc. Por decreto anatômico, na construção inevitável de seus órgãos genitais, o macho humano é hierarquicamente superior e predador, sendo a fêmea humana submissa. Partindo dessa ideia, utilizamos como categorias teóricas: violência sexual, gênero e direitos sociais, orientando a discussão sobre opressão feminina e dominação masculina e de que forma essas questões resvalam nas políticas públicas, especificamente na questão da violência sexual e nos direitos garantidos as mulheres. Os suportes teóricos que sustentaram as reflexões propostas se ancoraram em autores clássicos e contemporâneos. Assim, trouxemos autores como Pierre Bourdieu, Heleieth Safiotti e Susan Browmiller. Com relação a perspectiva avaliativa do estudo, utilizamos a avaliação em profundidade, a partir da proposta abordada por Lea Rodrigues (2008).

Segundo Strey (2001)¹ a violência de gênero² “[...] constitui-se no mais democrático de todos os fenômenos sociais” (p.48) sendo por vezes uma situação transgeracional, ou seja, que pode ser exercida contra as mulheres de uma mesma família ou comunidade há muitas gerações. Dentre as várias formas de violência de gênero temos a violência sexual, que também se constitui como uma das mais antigas e amargas expressões de dominação. As mulheres são as principais vítimas, em qualquer período de suas vidas, e se forem jovens e adolescentes as chances de sofrer esse tipo de agressão é ainda maior. (FACURI et al, 2013; WHO, 2012)

Segundo Oliveira et al (2005, p. 377)

¹STREY, M. N. Violência e gênero: um casamento que tem tudo para dar certo. In: GROSSI, Patrícia Krieger; WERBA, Graziela C. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

²O conceito de violência contra as mulheres é bastante amplo e compreende diversos tipos de violência: a violência doméstica (que pode ser psicológica, sexual, física, moral e patrimonial), a violência sexual, o abuso e a exploração sexual de mulheres adolescentes/jovens, o assédio sexual no trabalho, o assédio moral, o tráfico de mulheres e a violência institucional. (BRASIL, 2004)

Por violência sexual se compreende o estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor, sedução, atos obscenos e assédio, que podem ocorrer de forma conjugada, inclusive, com outros tipos de violência física (lesão corporal, tentativa de homicídio maus tratos e ameaças).

O estupro é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)³ como “todo ato sexual ou tentativa para obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção”. Já segundo a legislação brasileira, estupro é definido juridicamente como sendo o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009).

O fato é que nos últimos anos a violência de gênero vem sendo crescentemente remetida à área da saúde. Isso resulta não apenas de uma melhor compreensão dos agravos causados para a saúde física e mental das mulheres, mas da percepção do espaço da saúde como espaço privilegiado para tratar o problema (D’OLIVEIRA e SCHRAIBER, 1999).

As próprias estatísticas de violência sexual no Brasil demonstram a necessidade de se ter um serviço especializado na saúde que atenda as vítimas de maneira integral e humanizado, pois existem graves consequências do estupro, de curto e longo prazo. Além de lesões que a vítima pode sofrer nos órgãos genitais (principalmente nos casos envolvendo crianças), quando há o emprego de violência física, muitas vezes ocorrem também contusões e fraturas, podendo até levar ao óbito da vítima. Além disso, pode gerar gravidez indesejada e levar a vítima a contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em termos psicológicos, o estupro pode redundar em diversos transtornos, incluindo “depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativas de suicídio e síndrome de estresse pós-traumático” (FAUNDES et al, 2006, p. 128).

Segundo dados mais recentes sobre estupro no Brasil, em 2018 foram registrados nas polícias brasileiras 66.041 casos, o maior número já registrado pelas delegacias. (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019). No Ceará, segundo dados⁴ levantados pela Secretaria Estadual da Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS) do estado, no ano de 2018 foram contabilizados 1.720 casos, já em 2019 o número subiu para

³Ministério da Saúde. Temático prevenção de violências e cultura da paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

⁴Disponível em: <https://www.sspds.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/24/2018/12/07-Crimes-Sexuais-Estat%C3%ADsticas-Mensais.pdf>.

1.988 casos denunciados.

A rede de atendimento às mulheres que vivenciam a violência sexual compõe-se de organizações e serviços disponíveis na comunidade que podem contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher, do Instituto Médico Legal, Casa da Mulher Brasileira, do Ministério Público, das instituições como casas-abrigo, dos grupos de mulheres, entre outros (BRASIL, 2012). Os encaminhamentos legais que elas receberam será um dos aspectos estudados nessa pesquisa.

Das questões centrais desse estudo, temos: como se deu o processo de atendimento e acolhimento pelo Programa Superando Barreiras? Qual o perfil das mulheres atendidas pelo PSB? Quais dispositivos do projeto as mulheres tiveram acesso? Os dispositivos estão de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde? Quais encaminhamentos realizados para rede de apoio e quais informações prestadas às mulheres sobre seus direitos legais?

Com relação à estrutura do trabalho, no primeiro capítulo trouxemos a discussão e o aporte teórico que orientou esse estudo. O segundo capítulo fazemos um apanhado sobre a avaliação de políticas públicas e logo explicamos a perspectiva avaliativa em profundidade, trazendo uma análise de contexto e conteúdo. No quarto capítulo abordamos o delineamento metodológico, os instrumentos e as técnicas adotados no estudo. O quinto capítulo trouxe a análise do perfil das vítimas atendidas entre 2015 e jun/2019, mostrando quem são as vítimas que buscam a ajuda dos serviços de saúde. No sexto capítulo, categorizamos e analisamos a falas das entrevistadas, trazendo uma discussão sobre violência sexual e direitos sociais.

O fomento quanto a avaliação do projeto possibilita a discussão da relevância dessa política para o fortalecimento da rede de cuidado e de atenção humanizada para as mulheres. Além disso, essa pesquisa é relevante para os gestores e profissionais de saúde envolvidos nessa atenção, sendo mais um suporte de aprimoramento de conhecimento essencial para execução de práticas direcionadas e eficazes às mulheres vítimas de violência sexual.

2 GÊNERO, DOMINAÇÃO MASCULINA E OS DESDOBRAMENTOS NA VIOLÊNCIA SEXUAL

Os objetivos desse estudo nos levam a revisitar importantes categorias teóricas sobre o tema, dentre elas as que envolvem as relações de gênero, de que forma essas relações são desenvolvidas e influenciadas pelo poder e pela dominação masculina e como isso se desdobra nas vivências da violência sexual pela sociedade. Para iniciar, propomos entender a categoria “Gênero” a partir dos estudos feministas.

A priori o termo “gênero” teve sua aparição inicial através das feministas americanas, na qual enfatizaram uma rejeição ao determinismo biológico que estava implícito ao conceito, pois mulheres e homens não deveriam ser definidos em termos iguais, ou muito menos ser compreendidos em termos separados. Como afirma Garcia (2018), “el uso de la categoría género por parte de las teóricas feministas tuvo y tiene como objetivo el ataque al determinismo biológico” (p.30). Partindo do mesmo ponto de vista, Manfrão (2009, p.23) vai dizer que,

O conceito de gênero foi elaborado a partir da noção de que o feminino e o masculino não são fatos naturais ou biológicos, mas construções sócio-culturais, em que importa a forma como essas características são representadas e valorizadas em uma dada sociedade e em um determinado momento histórico.

A historiadora norte-americana Joan Scott (1995) em sua definição sobre gênero a realiza em duas partes, sob diversos subconjuntos. Assim, a autora traz duas proposições: “1. o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; 2. o gênero é uma forma primária de dar significado as relações de poder.” (p.86). A autora afirma que a definição de gênero é composta por esses elementos e nenhum pode operar sem o outro, todavia não funcionam simultaneamente. O objetivo é clarificar e especificar em como se deve refletir o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais, e particularmente, entender as relações de poder entre mulheres e homens.

Antes de aprofundar a discussão sobre gênero, se faz necessário trazermos um histórico da luta feminista que culminou na teorização desse conceito. A literatura aponta que o primeiro cenário da luta feminista foi ainda no século XVIII, durante a Revolução Francesa, onde as mulheres iniciaram suas reivindicações por

condições emancipatórias e se expressaram pela primeira vez como sujeito político, se debruçando em torno de demandas por direitos sociais e igualitários. Registros ao longo dos séculos indicam que além de solicitarem sair do papel exclusivo da maternidade para ganhar mais independência, manifestaram-se também pelo direito ao alistamento militar e ao acesso a armas, além do combate as bases da exploração-dominação marcada pela sociedade patriarcal. (GURGEL, 2015; COSTA, 2005; GREGORI, 2017)

Ressaltamos o importante trabalho da britânica Mary Wollstonecraft no período das revoluções europeias para a base das futuras teorias feministas. A autora lançou o livro *Reivindicação dos Direitos da Mulher (1792)* em resposta à constituição francesa de 1789, abordando questões essenciais sobre a emancipação feminina, seja essa através da educação ou da vida política, denunciando também as condições desiguais entre homens e mulheres que as colocavam em situação de inferioridade. A autora também traz a importância das mulheres dizerem não ao confinamento doméstico, de terem direito ao voto e em particular o direito das mulheres casadas a dispor de suas propriedades. (ESTACHESKI; MEDEIROS, 2017)

A partir desse marco histórico, o feminismo passa a se destacar em diferentes conjunturas, através de lutas e estratégias que provocaram o próprio amadurecimento do movimento. Esse processo de desenvolvimento passa a ser pensado como “ondas feministas”, trazendo as principais características que o feminismo foi apresentando ao longo do tempo. No entanto, reforçamos que não queremos dar um sentido de linearidade ou pragmatismo as demandas feministas, mas sim apresentar seus principais aspectos em contextos políticos e sociais distintos.

Na Primeira Onda⁵, marcada pelo final do século XIX e início do XX, as mulheres reivindicavam direitos políticos, sociais e econômicos, como o direito ao voto e a participação política. Também questionaram a imposição de papéis submissos e passivos às mulheres, além de reivindicarem melhores condições de trabalho para as mulheres operárias. “Foram marcas da época o movimento de

⁵Esse primeiro momento do movimento feminista foi chamado por algumas estudiosas de o “feminismo bem-comportado”, de cunho conservador no que se refere ao questionamento da divisão sexual dos papéis de gênero, pois utilizavam as ideias e representações das virtudes domésticas e maternas como justificativa para suas demandas, reforçando esses papéis e estereótipos. (PINTO, 2010)

mulheres proletárias pela igualdade de direitos e condições de trabalho, e o movimento sufragista, formado majoritariamente por mulheres de classe alta” (CAETANO, 2017, p.05). No Brasil, a primeira onda chega com a Proclamação da República em 1889, no qual o movimento de mulheres operárias anarquistas, sobretudo as sufragetes, iniciou a luta pelo direito ao voto⁶.

No entanto, a partir da década de 1930 até meados de 50, o movimento de primeira onda foi paulatinamente desarticulado em diversos países na Europa, Estados Unidos e América Latina, ressurgindo com maior expressividade somente nos anos sessenta. A Segunda Onda começou em meados dos anos 50 e se estendeu até os anos 90. O movimento passou a exigir direito ao corpo⁷, ao prazer, aos direitos reprodutivos e trouxe um novo significado para o patriarcado⁸, diríamos que um sentido feminista contemporâneo. Como afirma Pinto (2010) o movimento vai apontar que existe outra forma de dominação na sociedade, além da clássica dominação de classe, mas também a dominação do homem sobre a mulher, e é nesse cenário que os estudos sobre as relações de gênero ganham força.

Na descrição de Louro (1997) algumas obras hoje clássicas, como por exemplo, *Le deuxième sexe*, de Simone de Beauvoir (1949), *The femininemystique*, de Betty Friedman (1963), *Sexual politics*, de Kate Millet (1969), marcaram esse novo momento sobre estudos da mulher. No entanto, segundo Safiotti (1994), o primeiro estudioso a mencionar e a trabalhar os primeiros conceitos sobre o termogênero foi Robert Stoller em 1968, apesar de não chegar a usar a palavra “gênero” em seus estudos, os fundamentos basilares do conceito estão presentes.

Ressaltamos aqui a importância do trabalho de Simone de Beauvoir em seu conceituado livro *O Segundo Sexo* (1949) que dentre tantas questões

⁶A partir dos anos 1920, a luta sufragista se amplia, em muitos países latino-americanos, sob a condução das mulheres de classe alta e média, que logo conquistam o direito ao voto. Assim foi no Equador, em 1929, o primeiro país da região a estabelecer o voto feminino; no Brasil, Uruguai e Cuba, no início dos anos 1930; e na Argentina e Chile, logo após o final da Segunda Guerra Mundial. As mulheres do México, Peru e Colômbia só vão conquistar o voto na década de 1950. (COSTA, 2005)

⁷Nesse período também não economizam palavras sobre a exploração da mulher via maternidade e via casamento, e o uso do estupro e da violência sexual enquanto ferramenta de manutenção do poder masculino é largamente discutido e estudado nessa onda.

⁸O conceito de Patriarcado mudou de sentido por volta do fim do século XIX, com as primeiras teorias dos “estágios” da evolução das sociedades humanas, depois novamente no fim do século XX, com a “segunda onda” do feminismo surgida nos anos 70. A priori se pensava patriarcado como literalmente a autoridade do patriarca, mas sem pensar relação com a filiação biológica. As teóricas feministas se apropriaram do termo trazendo o sentido patriarcado como um sistema de “dominação masculina”, “subordinação” ou “sujeição” das mulheres, não como simples relações individuais ou privadas. (MACHADO, 2000)

abordadas, traz a principal no seu próprio título onde a mulher não é o sujeito, é o Outro, o segundo. A autora justifica esse argumento, afirmando que ser o Outro não é uma condição determinada pela natureza, mas é a cultura que define a experiência da mulher desse modo. Ser o segundo sexo é a condição de uma subjetividade corporificada.

Segundo Syfer (2015), Beauvoir foi aclamada, mas também recebeu várias críticas e interpretações diferentes das suas ideias. Há quem afirmasse que sua teoria teria sido retirada das obras de Jean Paul Sartre, na qual ela não negou aceitar as teorias, chegando a apresentar algumas discordâncias com o filósofo. Autoras feministas intitularam alguns capítulos do livro de “narcisista”, devido ao modo como ela abordou a questão da cumplicidade feminina com a sua opressão.

Ainda sobre a segunda onda do feminismo, no Brasil e América Latina ela vai acontecer em meio ao autoritarismo e à repressão dos regimes militares dominantes da década de 70 e das falsas democracias claramente autoritárias. No entanto, mesmo diante de toda a repressão, os movimentos sociais tentaram se manter ativos e novos sujeitos também se organizaram nesse período. Como afirma Costa (2005, p.15),

O movimento social de resistência ao regime militar seguiu ampliando-se, novos movimentos de liberação se uniram às feministas para proclamar seus direitos específicos dentro da luta geral, como por exemplo, os dos negros e homossexuais. Muitos grupos populares de mulheres vinculadas às associações de moradores e aos clubes de mães começaram a enfocar temas ligados a especificidades de gênero, tais como creches e trabalho doméstico. O movimento feminista se proliferou através de novos grupos em todas as grandes cidades brasileiras e assume novas bandeiras como os direitos reprodutivos, o combate à violência contra a mulher, e a sexualidade.

O início da década de 90 recebeu as mudanças da “terceira onda” com o advento da pós-modernidade. Diferente de suas precursoras da segunda onda, que lutavam para quebrar estereótipos associados à mulher, as feministas de terceira onda preferiram se apropriar desses estereótipos, de condutas e de símbolos de feminilidade em defesa da liberdade de cada mulher. A partir disso, o feminismo ganha feições novas, com um nível de complexidade e teorização ainda maiores e com relevos paradoxais sob enfoques diversos. Nesse momento da história, as feministas pretenderam olhar atentamente os traços do mundo em sua diversidade

sociocultural, que acabou por ressignificar as demandas defendidas nas décadas anteriores.

Uma das principais vozes desse período foi a estadunidense Judith Butler, que vem desde a segunda onda feminista questionando a distinção entre sexo e gênero. Em seu livro intitulado *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade* (BUTLER, 2003), originalmente publicado em 1990, a filósofa vai analisar o conceito de “mulher” abordado pelas teóricas feministas, alegando que apesar da importância do debate para a promoção da visibilidade da causa, a problematização sobre o ser mulher ainda não era o suficiente. O movimento trouxe de maneira superficial esse debate, pois defendia uma universalidade, uma convergência dos interesses das mulheres, como se houvesse uma identidade definida, esquecendo que existiam disputas e assimetrias significativas entre elas. “O próprio sujeito das mulheres não é mais compreendido em termos estáveis ou permanentes” (p.18).

Diante disso, Butler buscou analisar o processo de construção da “mulher universal” através das estruturas de poder, das exclusões que delas decorrem e da qual são camufladas. Seu principal argumento é o de que o sujeito que representa as demandas das mulheres é também um produto das relações de poder que pretende combater. “A crítica feminista também deve compreender como a categoria das “mulheres”, o sujeito do feminismo, é produzida e reprimida pelas mesmas estruturas de poder” (BUTLER, 2003, p.19)

Abordando o pensamento de Foucault sobre poder, Butler (2003) afirma que o poder jurídico que define proibições, regulamentações, o incorreto e a exclusão não regulam a vida política apenas em termos negativos. Através dele também é produzido o “padrão correto”, os critérios de inclusão e inteligibilidade. Os sujeitos não são apenas oprimidos ou regulados por essas normas, eles são também seu produto. Justamente combater e trazer à tona a influência dessas estruturas de poder é que Butler propõe às feministas, através da “genealogia feminista” da categoria das mulheres.

Sobre a superficialidade dos estudos de gênero realizado pelas feministas nas décadas anteriores, Scott (1995)⁹ corrobora com Butler afirmando que as historiadoras ao tentarem teorizar gênero “(...) permaneceram presas aos quadros

⁹. No Brasil a publicação de Joan Scott foi feita pela revista Educação e Realidade, sob o título de “Gênero, uma categoria útil de análise histórica” (1995)

de referência tradicionais das ciências sociais, utilizando formulações há muito estabelecidas e baseadas em relações causais universais” (SCOTT, 1995, p.74). No entanto, ela afirma que as estudiosas estavam cientes disso e que tentaram empregar esforços para explicar o conceito de gênero mediante as transformações históricas.

Assim, a terceira onda vai ser marcada pelo esforço das feministas em propor gênero como uma categoria de análise que iria transformar o estudo sobre as mulheres, trazendo uma redefinição e alargamento das noções tradicionais e históricas. A partir disso, três categorias de análise foram fundamentais para esse novo enfoque: classe, raça e gênero. “De fato, as pesquisadoras feministas que tinham uma visão política mais global, invocavam regularmente as três categorias como cruciais para a escrita de uma nova história.” (SCOTT, 1995, p.73)

A questão de gênero passa a não ser mais vista como algo isolado, mas essencialmente ligado a questões como etnia, sexualidade e classe, sob a perspectiva de que as desigualdades sociais são fruto de um emaranhamento de relações. Compreende-se que subjetividade da mulher apresenta interseções entre marcadores de opressão que refletem no próprio ser mulher. (CAETANO, 2017)

A partir disso, o movimento feminista vai discutir a ideia da Interseccionalidade. Os estudos interseccionais foram introduzidos pela intelectual afro-estadunidense Kimberlé Crenshaw¹⁰ no início do século XXI, para que mulheres atingidas por tipos diferentes de opressão (raça, classe, sexualidade) pudessem analisar sua condição. A autora traz uma “crítica feminista negra às leis anti discriminação inscrita às vítimas do racismo patriarcal”. (AKOTIRENE, 2019, p. 18)

Em seu livro *O que é Interseccionalidade?* Carla Akotirene (2019) reforça que a interseccionalidade não é uma narrativa teórica dos excluídos, mas sim uma ferramenta que “visa dar instrumentalidade crítico-política e teórica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cis-hétero-patriarcado” (p. 19). Não existem hierarquias e comparações na interseccionalidade, muito menos hierarquias de opressão. A causa da mulher negra é também a da mulher lésbica,

¹⁰Norte-americana, advogada, defensora dos direitos civis e uma das principais estudiosas da teoria crítica da raça. Ela é professora em tempo integral na Faculdade de Direito da [UCLA](http://www.ucla.edu) e na Columbia Law School, onde se especializa em questões de raça e gênero. Entre as principais publicações de Crenshaw temos "A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero". Disponível em: <<http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>>

afinal há mulheres negras lésbicas. Portanto, esse conceito assume um papel central na luta do feminismo. A experiência do ser mulher é particular e por isso devemos analisar as questões de maneira interseccional e não isoladamente.

Por fim, depois do impacto que as três ondas feministas trouxeram para a evolução das teorias feministas, nos perguntamos: existe a quarta onda do feminismo? Estudos indicam que essa onda é caracterizada principalmente pelo uso maciço das redes sociais para organização, conscientização e propagação dos ideais feministas, o chamado cyberfeminismo¹¹. (ROCHA, 2017)

O uso da categoria gênero vem oferecendo aos estudos uma importante base para se discutir vários fenômenos sociais. Para Gomes (2008, p.239) “os modelos de gênero se constroem a partir de uma perspectiva relacional, significando que o que é visto culturalmente como masculino só faz sentido a partir do feminino e vice-versa”. E esse aspecto relacional do conceito de gênero é importante para o estudo da violência sexual, pois permite a análise dos papéis atribuídos socialmente a homens e mulheres e o impacto disso para a configuração do fenômeno e seus aspectos sociais.

Não podemos pensar em violência de gênero ou muito menos em violência sexual contra a mulher, sem analisar as relações de poder intrínsecas a esse fenômeno. São várias as formas de poder: poder político, religioso, intelectual e científico, econômico, militar, possivelmente essas sejam as complexas maneiras de manifestação de poder e mais representativas do sexo masculino. “A própria condição feminina de inferioridade, dependência, incapacidade, a qual foi fortemente combatida pelo movimento feminista, nos dá evidências dessas relações de poder”. (AMORIM, 2011, p.13)

Sobre essas relações de poder, a jurista e ativista feminista estadunidense Catharine Mackinnon faz uma análise muito interessante sobre as analogias entre marxismo e feminismo afirmando que ambos são teorias sobre o poder e desigualdade. Enquanto o marxismo tem como sua base o trabalho, o feminismo aborda as expressões da sexualidade que diferem a sociedade em dois sexos -homem e mulher - divisão essas que permeia a totalidade das

¹¹Segundo Rocha (2017), o Cyberfeminismo foi falado pela primeira vez, no ano de 1991, por um grupo australiano denominado VNS Matrix. Desde o seu aparecimento, há duas décadas, são inúmeras as definições para o termo. O grupo composto, por mulheres, se autoproclamou “ciberfeministas” a partir de um feito por elas, o Manifesto Ciberfeminista.

relações sociais. “Da mesma maneira que o trabalho é para o marxismo, a sexualidade é para o feminismo [...] aquilo que é mais próprio de alguém, porém, aquilo que mais lhe é retirado.” (MACKINNON¹², 2016, p.805)

Podemos dizer que o que acontece nas sociedades são relações desiguais entre homens e mulheres, nas quais os lados opostos de poder e subordinação se confrontam de maneira desmedida. Em seu livro intitulado *O Poder do Macho*¹³ (1987), Heleieth Saffiotti trouxe, dentre outras análises, um estudo sobre as raízes do poder masculino,

Calcula-se que o homem haja estabelecido seu domínio sobre a mulher há cerca de seis milênios. São múltiplos os planos da existência cotidiana em que se observa esta dominação. Um nível extremamente significativo deste fenômeno diz respeito ao poder político. Em termos muito simples, isto quer dizer que os homens tomam as grandes decisões que afetam a vida de um povo. (p.13)

Sabemos que o princípio masculino sempre foi tido como medida para todas as coisas e até hoje é tomado como algo natural que rege as sociedades patriarcais. As diferenças entre o feminino e o masculino são transformadas em desigualdades hierárquicas por meio de discursos machistas sobre a mulher, os quais são fomentados por homens e mulheres. Para este estudo abordaremos o conceito de dominação masculina e buscaremos dialogar com outros pensamentos a fim de compreender um pouco da complexidade que envolve o estupro.

A violência sexual como resultante das relações de gênero presentes na ordem social, permite compreender não apenas a posição das mulheres como subordinadas, mas também, construir uma proposição de análise a respeito da relação “dominação” e “poder” a partir da teoria de Pierre Bourdieu¹⁴, cujo interesse consiste em revelar como esses conceitos estão implicitamente presentes nas sociedades.

¹²Texto publicado originalmente em 1982, mas traduzido em 2016 e publicado pela revista *Direito & Práxis*. Título original: Catharine A. MacKinnon. *Feminism, Marxism Method, and the State: Na Agenda for Theory*, em *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 7, no. 3 (Primavera 1982)pp. 515-544.

¹³Em "O poder do macho", a ensaísta, socióloga e advogada, Heleieth Saffiotti mostra que a discriminação contra a mulher e o negro no Brasil é socialmente construída para beneficiar quem controla o poder econômico e político, afirmando que esse processo baseia-se no patriarcado, no racismo e no capitalismo. Segundo ela, é o conjunto desses três sistemas que deve ser enfrentado, visando à construção de uma sociedade mais justa.

¹⁴Pierre Bourdieu, sociólogo francês, é um dos grandes pensadores e teóricos do século 20, que se preocupou em refletir, entre outros temas, sobre a temática do poder.

As representações e as expressões de masculinidades e feminilidades são plurais e estão sujeitas a modificações de espaço e tempo. Porém, elas se encontram inscritas em uma relação de poder, da qual o masculino exerce uma dominação sobre o feminino. De modo que, “[...] A força da ordem masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificção [...]” (BOURDIEU, 2002, p. 22). Por exemplo, a figura do homem machista restrito ao ambiente doméstico que estamos acostumados a encontrar. É nesse contexto que Bourdieu lança suas teorias e amplia magistralmente o campo da dominação masculina¹⁵. Esta que antes se concentrava mais no ambiente doméstico passa a ser definida em todas as formas de dominação. Homens e mulheres incorporam “sob a forma de esquemas inconscientes de percepção e de apreciação as estruturas históricas da ordem masculina”. (BOURDIEU, 2002, p. 07)

O autor busca compreender a questão da reprodução social, questionando de que maneira a ordem social é mantida. Ele procura pensar sobre a permanência da dominação masculina e sobre seu processo histórico de reprodução, já que a ordem social funciona como uma “imensa máquina simbólica” que tende a ratificar a dominação masculina a qual se alicerça.

Assim, para ser compreendido o conceito de dominação masculina, Bourdieu trabalha com alguns conceitos, como as noções de *habitus*¹⁶ e violência simbólica, “pois não é possível dar conta da violência simbólica, que é uma dimensão de toda dominação, sem fazer intervir o *habitus* (...)” (BOURDIEU, 1995, p. 143)

Segundo as palavras de Bourdieu, “o *habitus* é um sistema de esquemas de produção de práticas e um sistema de percepção e apreciação das práticas”. (1990, p. 158) Em sua análise o autor traz um conceito teórico que envolve todas as influências que cada ser humano assimila dos meios sociais e culturais que mantêm contato. É através da socialização que o indivíduo se torna capaz de agir de uma maneira nova. A interiorização das condições sociais e culturais em que vivem e a

¹⁵Bourdieu, em sua obra “A Dominação Masculina” traz uma análise a partir de sua pesquisa etnográfica sobre a sociedade Cabila, realizada durante as décadas de 1950 e 1960. Região de cultura berbere da Argélia, é uma sociedade que segue o princípio androcêntrico, onde o masculino e o feminino se diferenciam na forma de uma oposição e de uma assimetria: o masculino é visto como hierarquicamente superior ao feminino e é construído contra e em relação ao mesmo.

¹⁶A noção de *habitus* não é inédita e tampouco criado por Bourdieu, o próprio autor afirma que trata-se de um antigo conceito aristotélico-tomista, também usado por outros filósofos e pensadores como Durkheim e Weber.

forma como se relacionam entre si, estimulam a capacidade de percepção e avaliação da realidade, favorecendo a escolha de condutas práticas que melhor se ajustem à situação existente, mas que também respeitem seus próprios valores, seus interesses e suas capacidades.

Assim, vale ressaltar que *habitus* não é algo estático ou eterno, ao contrário, ele é socialmente forjado, está sempre em construção e é resultado de um exaustivo processo de incorporação, pois exige uma transformação duradoura dos corpos e das mentes dos indivíduos. (BETTI, 2011)

Outro aspecto essencial para análise da dominação masculina parte também do estudo do *habitus* sexuado/sexuante e as condições de sua formação, pois “produz construções socialmente sexuadas do mundo e mesmo do próprio corpo que, sem serem representações intelectuais, não são menos ativas.” (BOURDIEU, 1995, p. 144) Para o autor esse aspecto se aplica inicialmente na natureza biológica do corpo, pois a diferença biológica entre os sexos é instituída por princípios arbitrários, produto da relação de dominação dos homens sobre as mulheres e parte da estrutura fundamental da ordem social. Os dominados acabam contribuindo para a sua própria dominação ao aceitarem os limites que lhes são impostos, mesmo que não tenham qualquer consciência sobre isso. “Os *habitus* dos dominados tendem frequentemente a reproduzir as estruturas provisoriamente revolucionadas das quais são o produto”. (IDEM, p. 146)

Partindo do entendimento de *habitus* como algo fundamental para a discussão da violência simbólica, explicamos que o segundo conceito foi criado como forma de elucidar as relações de dominação ocorridas entre as pessoas e entre os grupos presentes no mundo social, ou seja, descreve o processo pelo qual a classe que domina impõe sua cultura aos dominados, e isso não pressupõe a coerção física. Bourdieu parte do princípio de que a cultura ou o sistema simbólico é arbitrário, uma vez que não se assenta numa realidade dada como natural. Assim, a violência simbólica pode ser exercida por diferentes instituições da sociedade: o Estado, a mídia, a escola, etc. (SILVA; OLIVEIRA, 2017).

Violência simbólica, violência suave, insensível, invisível as suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias essencialmente, puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento, ou em última instância, do sentimento. (BOURDIEU, 2002, p.7)

A partir da discussão de Bourdieu, Silva e Oliveira (2017) afirmam que, teoricamente, é através da educação que o indivíduo pode tornar-se capaz de distinguir quando está sendo vítima da violência simbólica e se transformando é um ator social que vá contra a sua legitimação. "A violência simbólica é a grande líder de todos os outros tipos de violência." (p. 173) No entanto, Bourdieu afirma que a libertação das vítimas de violência simbólica não pode se dar por decreto.

Trazendo esse conceito para os debates de gênero, podemos pensar em violência simbólica de gênero. Ressaltamos que apesar de analisar o papel da mulher e do homem nas relações de dominação, Bourdieu não faz essa discussão na perspectiva de gênero. Menos conhecida e nem por isso menos agressora, essa violência está tão presente no cotidiano, nas instituições e na cultura patriarcal quanto às demais.

A violência simbólica de gênero é oriunda da ordem patriarcal que ainda impera na sociedade, de forma velada ou explícita, no qual permite a constante disseminação de "piadas, canções, comerciais, filmes, novelas, etc." (CRUZ, 2008, p. 4) degradantes e constrangedoras para o gênero feminino. Em vários estudos sobre o tema, autores (SILVA; ANJOS, 2012; OLIVEIRA; BASTOS, 2014; LIRA; VELOSO, 2008) fazem uma crítica ferrenha a mídia e a indústria da música, que fomentam a violência simbólica de gênero, construindo estereótipos através das letras das músicas. A "imagem da mulher é criada, aceita e partilhada socialmente por um grupo de pessoas que se identificam com esta imagem, mesmo que fira direitos fundamentais." (OLIVEIRA; BASTOS, 2014, p.15)

Corroborar com essa análise, Lara e Veloso (2008) ao afirmar:

A violência simbólica confere poder aos Meios de Comunicação em reproduzir o estereótipo patriarcal que relega uma posição de subalternidade à mulher, apresentando-a como inferior ao homem. Dessa forma, pode servi-lo como seu objeto de prazer e de consumo ideológico (fetiche), sexual. As propagandas de cerveja podem ser consideradas como um exemplo desse tipo de tratamento depreciativo dado a imagem da mulher pela mídia. (p.2)

A exposição do corpo feminino reforça a cultura machista tão marcante em nossa sociedade, afirmando o homem como dominador e a mulher como objeto decorativo e servil. As estratégias e necessidades de vender os produtos, por exemplo, gera uma relação muito direta entre consumo, prazer e poder, colocando a mulher como o próprio produto de consumo.

Se nas décadas anteriores os estudos traziam, por exemplo, uma crítica as propagandas e comerciais de marca de cerveja que colocavam a mulher em posição tal qual o produto. Hoje já se faz uma análise das músicas que são atrativas ao gosto dos jovens brasileiros, como o funk. Em estudo recente realizado por Brilhante et al (2019) analisou-se a letra de duas músicas mais tocadas no funk carioca daquele ano e os discursos trazidos nas letras que remetem claramente à violência sexual e a exaltação do estupro coletivo. São letras que coisificam a mulher, como um sujeito “que provoca, que pede”, além de trazerem aspectos que a infantilizam, como um estímulo ao abuso sexual.

Como alerta Bourdieu (2012), as mulheres são tratadas como objetos ou como símbolos cujo sentido lhes está alheio e cuja função é manter o capital simbólico, especialmente, a honra em poder dos homens. Segundo o autor, um “homem viril” e uma “mulher feminina” são artefatos sociais produzidos em face de um complexo processo de construção simbólica. Essa construção social que afirma que os corpos são diametralmente opostas umas às outras, isto é, o masculino é algo não feminino e o feminino é algo não masculino, são reforçados pelas instituições como *habitus*. Outro aspecto importante que Bourdieu analisa sobre a construção social dos corpos e que é muito pertinente para esse estudo, é a exemplificação da dominação masculina através do ato sexual.

O ato sexual é uma relação social de dominação, pois pressupõe que existe um masculino ativo e um feminino passivo. “Este princípio cria, organiza, expressa e dirige o desejo masculino como desejo de posse, como dominação erotizada e o desejo feminino como subordinação erotizada.” (BOURDIEU, 2002, p.45). Isso é visto, principalmente, na hierarquização do ato, onde o homem está em cima simbolicamente representando o dominante e a mulher está em baixo e, portanto, seria dominada. Inclusive, o autor destaca que a simulação do orgasmo¹⁷ pelas mulheres é uma prova da dominação masculina. Afinal é esperado de um homem viril que ele possibilite o gozo feminino e a simulação é colocada como uma expressão da virilidade masculina e da submissão feminina.

Vimos que a dominação masculina e a violência simbólica estão incorporadas como *habitus* em homens e mulheres. Está presente nas matrizes das

¹⁷Bourdieu traz essa análise a partir do estudos de Catharine MacKinnon (1985) e do conceito de *faking orgasm*, comprovando que a interação sexual entre os sexos é falocêntrica, de acordo com a visão do homem.

ações, percepções e pensamentos da sociedade. E é essa noção cultural de dominação que instiga o ato da violência sexual, justificando suas ocorrências e muitas vezes colocando o depoimento das vítimas em dúvida. A sociedade segue acreditando no estupro como uma ação isolada, uma ação inconsciente ou como uma doença. Precisamos avançar em direção a uma reflexão sobre como e em quais condições a violência sexual é produzida e fomentada, tornando-se recorrente e historicamente persistente em crianças, meninas e mulheres; e como podemos combatê-la.

2.1 CULTURA DO ESTUPRO: incitando a violência sexual contra mulheres

O termo estupro tem sua origem na terminologia *stuprum* que compreende uma série de condutas sexuais que geram infâmia e vergonha, que vão além de atos sexuais violentos, mas também configuram relações homossexuais, sacrilégios e atos incestuosos. Um estudo terminológico realizado por Canela (2009) sobre a violência sexual em textos jurídicos e na literatura do período romano identificou que não havia uma palavra singular no latim com o mesmo campo semântico do que hoje expressamos como os termos “estupro”, “rape”, “viol”, “violenza sessuale”, “Vergewaltigung” etc. Mas utilizavam palavras como *stuprum vis* ou *per vim* para fazer referência à violência carnal, que poderia mudar dependendo do contexto em qual havia sido cometido o crime.

Vigarello (1998) acredita que o estupro, assim como outras formas de violência, é indissociável do contexto que o produziu, recebendo diferentes tratamentos ao longo do tempo, sendo assim um ato que faz parte das sociedades há milênios. Do surgimento do cristianismo até chegar ao feudalismo, o estupro foi tratado como um crime contra a propriedade, afinal roubar ou raptar uma mulher de seus donos (pai ou marido) acabaria com seu valor de propriedade, sobretudo das mulheres virgens. Já no século XVI, esse crime passou a ser visto como roubo da castidade e da virtude, sendo algo a ser resolvido entre os homens patriarcais e não pelos tribunais. (VILHENA; ZAMORA, 2004).

A descoberta de que a genitália masculina poderia servir como uma arma para amedrontar mulheres, deve ser considerada como uma das mais importantes dos tempos pré-históricos, juntamente com a criação do primeiro machado e do uso do fogo. “Desde os tempos pré-históricos até o presente, o estupro não é nada mais

do que um processo consciente de intimidação pelo qual os homens mantêm todas as mulheres em um estado de medo”. (BROWNMILLER, 1975, p.15)

Sendo também um dos crimes de guerra mais recorrentes em todo mundo, a violação do corpo das mulheres pelo inimigo é considerada a derradeira humilhação feita a um povo. A socióloga Véronique Nahoum-Grappe realizou um estudo sobre os estupros em série usados como arma na guerra da Bósnia entre 1991 e 1995, onde mulheres e meninas foram enclausuradas em casas e hotéis para serem submetidas a estupros sistemáticos e coletivos durante o período de guerra. Violar as mulheres do lado inimigo é tão significativo quanto cortar as cabeças dos homens e exibir em praça pública. Segundo a autora, tudo se tornava propriedade do vitorioso da guerra,

Identificava-se aí um velho estereótipo, o dos estupros em tempos de guerra, associado à impunidade da situação de guerra e às pulsões dos soldados sexualmente frustrados. Como se as mulheres do inimigo vencido pertencessem ao novo vencedor, de fato e quase como de direito. Ora, a propriedade, no que diz respeito a uma mulher, é implicitamente vista como sexual. (GRAPPE, 2004, p.22)

Falando em contexto histórico, quando analisamos o ato do estupro através da história do Brasil, rapidamente conseguimos pensar na colonização do país. Apesar da forte presença do moralismo religioso, a nossa historiografia aponta que os colonizadores não fizeram cerimônia ao encontrar índias nuas na nova terra nem negras escravas, e ao longo do século nem as mulheres casadas escaparam. Como afirma Vilhena e Zamora (2004), “chamou-se romanticamente de miscigenação e de mestiçagem ao estupro sistemático de mulheres e meninas índias, posteriormente de negras e mestiças, iniciado a partir da chegada do invasor português e perpetuado por séculos de escravidão” (p.116).

Alguns colonizadores defendiam que a fornicação simples não era pecado mortal, como pregava a moral católica, se este fosse feito com “índias, negras da terra, mulheres públicas e mulheres que fizessem troca de qualquer coisa, pois podiam ser fornicadas à vontade que isso não ofendia a Deus”. (p.241). Logo essa naturalização da fornicação, diga-se violência sexual, foi transformada em uma ferramenta de genocídio contra as indígenas e de colonialismo contra as negras

escravas¹⁸. Conforme Smith (2014),

A história da violência sexual e do genocídio contra as mulheres indígenas ilustra como a violência gendrada funciona, em geral, como uma ferramenta do racismo e do colonialismo entre as mulheres de cor. Por exemplo, as mulheres afro-americanas também eram vistas como naturalmente estupráveis. No entanto, enquanto os colonizadores faziam uso de violência sexual para eliminar as populações nativas, os proprietários de escravos utilizavam o estupro para reproduzir uma mão de obra explorável (os filhos de mulheres negras herdavam delas a sua condição de escravos). Como as mulheres negras eram vistas como propriedade de seus donos, o estupro perpetrado por esses homens não “contava”. (p. 205)

Percebemos que já nesse período o corpo da mulher nativa ou negra era considerado livre e disponível para ser violado. No entanto, o mais expressivo papel feminino no período colonial, seja ela branca ou escrava, foi o de ser um ventre gerador e multiplicador. Mesmo a mulher trazida de Portugal para formar famílias na nova colônia foi tal qual dominada, submissa e adestrada, devendo ser boa esposa e cuidadora do lar.

Todo o processo de formação civilizatório das sociedades apresentaram as violações das mulheres. Antes vista como um patrimônio, um território, uma propriedade, usada como instrumento de colonização, vingança e guerra entre o homens, a situação das mulheres mudará com o advento da modernidade. Elas passam a conquistar seus direitos, a serem ouvidas, transformando-se em sujeitos individuais e com autonomia própria. Com isso, elas deixam de ser uma extensão do homem e, conseqüentemente, o estupro passa a ser um crime contra sua própria pessoa, não mais como uma agressão contra outro homem. (SEGATO, 1999)

Assim a violência sexual foi se naturalizando e se perpetuando nas sociedades. Relatos sobre casos de estupro acontecem nos mais variados ambientes, com meninas e mulheres de todas as idades (e entre homens também, mas que não entrará na discussão desse estudo), do perfil de agressor mais previsível ao menos esperado. E as variações também são difusas no modo de agir dos agressores, sendo distintas de caso para caso, fazendo com que a penetração vaginal nem sempre seja uma constante nos casos de violência sexual.

Partindo desse princípio o movimento feminista vai ser o responsável por trazer o debate sobre o estupro como um crime de gênero, afirmando que na

¹⁸Análises interseccionais revelam que o estupro não é apenas uma ferramenta de controle patriarcal, mas também um instrumento do colonialismo, do racismo e da heteronormatividade. (CRENSHAW, 1989; CARNEIRO, 2001; SMITH, 2014; DAVIS, 2016)

realidade estamos vivendo na chamada Cultura do Estupro. A partir disso, começa a ser instituído um projeto de desconstrução do discurso masculino, realizando uma releitura do estupro com o objetivo de redefini-lo e quebrar alguns mitos e estereótipos fundantes do senso comum relativo a este crime.

Esse termo foi usado pela primeira vez na década de 70, a partir de denúncias de estudiosas feministas norte-americanas sobre as práticas jurídicas e sociais que favoreciam a violência sexual e a demasiada culpabilização das vítimas pela corte americana. Neste cenário, articulou-se o *movimento antiestupro* com o objetivo de discutir a cultura do estupro a partir do entendimento de que tal crime não é oriundo de uma suposta natureza humana, mas advém de uma socialização que naturaliza, incita e aceita a violência contra as mulheres. Por isso, podemos pensar na possibilidade de viver em uma sociedade livre destas violações, já que é uma prática social culturalmente construída, estimulada e admitida.

Em seu livro *Sexual Politics* (1970), a autora Kate Millet traz a discussão do estupro como uma política sexual e não como uma característica biológica que faz do homem um ser agressivo. É uma discussão mais ampla sobre o patriarcado como forma de controle social. Logo depois o clássico livro de Susan Brownmiller (1975), *Against our Will: Men, Women and Rape*¹⁹, aprofunda a teoria de Millet, afirmando que a cultura norte-americana apoiava e reforçava o estupro (*rape-supportive culture*), pois definia a sexualidade masculina como naturalmente agressiva e a feminina como passiva, exigindo das mulheres o comportamento de não confronto, nascendo assim o pensamento de que a mulher sempre está disponível para o sexo, mesmo que ela não diga. A autora afirma que,

Há boas razões para os homens se apegarem tenazmente à noção que "todas as mulheres querem ser estupradas". Porque o estupro é um ato que os homens fazem em nome de sua masculinidade, é de seu interesse acreditar que as mulheres também querem que o estupro seja feito, em nome da feminilidade. Na dicotomia que eles estabeleceram, um faz e o outro "é feito". Essa crença é mais do que insensibilidade arrogante; é uma crença na suprema correção do poder masculino. (BROWNMILLER, 1975, p.312, tradução nossa)

A sociedade define o comportamento e a atitude das mulheres em vários aspectos da sua vida, e isso também é imposto quando se trata de uma situação de violência sexual, pois se defende que a mulher pode evitar o estupro. Ela só precisa

¹⁹Disponível em:<<https://archive.org/details/0449908208AgainstOurWillB1/page/n73>> BRONWMILLER (1975) .

se comportar adequadamente, não andar na rua com roupa provocativa e nem andar por aí sozinha, como se essas atitudes provocassem os homens. A autora traz que esse argumento é usado como uma forma de justificar o ato, culpabilizar a mulher e mitigar a responsabilidade do agressor.

As autoras Vilhena e Zamora (2004) corroboram com esse fato ao afirmarem que a sociedade se utiliza do argumento do “consentimento” para justificar o estupro, pois as mulheres violadas, na realidade, consentiram no ataque ou pediram por ele, ao usarem roupas curtas e coladas, perfume e maquiagem chamativa. "A ideia de que a “mulher na verdade queria” permite trivializar o estupro, relativizá-lo, em muitos casos, e até considerá-lo" (p.117).

É sobre isso que a autora Bronw Miller (1975) vai inovar em sua discussão sobre a cultura do estupro. Ela traz a teoria do mito do estupro (*rape myth*), teoria essa que faz com que as pessoas tenham um falso entendimento da realidade, na qual as sobreviventes são vistas como corresponsáveis, provocadoras, que não resistiram de maneira suficiente ou que o agressor possui alguma patologia. Esse mito também estimula outros mitos, como: o pensamento de que muitas mulheres fazem falsas alegações, motivadas por vingança ou arrependimento, que é um crime movido por paixão, que a sexualidade masculina é incontrolável e que estupro acontece somente entre desconhecidos.

Esses mitos irão impactar fortemente em como as próprias sobreviventes veem e interpretam suas experiências de violação, pois muitas apresentam dificuldade em reconhecer que sofreram um estupro. Conseqüentemente, elas deixam de procurar os serviços de apoio, como as delegacias e os serviços de saúde por medo de serem desacreditadas, afinal nem elas mesma têm a certeza se foram violadas ou não.

Convém nesse ponto realizarmos um apontamento sobre as críticas feitas por Angela Davis²⁰ acerca dos estudos de Bronw Miller. Davis reconheceu a importância dos estudos da colega feminista naquele contexto em que a sociedade norte-americana estava vivendo, entretanto a ativista realiza uma forte crítica ao discurso racista presente na obra de Bronw Miller, alegando que os argumentos trazidos pela autora restauram o velho mito racista do estuprador negro, ao afirmar que homens de minorias étnicas são mais propensos a cometer violência sexual

²⁰DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016.

contra mulheres, reforçando a noção do negro bestializado e de compulsões animais. “(...) a representação dos homens negros como estupradores reforça o convite aberto do racismo para que os homens brancos se aproveitem sexualmente do corpo das mulheres negras”. (DAVIS, 1981, p. 184)

Apesar das colocações racistas de Bronwmler em seu livro segundo a crítica de Angela Davis, nos deteremos a contribuição da autora para este estudo. Bronwmler (1975) também trouxe o debate sobre o entendimento da sociedade acerca do que é o “estupro real”, pois segundo ela apenas o consideram real em casos onde a conjunção carnal é comprovadamente forçada, ocorrendo penetração vaginal, com claros sinais de violência, entendendo somente como violação aquela praticada com o pênis e excluindo qualquer outro tipo de ato, como por exemplo: a masturbação, o toque, o assédio e outras práticas sexuais.

Corroborando com essa ideia, Santos (2017) vai falar que para o estupro real, também existe a vítima perfeita,

Da vítima de estupro espera-se não apenas que a vítima resista bravamente às investidas do seu agressor, mas que, também, traga na pele marcas da violência sofrida como prova de sua tentativa de resistência quase heroica. Uma mulher ou menina que resiste e luta fisicamente contra a investida violenta de seu agressor cumpre corretamente o papel de vítima esperado pela sociedade. E, se, por desgraça, ela morrer tentando proteger a honra, então se cumpre completamente o quadro da vítima perfeita, sendo até considerada um exemplo de virtude a ser seguido. (p.18)

Nesse contexto, Bronwmler (1975) também faz uma crítica a máxima de que "nenhuma mulher pode ser estuprada contra sua vontade", pois parece implicar que se a mulher quiser ou for suficientemente ágil, ela pode escapar de uma situação de estupro, culpabilizando-a por sofrer a violência. Assim, vemos que os questionamentos sobre a veracidade de um estupro e o quanto as mulheres resistiram demonstram que prevalece o padrão de pensamento masculino e heteronormativo²¹ sobre sexo ao defender que: se não houve violência, não é estupro. Esse fato é expresso nas baixas notificações referentes aos crimes de estupro, pois as mulheres não acreditam que o que vivenciaram como estupro será entendido legalmente como tal tendendo a serem desacreditadas, principalmente se o agressor for alguém conhecido ou familiar. E assim, a cultura do estupro constrói e

²¹A noção de heteronormatividade é oriunda das obras de Gayle Rubin (1975) ao pensar a heterossexualidade dentro do sistema sexo/gênero e Adrienne Rich ([1980]1996) em famoso ensaio na qual defende a heterossexualidade como instituição/estrutura opressora.

sustenta o modelo da sexualidade masculina como agressiva. (CAMPOS et al, 2017)

A força do argumento de Brownmiller (1975) é justamente a de que a relação sexual pode ser violenta e não se configurar como um estupro, pois o que difere os dois não é a presença de violência, mas sim o consentimento dado para realizá-lo. Não há estupro se há liberdade da mulher na relação sexual. A autora afirma que a cultura do estupro ensina que os homens devem aproveitar toda e qualquer oportunidade de consumação sexual, e que na verdade, as mulheres que dizem 'não' apenas o dizem por que são ensinadas a negar na primeira vez, e que cabe aos homens 'transformar' aquele não em um sim.

Sobre essa questão, um estudo antropológico realizado por Machado (1998) com 09 (nove) apenados entre os anos de 1995 e 1996, na penitenciária da Papuda no Distrito Federal, analisou as modalidades de construção da virilidade a partir das falas de presos acusados e condenados por estupro, também propondo a noção de "transformismo" da ideia do estupro.

Se o não continua é porque a sua natureza viril, a sua capacidade de conquista é a que está em jogo. O esperado é que a mulher não diga não, porque este não poderia ser denunciador de sua virilidade. Daí a ambigüidade de ter uma relação sexual com mulher que não o queira e aí um dos fulcros para a construção das estratégias para se transformar o não em sim. (p.237)

O estudo também revela a existência da noção de virilidade a partir da macheza do homem, no qual este sente que pode possuir toda e qualquer mulher, com exceção das vinculadas por parentesco²² ou afinidade. Os apenados não consideram o estupro como algo tão grave, afirmam que é uma relação sexual como qualquer outra, afinal todo mundo faz sexo. Dos nove entrevistados apenas um não culpabilizou a mulher pelo estupro. Todos os entrevistados, exceto um, sabiam que a mulher não queria a relação sexual, mas pensavam que, ao final, ela queria. Os motivos que os levaram a cometer o crime variaram desde uso de drogas, álcool até a fraqueza sexual, alegando atos por impulso ou falta de controle.

A partir da década de 90, os movimentos e os estudos feministas estadunidenses apontaram novas preocupações. Apesar da intensa discussão sobre dominação, poder e uso da força entre desconhecidos nas décadas de 70 e 80, as

²²No entanto, esse discurso muda quando se trata das mulheres com quem eles têm parentesco (mãe, irmãs, tias), pois se estas forem forçadas sexualmente por outros serão consideradas violadas e o estupro passa então a ser pensado como desonroso.

feministas pautaram uma nova problemática que os estudos anteriores não deram conta, que foi a violência sexual cometida por conhecidos e o estupro marital. A partir dessa nova perspectiva, a questão da existência ou não do consentimento ganha mais visibilidade e favorece o entendimento que esse fenômeno é também uma questão política e social.

A esse respeito, a antropóloga e feminista Peggy Reeves Sanday inovou em seu livro *A woman scorned: acquaintance rape on trial*²³ (1997) ao falar sobre a cultura sexual americana e o ato do estupro cometido por alguém conhecido, identificando estereótipos sexuais que continuam a obstruir a justiça e a diminuir as mulheres, pois são ainda mais desacreditadas quando possuem algum tipo de parentesco com o agressor.

Ao revelar a banalização do estupro perpetuada pelas sociedades, as feministas contestaram a noção de que o estuprador não é só mais um homem degenerado ou que possui distúrbio mental. Ao contrário do que se pensava o estupro também pode ser cometido por pessoas comuns e consideradas normais, até mesmo por aqueles bem-sucedidos profissionalmente ou alguém de confiança para a sua família. Como afirma Campos (2017), “as feministas queriam demonstrar que o estupro não era um caso raro ou cometido por poucos homens, mas uma maneira pela qual os homens exerciam o poder.” (p. 986)

Em 1975, na I Conferência Internacional da Mulher, no México, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou os dez anos seguintes como a década da mulher. E como vimos, nesse período os estudos sobre gênero e suas interseccionalidades ganharam força, o movimento feminista norte-americano encabeçou os questionamentos sobre a influência do patriarcado na sexualidade feminina e, conseqüentemente, na construção social e cultural da mulher vítima de violência sexual. Feministas e ativistas passaram a denunciar o tratamento social e jurídico que essas mulheres recebiam, pois eram cada vez mais revitimizadas. (GARCIA, 2018)

No Brasil, em alusão as recomendações da ONU, realizou-se no Rio de Janeiro, na década de 70, uma semana de debates com o título “O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira”, promovido pelo Conselho Nacional da Mulher (CNM), liderado pela advogada Romy Medeiros. Segundo Pinto

²³ “Uma mulher desprezada : estupro por alguém conhecido em julgamento” (SANDAY, 1997)

(2004), esse evento foi pensado com esse título porque usar o nome “feminismo” assustava as pessoas, então escolheram um título explicativo e objetivo. Assim, a CNM e a organização do Movimento Feminino pela Anistia, formado por mulheres exiladas nos Estados Unidos e na Europa voltavam para o Brasil “trazendo uma nova forma de pensar sua condição de mulher, em que somente os papéis de mãe, companheira e esposa (submissa e dócil) não mais serviam”. (p.239)

Com o advento da redemocratização em 1985, o feminismo no Brasil reforçou a luta pelos direitos das mulheres, onde inúmeros grupos e coletivos do país discutiram uma gama muito ampla de temas, como: violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo, opções sexuais, dentre outros. Foi nesse período que houve a criação das primeiras Delegacias Especiais de Atendimento ou Defesa das Mulheres, nos âmbitos municipais e estaduais. (CAMPOS et al, 2017)

Ainda que nas décadas passadas as mulheres já denunciasses os casos de violência, principalmente doméstica e sexual cometida por conhecidos e desconhecidos, somente a partir dos anos 2000 para cá as denúncias passaram a ser das mais variadas formas, desde assédio sexual nas ruas, transportes públicos e campus universitários; exposição de material de foro íntimo nas redes sociais; até estupros coletivos e corretivos. Justamente depois de um caso de estupro coletivo ocorrido em 2016 no Rio de Janeiro, após uma menina de 16 anos ser violada e machucada por 33 homens, filmada, fotografada e exposta na internet, foi que o termo “cultura do estupro” ganhou visibilidade no país.

Esperava-se que a sociedade condenasse unanimemente os agressores, mas ao contrário do imaginado, um bombardeio de discursos culpabilizaram a vítima questionando a roupa que ela vestia, com quem a mesma se relacionava antes ou se estava alcoolizada ou drogada. Não se trata de um entendimento de que o estupro é em si grave, mas sobre como a vítima contribuiu para aquela situação ou não se esforçou o suficiente para evitá-lo.

Tal fato representa a cultura do estupro presente nas sociedades e se configura como basicamente a normalização de qualquer tipo de violência sexual contra a mulher. É uma cultura fomentada pela sociedade patriarcal, machista e misógina, que objetifica o corpo da mulher e transforma a violação em uma consequência aceitável, minimizando a real gravidade da situação. Segundo Engel (2017) “trata-se do compartilhamento de valores, crenças e práticas sobre os papéis

de gênero e sobre as interações sexuais que não só permite como também estrutura relações desiguais.” (p.11)

Para Campos et al (2017), a cultura do estupro no Brasil é além de tudo, uma herança histórica, principalmente quando falamos de mulheres negras. Os autores afirmam que,

A cultura do estupro no Brasil não pode ser desvinculada de nosso passado colonial e escravocrata. As mulheres negras, escravas, eram consideradas “coisas”, propriedades dos donos das fazendas e eram sistematicamente estupradas, além de sofrerem diversas outras violências. Eram responsabilizadas pelas mulheres brancas e pelos homens brancos pela suposta sedução do “senhor”. A hipersexualização das mulheres negras advém dessa criação para justificar o estupro. Assim, o sexismo e o racismo fundamentam a cultura do estupro no Brasil. Não é por outra razão que as mulheres negras são as que mais sofrem com a violência doméstica e sexual em nosso país. (p.989)

A cultura do estupro está presente no Brasil e precisa ser combatida diariamente. A culpabilização das vítimas por parte da sociedade, assim como, pelas próprias instituições tem papel significativo para a subnotificação da violência sexual contra mulheres hoje. Muitas delas têm receio do pré-julgamento, de serem desacreditadas, revitimizadas e não acolhidas, conseqüentemente, elas não enxergam as instituições e delegacias como uma rede de apoio.

Um estudo recente divulgado pelo *Fórum Brasileiro de Segurança Pública*²⁴ em 2016, feita através de dados do Datafolha teve como objetivo conhecer a percepção da população em relação às mulheres que são vítimas de violência sexual e a percepção sobre o atendimento às vítimas nas delegacias. Com relação a uma grande parcela da população considerar as próprias mulheres responsáveis por sofrer a violência sexual, a pesquisa mostrou que 42% dos homens concordam que mulheres que se dão ao respeito não são estupradas, enquanto 63% das mulheres discordam. Assim, vemos o comportamento da vítima ser questionado com base no que se entende serem as formas corretas de “ser mulher” e “ser homem” no mundo.

Já com relação a roupa que a vítima estava usando, os dados apontam que o número dos que concordam não varia entre homens e mulheres (30%), o que significa que, para 1/3 dos brasileiros, a mulher que é agredida sexualmente é, de

²⁴O universo da pesquisa é a população brasileira com 16 anos ou mais, sendo a amostra total de 3.625 entrevistas em 217 municípios de todos os portes. A coleta de dados foi realizada entre os dias 01 e 05 de agosto de 2016. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/01/FBSP_Policia_precisa_falar_estupro_2016.pdf>

alguma forma, culpada pela agressão sofrida se opta por usar certas peças de roupa. Apenas se encontra variação nos quesitos da idade e escolaridade, na qual das pessoas com 60 anos ou mais, 49% discordam e as pessoas com ensino superior, a discordância chegou a 82%.

Como afirmam Miklos e Evangelista (2017) sobre como combater e desconstruir a cultura do estupro, “existe um desafio que as novas experiências feministas pretendem encarar: a indiferença. Somos algozes e vítimas e sabemos disso. Os números nos indicam por onde começar a encará-la” (p.33) Como começar a enfrentar algo que às vezes está invisível? Sem dúvida, o fomento a uma educação libertadora e a mudança de práticas culturais que incentivem a equidade de gênero, o respeito às mulheres e as suas escolhas.

3 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste capítulo contextualizaremos o campo avaliação de políticas públicas, partindo para uma explanação da perspectiva avaliativa que melhor se adequou para este estudo, a avaliação em profundidade. A partir dessa perspectiva, discutiremos o contexto e conteúdo da formulação da Lei nº 12.845/13, no qual garante o atendimento obrigatório e imediato no Sistema Único de Saúde (SUS) a vítimas de violência sexual, assim como de legislações referentes à saúde reprodutiva e sexual da mulher, os marcos legais referentes ao tema e os caminhos da pesquisa, no qual descrevemos o percurso metodológico que optamos seguir. Estimamos construir uma reflexão sobre políticas públicas no sentido de pensá-las como um desafio diante dos dados da violência sexual contra as mulheres no cenário atual brasileiro.

Segundo Souza (2006), política pública é algo abstrato que pode ser comparado a uma “alma”, que para tomar forma precisa de um corpo. Assim, esta “toma forma” por meio de programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos, inovações tecnológicas e organizacionais, subsídios governamentais, dentre outros. O ciclo da política pública é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

No entanto, Costa e Castanhar (2003) alertam que o processo de avaliação deve ser contínuo e permanente, não se restringindo apenas ao final do

ciclo, pois o intuito é que a avaliação oriente os tomadores de decisão quanto à continuidade, a necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa.

A inclusão de uma determinada política pública na agenda governamental, segundo Silva e Silva (2008) advém da constatação do problema ou levantamento da demanda e a seleção das questões que irão compor essa agenda. A autora complementa afirmando que a elaboração das políticas públicas é um processo contraditório e não linear que envolve diferentes sujeitos orientados por diferentes racionalidades e movidos por diversos interesses, tendo como principais sujeitos desse processo: os movimentos sociais e outras organizações da sociedade; potenciais beneficiários dos programas sociais; os partidos políticos; os administradores e burocratas responsáveis pela administração dos programas sociais e o Judiciário responsável por garantir os direitos dos cidadãos.

Vemos que a construção das políticas públicas não é algo pragmático, inflexível ou prático, ao contrário, exige um intenso processo de análise e diálogo entre diversos setores, objetivando criar políticas efetivas e resolutivas.

Após décadas de formulação de políticas públicas, cada vez mais passou a ser cobrada a avaliação dessas políticas para fins de identificar sua resolutividade e eficiência. Isso vai ser visível no final do século XX, com as crises econômicas, sociais e políticas enfrentadas, principalmente a partir do final da década de 1970, onde o Estado passa a ser fortemente questionado tanto em suas funções quanto na real eficácia de suas ações interventoras na realidade social. (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008)

Em análise realizada por Derlien (2001), o autor vai trazer a distinção das três funções básicas atribuídas à avaliação. As três fases evolutivas presentes nos anos 1960 aos anos de 1990, que seriam: informação, realocação e legitimação.

Nos anos 1960, predominou a função de informação sobre a avaliação de políticas públicas, onde o foco era a melhoria dos programas, usando o mecanismo de feedback. Então, a avaliação era baseada nos seguintes questionamentos: a política funciona? Que efeito produz? Alcançou os objetivos programados (os efeitos desejados)? Quais consequências previstas, positivas ou negativas aparecem? Como se pode melhorar estas políticas?

A função (re)alocação foi predominante nos anos 1980, durante a segunda etapa de institucionalização, a qual estava claramente destinada a

promover uma alocação racional de recursos no processo orçamentário. Nesta fase os questionamentos dão ênfase na quantidade e não na qualidade das políticas. Quais programas podem ser mantidos a partir dos resultados negativos da avaliação? Quais são as consequências da privatização de determinadas atividades públicas?

Já durante a década de 1990, a tônica política na avaliação de políticas passa a ser a função de legitimação. Esse deslocamento, segundo Derlien (2001), corroborado por Faria (2005) teria sido causado por fatores político-econômicos específicos, havendo também uma mudança dos atores dominantes. Nesse caso, a avaliação dos programas está ligada ao contexto político, quando os avaliadores se convertem em auditores que privilegiam a medição dos resultados. E por apresentar um caráter iminente político, a avaliação vai incorporar uma dupla natureza: estudo da política (*of policy*) e para a política (*for policy*). (RAMOS; SCHABBACH, 2012) “Por um lado, ela representa a atividade acadêmica que objetiva um melhor entendimento do processo político; por outro, volta-se à solução de problemas sociais, sendo, portanto, aplicada.” (p. 1274)

No Brasil a expansão da demanda por avaliação de políticas públicas e programas sociais é registrada a partir da década de 1980 em face de forte pressão dos movimentos sociais que exigiam políticas sociais universalizadas como direito de cidadania (SILVA E SILVA, 2008). Cunha (2006) aponta como algumas razões para a demanda por avaliação de programas sociais no país: a crise fiscal brasileira; o aprofundamento da democracia, que trouxe novos atores sociais e reivindicações aos governos; a longa crise econômica brasileira que aumentou a desigualdade social e a busca pelos programas sociais do governo; a desestruturação da função de planejamento, que deixou os governantes sem elementos de informação e avaliação. Rodrigues (2008, p.08) traz outra razão não menos relevante,

Vale destacar, contudo, que a relevância dada ao tema a partir dos anos 1990 deveu-se, principalmente, à situação de dependência do país frente às agências financiadoras internacionais, como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento – BIRD e Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, que passaram a exigir, com mais critério, a elaboração de sistemas de monitoramento de avaliação dos projetos por eles financiados.

As estratégias de avaliação do BID e do BIRD seguem os padrões tradicionais de avaliação. Modelos positivistas, utilizando de abordagens lineares e

testes de hipóteses pela mensuração do objeto de estudo, limitando a avaliação à percepção dos resultados frente aos objetivos formulados ou sua eficácia, relação metas-resultados, relação custos-benefícios ou eficiência e avaliação de impactos (efetividade em relação ao proposto/previsto). (RODRIGUES, 2008)

Apesar das quatro décadas nas áreas de planejamento, acompanhamento e avaliação de políticas públicas existentes no Brasil, a mesma não está consolidada. Holanda (2006) argumenta que existe uma descontinuidade e dispersão nas tentativas de avaliar os programas sociais, pois os resultados não são sistematizados e documentados, e isso se deve ao fato de que os governos sempre deram mais ênfase ao processo de formulação de planos e elaboração de projetos, do que as etapas de acompanhamento e avaliação.

No entanto, de fato, nos últimos anos se tem observado um crescimento dos estudos da área de políticas públicas no Brasil. Conforme Arretche (2003) multiplicaram-se as dissertações e teses sobre temas relacionados às políticas governamentais; disciplinas de políticas públicas foram criadas ou inseridas nos programas de graduação e pós-graduação; surgiram linhas de pesquisa especialmente voltadas para essa área; instituíram-se agências de fomento à pesquisa, assim como linhas especiais de financiamento para a área.

Das diversas maneiras existentes de se fazer uma avaliação, a avaliação acadêmica “é mais formal e enfoca a efetividade das políticas, seus impactos e benefícios; por sua vez, a avaliação da implementação privilegia o exame de sua eficiência e eficácia.” (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p.1275).

A avaliação constitui-se na determinação de valor de uma atividade, programa ou política, um julgamento tão sistemático e objetivo quanto possível, efetuado por avaliadores internos ou externos. “Neste sentido, não existe possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação ou análise de políticas públicas possa ser apenas instrumental, técnica ou neutra.” (ARRETCHÉ, 1998, p.01) Ao incorporar aspectos qualitativos, não se pode tratar essa avaliação com o mero acompanhamento das ações governamentais.

Nesse contexto, percebemos que o propósito da avaliação é analisar as políticas públicas como expressão das contradições que perpassem o Estado e que se ampliam na sociedade civil pela via dos processos políticos de conflitos e lutas. O objeto da avaliação são os programas, os projetos e as políticas à luz das relações sociais, considerando todas as suas dimensões. É preciso uma construção

metodológica, sem modelos prontos. Assim, considerou-se um modelo crítico, reflexivo a partir dos dados em contexto nacional e local, situando o momento em que se insere a política de saúde e o funcionamento da rede de encaminhamento.

3.1 A perspectiva avaliativa: uma proposta de estudo em profundidade

Dos vários métodos de avaliação propostos²⁵ contra o paradigma avaliativo positivista, optamos por utilizar a perspectiva da avaliação em profundidade proposto por Rodrigues (2008), onde o sentido hermenêutico e interpretativo prevalece na pesquisa. A avaliação em profundidade exige uma análise com abordagens processuais, multidimensionais e interdisciplinares. Os dados quantitativos na proposta desta pesquisa são necessários, mas não são suficientes para dar conta da complexidade. “A proposta de uma avaliação em profundidade implica, ainda, considerá-la como extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, que por si só, coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa”. (p.11)

O aspecto essencial para a pesquisa em profundidade, segundo Rodrigues (2008) é o viés interpretativista que deve ser usado no lócus empírico como fonte de conhecimentos orientando os processos de implementação de programas, bem como sua avaliação. Assim, diversas técnicas e instrumentos devem ser utilizados, como: questionários em novos e diversos formatos; grupos focais que inovem em relação às propostas tradicionais; entrevistas de profundidade aliadas às observações de campo; análise de conteúdo do material institucional, dentre outros.

Segundo Cruz (2019) o diferencial da perspectiva em profundidade é o enfoque que se dá ao contexto da política, produzindo assim um estudo que articula análise e avaliação. O contexto engloba dados históricos, além de questões macroeconômicas, políticas, sociais e culturais e sua relação com a realidade local. Para isso é necessário entender como a política foi pensada e planejada, analisando as agendas de governo, os jogos políticos, o movimento entre as instâncias de poder, etc.

²⁵Avaliação de quarta geração proposto por Guba e Lincoln (2011); Abordagem experiencial de Lejano (2011); Avaliação a partir da dinâmica social de Silva (2008)

A escolha por essa perspectiva de avaliação se deu por acreditar que nos possibilitaria ampliar a compreensão analítica das contradições e dos limites existentes nas políticas de saúde que promovem o cuidado às mulheres vítimas de violência sexual. Para isso, Rodrigues (2008) traz alguns tópicos considerados essenciais para a efetivação de uma proposta de avaliação em profundidade de políticas públicas. Esta conta com quatro grandes eixos de análise: 1. conteúdo da política e/ou do programa, contemplando sua formulação, bases conceituais e coerência interna; 2. análise do contexto de formulação da política; 3 trajetória institucional de um programa e ; 4. espectro temporal e territorial.

A análise de conteúdo do programa deve ser realizada com atenção a formulação, levando em conta seus objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação, assim se faz necessário à análise do material institucional sob forma de leis, portarias, documentos internos, projetos, relatórios, atas de reuniões, fichas de acompanhamento, dados estatísticos e outros.

A análise de contexto da formulação da política deve ser realizada a partir de um levantamento de dados sobre o momento político e as condições socioeconômicas em que foi formulada a política em estudo, ressaltando a articulação entre as várias instâncias (local, regional, nacional internacional e transnacional). Já a dimensão da trajetória institucional, propõe perceber o grau de coerência/dispersão do programa ao longo do seu caminho pelas vias institucionais. Sendo necessária uma intensa pesquisa de campo, abordando diversos atores que participaram da construção da política, que conheçam as diversas nuances e as alterações sofridas pela política.

A quarta e última dimensão traz a análise do espectro temporal e territorial da política, pretendendo apreender a configuração temporal e territorial do percurso da política estudada, com o objetivo de confrontar as propostas/objetivos gerais da política. Vale ressaltar que esse estudo não pretende realizar as quatro dimensões propostas pela avaliação em profundidade, entendendo que um estudo dessa natureza exige um tempo maior, o que não é possível com o período do mestrado. Partindo disso, desenvolvemos esse estudo referenciado nesta perspectiva avaliativa, buscando contemplar os dois primeiros eixos da avaliação em profundidade: contexto e conteúdo.

3.2 Violência sexual e sua inserção na agenda das políticas públicas de saúde: contexto e conteúdo

Nos tópicos a seguir abordaremos aspectos do contexto de formulação das políticas referentes a saúde reprodutiva e sexual das mulheres, enquanto legislações fundamentais para a construção de políticas de prevenção e tratamento de agravos decorrentes da violência sexual. Também trataremos a análise do conteúdo e das bases conceituais, contemplando marcos legais referentes a violência sexual e as políticas de saúde. Estes eixos analíticos compõem a perspectiva da avaliação em profundidade, por meio da qual nos inspiramos para construirmos esse estudo.

Ao analisar políticas públicas e programas governamentais a partir da perspectiva de gênero, pretende-se ir além da identificação de políticas e programas que atendam a mulheres, embora a identificação de tais políticas seja um momento necessário da própria pesquisa. Ao adotar o conceito de gênero como referência para a análise, procurou-se chamar a atenção para a construção social e histórica do feminino e do masculino e para as relações sociais entre os sexos, marcadas em nossa sociedade.

3.3 Análise do contexto da política

A violência sexual é um fenômeno complexo que não pode ser abordado como um simples problema de esfera privada ou de relações interpessoais. É um problema social que exige para o seu enfrentamento ações públicas eficazes, prioritariamente, no âmbito da segurança, da saúde e do campo jurídico. Para fins desse estudo, consideramos importante neste tópico elencar aspectos que nos levam a entender o contexto em que os agravos decorrentes da violência sexual foram inseridos na formulação das políticas de saúde. Inicialmente, partiremos da contextualização do ingresso da temática da violência na agenda da saúde pública.

Segundo dados do relatório “Do compromisso a ação: Políticas para erradicar a violência contra as mulheres na América Latina e Caribe²⁶” (2016) das Organizações das Nações Unidas (ONU), uma em cada três mulheres já sofreu

²⁶Disponível em: http://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/womens_empowerment/del-compromiso-a-la-accion--políticas-para-erradicar-la-violenci.html

violência física ou sexual na vida, de maneira que vai desde morte, violência doméstica até intimidação e assédio no trabalho e na Internet. No ano de 2015, mais de 200 milhões de meninas foram sequestradas na Nigéria; mulheres iraquianas se tornaram escravas sexuais, meninas indianas foram violentadas e assassinadas; e a mutilação genital feminina provocou traumas emocionais e físicos em 133 milhões de meninas e mulheres. Em 2017 foram registrados 2.795 feminicídios no continente latino americano e caribenho, o Brasil lidera esta terrível lista com 1.133 vítimas confirmadas. (ONU, 2016)

A violência em geral nem sempre foi um tema de prioridade nos debates das agendas do setor saúde, seja na discussão técnica ou na implementação de políticas públicas. Somente na década de 90²⁷ a morbimortalidade e o fenômeno da violência ganhou visibilidade, fazendo com que Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) a reconhecessem como um problema de saúde pública. No ano 1997 a OMS realizou uma Assembleia Mundial com ministros de saúde de todos os países-membros da ONU, pesquisadores e especialistas. (MINAYO; SOUZA, 1998).

Como afirma o Ministério da Saúde (2002),

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil – na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação. (p. 08)

Apesar dos encontros e reuniões para discutir a temática ainda na década de 90, somente no ano de 2002 é que vai ser elaborado o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (WHO, 2002) onde o termo "causas externas", tradicionalmente usado para categorizar o tema na Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID), passa a ser substituído pela expressão "Violência e Saúde". Foram feitas análises detalhadas sobre vários aspectos da violência e seus impactos na saúde das populações, no relatório há uma série de recomendações para todos os

²⁷ Na década de 80, as mortes por acidentes e violências correspondiam à segunda maior causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, entendendo então que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. Essas mortes representavam cerca de 15% dos óbitos registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por, aproximadamente, 120 mil óbitos anuais. (BRASIL, 2012)

setores. Uma delas é de que cada país faça seu próprio diagnóstico e plano de ação.

Um dos tipos de violência abordada pelo relatório foi a violência sexual, dedicando um capítulo para explicar as suas diversas formas, os grupos mais atingidos, os grupos que praticam, também como prevenir e minimizar os seus efeitos na população. Chamamos atenção para o quesito "Respostas da Assistência à Saúde", onde o uso de protocolos e diretrizes pelos serviços de saúde iria aumentar significativamente a qualidade do tratamento e o apoio psicológico às vítimas. (WHO, 2002)

Vale ressaltar que quando a OMS divulgou esse relatório em 2002, o Ministério da Saúde já havia publicado, oficialmente em 2001 (Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001) um documento denominado "Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências" introduzindo uma proposta mais ou menos semelhante ao da OMS, no entanto, diferente do relatório internacional que trouxe a importância dos serviços de saúde estarem preparados e adequados para receberem mulheres vítimas de violência sexual; a política nacional brasileira criada não trouxe nada referente a isso.

Trazendo um panorama sobre as legislações e políticas públicas para o combate a violência de gênero no Brasil, bem antes de se falar em violência na agenda da saúde pública, o movimento feminista já cobrava do Estado ações de combate à violência contra a mulher. Em meados dos anos 1980 e início da década de 1990, passando pelo período democrático, a pressão das feministas aumentou cada vez mais.

Os eventos internacionais e nacionais foram essenciais para fomentar mais ainda a discussão sobre o tema. A Declaração de Viena (1993) foi o primeiro instrumento internacional a trazer a expressão "direitos humanos da mulher", preconizando em seu artigo 18²⁸ da Parte I que "*os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais*". Diante disso, o Brasil vai trazer esses conceitos na Constituição de 1988, em consonância com os acordos e tratados internacionais.

Nesse contexto, podemos destacar outro importante evento de alcance internacional, que foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a

²⁸Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html>>

Violência contra a Mulher, a Convenção de Belém do Pará²⁹, aprovada em 1994. A Convenção do Pará foi o único instrumento internacional voltado para abordar a violência de gênero assinada pelo Estado Brasileiro e que ratificou a Declaração de Viena, definindo a violência contra as mulheres como “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”.

A partir das recomendações internacionais, em meados dos anos 1980, foi criado o SOS Mulher por alguns grupos feministas nas cidades de São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, espaços não-governamentais de atendimento às vítimas de violência, que se tornaram os embriões das delegacias especializadas, criadas na década seguinte. (BASTERD, 2011) Com a criação do Conselho Estadual da Condição Feminina³⁰ (1983) e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), que exerceu papel crucial na mobilização das mulheres para elaboração da nova Constituição. (CORRÊA; ALVES, 2011), outros órgãos especializados começaram a serem criados como, as Delegacias Especiais em Atendimento às Mulheres (DEAMs), as Casas-Abrigo e os Centros de Referência da Mulher. A criação das DEAMs, no âmbito da política de Segurança Pública, a partir de 1985, está inserida no contexto de efetivação dos direitos das mulheres e no cumprimento das obrigações contraídas pelo Estado brasileiro perante os sistemas de proteção desses direitos. (BRASIL, 2010)

Sobre outros órgãos especializados tivemos os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAMs)³¹, que foram locais de acolhimento e acompanhamento psicológico e social a mulheres em situação de violência, que também forneciam orientação jurídica e encaminhamento para serviços médicos ou casas abrigo. Já as Casas Abrigo ofereciam asilo protegido e atendimento integral (psicossocial e jurídico) a mulheres em situação de violência doméstica

²⁹ A Convenção conceituou a violência contra as mulheres, reconhecendo-a como uma violação aos direitos humanos, estabelecendo deveres aos Estados signatários com o propósito de criar condições reais de rompimento com o ciclo de violência identificado contra mulheres em escala mundial http://www.unfpa.org.br/Arquivos/convencao_belem_do_para.pdf

³⁰ O Conselho foi constituído no ano de 1983 durante o regime militar e, desde então, sua principal tarefa tem sido a de mediação entre o movimento de mulheres e o governo estadual, no que se refere a luta pela eliminação da discriminação contra a mulher e na proposição de políticas públicas voltadas para o público feminino. (AMARAL, 2006)

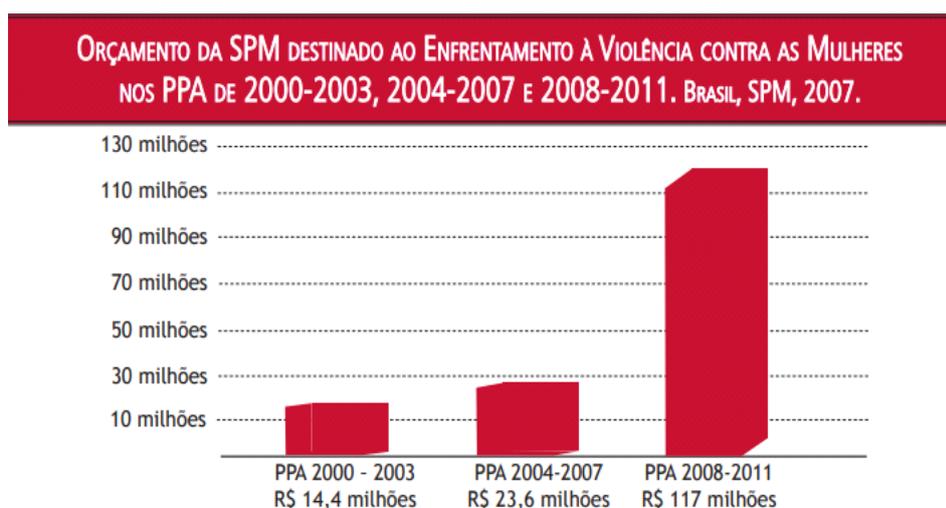
³¹ Até o ano de 2003, existiam apenas 17 CRAMs em âmbito nacional. Somente com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), os centros de referência ganharam mais representatividade no que tange à política nacional. Existiam 36 centros, em 2007, o número passou para 110 e, atualmente, 213 serviços estão implantados no país (BRASIL, 2011).

(acompanhadas ou não dos filhos) sob-risco de morte, variando o tempo de permanência em 90 a 180 dias.

Mesmo diante de todos esses novos mecanismos, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres não passavam de ações isoladas e gerais, com foco na criminalização, sem propor ações que prevenissem ou que pudessem intervir nos aspectos enraizados da sociedade patriarcal, referindo-se basicamente a Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. (OLIVEIRA, 2016).

Somente no governo Lula, em seu primeiro mandato, a agenda política vai trazer propostas de ações levando em consideração as especificidades de gênero e a elaboração de políticas públicas passa a ser voltada ao empoderamento das mulheres, que até então outros governos democráticos não haviam problematizado de maneira prioritária. De acordo com o orçamento Plurianual (PPA)³², os recursos investidos com foco nas políticas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres, passou por fortes mudanças ao longo do três mandatos do governo petista.

Figura 1 – Orçamento da SPM Destinado ao enfrentamento à violência contra as mulheres nos PPA de 2000-2003, 2004-2007 e 2008-2011



Fonte: SPM, 2007

³²Instrumento de planejamento do Governo Federal que estabelece diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal, para a implementação de programas e ações.

Percebemos um aumento significativo (812% de 2000 a 2011) na alocação de recursos do último quadriênio. O orçamento de R\$ 117 milhões possibilitou a SPM rever suas prioridades de ação e readequar a programação levando-se em conta o novo patamar de intervenção na sociedade brasileira. Esse alto investimento ocorreu devido ao lançamento, em 2007, do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, na abertura da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.

No segundo mandato de Lula (2006-2010) passou haver uma articulação mais convergente entre os objetivos macroeconômicos e sociais, o crescimento econômico ganhou destaque. Esse movimento foi benéfico para o mundo do trabalho e para as contas públicas, abrindo maior espaço para a ampliação do gasto social, no sentido de construir uma nova estratégia de proteção social baseada no desenvolvimento econômico com estabilidade, distribuição da renda e convergência entre as ações universais e focalizadas. (FAGNANI, 2011)

Assim, foram criados mais programas e recursos no âmbito da Secretaria de Políticas para Mulheres, além da responsabilidade de coordenar o monitoramento e o cumprimento das metas do Pacto, a definição e a avaliação das estratégias.

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres nasceu da decisão do Governo Lula de estabelecer quatro prioridades para o segundo mandato presidencial: o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci) e a construção de uma agenda social integrada por todos os ministérios da área social, empresas e bancos públicos. (BRASIL, 2007, p. 11)

O governo de Dilma Roussef (2011- 2016) manteve o mesmo foco do governo Lula, no sentido de priorizar os investimentos em programas sociais relacionados a questões de gênero. Em 2013, o governo lançou o Programa “Mulher, Viver sem Violência³³” com o objetivo de integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, articulando atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. A iniciativa foi

³³Em 2011, é realizada uma repactuação das políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres nos Estados mediante a atualização do Pacto de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Assim, nos anos de 2013 e 2014, os estados reafirmaram o compromisso com o Pacto e assinaram o termo de adesão ao “Programa Mulher: Viver sem Violência”.

transformada em programa de governo por meio do Decreto nº. 8.086, de 30 de agosto de 2013³⁴.

O reconhecimento da violência contra a mulher como questão de interesse público, mesmo que de maneira incipiente, possibilitou a criação de novos marcos legais e a implementação de programas e ações governamentais coordenadas envolvendo estados e municípios na prevenção e no enfrentamento à violência doméstica e sexual.

3.4 Contextualizando os direitos sexuais e reprodutivos

Sabendo que os agravos decorrentes da violência sexual impactam diretamente na saúde das vítimas, iremos trabalhar o contexto da criação das políticas de saúde para as mulheres, como elas se transformaram ao longo das décadas e de que forma vêm sendo desenvolvidas no combate aos desfechos negativos pós-violência sexual.

Até a década de 1970, a saúde da mulher era vista apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe. Como afirma o Ministério da Saúde (2004),

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (p. 15)

No entanto, com a chegada do período de redemocratização, com o fomento das conferências internacionais e com a articulação de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, passou-se a defender uma rede de serviços de saúde baseado em um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher. Em 1984 se instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que representou um marco histórico das políticas públicas voltadas às mulheres, pois passou a se pensar na integralidade do sujeito, não somente em seus aspectos biológicos, mas também em seus aspectos

³⁴ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8086.htm

sociais e subjetivos. (MEDEIROS; GARESCHI, 2009)

Com a proposta de um sistema de saúde unificado, o processo de implantação e implementação do PAISM no período de 84 a 89 e na década de 90, recebeu as características de uma nova política de saúde, através da municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica.

Com relação ao contexto político em que a criação do PAISM está inserida, Osio (1998) trouxe uma análise sobre qual a real intenção da criação do programa, pois o mesmo foi apresentado pelo Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, em seu depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado que investigava o crescimento populacional naquela época. A proposta levada pelo ministro à CPI contava com a colaboração de comissão constituída por três médicos e uma socióloga: Ana Maria Costa, da equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

É interessante destacar que a composição dessa comissão já parecia indicar o percurso político que o programa iria propor. Ao incluir duas mulheres, preparava-se a aproximação com o movimento feminista que estava com fortes reivindicações. A formação delas também se relacionava à intenção do governo vencer possíveis oposições ao programa: uma socióloga, portanto alguém não médico, e uma médica sanitária vinculada movimento de mulheres, o que lhe conferia um caráter diferenciado em relação ao chamado poder médico masculino.

Nesse contexto, o PAISM acabou sendo pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da integralidade à saúde, e não somente em ações isoladas baseadas em planejamento familiar. A partir disso, os movimentos de mulheres passaram a lutar por sua implementação, logo levaram a ideia para as conferências no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. (OSIO, 1998)

Apesar de inovador, alguns setores da sociedade (grupos de mulheres, partidos políticos, membros do setor acadêmico em geral e da categoria médica) questionaram a integralidade e universalidade do programa, afirmando que seus objetivos não abrangiam a integralidade, pois continuava reforçando a visão amplamente já difundida na sociedade, de que a mulher é apenas reprodutora.

(IDEM)

A década de 90 foi um grande divisor de águas na formulação das novas políticas para mulheres. Com a redemocratização e a aproximação da sociedade civil com o Estado, mulheres participantes do movimento tomaram posse em cargos públicos e políticos (vereadoras, deputadas e senadoras), o que facilitou para que mais políticas fossem articuladas pensando na mulher. (ROSTAGNOL, 2001)

As conferências internacionais das Nações Unidas nessa mesma década foram as maiores responsáveis por inserir a pauta das mulheres na agenda política internacional. A partir daí, as ONGs de mulheres saíram do enfrentamento direto para o campo das negociações, pois os formuladores e incentivadores das políticas perceberam que recorrer às mulheres organizadas seria a melhor opção, já que eram as únicas que já estavam avançadas na reflexão a esse respeito. Como afirma Rostagnol (2001),

A internacionalização do cenário desses embates está ligada à gradual profissionalização nos movimentos de mulheres. Os processos de Cairo e Beijing exigiram o aprendizado do que é conchavo e negociação. Isso teve como consequência, entre outras, uma elitização do movimento. As mulheres que estavam mais a par dos temas em discussão e que também conheciam as regras da negociação e do *lobby*, passaram a ser aquelas com maiores possibilidades de tomar decisões e definir objetivos. (p. 84)

O autor ainda complementa afirmando que a partir dos debates nas conferências, os temas relacionados a gênero e a saúde sexual e reprodutiva saíram do meio acadêmico e dos encontros feministas para serem legitimados nas agendas políticas. “Ambos são conceitos escorregadios, símbolos instáveis cujo conteúdo é definido contextualmente e de acordo com quem o enuncia.” (p. 85) A partir daqui vemos que o termo planejamento familiar passa a ser substituído por saúde reprodutiva na agenda das políticas públicas.

A concepção de saúde reprodutiva foi adotada pela Organização Mundial de Saúde em 1988, com o objetivo de que a terminologia não fosse pensada apenas para programas voltados à reprodução humana, mas que fossem incorporadas novas dimensões que não estivessem restritas ao planejamento familiar, mas pudessem responder a outras necessidades como o pré-natal, parto, puerpério, aborto, doenças ginecológicas, etc. Com relação à saúde sexual, em 1994 no Cairo, esta foi reforçada com um meio para expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e

discriminação, possibilitando ter uma vida sexual agradável e segura, baseada na auto-estima. (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, S/D)

Partindo disso e reconhecendo que a violência sexual afeta substancialmente o processo saúde-doença das mulheres, políticas de saúde foram desenvolvidas baseadas em recomendações, diretrizes e ferramentas programáticas para melhorar a resposta à violência sexual, pois esta pode acarretar diversos danos a saúde tanto imediatamente após o evento quanto a médio e longo prazo. Mas, para além do atendimento clínico, as políticas de saúde devem promover um atendimento visando diminuir os agravos decorrentes dessa violência.

Para enfrentar a violência sexual, e de gênero como um todo, não basta normatizar procedimentos. Imprescindível é falar sobre o tema, procurando afinar conhecimentos com marcos políticos nacionais e internacionais vigentes e com as estratégias e as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres adotadas pelo país. Em outras palavras, o processo de acolhimento e orientação profissional tem de ser livre de julgamentos ou valores morais. Desse modo, relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas também por parte dos profissionais é essencial. (BRASIL, 2012)

Ao longo da década de 90 a atenção às mulheres em situação de violência vai apresentar uma tendência progressiva de expansão, ainda que os serviços estivessem concentrados nas capitais e regiões metropolitanas. Em 1999, 17 serviços hospitalares estavam preparados para atender às mulheres vítimas de estupro. Em 2002 esse número chega a 82, sendo que o aborto pós-estupro era realizado em 44. Observa-se maior investimento dos gestores na rede, porém, apesar dos esforços, a maior parte das mulheres agredidas ainda não tinha acesso a esse tipo de atenção. (BRASIL, 2002a)

O hospital pioneiro a prestar serviços de atendimento a vítimas de violência sexual foi o Hospital Municipal do Jabaquara, em 1990, na cidade de São Paulo. Até 1994, o mesmo foi o único³⁵ hospital público a realizar a interrupção da gravidez no país. No entanto, a ampliação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência ocorre somente a partir de 1999, quando o Ministério da Saúde edita a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. (CASTANHEIRA, 2000)

³⁵Nesse período, em decorrência das recomendações dos órgãos internacionais, onde o Brasil já era um país signatário, os países deveriam garantir a assistência ao abortamento nos casos previstos em lei, assim em 1994 mais um serviço é organizado na cidade de São Paulo, dentro do Hospital Estadual Pérola Byington.

Segundo Villela e Lago (2007) apesar dos avanços que a norma técnica trouxe para a garantia de acesso as mulheres vítimas de violência sexual, o atendimento integral e de qualidade ainda representa um desafio, pois a ampliação dos serviços seguindo as orientações do Ministério da Saúde depende da vontade política do gestor local que tem receio de perder votos ou apoio político de setores mais conservadores da sociedade, já que envolve significações morais, éticas e religiosas como a violação do corpo das mulheres e a prática do aborto.

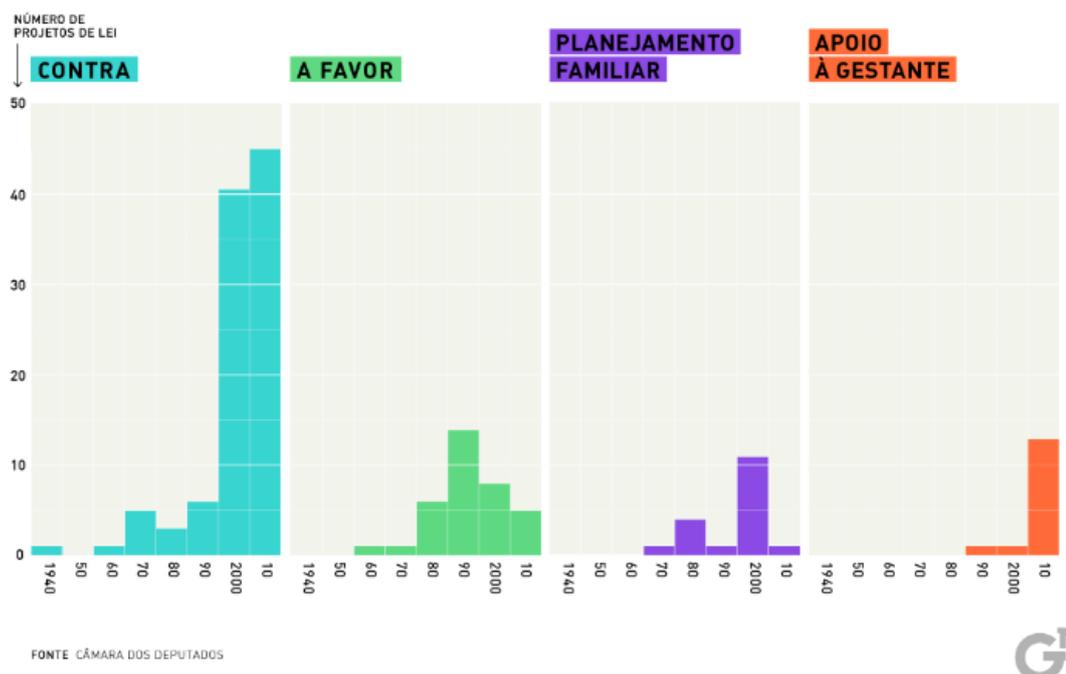
Entre os anos 2003 e 2007, o Fórum Interprofissional de Atenção a Violência Sexual e Aborto Legal e o movimento de mulheres se consolidaram como parceiros e críticos do Ministério da Saúde. A principal crítica era a ambiguidade do Estado brasileiro face ao seu caráter laico e frente às pressões religiosas diante dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres. (ADESSE; MONTEIRO, 2007; VILLELA; LAGO, 2007; MENEZES; AQUINO, 2009)

Com a nova agenda política do governo Bolsonaro, voltadas para a manutenção da família, contra o aborto, o futuro das políticas públicas de saúde para essas vítimas e o avanço dos aspectos que precisam ser aprimorados, é incerto. Atualmente vivemos sob o ataque constante aos direitos sexuais e reprodutivos. Segundo o levantamento feito pelo site jornalístico Gênero e Número³⁶, nunca tantos projeto de lei, direta ou indiretamente relacionados ao aborto, foram criados como em 2019 e nunca tantos foram contrários à legalização da interrupção da gravidez. Desde fevereiro do mesmo ano, 28 propostas mencionaram a palavra aborto, sendo que 43% têm como objetivo restringir os direitos á interrupção voluntária da gravidez. Dos parlamentares que apresentaram os projetos de lei 80 % são homens, ou seja, homens estão legislando sobre o corpo das mulheres.

Outro levantamento realizado pelo mesmo site, no período entre 1949 a agosto de 2019 foi apresentado 275 propostas mencionando a palavra aborto. Na figura abaixo, podemos ver os tipos de projeto de lei propostos, a quantidade e o ano.

³⁶Ver: <http://www.generonumero.media/projetos-de-lei-contrarios-ao-aborto-na-camara-dos-deputados-batem-recorde-em-2019/>

Figura 2 - Direitos sexuais e reprodutivos nos projetos de lei



Podemos perceber que os projetos de lei contra a legalização do aborto foram as que mais cresceram. Consequentemente, as favoráveis diminuíram, tendo um pico de crescimento apenas na década de 90, como vimos foi o período em que os debates sobre o tema se fortaleceram. O planejamento familiar teve um crescimento nos anos 2000, mas logo decresceu significativamente, isso se deu pelo avanço das lideranças evangélicas em espaços institucionais, principalmente no Congresso Nacional. O apoio a gestante foi o único que somente cresceu.

A presença de mais representantes legislando contra o direito e autonomia das mulheres vem acompanhada da agenda política conservadora que se fortaleceu desde 2015 e vem se consolidando com o início do governo Bolsonaro.

Sempre escutamos como argumentos mais recorrentes contra a descriminalização do aborto, a prevenção a partir da responsabilização individual de cada mulher. A discussão dos que são contra o aborto está centralizada na escolha de um método contraceptivo, no entanto, dados do MUNIC³⁷ (Perfil dos municípios brasileiros) apontam que isso não é tão simples como se imagina, pois apenas nove capitais brasileiras oferecem todos³⁸ os métodos contraceptivos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), determinada pelo

³⁷Ver em: <https://cidades.ibge.gov.br/>

³⁸Preservativo masculino e feminino, pílula anticoncepcional e injetável, pílula do dia seguinte, diafragma e dispositivo intrauterino (DIU)

Ministério da Saúde. Por exemplo, cidade de Fortaleza não oferece o diafragma nos serviços de saúde.

Dos métodos existentes, o DIU³⁹ é hoje um dos mais comuns e mais utilizados pelas mulheres brasileiras nos últimos anos. Porém, 09⁴⁰ capitais ainda não fornecem ou não inserem o dispositivo nos serviços de atenção básica de saúde. Então como podemos pensar em políticas de saúde preventivas se não é ofertado o básico? Com relação ao planejamento familiar em nosso estudo, a partir da análise dos prontuários e da leitura dos registros da equipe, vimos que das 10 participantes, duas colocaram o DIU no mesmo dia da interrupção, 05 relataram interesse em colocar o DIU após o procedimento e 03 não colocaram ou não demonstraram interesse pelo planejamento familiar.

A assistência ao planejamento reprodutivo necessita de insumos e infraestrutura para garantir a oferta de cuidados aos usuários, pois não é somente a soma de ações de aconselhamento, atividade educativa e atividade clínica; ele é um processo de cuidado que visa garantir a homens e mulheres o seu direito de decidir quando e quantos filhos querem ter.

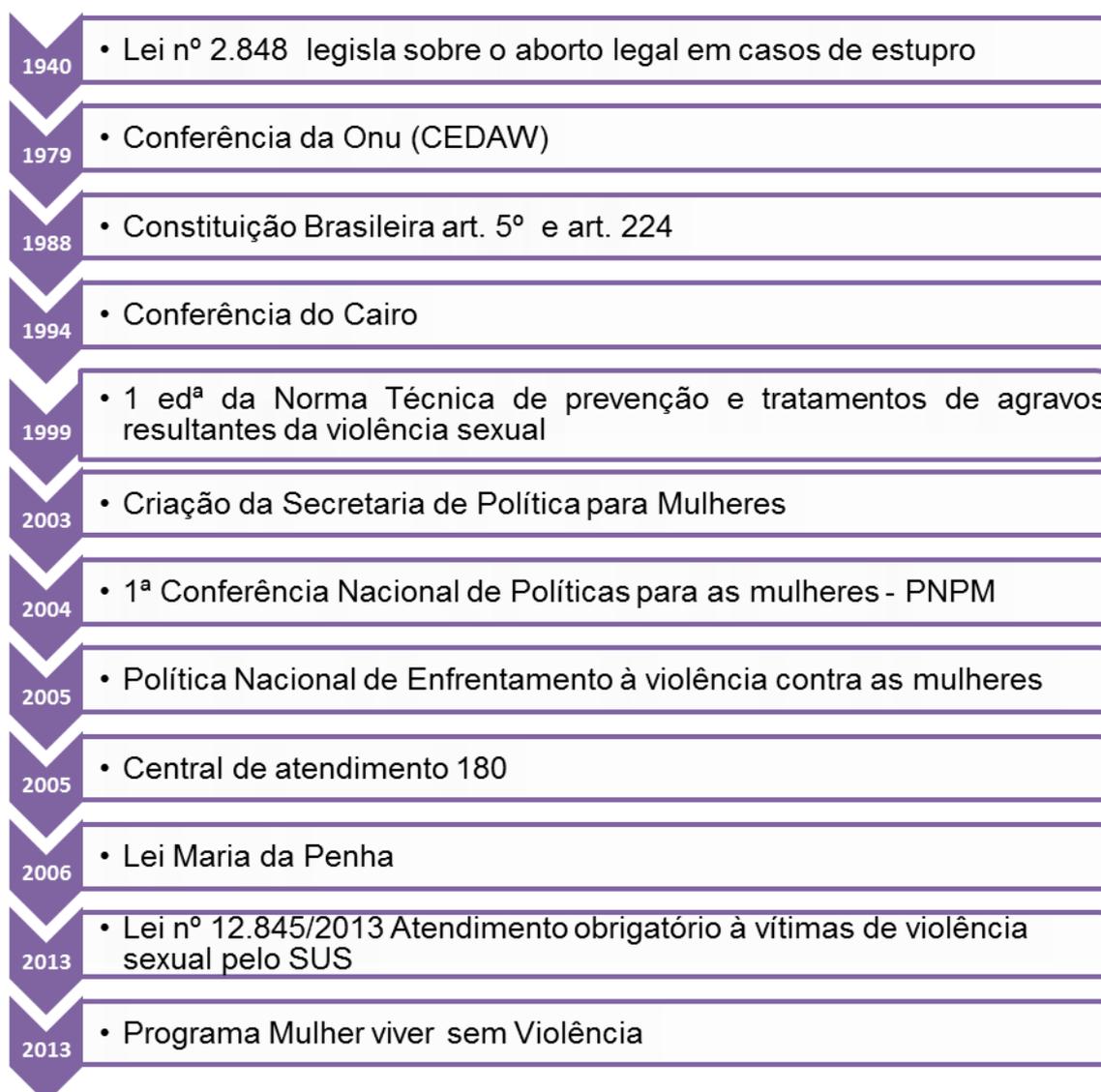
3.5 Análise do conteúdo e das bases conceituais

Partimos para a análise do conteúdo e das bases conceituais que norteiam a formulação de leis e políticas de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual. Inicialmente, perpassaremos pelas leis nacionais relacionadas saúde da mulher, ao estupro, ao aborto legal, até chegar às políticas municipais de Fortaleza, buscando compreender como se desenvolveu essa base legal. Na figura abaixo vemos alguns marcos referentes à violência sexual na legislação brasileira.

³⁹Manaus (AM), Brasília (DF), Vitória (ES), Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ), Porto Alegre (RS), Natal (RN), Florianópolis (SC) e Palmas (TO) são as únicas capitais brasileiras que permitem acesso a todos esses métodos ainda nos seus programas de planejamento familiar. Ver: <http://www.generonumero.media/capitais-metodos-contraceptivos-sus-falha-diu/>

⁴⁰ Boa vista (AC), Macapá (AM), Belém (PA), São Luís (MA), Teresina (PI), Maceió(AL), Porto Velho (RR), Cuiabá (MT) e Campo Grande (MS) .

Figura 3 - Alguns marcos legais referentes a violência sexual no âmbito federal



FONTE: próprio autor (2020)

No Código Penal Brasileiro, os crimes de violência sexual são tratados no título VI dos “crimes contra a dignidade sexual”, que foram definidos pela Lei 12.015/2009, dividida nos capítulos I: *que trata dos crimes contra a liberdade sexual*, e II: *que dispõe sobre os crimes sexuais contra vulnerável*. Também houve uma importante alteração do código penal sobre as questões de crimes sexuais, no qual atos libidinosos e atentados violentos ao pudor passaram a configurar crime de estupro.

É importante ressaltar que antes o Código Penal denominava o Título VI como “crimes contra os costumes”, porém com a nova lei o nome mudou para “crimes contra a dignidade sexual”, pois se entendeu que os crimes descritos no

Título VI não atentavam apenas contra a moralidade pública ou coletiva, mas sim contra a dignidade e a liberdade sexual das vítimas. No ano de 2018 houve outra alteração sobre os crimes contra a dignidade sexual através da Lei 13.718/18. A principal alteração trazida pela lei foi a de tipificar como crime⁴¹: importunação sexual; divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia; define como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo.

Com relação ao aborto legal, sabemos que a primeira legislação referente a estupro e política de saúde está relacionada à Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940, art.128 onde o aborto legal foi permitido em caso de gravidez resultante de estupro. Décadas se passaram e somente vamos ter uma legislação referente a saúde da mulher no início da década de 80 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984.

O PAISM tinha como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades a partir do perfil populacional das mulheres. (BRASIL, 1984).

Nesse período, os organismos internacionais realizam vários encontros na esteira da redemocratização. A Conferência da Mulher, no México (1975), em Copenhague (1980) e em Nairobi (1985), A Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher da Organização das Nações Unidas, conhecida por CEDAW (1984); a Declaração de Viena(1993), Conferência do Cairo (1994) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher da Organização dos Estados Americanos (1995), conhecida como Convenção de Belém do Pará, asseguraram os direitos das mulheres, atribuindo os deveres aos Estados signatários. (PIOVESAN, 2006).

Posteriormente, na década de 90, a elaboração da norma técnica marca

⁴¹Uma das causas para essa medida foi devido aos casos de assédio em coletivos e transportes públicos, pois *não havia solução jurídica capaz de responder de forma proporcional à gravidade do fato*: ou se considerava a conduta como estupro ou importunação ofensiva ao pudor, mas que não fornecia uma resposta penal à altura da gravidade do fato, já que havia previsão somente de pena de multa.

mais um avanço nas políticas públicas para as mulheres. “Reconhece, assim, a violência sexual como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública, pautando-se, para tanto, pelos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário”. (BRASIL, 2012, p.9). O documento teve a 1ª edição lançada em 1999, depois reimpressa em 2005 e posteriormente, atualizada e ampliada em 2012.

A norma técnica, resultado de um esforço coletivo de diferentes setores da sociedade, tem sido um instrumento fundamental para que o tema da violência sexual seja definitivamente incorporado pelo setor saúde e para que a sociedade começasse a discutir a questão do aborto de um modo mais amplo. (VILLELA; LAGO, 2007, p. 473)

Ao longo das três edições algumas mudanças ocorreram e novas medidas foram inseridas de acordo com as reivindicações da sociedade e das vivências dos serviços de saúde. A primeira norma técnica de 1999 é um documento com um pouco mais de 20 páginas que aborda de maneira bem objetiva as orientações de atendimento, bem como os procedimentos preventivos a serem adotados na rede pública de saúde quando da identificação de casos de violência sexual e das medidas para os casos de gravidez em decorrência do estupro.

Já a norma técnica de 2005 foi mais elaborada em um documento com mais de 70 páginas abordando novos aspectos, como: aspectos éticos e legais; apoio psicossocial; humanização do atendimento; violência sexual em mulheres que fazem sexo com mulheres; avaliação de riscos; encaminhamentos; profilaxia e anticoncepção de emergência. Com relação ao aborto legal, adicionaram: alternativas frente à gravidez decorrente de violência sexual; aspectos legais; consentimento e objeção de consciência, além de uma extensa orientação sobre várias questões relacionadas ao procedimento de interrupção.

Ressaltamos que nesse mesmo período, criou-se a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres⁴² da Presidência da República em 2003 e no ano de 2004 realizou-se a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, tornando-se um marco na afirmação de direitos. Com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram se solidificando. A política foi ampliada no sentido de promover a criação de novos serviços, através da definição de ações e estratégias de gestão e

⁴²Vale ressaltar, que no governo ilegítimo de Michel Temer (2016-2018), houve um retrocesso em relação a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres que deixou de ter caráter de ministério e foi subordinada ao Ministério da Justiça.

monitoramento; e por meio da elaboração de conceitos, diretrizes, normas relativas à temática, tendo como um de seus frutos o surgimento da Política Nacional⁴³ de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em 2011. (BRASIL, 2011)

Passado quase uma década, a norma técnica passa por outra atualização em 2012 com a participação da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, das Secretarias de Segurança Pública e das Polícias Civis das Unidades Federadas, bem como de especialistas na temática da violência de gênero e de diferentes organizações não-governamentais, não tiveram muitas mudanças significativas, com um pouco mais de 120 páginas o documento traz uma contextualização mais elaborada, partindo do enfoque de gênero, entendendo os desequilíbrios de gênero que se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. “Determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte (OPAS, 2000).”

Não podemos deixar de citar um grande marco no combate a violência contra a mulher que foi a Lei Maria da Penha (11.340/06), na qual traz no seu texto a violência sexual como,

qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2006)

Para além da Lei Maria da Penha, a violência contra as mulheres se tornou objeto de muitos outros instrumentos normativos no país. Podemos destacar: a Lei nº 12.015/09, que dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual; Decreto nº 7.393/10 regulamente sobre o funcionamento do Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher; Resolução nº 1/14 estabelece a criação da Comissão Permanente Mista de Combate à Violência contra a Mulher do Congresso Nacional;

⁴³O conceito central da política é a integração dos serviços nas áreas de saúde, segurança, educação, assistência social, cultura e justiça, de forma a permitir às mulheres romperem com o ciclo da violência. Assim, houve a criação de novos serviços como os Centros de Referência, as Defensorias da Mulher, com o objetivo de colocar as novas diretrizes em prática, construindo uma rede de atendimento para assistência às mulheres, em todo o país. (BRASIL, 2011)

A Lei 13.104/2015⁴⁴ prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio incluindo-o no rol dos crimes hediondos.

O ano de 2013 foi um período de efervescência legislativa dando maior visibilidade ao tema do enfrentamento à violência sexual como uma prioridade do Estado brasileiro. Em 2013 foi instituído o Decreto nº 7.958/13, estabelecendo diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde e; posteriormente em agosto, foi sancionada a Lei nº 12.845/13, no qual garante o atendimento obrigatório e imediato no Sistema Único de Saúde (SUS) a vítimas de violência sexual, onde todos os hospitais da rede pública são obrigados a oferecer, amparo médico, psicológico e social imediato, assim como, atendimento emergencial, integral e multidisciplinar.(BRASIL, 2013)

A Lei nº 12.845/2013 é resultado da atuação conjunta da sociedade civil, poder executivo e o legislativo para uniformizar o trabalho desenvolvido na área de saúde pública. O referido diploma legal dispõe sobre o atendimento obrigatório, integral e imediato de pessoas em situação de violência em todos os hospitais integrantes da rede SUS. [...] O atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde dispensa a apresentação do Boletim de Ocorrência (BO). Entretanto, cabe às instituições de saúde, conforme a Lei nº 12.845/2013, Art. 3º, III, estimular o registro da ocorrência e os demais trâmites legais para encaminhamento aos órgãos de medicina legal, no sentido de diminuir a impunidade dos(as) autores(as) de agressão. (BRASIL, 2012, p. 16)

Concomitante, o governo federal lançou o Programa Mulher: Viver sem Violência, onde 18 estados assinaram o termo de adesão por meio de ato público. O Programa está estruturado nos seguintes eixos:

- a) Implementação da Casa da Mulher Brasileira;
- b) Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180
- c) Organização e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual;
- d) Implantação e Manutenção dos Centros de Atendimento às Mulheres nas regiões de fronteira seca;
- e) Campanhas continuadas de conscientização;
- f) Unidades Móveis para atendimento a mulheres em situação de violência no campo e na floresta;

⁴⁴Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

Vemos que uma das prioridades do programa é implantar a Casa da Mulher Brasileira⁴⁵, um espaço com serviços de delegacia especializada, juizados e varas, defensorias, promotorias, equipe psicossocial e orientação ao emprego e renda.

Em 2015 o MS divulgou mais uma norma técnica, dessa vez sobre a atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. A realização do registro de informações e da coleta de vestígios no momento do atendimento em saúde contribui para a humanização da atenção e, em especial, para o combate à impunidade, considerando a oportunidade de sua realização nas primeiras horas após a violência.

4 NAS (ENTRE)LINHAS DO PERCURSO: aspectos metodológicos e as apreensões do campo de pesquisa

Caminhar em direção ao vivido significa reinterpretar nossas próprias ações, o que exige rigor teórico e delineamento metodológico. Como afirma Damasceno (2005), a realidade pode ser investigada de diversas formas e níveis, precisamos somente usar as ferramentas adequadas. “A tarefa fundamental da investigação é precisamente desocultar a estrutura da realidade, atingir a essência do fato estudado”. (p. 46)

Tendo como propósito avaliar um serviço público de saúde que atende mulheres vítimas de violência sexual, como procedimentos metodológicos iniciais optamos por realizar um estudo documental e de campo, abrangendo nuances quantitativas e qualitativas. Na vertente qualitativa, com tipologia descritiva, o rigor da pesquisa ocorre mediante a organização de meios coerentes e pertinentes para obtenção dos dados. A principal vantagem deste método encontra-se na oportunidade de explorar pressupostos que interferem na nossa compreensão do

⁴⁵Em 2013, o então governador Cid Gomes assinou o termo de adesão ao programa. A meta era construir as 27 Casas das Mulheres, no entanto, em 2016 apenas 02 Casas estavam funcionando e 06 estavam sendo construídas ou em processo de licitação. Na capital Fortaleza, a Casa da Mulher Brasileira é sede da Delegacia de Defesa da Mulher (DDM). A Casa também integra, no mesmo espaço, serviços de acolhimento e triagem, apoio psicossocial, serviço de promoção de autonomia econômica, espaço de cuidado para crianças (brinquedoteca), alojamento de passagem e central de transportes.

mundo social, sendo particularmente adequada para áreas, temas ou problemas que não são bem conhecidos ou sem respostas apropriadas. (FLICK, 2009)

No que se refere à vertente da pesquisa quantitativa, entendemos que os dados ajudaram no estabelecimento de parâmetros para a análise do fenômeno a ser estudado, propondo uma análise descritiva das informações coletadas, utilizando o programa de tabulação de dados Excel.

4.1 Conhecendo o Programa Superando Barreiras

Neste tópico iremos apresentar o histórico do programa Superando Barreiras e como se deu a sua idealização e implementação na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Como vimos no capítulo de contextualização das políticas públicas para mulheres, o Ministério da Saúde lançou em 2005 uma norma técnica⁴⁶ baseada nas ações pretendidas pelo PNAISM, abrangendo as normas de atendimento e de apoio psicossocial a mulheres vítimas de violência sexual, bem como os procedimentos profiláticos a serem adotados nos serviços públicos de saúde do país. No ano de 2006 o Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP) juntamente com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), avaliaram a aplicação das normas técnicas em diversos serviços brasileiros (1395 serviços avaliados). A pesquisa avaliativa mostrou que nesse mesmo ano existiam muitos hospitais (>1000) que prestavam atendimento às mulheres que sofriam violência sexual, mas poucos seguiam o protocolo do Ministério da Saúde. (FAUNDES, 2014)

Ainda segundo Faúndes (2014), os serviços de saúde que não aderiram ao atendimento às vítimas de violência sexual alegaram haver barreiras que impediam a organização dos atendimentos, sobretudo quando se tratava de aborto legal, sendo estas: as unidades do setor público não provêm serviços de aborto como estabelece a lei; os medicamentos para aborto médico não estão disponíveis; e os médicos se negavam a fazer abortos. Além disso, também existiam as barreiras administrativas: exigência de autorização judicial; laudo do Instituto Médico Legal;

⁴⁶A Norma Técnica "PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES" explica em detalhes todas as medidas a serem seguidas pelos profissionais de saúde para garantir o pleno atendimento às vítimas de violência sexual. O documento teve a 1ª edição lançada em 1999, depois reimpressa em 2005 e posteriormente, atualizada e ampliada em 2012.

boletim de ocorrência policial; e aprovação de Comissão do Serviço.

Diante das dificuldades apresentadas, o Cemicamp identificou que era necessário algo mais concreto para a implantação e execução das recomendações do MS. Assim, em 2007 o Cemicamp obteve recursos (IPPF, CNPq, Ministério da Saúde/Doador Anônimo) para iniciar um projeto chamado Superando Barreiras, promovendo a aplicação das normas técnicas e atuando em coordenação com o âmbito federal. O projeto vai estabelecer contato efetivo e compromisso dos gestores municipais ou estaduais, e dos hospitais; vai realizar a capacitação dos profissionais com a contribuição de um grupo de consultores; dar seguimento a superar problemas na instalação de serviços; e avaliar os resultados. (IDEM)

Posteriormente, em 2012 foi feita uma avaliação para saber se as dificuldades colocadas pelos serviços de saúde haviam sido superadas. Através de questionários enviados aos 25 hospitais, 18 responderam analisando as ações que mais contribuíram e que não contribuíram para vencer as barreiras ao atendimento. Das ações que mais contribuíram: capacitação multiprofissional, inserção de psicólogas e assistentes sociais, conscientização dos médicos, apoio institucional, implantação de ambulatório de seguimento e divulgação do serviço nas enfermarias do hospital. Dificuldades que ainda permaneceram: posição contrária de alguns médicos quanto à realização do aborto; falta de interesse dos médicos em participarem da capacitação; número insuficiente de profissionais e/ou profissionais com capacitação; e falta de comprometimento dos gestores (recursos humanos e materiais). No ano seguinte, vimos a instituição da Lei nº 12.845 de 2013, no qual garante o atendimento obrigatório e imediato no Sistema Único de Saúde (SUS) a vítimas de violência sexual, ou seja, a partir desse momento os serviços de saúde obrigatoriamente deveriam ser capazes de prestar um atendimento adequado às vítimas. Logo em 2014 é publicada a Portaria Nº 485, de 1º de abril de 2014 no qual redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, dentre eles mulheres, adolescentes, crianças, homens e pessoas idosas.

Partindo disso, o projeto chega a Fortaleza no ano de 2014⁴⁷, onde representantes de cinco hospitais públicos se reuniram para conhecer as ações do projeto. A coordenadora do projeto (CEMICAMP/MS) na época, a médica Verônica

47Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/hospitais-de-fortaleza-receberao-projeto-de-atencao-integral-vitimas-de-violencia>

Alencar afirmou que o objetivo principal era atender essas vítimas em menos de 72 horas, assim evitando infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a gravidez. A mesma relatou que em Campinas, as vítimas que fizeram a profilaxia de emergência, em 100% dos casos não contraíram doenças e que há seis anos não faziam o aborto legal. No começo, faziam 20 abortos por ano. Hoje, as mulheres chegam com, no máximo, duas horas após sofrerem a violência. Vale ressaltar que o Superando Barreiras não faz capacitação se não houver participação do médico, pois uma das maiores responsabilidades é do profissional médico, como por exemplo, a situação de interrupção da gravidez.

Na MEAC, a partir da portaria nº 485, de 1º de abril de 2014 a instituição começa a se organizar e o projeto começou a dar os primeiros passos. Até então chamado de Programa Superando Barreiras, foi apresentado pela Cemicamp através da assessora responsável pela implantação do projeto. No início de 2015 foi realizada uma reunião na MEAC onde foram repassadas orientações e experiências para os gestores. Logo após foi pensada e organizada uma equipe multiprofissional integrada sob a coordenação da médica ginecologista Dra. Muse Santiago. O nome Superando Barreiras também acabou sendo adotado pela MEAC, dadas as dificuldades e estigmas dos serviços de saúde sobre esta causa, no entanto, passaria a se denominar como um programa e não como um projeto.

Como uma das primeiras atividades do programa se elaborou um fluxograma inicial de atendimento às pacientes vítimas de violência sexual aguda e crônica ou com gestação decorrente de estupro. A equipe multiprofissional ia diuturnamente sensibilizar os plantonistas da emergência do hospital para explicar o programa e os fluxogramas a serem seguidos, enfatizando a necessidade da escuta qualificada e de sigilo. Para que fosse tudo o mais facilitado possível para a vítima, havia um kit da farmácia com todos os medicamentos organizados e receitas prontas para o médico plantonista do dia só assinar e solicitar. Seis meses após o início do funcionamento do programa, a Cemicamp realizou a avaliação dos serviços através do preenchimento de um formulário⁴⁸ para saber as dificuldades, os progressos e a como estava se dando a sensibilização com os profissionais. Após um ano, a avaliação foi feita novamente.

⁴⁸ Ver anexo

A instituição conta agora com um serviço destinado ao atendimento de mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual aguda ou crônica. Após entrada na emergência, a vítima recebe atendimento médico e psicossocial, onde dependendo do caso, ela já faz a profilaxia imediata, senão, é agendada para fazer acompanhamento no ambulatório, que deve durar no mínimo 06 meses. São em média de 48 profissionais envolvidos, entre médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, psicólogas e assistentes sociais. Todos receberam treinamento adequado para acolher de forma multidisciplinar e integrada a estas pacientes. A MEAC recebeu na emergência entre 2015 e 2019 uma média de 350 vítimas, tendo realizado 90 interrupções legais nesse mesmo período.

4.2 Lócus da pesquisa

Como espaço de investigação elegeu-se a Maternidade Escola Assis Chateaubriand- MEAC que hoje é considerada um dos centros de referência em assistência às vítimas de violência sexual no estado do Ceará com a implantação do Programa Superando Barreiras.

A MEAC foi idealizada em 1955 por profissionais jornalistas de grandes meios de comunicação do estado do Ceará, a chamada “Diário Associados”. Uma campanha em prol da construção da maternidade, naquela época de nome Maternidade Popular, foi incentivada pelo Sr. João de Medeiros Calmon, depois de assumir o posto de Diretor Geral dos Diários, Rádios e TV Associados. Em um jantar que reuniu representantes de todas as classes sociais do Ceará, Sr. João Calmon aproveitou a oportunidade para anunciar o início da campanha, convencendo os senhores presentes naquele jantar que Fortaleza necessitava de uma maternidade para as mulheres pobres, pois São Luís, Teresina, João Pessoa, Natal, Campina Grande e o Crato já possuíam suas maternidades.

Assim começava um grande movimento que uniu os órgãos de comunicação associados, a população e o governo. Com o objetivo de legitimar e justificar a necessidade de se ter uma maternidade pública e seu alto investimento, os responsáveis pela campanha trouxeram vários dados sobre a insuficiência no número de leitos, o número de mulheres em idade fértil na cidade, quantidade de partos, taxas de nascimento e mortalidade infantil.

De acordo com o censo de 1950, havia, àquela época, em Natal, 30.057 mulheres de 14 a 49 anos; em João Pessoa, 34.480 e, em Fortaleza, 77.819 mulheres em idade fecunda. Como se verifica, a população feminina de 15 a 49 anos de idade encontrada em Fortaleza é superior à soma da população de igual sexo e grupo de idade existente em Natal e João Pessoa, enquanto que o número de leitos nas maternidades de qualquer das citadas capitais vizinhas é superior ao número de leitos de Fortaleza. (IBGE, 1950)⁴⁹

Dizem que quarenta e oito horas depois do discurso do Sr. João Calmon mais de um milhão de cruzeiros já haviam sido arrecadados para a construção da Maternidade Popular, sendo uma das mais rápidas campanhas de arrecadação filantrópica já realizada no estado. Todas as entidades de classe, culturais, artísticas e sociais de Fortaleza, bem como as grandes firmas do comércio e da indústria, elite da sociedade e anônimos do povo ofereceram seus donativos.

Menos de um ano após o início da campanha, começaram as obras do edifício, projetado de acordo com a mais moderna técnica hospitalar daquela época. Assim, em 15 de janeiro de 1965, foi inaugurada a Maternidade Popular, que passou a se chamar Maternidade Escola Assis Chateaubriand⁵⁰. A maternidade iniciou suas atividades com 126 leitos e com 04 funções básicas: ensino, assistência social, maternidade e hospital de urgência. Com 04 professores e 11 assistentes, também funcionou 04 cadeiras da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará: Ginecologia, Obstetrícia, Puericultura e Pediatria.

Após mais de 50 anos de funcionamento, a instituição tem seu serviço consolidado e atua com caráter de nível terciário através do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo gestação e parto de alto risco. Atualmente conta com uma média de 170 leitos⁵¹ (parto, puerpério, UTI materna e UTI neonatal). Inserido no complexo hospitalar universitário, a MEAC e todos os hospitais universitários do país vão sofrer uma drástica mudança na sua gestão.

49 Informações disponíveis no site oficial da MEAC. Ver mais em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/nossa-historia>>

50 Assis Chateaubriand foi grande empresário das comunicações no Brasil entre o final dos anos 1930 e início dos anos 1960, dono dos Diários Associados, que foi o maior conglomerado de mídia da América Latina, que em seu auge contou com mais de cem jornais, emissoras de rádio e TV, revistas e agência telegráfica. Também é conhecido como o fundador, em 1947, do Museu de Arte de São Paulo (MASP) e responsável pela chegada da televisão ao Brasil, inaugurando em 1950 a primeira emissora de TV do país, a TV Tupi. Como contribuição pessoal, financiou um Posto de Puericultura destinado aos filhos das mães pobres que viessem a nascer na MEAC, recebendo uma homenagem dos membros cearense da Diários Associados, que deram o seu nome a instituição.

51 Relatório de Gestão 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/2794244/Produ%C3%A7%C3%A3o+Assistencial_DEZEMBRO150119.pdf/3f0ace79-ed51-42be-954d-fb6caf8e1529>

Com o argumento de regularizar a forma de contratação de funcionários, por vezes precária e ilegal, o governo federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para integrar o conjunto de medidas do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado pelo Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, no sentido de viabilizar a reestruturação física e tecnológica das unidades. A EBSERH passa a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do REHUF por meio de contratos firmados com as universidades federais que assim optarem, visando modernizar a gestão dos Hospitais Universitários Federais. (BRASIL, 2015a)

4.3 Instrumentos de coleta de dados e a dinâmica da pesquisa empírica

Em relação à escolha dos procedimentos e técnicas para a coleta de dados, inicialmente, para estabelecermos uma aproximação teórica com a temática da violência sexual e os seus desdobramentos na saúde pública foi realizada uma pesquisa exploratória sobre a produção já existente, com leitura de livros, artigos, dissertações e teses como um primeiro passo de reflexão e discussão sobre a temática.

Logo, a coleta de dados foi realizada no período de abril a outubro de 2019. Inicialmente, fizemos a observação participante dos atendimentos ambulatoriais realizados pela equipe do Superando Barreiras que aconteciam às quintas-feiras pela manhã. Nos 06 meses de pesquisa, observamos uma média de 40 atendimentos, com pacientes de primeira vez e retorno. Para isso utilizamos o diário de campo como instrumento de registro da realidade, sendo anotado desde a postura e o comportamento da equipe diante de cada situação, como da fala e das expressões das vítimas atendidas. Abaixo fizemos uma tabela com a sistematização dos aspectos descritivos anotados no diário de campo:

Quadro 1 - Aspectos descritivos das anotações do diário de campo

ASPECTOS	DESCRIÇÃO
Comportamento das pacientes e dos profissionais	Modo de falar e agir, gestos, opiniões, posicionamentos, sentimentos, feições.
Relato de acontecimentos particulares	Situações observadas nos atendimentos ambulatoriais e nas entrevistas.
Reflexão sobre a análise	Temas que emergiram e as conexões entre eles, o que apreendeu, pensamentos acerca das questões que surgem, etc.

FONTE: próprio autor (2020)

Segundo Mónico et al (2017) ao optar pela observação participante a inserção do investigador é facilitada ao ser encarada de forma “não intrusiva”, evitando a repressão de emoções ou comportamentos definidos, bem como a artificialidade dos mesmos. Assim, ao ser levado a partilhar funções e hábitos dos grupos observados, o pesquisador encontrará condições favoráveis para observar situações, fatos e comportamentos sem causar estranheza.

Isso foi percebido durante este estudo, pois a proposta inicial da investigação era a de se fazer uma observação simples dos atendimentos ambulatoriais, no entanto, a equipe multidisciplinar acolheu e integrou a pesquisadora, questionando-a sempre que possível sobre suas percepções e opiniões das demandas trazidas pelas pacientes. Assim, a presença da pesquisadora desde o primeiro atendimento fez com que as entrevistadas ficassem mais à vontade para conversar e contar como havia sido todo o processo de cuidado em saúde. Algumas até demonstraram certo alívio ao encontrarem um profissional (no caso a pesquisadora) que já sabia da sua história e do motivo que as levaram a estar ali.

Para conhecer o perfil das mulheres atendidas, fizemos uma leitura prévia dos prontuários antes da entrevista, analisando a ficha de atendimento e o formulário de notificação compulsória preenchido pela equipe. As participantes foram entrevistadas individualmente em ambiente seguro e privativo na própria instituição,

sendo gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas tiveram uma média de 04 horas de duração no total. O procedimento para coleta de dados consistiu em informar aos participantes acerca dos objetivos da pesquisa e solicitação do seu consentimento livre esclarecido, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Com relação à realização das entrevistas, a priori havíamos pensado em fazer a entrevista quando a paciente retornasse a primeira consulta pós-interrupção legal, no entanto, começamos a observar que muitas pacientes não retornavam para o segmento ambulatorial, inviabilizando assim a realização das entrevistas. Após compartilhar com a equipe as dificuldades encontradas, decidimos que para não perder essas pacientes o melhor seria falar com elas ainda no leito do internamento, pós-procedimento de aborto legal quando estavam perto de ter a alta hospitalar. Apesar de não parecer ser o momento mais oportuno para isso, todas foram muito abertas e solícitas com relação à pesquisa. Além disso, a memória recente que elas tinham de todo o processo tornou mais fácil para relatar os momentos vividos na instituição, desde a chegada à unidade hospitalar até a realização do aborto.

Partindo de uma proposta de estudo na perspectiva avaliativa em profundidade, realizamos a entrevista em profundidade. Esse tipo de entrevista é classificada como não estruturada, se baseia adequadamente na realidade do entrevistado, permitindo que estes falem o mais livremente possível, dando-lhes a escolha dos assuntos que eles julgam pertinentes, cabendo ao pesquisador conduzir quando necessário, mas sem realizar perguntas objetivas ou que induzam o entrevistado a uma “resposta correta”. Apesar de não utilizarmos perguntas objetivas ou algum tipo de questionário, usamos expressões norteadoras que estimularam a fala das entrevistadas.

Para Poupart (2008) a entrevista sempre foi considerada como um meio adequado para levar uma pessoa a dizer o que pensa, a descrever o que viveu ou o que viu, de modo que uma boa entrevista deveria permitir que o entrevistado se reportasse satisfatoriamente, fazendo com que aquilo que ele diz seja considerado.

Com relação à coleta dos dados quantitativos, foram analisadas 293 fichas de notificação de violência sexual. Analisadas uma por uma, foram coletadas informações sociodemográficas das vítimas, dados da ocorrência e dos desfechos da violência. Logo as informações foram tabuladas no programa Excel, proporcionando uma análise descritiva.

4.4 Participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta por mulheres adultas atendidas pelo Programa Superando Barreiras na MEAC. No período da pesquisa de campo o programa havia realizado uma média de 20 interrupções legais, a partir dessa amostra escolhemos 10 entrevistadas. Adotamos a amostra não probabilística por meio da qual o/a pesquisador (a) define a quantidade de pessoas que considera interessante entrevistar, contemplando as categorias abordadas. Dos critérios de inclusão, elegemos: mulheres maiores de 18 anos e que interromperam a gravidez. Dos critérios de exclusão: menores de 18 anos, mulheres que não interromperam a gravidez ou que não possuíam a capacidade mental para responder os questionamentos.

A priori havíamos planejado inserir mais dois critérios de inclusão: ter feito a denuncia na delegacia e ter no mínimo 03 meses de acompanhamento ambulatorial, porém ao percebermos que as vítimas não denunciavam e algumas sequer retornavam para fazer o segmento ambulatorial, optamos por não utilizar tais critérios, optando somente pelos citados anteriormente.

4.5 Análise dos dados coletados

Como ferramenta de análise dos dados coletados, adotamos a análise de conteúdo (BARDIN, 2009), técnica comumente utilizada em pesquisas qualitativas, uma vez que buscam compreender os sentidos das falas, expressões, propiciando um diálogo entre as categorias e os relatos dos sujeitos. Dessa forma, os dados coletados foram organizados e apresentados em três fases: (1) caracterização dos sujeitos participantes do estudo; (2) análise das falas dos participantes extraídas das entrevistas, após leitura exaustiva e categorização e (3) interpretação e análise das falas e conteúdos obtidos. Esse processo permite a leitura e a reflexão das categorias envolvidas no estudo à luz da literatura pertinente ao tema. A partir da análise e da interpretação das falas das entrevistadas, duas categorias de análise emergiram, como propõe o método de Bardin (2009).

Conforme Silva et al (2005) a aplicação da técnica de análise de conteúdo apresenta-se como uma ferramenta útil à interpretação das percepções dos atores sociais. O papel de interpretação da realidade social configura ao método de análise

de conteúdo um importante papel como ferramenta de análise na pesquisa qualitativa nas ciências sociais aplicadas. O autor reforça ainda que não há, no método, um esquema rígido de utilização e que o cientista social pode e deve utilizar esta flexibilidade, entretanto permanece o compromisso de imprimir nitidez ao quadro teórico e a postura metodológica.

Para este estudo não utilizamos nenhum programa ou software de análise de dados, pois entendemos que transcrever as entrevistas, relê-las e analisá-las manualmente nos faz encontrar a essência das falas, com seus sentimentos e expressões. Não só o dito é importante, mas a forma como é dita também transmite uma mensagem que um software não conseguiria captar. Na pesquisa quantitativa, utilizamos o programa Excel para tabular os dados das 293 fichas de notificação que foram analisadas, favorecendo a análise descritiva dos dados coletados. Logo abaixo apresentamos um quadro sintetizando os aspectos metodológicos utilizados para cada objetivo específico da pesquisa.

Quadro 2 – Resumo dos dispositivos metodológicos adotados para cada objetivo específico

Objetivos específicos	Metodologia	Análise de dados
Conhecer o perfil das mulheres atendidas pelo Superando Barreiras entre 2015 e jun/2019	Coleta dos dados sociodemográficos e dados da ocorrência nas fichas de notificação de violência sexual do Sinan;	Análise descritiva a partir dos dados tabulados no programa Excel.
Identificar quais dispositivos do programa Superando Barreiras as mulheres tiveram acesso e se estão de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde na percepção delas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observação participante; 2. Entrevista em profundidade com 10 participantes; 3. Uso de diário de campo; 	<p>Transcrição na íntegra das entrevistas para a análise de conteúdo;</p> <p>Categorização dos dados que nortearam a análise dos resultados;</p> <p>Análise das observações apreendidas no diário de campo;</p>

<p>Compreender os encaminhamentos realizados para rede de apoio e quais informações prestadas às mulheres sobre seus direitos legais</p>	<p>1.Observação participante; 2.Entrevista em profundidade com 10 participantes; 3.Uso de diário de campo;</p>	<p>Transcrição na íntegra das entrevistas para a análise de conteúdo;</p> <p>Categorização dos dados que nortearam a análise dos resultados;</p> <p>Análise das observações apreendidas no diário de campo;</p>
---	--	---

FONTE: próprio autor (2020)

4.6 Aspectos Éticos da pesquisa

Em relação aos aspectos éticos, o presente estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC, seguindo os preceitos éticos que regem a beneficência, a não maleficência e a justiça regulamentadas pela Resolução n.466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Apresentando número do Parecer: 1.553.658.

Os participantes foram diretamente beneficiados, na medida em que contribuíram não apenas para uma compreensão mais ampla acerca da implementação da estratégia de atenção e cuidado, como se tornaram efetivamente participativos de um processo de enriquecimento científico e social, fornecendo subsídios para a análise científica do tema.

5 PERFIL DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ACOLHIDAS PELO PROGRAMA SUPERANDO BARREIRAS

Neste tópico iremos descrever e analisar o perfil das vítimas notificadas pelo Superando Barreiras entre o período de 2015 e junho de 2019, que deram entrada na emergência da MEAC ou que vieram encaminhadas de outra especialidade do hospital, totalizando 293 fichas de notificações. Logo discutiremos os resultados encontrados, buscando dialogar com outros estudos similares. Ressaltamos que essa é a primeira vez que dados nesse período de quase 04 anos de funcionamento do programa são analisados.

Os dados sobre o acesso das mulheres vítimas de violência sexual nos serviços de saúde são registrados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/MS)⁵². O Sinan é um sistema que foi desenvolvido nos anos 90 com o objetivo de padronizar o registro dos dados de doenças e agravos de notificação compulsória⁵³ no Brasil. As informações são coletadas a partir da Ficha de Notificação/Investigação Individual, que é preenchida nas unidades do Sistema Único de Saúde. (IPEA, 2014)

Segundo informações da norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012),

a notificação tem um papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências. Ela é um dos mecanismos definidos pelas políticas públicas específicas e está garantida na legislação brasileira, sendo um instrumento de garantia de direitos e de proteção social. A notificação deve ser um dos passos da atenção integral a ser destinada às mulheres e aos adolescentes em situação de violência. (p.25)

Historicamente os agravos decorrentes da violência começaram a ser relacionados e notificados a partir do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)⁵⁴. Entre 2006 e 2008 a vigilância foi implantada nos serviços de referência para violências. Em 2009, o Viva passou a integrar o Sistema de

⁵²Ver anexos

⁵³Lista de doenças e agravos que obrigatoriamente são notificadas. Ver em: <<http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/lista-nacional-de-notificacao-compulsoria>>

⁵⁴O Ministério da Saúde (MS), através da [Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006](#), implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o qual é constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

Informação de Agravos de Notificação, integrando a Lista de Notificação Compulsória. Mas somente em 2011 as notificações de violência doméstica, sexual e outras passaram a ser feitas de forma padronizada e universal com a publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011⁵⁵, ou seja, somente a partir deste ano as informações dos agravos associados à violência passaram a ser mais concisas. (IPEA, 2014)

Com isso, a análise mais recente dos dados de estupros notificados no Sinan de todos os serviços de saúde brasileiros data do período que vai de 2011 a 2014 pelo Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA), não tendo sido feito nenhum outro estudo parecido posterior a essa data. Entretanto, é possível consultar dados de 2015 a 2017 no próprio site do Sinan.

A ficha de notificação compulsória se configura como um importante instrumento para a sistematização de informações. Assim, utilizamos a ficha de notificação para traçar o perfil das vítimas atendidas pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Ressaltamos que a ficha é preenchida no primeiro atendimento da vítima no hospital junto com a abertura de prontuário no serviço de emergência. No entanto, isso não significa dizer que todas as mulheres e meninas notificadas na emergência deram continuidade ao acompanhamento pelo programa Superando Barreiras, pois algumas vítimas que passaram pela emergência, não retornaram para fazer segmento ambulatorial.

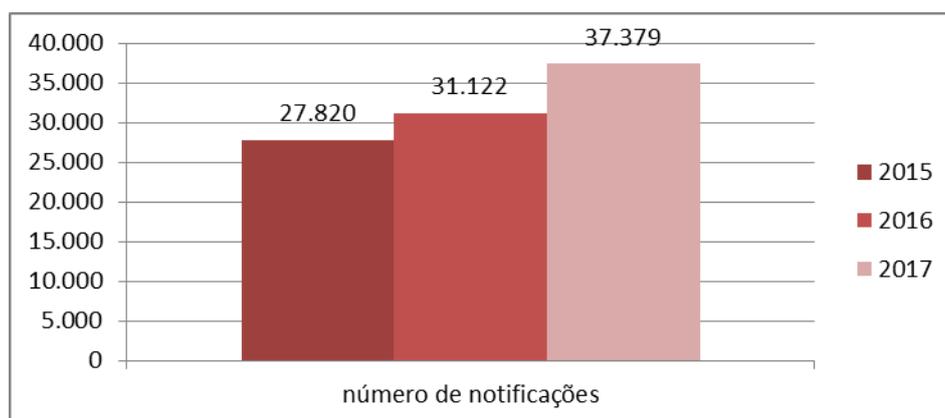
O preenchimento da ficha de notificação ainda é um desafio para muitos serviços de saúde. Apesar de não ser algo difícil, exige do profissional atenção e cuidado ao preencher. Um estudo realizado por Sousa et al (2015) buscou conhecer os principais obstáculos encontrados pelos profissionais para o preenchimento de tal documento em 172 serviços de saúde no estado de São Paulo que referiram prestar atendimento de emergência às mulheres vítimas de violência sexual. O estudo apontou que 79,1% dos serviços fizeram a notificação. No que se refere às dificuldades encontradas para preencher o formulário de notificação, os entrevistados mencionaram o tamanho do formulário (extenso com muitos detalhes); dificuldade do profissional em obter as informações das pacientes (constrangimento, vergonha); carga de trabalho dos profissionais e à falta de compreensão sobre a importância dessa notificação no contexto de todo o cuidado às mulheres que

⁵⁵ Ver em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

sofrem violência sexual, afinal o não preenchimento contribui para o aumento da subnotificação dos casos.

No Brasil, segundo dados coletados no site do Sinan, o número de notificações realizadas pelos serviços de saúde aumenta a cada ano, como vemos no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Número de notificações realizadas pelos serviços de saúde brasileiros entre 2015-2017



FONTE: próprio autor.

No ano de 2017 foram realizadas 37.379 notificações. Comparando com os dados dos serviços de delegacia do mesmo ano, foram feitas 61.032 denúncias de violência sexual, o que nos mostra que ainda se vê um forte distanciamento na rede de cuidado e apoio articulada, pois nem todas as mulheres que procuram os serviços de saúde buscam as delegacias e vice-versa.

5.1 Dados sociodemográficos das vítimas

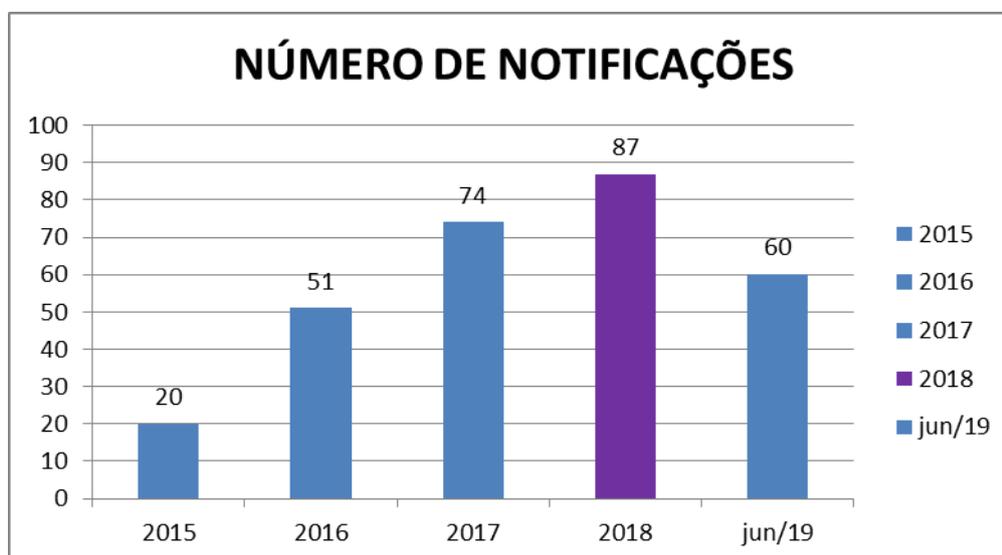
As variáveis da pesquisa foram organizadas de acordo com as características sociodemográficas das vítimas: idade, raça, escolaridade, orientação sexual, ocupação, presença de deficiência e a região onde moram. Analisamos, ainda, o local de ocorrência da violência, horário, vínculo com o agressor (conhecido ou desconhecido), medidas profiláticas adotadas pelas vítimas e a presença da gravidez e seus desfechos. É importante destacar que o estudo do perfil apresenta algumas limitações tendo em vista a quantidade de variáveis inconclusivas não registradas pelos profissionais de saúde no momento do preenchimento do

formulário, como o tópico referente ao acesso ou não aos órgãos jurídicos e as delegacias especializadas.

Foram analisadas 293 fichas de notificação do SINAN, que correspondem ao total de fichas preenchidas com relação à violência sexual entre os anos de 2015 e jun/2019 na MEAC. Ressaltamos que não foram analisadas fichas referentes a estupro de vulnerável⁵⁶ e a outros tipos de violência, como a física. O estupro de vulnerável é considerado pela legislação brasileira a prática da conjunção carnal ou de outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos. No caso, a instituição notifica os casos de relacionamentos consentidos de meninas de até 14 anos, mas que não se configuram como violência sexual.

Conforme gráfico abaixo, percebemos o aumento considerável de atendimentos à medida que o programa foi se consolidando na instituição. Os dados do primeiro semestre de 2019 (60 casos notificadas) já quase alcançam os dados do ano anterior (87 casos em 2018). Até junho de 2019 o número de atendimentos já estava em 60 fichas notificadas.

Gráfico 2 - Número de fichas notificadas pelo Superando Barreiras entre 2015 e jun/2019



Fonte: próprio autor.

⁵⁶A legislação brasileira entende o estupro de vulnerável de duas formas: quando ocorre com menores de 14 e quando a vítima não estava consciente no momento da violência (desacordada, embriagada, sob uso de entorpecentes, etc)

Com relação à idade, das 293 vítimas, 190 são adultas (64,8%) e 103 menores de idade (35%). Referente aos dados de mulheres adultas, observamos a prevalência de casos entre jovens de 18 a 29 anos, sendo 44,7% dos casos notificados. Sobre as vítimas menores de idade, podemos perceber a prevalência de adolescentes (48 casos) entre os 13 e 17 anos. A tabela abaixo corresponde ao total de acordo com a faixa etária.

Tabela 1 - Frequência da faixa etária das vítimas

Faixa Etária	N	%
0 – 06 anos	19	6,4%
07 – 12 anos	36	12,2%
13 – 17 anos	48	16,3%
18 – 29 anos	131	44,7%
30 – 50 anos	55	18,7%
>50 anos	04	1,3%
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

Quanto à declaração de raça, identificamos que 64,5% se declararam pardas, 23,5% brancas, 7% pretas, 4% amarelas e menos de 1% indígena. Conforme tabela 02, abaixo.

Tabela 2 - Frequência de notificação segundo a raça

COR – RAÇA	N	%
Parda	188	64,1%
Branca	70	23,8%
Preta	22	7,5%
Amarela	12	4%
Indígena	01	1%
Ignorado	00	00
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

Sobre a escolaridade das vítimas, observamos que a maioria das mulheres possui o ensino fundamental incompleto, totalizando 24,9%. Em seguida estão as vítimas com ensino médio completo com 19,4%. Quando analisamos a escolaridade das mulheres maiores de idade, pressupondo que aos 18 anos já se

tem cursado o ensino médio completo ou incompleto, vemos um índice considerável de mulheres escolarizadas. Pois ao somarmos os números do ensino médio incompleto ao ensino superior completo (n=175), totalizamos 59,7% das vítimas, conforme tabela abaixo.

Tabela 3 - Frequência de notificação segundo a escolaridade

ESCOLARIDADE	N	%
Ensino Fund. Incompleto	73	24,9%
Ensino Fund. Completo	19	6,4%
Ensino Médio Incompleto	50	17%
Ensino Médio Completo	57	19,4%
Ensino Superior Incompleto	48	16,3%
Ensino Superior Completo	20	6,8%
Analfabeto	09	3%
Não se aplica	17	5,8%
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

Sobre o estado civil, os dados apontaram que 70% das vítimas se declararam solteiras, 8,8% são casadas, 5,1% estão separadas, 0,6% viúvas e 14,6% não se aplicam.

Tabela 4 - Frequência de notificação segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	N	%
Solteira	206	70%
Casada	26	8,8%
Separada	16	5,1%
Viúva	02	0,6%
Não se aplica	43	14,6%
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

Com relação à ocupação laboral das mesmas, do total, 45,7% afirmaram serem estudantes, 29% estão ativas no mercado de trabalho, 8,8% declararam estarem desempregadas, 6,8% são donas do lar, 1,7% tem a renda a partir de algum benefício e 6,4% não se aplica.

Tabela 5 - Frequência de notificação segundo a ocupação

OCUPAÇÃO	N	%
Estudante	134	45,7%
Empregada	86	29,3%
Desempregada	26	8,8%
Do lar	23	6,8%
Beneficiária	06	1,7%
Não se aplica	19	6,4%
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

. A ficha de notificação traz dois aspectos também importantes para esse estudo: a orientação sexual e a presença de algum tipo de deficiência. No que concerne à orientação sexual das vítimas, 78,8% se declararam heterossexuais, 5,1% homossexuais, 2,3% bissexuais e 13,6% não se aplica, conforme tabela abaixo. No tocante a presença de alguma deficiência, os dados mostram que 10% das vítimas alegaram ter algum tipo de deficiência, sendo 29 casos.

Tabela 6 - Frequência de notificação segundo a orientação sexual

ORIENTAÇÃO SEXUAL	N	%
Heterossexual	231	78,8%
Homossexual	15	5,1%
Bissexual	07	2,3%
Não se aplica	40	13,6%
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

5.2 Dados sobre a ocorrência e sobre o agressor

No que se refere aos dados sobre como ocorreu a violência, abordaremos os aspectos mais relevantes para este estudo. Sobre o local onde aconteceu o crime, 52,2% dos registros apontaram que foi em uma residência. As fichas analisadas não dizem com clareza onde aconteceram, alguns falam na casa da vítima, do agressor ou casas onde se realizam festas. Outros 29% aconteceram em via pública, entende-se por via pública: rua, terreno, praças, parques, etc. Na tabela abaixo podemos ver os locais de ocorrência mais relatados pelas vítimas.

Tabela 7 - Frequência de notificação segundo o local de ocorrência

LOCAL	N	%
Residência	153	52,2%
Via pública	86	29%
Comércio	15	5,1%
Carro	11	3,7%
Zona rural	07	2,3%
Motel	07	2,3%
Praia	04	1,3%
Escola	03	1%
Ignorado	08	2%
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

Com relação ao horário em que ocorreu a agressão, dividimos o período entre manhã (6h – 12h59min), tarde (13h – 17h59min), noite (18h – 23h59min) e madrugada (00h00min – 05h59min). O horário com maior ocorrência foi a noite com 27,9%, seguido da madrugada com 25,2%, logo 20,4% pela tarde, 10,5% pela manhã e 15,3% não relataram.

Tabela 8 - Frequência de notificação segundo a hora de ocorrência

HORÁRIO	N	%
Noite	82	27,9%
Madrugada	74	25,2%
Tarde	60	20,4%
Manhã	31	10,5%
Ignorado	45	15,3%
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

Referente ao vínculo com o agressor, 46% dos casos foi cometido por um agressor desconhecido, 31,7% por algum conhecido da vítima, 11,2% por um familiar, 4,4% pelo ex-cônjuge e 4,4% pelo namorado.

Tabela 9 - Frequência de notificação segundo o vínculo com o agressor

VÍNCULO	N	%
Desconhecido	146	49,8%
Conhecido	89	30%
Familiar	32	10,9%
Ex-namorado	09	3%
Namorado	06	2%
Ex-conjuge	04	1,3%
Cônjuge	03	1%
Patrão	01	0,3%
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

Ao fazermos essa análise separando os dados entre menores de idade e adultos, identificamos que as estatísticas apresentam dados divergentes, na qual os agressores de crianças e adolescente foram pessoas conhecidas, um total 63,8% neste estudo. Já quando analisamos o vínculo do agressor com mulheres adultas, vimos que 57,9% dos agressores foram desconhecidos, conforme tabela abaixo.

Tabela 10 - Vínculo com o agressor de acordo com a faixa etária

VÍNCULO	- 18 anos	%	+ 18 anos	%
Desconhecido	36	34,2%	110	57,8%
Conhecido	67	63,8%	80	42%
TOTAL	105		190	

Fonte: próprio autor.

Quando filtramos os dados para apenas agressores familiares, sem distinção de idade da vítima, encontramos um total de 32 agressores (10%), tendo a prevalência da figura do padrasto e do tio.

Tabela 11 – Frequência de notificação sendo o agressor familiar

FAMILIAR	N	%
Tio	07	21,8%
Padrasto	07	21,8%
Pai	06	18,7%
Irmão	06	18,7%
Primo	05	15,6%
Avô	01	3%

TOTAL	32	100%
--------------	-----------	-------------

Fonte: próprio autor.

5.3 Dados sobre os desfechos da violência sexual

Neste tópico iremos abordar os itens presentes da ficha de notificação do SINAN que tratam das consequências e medidas adotadas pelas vítimas pós-episódio de violência sexual, como: presença de gestação decorrente do estupro, acesso aos serviços de saúde para a profilaxia de emergência e a realização da interrupção legal.

No que diz respeito ao número de gestações decorrentes do estupro, os dados mostraram que 45,7% das vítimas estavam gestantes ao darem entrada na emergência do hospital, no entanto o predomínio foi o de vítimas não gestantes, correspondendo a 54% dos casos, mas não deixa de ser alarmante o alto índice de vítimas gestantes.

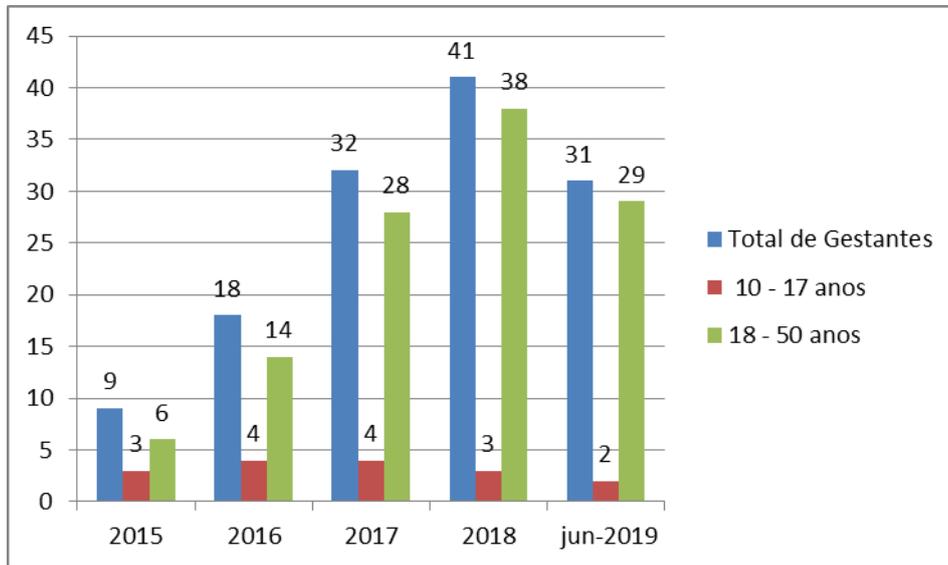
Tabela 12 – Frequência do número de mulheres gestantes

GESTANTE	<i>N</i>	%
Não	159	54%
Sim	134	45,7%

Fonte: próprio autor.

Identificamos que houve um salto considerável no acesso de mulheres grávidas no Superando Barreiras nesse período. Abaixo, disponibilizamos um gráfico para apresentar as variáveis e a gradação do acesso dessas mulheres ao longo dos anos no serviço de saúde.

Gráfico 3 - Acesso de mulheres gestantes entre 2015 e jun/2019

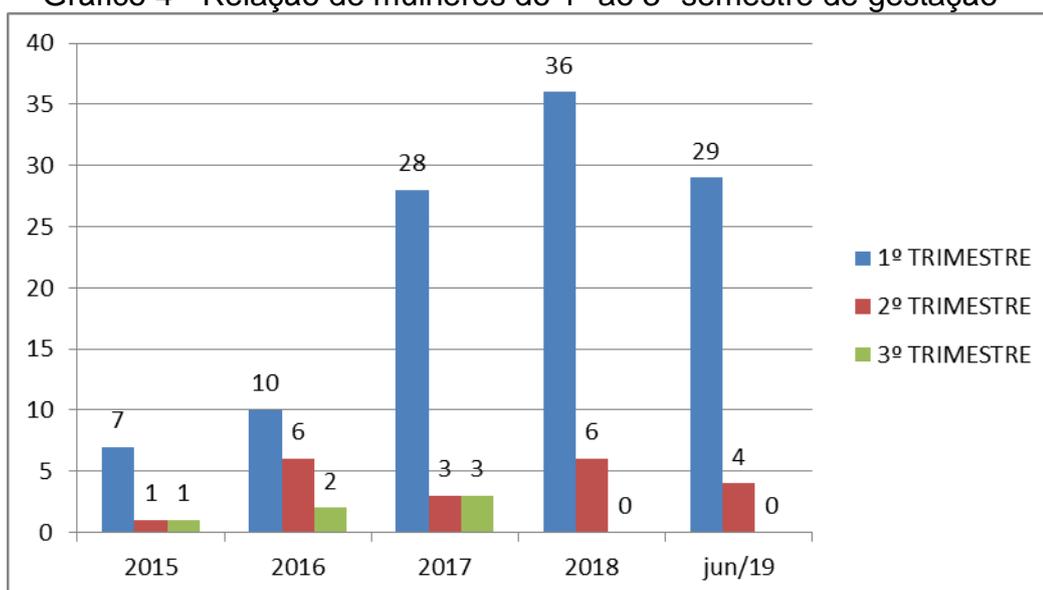


Fonte: próprio autor

Observamos que houve um aumento do acesso das mulheres gestantes em decorrência do estupro. Um crescimento significativo de 09 gestantes em 2015 para 41 gestantes em 2018 conforma a linha azul, sendo a maioria de mulheres adultas (linha verde). Isso se dá, sobretudo, pela consolidação do programa e pelo encaminhamento de outras instituições (delegacias, unidades de pronto atendimento, postos de saúde, etc) para o hospital. Analisando o período gestacional em que as mulheres estavam quando procuraram a emergência, vimos que 110 estavam no 1º trimestre de gravidez, 20 no 2º trimestre e 06 no 3º trimestre, ou seja, as vítimas procuraram o serviço de saúde ainda no período ideal para se realizar o aborto legal, segundo o Ministério da Saúde, que é de até 12 semanas.

No gráfico abaixo observamos a maioria de mulheres gestantes no 01º trimestre (até 12 semanas) de gestação. Ressaltamos que um dos principais objetivos do programa é que as vítimas de estupro procurem as unidades de saúde em até 72 horas e assim possam fazer a profilaxia de emergência e de outros agravos, evitando a própria gravidez.

Gráfico 4 - Relação de mulheres do 1º ao 3º semestre de gestação



FONTE: próprio autor

No Superando Barreiras a interrupção legal da gestação é feita somente até 12 semanas de gravidez, passando desse período gestacional a mulher é encaminhada para outro hospital que realize o procedimento ou para a Casa da Mulher Brasileira, onde ela pode procurar ajuda jurídica e voltar com um pedido judicial. Sabemos que a lei garante a interrupção até 20 semanas, no entanto, após episódios específicos que aconteceram na instituição e acabavam por revitimizar ainda mais a vítima, a equipe do programa em entendimento com a direção do hospital, passou adotar o abortamento até 12 semanas.

Tabela 13 – Frequência das mulheres que buscaram serviços de saúde ou realizaram métodos profiláticos

PROFILAXIA	N	%
NÃO	170	58%
SIM	123	41,9%
TOTAL	293	100%

Fonte: próprio autor.

Os dados também apontaram que 58% das vítimas não buscaram atendimento nos serviços de saúde ou não adotaram um método de contracepção de emergência, como a pílula do dia seguinte, antes de chegar à emergência da MEAC. Na tabela abaixo podemos ver os dados das mulheres gestantes e não gestantes, que realizaram ou não a profilaxia de emergência. Das 134 mulheres grávidas

decorrente da violência sexual, 73% não fizeram nenhum tipo de profilaxia ou procuraram algum tipo de serviço de saúde anteriormente. Já as mulheres que não engravidaram, 54,7% fizeram algum tipo de profilaxia ou procuraram algum tipo de serviço de saúde antes de ir a emergência.

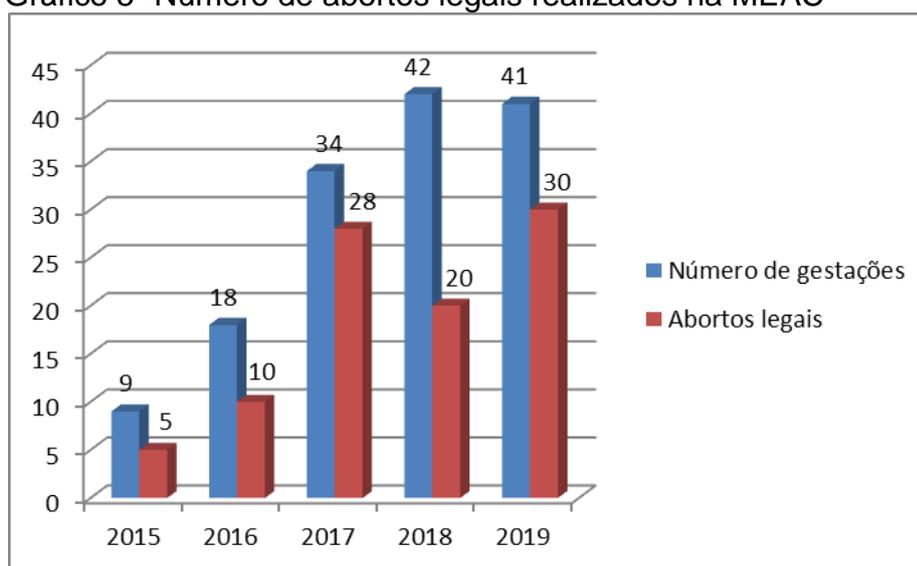
Tabela 13 – Gestantes que fizeram ou não medidas profiláticas

PRESEÇA DE GESTAÇÃO	PROFILAXIA	N	%
SIM	SIM	35	26%
	NÃO	98	73%
	TOTAL	134	100%
NÃO	SIM	87	54,7%
	NÃO	72	45,2%
	TOTAL	159	100%

Fonte: próprio autor.

Como vimos anteriormente, dos 293 casos analisados neste estudo, 134 mulheres chegaram gestantes, registrando o número de 45%. Com relação aos abortos legais realizados pela instituição no período de 2015 a jun/2019, do total de 134 gestantes, 81 mulheres realizaram a interrupção. Logo abaixo vemos um gráfico com os números de procedimentos pelo programa ao longo do tempo.

Gráfico 5 -Número de abortos legais realizados na MEAC



FONTE: próprio autor.

Percebemos que existe uma média de 50% a 80% de interrupções realizadas por ano na instituição. Muitos fatores podem ser a causa de não existir

100% de interrupções, como: a idade gestacional acima de 12 semanas, o não retorno da vítima para o seguimento ambulatorial, a tomada de decisão por gestar o concepto e fazer o pré-natal, etc.

5.4 Que cara tem a violência sexual na MEAC?

Neste estudo, a maioria das mulheres que sofreu violência sexual foi adultas e jovens. Pesquisas apontam que a mulher adulta jovem é a mais acometida pela violência sexual. (RAMOS et al, 2009; OSHIKATA et al, 2011; IPEA, 2014). Em pesquisa mais recente feita por Mutta e Yela (2017), na qual avaliaram as características sociodemográficas de 131 mulheres que sofreram violência sexual e realizaram o aborto legal no período de 1994 a 2014, encontraram o predomínio de quase 36% de mulheres jovens. Entre as adolescentes prevaleceu a média de idade entre 13 e 17 anos, corroborando com os dados mais recentes do Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP (2019), no qual dados nacionais sobre estupro apontaram que 63,8% dos casos foram cometidos contra vulneráveis e que o ápice da violência sexual entre as meninas se deu aos 13 anos.

Com relação à raça, identificamos a prevalência de mulheres que se declararam pardas, seguida de brancas e negras. Relacionando com os dados nacionais, vimos que não se adota a opção “parda” nas estatísticas nacionais da segurança pública, indicando apenas uma porcentagem acirrada entre mulheres negras e brancas, sendo 50,9% e 48,5%, respectivamente. (FBSP, 2019). No entanto, quando analisamos os dados de violência sexual dos serviços de saúde, em 2017 encontramos que dos 37.379 casos notificados no Brasil, 44% se autodeclararam pardas, 8,9% brancas e 8,7% negras, o que corrobora com os dados encontrados neste estudo.

Sobre a escolaridade, vimos uma predominância de pacientes com o ensino fundamental incompleto. Esse resultado se dá devido ao significativo número de menores de idade, pois comparando os dados das 73 vítimas que afirmaram ter ensino fundamental incompleto, 50 é composto por menores de 18 anos. Quando analisamos o número de mulheres adultas escolarizadas (ensino médio/incomp. + ensino superior completo/incomp.) vemos uma quantidade também bastante considerável, chegando a 50% (n=151) das pacientes. Um estudo realizado por Cerqueira e Coelho (2014), também apontaram a prevalência de vítimas com o

ensino fundamental incompleto, chegando a 24,5% do total.

Sabemos que o acesso das mulheres brasileiras a educação aumentou expressivamente nas últimas décadas. Um estudo de Guedes (2008) traz uma análise da presença das mulheres na pós-graduação de acordo com os últimos censos demográficos e já na década de 2000 as mulheres formavam 52% das universitárias. O censo de 2010 segue apontando a já notória escolarização das mulheres, enquanto os dados apontam um percentual de 37,5% somando ensino médio e superior para elas, os homens formam 34% nas mesmas condições.

Vimos que a maioria das vítimas está exercendo atividades produtivas, seja estudando ou trabalhando e juntas totalizam 75% das vítimas. Sabemos que uma vivência de estupro sem o adequado acompanhamento clínico e psicológico pode acarretar sérios desfechos negativos ao longo da vida delas, como não conseguir estudar ou trabalhar com qualidade.

Com relação as que se declararam homossexuais, ainda que não seja um número expressivo, os dados da violência sexual contra a população LGBTI+ ainda são muito incipientes no Brasil e só recentemente essas informações vêm sendo coletadas. Segundo dados do FBSP (2019), apenas 11 estados apresentaram informações sobre estupros de população LGBTI+ para o relatório anual, confirmando a escassez das estatísticas que envolvem esse grupo. Sabemos que hoje há uma denominação para a prática do crime de estupro cometido com o objetivo de controlar o comportamento social ou sexual de uma vítima, o chamado estupro corretivo. Em 2018, a Lei 13.718⁵⁷ tipificou esse crime e aumentou a pena de reclusão. Ainda que a lei reconheça a gravidade desse tipo de crime, a invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais nesse aspecto ainda é muito forte, sendo também o grupo mais atingido.

Em um estudo teórico recente sobre o tema, Pereira e Normaton (2018) afirmam que o estupro corretivo é, além de tudo, um crime de ódio, com o objetivo de fazer com que a vítima tenha sua orientação sexual “corrigida”. Sendo esse um dos argumentos que as vítimas escutam no momento do crime: “agora você vai aprender a gostar de homem”. As autoras também trazem outros elementos importantes que acompanham a perversidade desse tipo de estupro, que são: a

⁵⁷Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, estabelece causas de aumento de pena para esses crimes e define como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo.

proximidade entre a vítima e o agressor, dentre eles, pai, padrasto, tio, etc; e a brutalidade com que é praticada, muitas vezes acompanhada de tortura e da desconfiguração de alguma parte do corpo.

Com relação à presença de deficiência, ainda que não seja um número expressivo, está de acordo com as estatísticas nacionais, pois também apontam que uma média de 10,3% das vítimas em 2017 tinha alguma deficiência física, mental ou psicológica. (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2018)

Referente ao local de ocorrência, o estudo apontou que a maioria ocorreu em uma residência, convergindo com os dados nacionais do Sinan de 2017, onde 57,2% dos casos de violência sexual no Brasil ocorreram em uma residência, sendo a via pública o segundo lugar com 12,7% das situações. Não os parece estarrecedor pensar que as mulheres não estão seguras em nenhum espaço, seja em âmbito privado ou público?

Sobre o horário das ocorrências, vimos que o período da noite registrou mais casos. Já o relatório⁵⁸ de crimes sexuais do Ceará em 2019 apontou que a maior taxa de ocorrências registradas nas delegacias foi no período da manhã e da tarde, ou seja, entre 06h e 18h. Esse fato só demonstra que não existem local e horário para a violência sexual ocorrer, a todo o momento e em todos os espaços, meninas e mulheres estão vulneráveis. Sobre o vínculo do agressor com a vítima, vimos que a maioria dos casos foi cometida por uma pessoa desconhecida da vítima. No entanto, as estatísticas mudaram quando fizemos o recorte de idade, e para as vítimas crianças e adolescentes, o agressor foi alguém conhecido ou familiar.

Com relação a procura pelos serviços de saúde, estima-se que somente 20% a 30% das mulheres que sofreram violência sexual procuram por atendimento médico e, destas, apenas 10% a 30% aderem ao tratamento e ao seguimento ambulatorial. (OSHIKATA et al, 2011; DINIZ; MADEIRO, 2016). Um estudo realizado por Machado et al (2015) sobre as vivências de mulheres que buscaram a interrupção legal da gestação em uma unidade hospitalar, demonstrou que o principal desejo após vivenciar a violência sexual foi o de não revelar a ninguém a situação sofrida ou buscar qualquer tipo de ajuda. Das 10 entrevistadas do estudo,

⁵⁸Ver: <https://www.sspds.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/24/2020/01/07-Crimes-Sexuais-Estat%C3%ADsticas-Mensais.pdf>

apenas uma procurou a rede privada de saúde imediatamente após a violência sexual. Todas as demais participantes não procuraram qualquer ajuda institucional nas áreas de saúde, jurídica ou de assistência social. Também relataram desconhecer a existência de um programa de atendimento à mulher vítima de violência sexual, como também não sabiam da importância das medidas de emergência.

Segundo dados do Ministério da Saúde⁵⁹, em 2017 foram feitos 1.636 abortos legais no Brasil, no entanto, não se tem informações sobre o motivo de cada abortamento, já que este pode ser realizado em três ocasiões: risco de morte para a mulher; gravidez decorrente de estupro ou gravidez de feto com anencefalia. Referente ao aborto ilegal, não possuímos informações concisas, mas através de indicativos se podem mensurar os dados.

De acordo com dados analisados pela Agência Patrícia Galvão⁶⁰, foram registradas no Datasus em 2017, 177.464 curetagens pós-abortamento, um tipo de raspagem da parte interna do útero. Outro procedimento muito realizado em casos de aborto é o esvaziamento do útero por aspiração manual intrauterina (AMIU), sendo registradas 13.046 no mesmo ano. Juntas, foram 190.510 internações. No entanto não se sabe ao certo quantos foram derivadas de abortos clandestinos e quantas foram espontâneas, afinal as pacientes que tentam o aborto inseguro não relatam para a equipe. Estima-se que $\frac{2}{3}$ do total sejam ilegais.

Ao buscar dados similares no relatório assistencial anual⁶¹ da MEAC, percebemos que também não há uma variação significativa entre o período analisado. Assim como os registros nacionais, os dados hospitalares não diferenciam por motivos do abortamento, nem mesmo se foram interrupções realizadas em pacientes do Superando Barreiras.

Um estudo realizado por Diniz et al (2017) mostrou os resultados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (PNA 2016), que foi realizada através de um preenchimento de questionário nos domicílios dos participantes, baseado em uma

⁵⁹Ver mais:<<https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/dsr/aborto-no-brasil-como-os-numeros-sobre-abortos-legais-e-clandestinos-contribuem-no-debate-da-descriminalizacao/>> Acesso em: 22 out de 2019.

⁶⁰Ver mais:<<https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/dsr/aborto-no-brasil-como-os-numeros-sobre-abortos-legais-e-clandestinos-contribuem-no-debate-da-descriminalizacao/>> Acesso em: 22 out de 2019.

⁶¹ Ver mais:<<http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/relatorio-de-gestao1>> acesso em: 31 out de 2019.

amostra aleatória representativa da população total de mulheres alfabetizadas com idade entre 18 e 39 anos no Brasil. Os resultados mostraram que o aborto é um fenômeno comum e persistente, que atinge mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões. Em 2015, aproximadamente, 416 mil mulheres realizaram o aborto. Em 2016, quase 01 em cada 05 mulheres já realizou, pelo menos, um aborto. Segundo o estudo, cerca de metade das mulheres (48%) precisou ser internada para finalizar o aborto.

É muito importante que os serviços de saúde estejam capacitados para receber essa demanda, pois a chegada ao serviço de referência para atendimento pelas vítimas de violência e a descoberta da possibilidade de interrupção da gestação desencadeiam sensações de conforto e alívio. Precisamos fomentar e multiplicar as informações sobre como acessar esse direito tão importante. Saber da existência do direito legal ao aborto e encontrar um local de acolhimento nessa situação são fatores essenciais para a saúde da mulher.

O fato é que a violência sexual atinge todas as mulheres, independente de idade, classe social, raça, escolaridade, etc. Se entendemos que aspectos culturais e sociais estão diretamente implicados na maneira como uma sociedade vai vivenciar e enfrentar as situações de violência sexual, e em como isso vai impactar na criação de políticas públicas de cuidado, então devemos pensar em ações transversais. O combate à violência sexual não deve ser feito apenas por políticas de segurança e saúde pública, mas também perpassar pelas políticas de educação, cidadania, cultura, etc.

6 CORPOS E DIREITOS VIOLADOS? CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DAS FALAS

Neste capítulo apresentaremos os principais resultados identificados na pesquisa de campo. Por meio da análise dos relatos das entrevistadas, emergiram duas categorias que serão interpretadas a seguir. Inicialmente, traremos uma discussão sobre como se deu o percurso das participantes no programa Superando Barreiras, desde a entrada na emergência, passando pelo atendimento ambulatorial, terminando com o internamento e a realização do aborto legal. Toda essa trajetória tem como premissa a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual, recomendado pelo Ministério da Saúde, e a partir dela contextualizaremos nossa análise. A segunda categoria a ser estudada, parte da discussão do acesso aos direitos sociais, entre eles: direito a escolha; direito a não denunciar e direito a não seguir com o acompanhamento ambulatorial pós-violência sexual.

Antes de partir para análise, vamos apresentar as participantes do estudo. Para identificação das entrevistadas, optamos por usar nome de mulheres que contribuíram para os estudos feministas de gênero no Brasil e no mundo. Segue abaixo o quadro explicativo com o perfil das participantes.

Quadro 3- Perfil das entrevistadas

	NOME	IDADE	RAÇA	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO
1.	Márcia Tiburi	22	Parda	Ens. Médio Comp.	Aux. Adm.
2.	Angela Davis	21	Parda	Ens. Superior Incomp	Estudante
3.	Bell Hooks	34	Parda	Ens. Superior Comp.	Desempregada
4.	Flávia Biroli	25	Parda	Ens. Superior Comp.	Enfermeira
5.	Rosa Luxemburgo	34	Parda	Ens. Médio Comp.	Serviços Gerais
6.	Mary Wollstonecraft	23	Parda	Ens. Superior Incomp	Estudante
7.	Simone de Bouvair	27	Parda	Ens. Médio Incomp	Costureira
8.	Sueli Carneiro	21	Parda	Ens. Superior Incomp	Estudante
9.	Hannah Arendt	31	Parda	Ens. Superior Incomp	Vendedora
10.	Judith Butler	18	Parda	Ens. Superior Incomp	Estudante

FONTE: próprio autor.

A pesquisa englobou 10 participantes do sexo feminino. Vemos que a idade média é de 25 anos (18a – 34a); todas se declararam pardas; há predominância de mulheres com alto grau de escolarização, tendo 07 delas o ensino superior completo ou incompleto e 03 com ensino médio completo ou incompleto; quanto à ocupação, temos 04 estudantes, 05 estão ativas no mercado de trabalho e apenas uma está desempregada. Logo abaixo apresentamos informações das entrevistadas com relação aos desfechos pós-violência sexual que consideramos relevantes para a pesquisa.

Quadro 4 – Dados dos desfechos pós-violência sexual

Desfecho	Número de entrevistadas
Gestantes com menos de 12 semanas	Todas as entrevistadas
Realizou profilaxia de emergência	Nenhuma das entrevistadas
Vínculo com o agressor	08 agressores desconhecidos 02 agressores conhecidos
Procurou a delegacia	08 Não denunciaram 02 denunciaram

FONTE: próprio autor.

Como vemos no quadro 04, todas as entrevistadas estavam gestantes com menos de 12 semanas quando chegaram a MEAC; nenhuma delas havia feito profilaxia de emergência. Com relação ao vínculo com o agressor, há predominância de agressores desconhecidos, assim como o número de entrevistadas que não procuraram as delegacias, ou seja, apenas 02 fizeram a denuncia.

Quando perguntadas sobre como souberam do programa, três entrevistadas souberam durante uma aula da graduação, três souberam por amigas, duas encontraram sobre o programa na internet, uma entrevistada soube na delegacia e uma procurou o hospital para atendimento ginecológico, mas não sabia que existia um programa para vítimas de estupro.

6.1 “PASSEI UMA SEMANA PENSANDO SE VIRIA”: uma análise do atendimento do Programa Superando Barreiras à luz das Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual

O Programa Superando Barreiras tem como seu principal norteador a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012), é a partir dele que as instituições que prestam assistência as vítimas de violência sexual organizam os serviços de atendimento clínico e apoio psicossocial, auxiliando os profissionais de saúde na melhora dos serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada.

Sabemos que a violência sexual repercute em vários âmbitos da vida das vítimas, desde a saúde física, como o risco de contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre elas, o HIV/AIDS, além de uma gravidez indesejada, acarretando o agravamento do quadro já traumático. Já os agravos à saúde mental podem gerar quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. O fato de a vítima ter que procurar a rede de apoio, já causa certo sofrimento. (BRASIL, 2012) “É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia, é já um agravo resultante dessa violência”. (p.14)

Na MEAC o acesso ao Superando Barreiras pode se dar de duas formas: pela emergência da unidade ou pelo setor do Serviço Social. Identificamos que das 10 participantes, 06 adentraram ao programa através da emergência e 04 foram encaminhadas pelo Serviço Social. Na tentativa de manter o maior sigilo possível sobre o ocorrido, com receio e vergonha, elas procuraram o Serviço Social para uma conversa inicial e para poder colher mais informações sobre o atendimento. Como afirmam as entrevistadas,

Antes eu pesquisei os hospitais que fazem aborto legal e aí eu vi que tinha que ir ao Hospital Nossa Senhora da Conceição. Fui lá e falei com a assistente social e de lá ela me encaminhou pra cá. Quando cheguei procurei o Serviço Social, pedi pra falar em particular e só depois fui para a emergência. (Bell)

Passei uma semana pensando se viria. Quando eu cheguei eu perguntei na recepção pelo Serviço Social e aí a assistente social veio conversar comigo. Eu tava muito abalada. (Mary)

Eu fui primeiro no Serviço Social, falei com a assistente social e ela me encaminhou pra emergência. (Simone)

Com relação ao acesso pela emergência e o primeiro contato feito com a equipe plantonista, identificamos um padrão no atendimento e o uso de um fluxograma para casos de violência sexual. O fluxograma⁶² do Superando Barreiras inicia com a chegada da vítima a instituição que deve ser acolhida pela equipe multiprofissional, ser esclarecida sobre o funcionamento do serviço, logo a ficha de notificação deve ser preenchida e após os cuidados clínicos iniciais a paciente é agendada para a primeira consulta na quinta-feira subsequente, que é o dia em que o ambulatório do programa funciona. Como orienta a norma técnica,

As unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por cada etapa da atenção. Isso deve incluir a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, os exames complementares e o acompanhamento psicológico. Os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar. (BRASIL, 2012, p.21)

Todas as participantes enfatizaram o caminho percorrido e relataram que ao darem entrada no hospital, primeiro fizeram um cadastro e abriram o prontuário, depois foram acolhidas e atendidas pela equipe, sendo citadas principalmente a enfermeira, a assistente social e a psicóloga, que logo preencheram a ficha de notificação (Sinan) e repassaram as orientações necessárias. Conforme as falas das entrevistadas,

Me disseram que eu teria que ir a emergência, fui e fizeram meu cadastro, verificaram meus sinais e me encaminharam pra triagem. Ai o enfermeiro me perguntou o que tinha acontecido. Depois veio uma assistente social e uma estagiária e conversaram comigo, me perguntaram sobre o que aconteceu e preencheram uma ficha (de notificação). Lembro que ela me indicou uma delegacia e me orientou a denunciar. (Angela)

Eu fiz a ficha de cadastro, depois medi a pressão e relatei o que tinha acontecido pra enfermeira e depois pra assistente social e pra psicóloga pra preencher uma ficha. (Simone)

Cheguei na recepção e pedi pra falar em particular com a assistente social. Ai na emergência passei pela enfermeira, fiz os testes, fiz ultrassom, tomei injeção. Elas preencheram uma ficha e depois que eu me acalmei ela me explicou como ia ser, as opções que eu tinha. (Hannah)

O porteiro pediu pra eu falar com uma moça que tava numa mesa. Ai ela fez uma espécie de ficha, mediram minha pressão, fizeram um exame de urina

⁶²Ver anexo

pra saber se eu tava grávida mesmo e fiz um acolhimento com uma assistente social e com uma psicóloga, depois elas preencheram uma ficha. Na verdade várias pessoas preencheram esse mesmo papel. E me perguntaram muitas coisas. A moça que me atendeu primeiro foi muito muito gentil, eu acho que só tive coragem de ficar por causa dela. Eu pensei: nossa, se eu cheguei e já está assim, então estou no lugar certo. (Judith)

Cavalcanti et al (2012) aponta que é fundamental que os profissionais da emergência atuem de maneira em que a paciente seja acreditada e acolhida. Assim, a adoção de protocolos e fluxos permite que os profissionais tenham subsídios para realizar um atendimento mais preciso e eficiente. As normas técnicas (BRASIL, 2012) do Ministério da Saúde orientam que o atendimento as vítimas deve ser feito em um local específico e com privacidade, de preferência fora do espaço físico da triagem, visando assim garantir um atendimento mais acolhedor durante a entrevista e na realização dos exames, estabelecendo um ambiente de confiança. No entanto, também se recomenda que evitem qualquer situação que produza o constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres, como nomear salas destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro.

Tendo isso vista, em nossa pesquisa de campo ao observar a instituição e sua ambiência, vimos que a entrada da emergência é um ambiente pequeno, tendo uma recepção, algumas cadeiras para os pacientes e acompanhantes aguardarem e um mesa onde uma das profissionais faz a triagem inicial. Logo quando a paciente relata o porquê de estar ali e a equipe psicossocial é acionada, a paciente é levada a uma sala de atendimento individual, com privacidade e sigilo. Depois ela retorna a emergência para fazer os exames e conversar com a enfermeira e o médico.

O Ministério da Saúde recomenda que as vítimas busquem os serviços de saúde em até 72 horas pós-violência sexual, pois as medidas de emergência serão mais eficazes, como por exemplo, a prevenção de uma gestação indesejada. (BRASIL, 2012) No entanto, não é o que acontece. Identificamos que todas as participantes levaram no mínimo um mês para procurar atendimento em uma unidade hospitalar, na realidade só buscaram ajuda após descobrir a gestação decorrente do estupro. Como vimos em outro momento desse estudo, comparando os números⁶³ de vítimas que procuram os serviços da delegacia, apenas 60% das

⁶³No Capítulo que traz o perfil das vítimas atendidas na MEAC vimos que em 2017, os dados das delegacias apontaram que foram feitas 61.032 denúncias por violência sexual. Já os dados do Sinan indicaram que 37.379 casos foram notificados, ou seja, pessoas que buscaram algum serviço de

vítimas procuram os cuidados em saúde.

Não estando essas pacientes no período de 72 horas pós-violência, as medidas profiláticas seguem um protocolo diferente, por exemplo, a prescrição da profilaxia para o HIV/Aids nos casos de violência não pode ser prescrita indiscriminadamente a todas as situações. A equipe deve fazer uma avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o tempo decorrido do crime até a chegada da pessoa agredida ao serviço de saúde. É fundamental que a vítima seja informada claramente sobre os riscos, assim como, sobre os efeitos secundários desagradáveis dos antirretrovirais e da necessidade de completar os 28 dias de tratamento. Só é possível iniciar o tratamento da profilaxia anti-HIV depois que vítimas concordarem com as recomendações. (FAÚNDES et al, 2006) Em estudo realizado por Delziovo et al (2018), 63,3% das mulheres que acessaram o serviço de saúde em Santa Catarina em até 72 horas, somente 52,0% receberam a profilaxia antirretroviral.

Grande parte dos crimes sexuais ocorre durante a idade reprodutiva da mulher. Estudos apontam que dentre mulheres que sofreram violência sexual, 16 a 58% delas adquirem pelo menos uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. A prevalência de IST em grávidas decorrentes do estupro é ainda maior. (BRASIL, 2012) Por isso, a vítima deve procurar o quanto antes os serviços de saúde para evitar as doenças e a gravidez.

Com relação aos testes rápidos que devem ser realizados ainda no primeiro atendimento na emergência, identificamos que 06 entrevistadas fizeram o teste rápido no mesmo dia em que chegaram à emergência e 04 fizeram somente no ambulatório. Nenhuma apresentou IST decorrente da violência. Não se sabe o porquê de algumas pacientes não terem realizado os testes rápidos para IST ainda na admissão, pois o Ministério da Saúde recomenda que “a coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal realizadas no momento de admissão é necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite prévias.” (BRASIL, 2012, p.65)

saúde. Ressaltamos que não necessariamente essas vítimas notificadas pelo SUS são as mesmas que procuraram as delegacias. Afinal estima-se que mais de 400 mil casos são subnotificados por ano no Brasil.

Dentre os serviços de saúde, as emergências dos hospitais são os locais que mais atendem as vítimas de violência sexual. Por isso o primeiro contato da vítima com a unidade de saúde será crucial e decisivo para o retorno dela no acompanhamento ambulatorial. Afinal, o atendimento não pode limitar-se à emergência, visto que a violência sexual tem consequências em longo prazo que devem ser tratadas. (DELVIOVO et al, 2018) Partindo disso, no próximo tópico iremos explicar como se deu atendimento das entrevistadas no segmento ambulatorial.

6.2 Sobre o segmento ambulatorial

O segmento ambulatorial é um dos momentos mais importantes para o destino da paciente na rede de apoio e para o enfrentamento dos agravos decorrentes do estupro. Estivemos durante 06 meses fazendo a observação participante todas às quintas-feiras junto à equipe no ambulatório. Os resultados aqui apresentados advêm das falas das entrevistadas e do que foi observado e documentado em diário de campo nesse período.

Primeiramente, havia uma média de 07 pacientes agendadas por quinta-feira, porém esse número podia ser alterado de acordo com as demandas que chegavam à emergência naquela mesma semana, podendo ter até uma média de 10 pacientes. Os atendimentos variavam entre pacientes de primeira vez e outras de retorno, ou seja, que estavam fazendo o segmento. A equipe do ambulatório é composta por uma médica ginecologista/sexóloga, uma assistente social, uma psicóloga e duas enfermeiras, havendo também a presença de estagiários e residentes. Inicialmente, antes de começar o atendimento, a equipe se reunia para fazer uma leitura prévia dos prontuários, conhecendo um pouco da história das pacientes no intuito de não ser necessário que elas relatassem tudo novamente em detalhes, chegando até mesmo ser a pesquisadora uma das pessoas a ler esses relatos para o grupo.

Percebemos que a equipe adota uma sistemática para poder conhecer as demandas trazidas pela vítima. Normalmente se espera que os profissionais apresentem o *modus operandi* e apenas expliquem como vai ser o acompanhamento. No entanto, observamos que a estratégia de cuidado adotada não é a de equipe para paciente, mas sim de paciente para a equipe. Após os primeiros esclarecimentos e a tentativa inicial de gerar confiança entre paciente-

equipe, foi perguntado o que elas desejavam daquele atendimento, qual ajuda elas estavam precisando e em que elas gostariam de ser cuidadas. Notamos que a todo o momento a equipe queria que a paciente fosse a protagonista daquela situação, que ela escolhesse a melhor maneira para ser cuidada.

Essa relação empática, respeitosa e acolhedora que as trabalhadoras e o serviço como um todo estabelecem com as usuárias é fundamental para a criação de vínculo da paciente com o tratamento. As entrevistadas destacaram pontos positivos desse momento.

Aqui me senti bem apoiada por todos os profissionais. A médica foi super simpática comigo, me explicou tudo, tirou minhas dúvidas e me encorajou para que continuasse vindo depois que fizesse o procedimento. (Marcia)

O principal foi que elas me deram muito apoio, a atenção, o olhar diferente sem julgar. (Angela)

O lado bom foi o atendimento a abordagem que foi ótimo, não tenho do que reclamar, nota mil. Com relação ao hospital, só me trouxe referências boas, empatia, atendimento, referencial, cuidados. (Rosa)

A equipe foi muito acolhedora, me mostraram possibilidades. (Hannah)

O acolhimento é elemento essencial para a qualidade e humanização da atenção, representando um conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantem credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços pede um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais. Mulheres, crianças e adolescentes devem ser atendidas com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas. (BRASIL, 2012; FAÚNDES et al, 2006; PORTO; AMARAL, 2014)

Retomando a análise do atendimento ambulatorial, o mesmo acontecia em conjunto, onde todas as profissionais se apresentavam e falavam qual era a função delas ali. Nesse processo, nos chamou atenção a fala da médica que foi dita constantemente em todos os atendimentos: o principal objetivo do Superando Barreiras é ajudar a vítima a superar os desfechos do episódio de violência, para que futuramente ela volte a ter uma vida saudável em todos os âmbitos, principalmente a uma vida sexual sem traumas.

Entendemos que a dinâmica do estupro é muito perversa, pois anula o desejo da mulher e a noção de existência a partir do próprio corpo, se pressupõe

que ela se sente sem dignidade, sem domínio existencial. A construção social culturalmente perversa das relações de gênero permeia o imaginário erótico fantasiando a passividade feminina e a ideia do corpo que pode ser apoderado e o masculino ativo, predestinado a servir e a apoderar. É exatamente por entender a força dessa configuração cultural perversa, que a vítima transborda sua dor na culpa. (VILHENA; ZAMORA, 2004)

Falando em culpa, esse foi um dos sentimentos que mais escutamos as pacientes dizerem durante os atendimentos: “Se eu não tivesse aceitado aquela bebida”, “se eu não tivesse ido por aquela rua deserta”, “se eu tivesse gritado ou saído correndo”. No entanto, a equipe fazia questão de reforçar que a culpa não era dela, gerando a reflexão de que na história existiam duas pessoas, um agressor e uma vítima, então o único culpado ali era o agressor. Além de tudo, ninguém tem direito de tocar o corpo do outro, seja homem ou mulher. Mas é compreensível que as vítimas se culpabilizem, afinal uma conotação equivocada aos olhos da sociedade atribui à mulher a culpa pelo injusto sofrido, quando na verdade ela é a vítima. Isso nos remete as reflexões de BronwMiller (1975) quando a autora fala em como a sociedade de forma tão cruel julga essa mulher, incitado e reforçado pelos mitos do estupro, onde a vítima é levada a acreditar que poderia ter evitado sofrer aquela violência ou que tem parcela de responsabilização por tê-lo sofrido.

A popularidade da crença de que uma mulher seduz ou provoca um homem em estupro, ou precipita um estupro por comportamento imprudente, é parte da cortina de fumaça que os homens jogam para obscurecer suas ações. A insegurança das mulheres é tão profunda que muitas, possivelmente a maioria, vítimas de estupro agonizam depois, em um esforço para descobrir que eram vítimas. (BRONWMILLER, 1975, p.312, tradução nossa)

A culpabilização é algo tão forte que também está presentes nos espaços que oferecem justamente o cuidado e o acolhimento a essas vítimas. Como aponta um estudo de Cavalcanti et al (2006), no qual os profissionais de um serviço que atende vítimas de violência sexual em uma maternidade imputam a culpa à mulher, mesmo após esses profissionais receberem capacitação e terem experiência acumulada. Tais profissionais afirmaram que muitas usavam microssaia na hora da ocorrência, que algumas não se “deram ao respeito” e até mesmo associaram o episódio como um castigo pela liberdade tão almejada pelas mulheres na sociedade, reforçando os estigmas que são fomentados pelo padrão hegemônico, que legitima e

naturaliza a violência sexual.

Retomando a análise da metodologia de atendimento em conjunto, este evita revitimizar a paciente e permite que se criem vínculos de maneira mais fácil. Esse exercício é reforçado pelas recomendações do Ministério da Saúde (2012), como uma maneira de proporcionar um trabalho mais humanizado, “evitando que a usuária tenha de repetir sua história para os diferentes profissionais, assim a equipe deve propor formas de registro unificado que reúna as observações específicas de todos os envolvidos.” (BRASIL, 2012, p.32)

Conforme Cavalcanti et al (2012), os profissionais de saúde que estão em contato com a mulher em situação de violência sexual precisam manter uma postura cuidadosa, lembrando da importância de se estabelecer um bom vínculo, onde ser sensível ao problema é mais importante do que compartilhar a dor da paciente. Enfatizamos que posteriormente, os atendimentos passaram a acontecer individualmente, onde cada profissional aprofunda e busca solucionar a demanda que a paciente traz de acordo com a atribuição e a competência profissional específica.

É dada também a possibilidade à paciente pedir que pessoas se retirem da sala caso ela esteja se sentindo desconfortável com o atendimento em conjunto. Das participantes da pesquisa, 03 mencionaram como se sentiram em relação ao atendimento em grupo, afirmando que apesar de ser um pouco constrangedor entenderam que seria melhor falar uma vez para todas ao mesmo tempo.

Achei maravilhoso falar só uma vez, porque eu fiquei imaginando em ter que falar cinco vezes pra pessoas diferentes, vai demorar muito e vou ter que estar sozinha com todos eles. Mas eu gostei, foi diferente do que imaginei, eu realmente não queria ter que contar várias vezes. Me senti muito exposta, mas ao mesmo tempo eu senti como se eu tivesse sendo abraçada por todo mundo. (Judith)

O ambulatório foi bem mais acolhedor. Eu fiquei esperando e primeiro a enfermeira me atendeu, fez uns exames, depois fui atendida com todo mundo e ela já levou os resultados. Achei bom ser todo mundo, foi acolhedor. Elas me disseram que eu não me sentisse culpada, que a pessoa que fez isso que era a culpada. (Simone)

Sim, eu tive o atendimento coletivo. Me explicaram como funcionava tudo. O atendimento coletivo é meio estranho, a gente chega com tanta vergonha, mas entendo que é importante porque conto a história só uma vez, pra mim foi um pouco desconfortável, mas a equipe foi muito acolhedora, me mostraram possibilidades. (Hannah)

Identificamos nas pacientes em geral, que a demora em procurar ajuda médica e psicossocial está diretamente associada a forte presença de comportamentos referentes a transtorno de estresse pós-traumático (TEPT): choro, ansiedade, angústia, falta de apetite, dificuldade em dormir, falta de concentração, autculpabilização, estranhamento ao próprio corpo, medo de sair na rua sozinha, dificuldade em fazer atividades diárias e até mesmo ideação suicida.

Tal constatação aproxima-se de um estudo realizado por ⁶⁴Leite et al (2016) que teve por objetivo caracterizar os comportamentos relacionados à saúde física e mental pós-violência sexual de 42 vítimas. O mesmo apontou que as principais queixas relacionadas à saúde física, foram: dor, falta de apetite, sono inadequado, tremores nas mãos, má digestão, cansaço o tempo todo e tontura. Com relação a queixas de aspectos emocionais, segundo o autor a maioria relatou: que se assusta com facilidade, se sentia nervosa, tensa ou preocupada, chorava mais do que o costume, dificuldades de pensar com clareza, sentiram-se tristes, possuíram dificuldades em realizar atividades diárias, tiveram falta de interesse pelas coisas e pensaram em se matar. A partir disso, vemos que a agressão sexual provoca intensos e severos transtornos à saúde mental e física da vítima, sendo, na maioria das vezes, a mental mais grave do que as sequelas físicas, pois são mais difíceis de cuidar.

6.3 “SE NÃO FOR ELE, ALGUÉM VAI TER QUE FAZER”: pré-julgamentos e objeção de consciência em casos de aborto legal

Depois de passar pelo primeiro atendimento ambulatorial, receber as orientações e fazer a tomada de decisão junto à equipe, o processo para a interrupção legal se inicia. Neste momento, traremos apenas como se deu o processo de interrupção na percepção das pacientes. Posteriormente discutiremos as questões legais implicadas nestes casos na perspectiva dos direitos sociais.

Analisando a fala das entrevistadas sobre a experiência do aborto legal, identificamos algumas percepções importantes, como: elas acreditavam que seria uma experiência horrível, mas acabou não sendo; o fato delas ficarem em uma enfermaria individual sem outras pacientes foi muito reconfortante, pois tinham

⁶⁴Ver também em DIAS et al, 2018; MATTAR et al, 2007; OLIVEIRA et al, 2005.

receio de ter que contar o motivo da internação para desconhecidos; outras trouxeram falas sobre algum momento em que se sentiram constrangidas, julgadas e situações de objeção de consciência por parte do médico (a).

Eu até esperava que as enfermeiras fossem mais rudes ou mais preconceituosas, mas não foram. Ai lá no centro cirúrgico a enfermeira foi muito carinhosa comigo, cuidou de mim, passava a mão na minha cabeça. Mas veio o anestesista e perguntou: aborto espontâneo? Ai ela disse: não, paciente do superando barreiras. Ele até mudou a expressão, me olhou meio julgando sabe. Ai quando eu acordei eu senti uma cólica muito forte. A enfermeira disse: “É porque o residente foi ruim e não colocou o remédio pra dor na sua anestesia, ele sempre coloca”. (Angela)

Foi tudo tranquilo, só não gostei muito do médico. Ele parecia um “menino de recado”, só vinha dar informação e não sabia responder minhas perguntas. Mas ele não foi grosseiro. No centro cirúrgico a anestesista perguntou se eu tinha alguma doença e se eu tomava algum remédio, e eu falei do Raucutan. Ai ela disse: Como você engravidou tomando essa medicação? Ai o médico que tava perto disse susurrando “violência sexual”. Acho que ela não olhou meu prontuário. (Bell)

Veio um interno da medicina e me fez várias perguntas e tive até que contar de novo. Me senti desconfortável nessa hora em ter que falar. Gostei no leito sozinha e não ter que precisar ficar conversando, fiquei com receio de ter outra paciente na enfermaria e me perguntar o que houve e eu não saber o que falar. (Sueli)

Fiquei isolada e foi muito importante porque me senti menos desconfortável, eu ficaria se eu tivesse em uma enfermaria com outras mulheres. Porque realmente é um desconforto né, estar ali com um tabu enorme, muitos não entende esse tipo de escolha e é meio complicado por isso, mas a equipe foi ótima comigo. (Flávia)

Podemos ver aspectos positivos e negativos na fala das entrevistadas, dentre eles, dois pontos negativos nos chamaram a atenção: a atitude com caráter punitivo do médico anestesista na fala da Angela ao não colocar analgesia para a dor, como uma maneira de fazer a paciente sofrer por ter optado pelo aborto legal; e a falta de sensibilidade e profissionalismo de internos e residentes em não buscarem conhecer previamente a história de Bell através do prontuário, fazendo com que ela tivesse que contar o ocorrido diversas vezes, revitimizando-a. No entanto, a maioria alega ter sido bem acolhida e reforça a importância da ambiência individual, pois não queriam conversar sobre a situação com outros pacientes.

Sobre a questão da ambiência, durante a pesquisa de campo foram realizadas algumas entrevistas no próprio leito e percebemos que as entrevistadas realmente estavam à vontade nos leitos individuais, com mais privacidade. Ter que compartilhar o motivo do internamento com outras gestantes e puérperas parecia ser

uma situação bem apavorante para elas, não só por medo de serem julgadas, mas também porque algumas estavam ali escondidas de suas famílias.

A humanização da atenção e do cuidado a vítima de violência sexual trata-se de uma premissa a ser assegurada em toda a rede de serviços. Deve ser vista como uma das dimensões fundamentais da atenção em saúde, não podendo ser entendida apenas como uma ação a ser aplicada aos diversos serviços, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004).

Dentro desta ótica, um estudo realizado por Machado et al (2015) com mulheres gestantes em decorrência do estupro que buscaram pelo serviço de interrupção legal num hospital universitário, apontou que na emergência as mulheres falaram mais aspectos positivos do que negativos do atendimento, como o fato de terem sido acolhidas, ouvidas e apoiadas. No entanto, no processo de internamento, algumas descreveram momentos em que foram abordadas por pessoas, direta ou indiretamente ligadas ao serviço, que manifestaram opiniões pessoais e de cunho religioso contra o aborto, causando os sentimentos de julgamento e culpa.

Nesse contexto, destacamos aqui uma situação vivida pela pesquisadora ao procurar uma das vítimas que estava internada para a realização da interrupção. Ao se dirigir a uma responsável pela unidade naquele dia e perguntar em qual leito estava internada a paciente do superando barreiras, foi surpreendida pelo gesto da profissional que fez o “sinal da cruz”, ou seja, se benzeu e logo contestou que não era ela a responsável pela paciente, indicando outra profissional. Um gesto simples, banal, mas tão cheio de moralismo, julgamento e aversão. Não é novidade o fato de que profissionais de saúde carreguem valores morais e preconceitos quando o tema é o aborto legal, afinal cada um tem direito a sua individualidade de pensamentos e opiniões. No entanto, cabe aos gestores da unidade realizar atividades que favoreçam a reflexão coletiva com os profissionais sobre a questão da violência sexual, sobre os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde em sua condição de corresponsável na garantia desses direitos.

Com relação à objeção de consciência, sabe-se que o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos⁶⁵, no artigo 18, estabelece que “toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião (...) e de manifestar a sua

⁶⁵ Decreto nº592, de 06 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Ver mais: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm> Acesso em: 11 nov de 2019.

religião ou crença pelo culto, observância, prática e ensino”. Assim, à luz da bioética, a objeção de consciência embasa os profissionais nas relações que visam promover o respeito, à diversidade de culturas, crenças, valores e convicções individuais, tão característicos de uma sociedade pluralista e tolerante. (GALLI et al, 2012)

No entanto, o direito à objeção de consciência não é um direito absoluto e o Pacto o limita quando se refere à saúde de outras pessoas. Sabemos que no Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM) assegura, no artigo 7 do Código de Ética Médica, que

“o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”.

Também é direito do médico, artigo 28, “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. No entanto, é vedado ao médico (a) “descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”, conforme o artigo 15 do cap. III.

Segundo as normas técnicas (BRASIL, 2012), ainda que exista o respaldo legal, não se pode negar o pronto atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, evitando assim que aconteça situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional, e os direitos humanos das mulheres. O Ministério da Saúde ainda esclarece que não há direito de objeção de consciência em algumas situações excepcionais: 1) risco de morte para a mulher; 2) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro profissional que o faça; 3) quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do profissional; 4) no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência. (IDEM)

A esse respeito, Soares (2019) ao analisar as percepções acerca dos aspectos éticos do abortamento legal com 84 profissionais de saúde da MEAC, apontou que em relação à objeção de consciência, 34 entrevistados (40,5%) concordaram que a objeção de consciência é um direito de profissional de saúde e pode ser alegado em qualquer ocasião, ou seja, a maioria desconhece o que diz o código de ética profissional e os direitos das pacientes. Do total, 31 participantes (36,9%) defenderam que o direito à objeção de consciência não cabe nos casos de

necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; 26 (31%) acham que o direito à objeção de consciência pode ser alegado por motivação religiosa e/ou de fórum íntimo, desde que devidamente justificado; 20 (23,8%) acreditam que o direito à objeção de consciência não cabe em situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro profissional que o faça.

Um estudo realizado por Freitas e Cavalcanti (2012), indicou que os profissionais de saúde não são orientados sobre a temática do aborto legal durante a graduação, alguns profissionais só tiveram acesso ao tema após sua inserção profissional e isso faz com que tenham dificuldade em lidar com essa realidade em seu no cotidiano profissional, impedindo a promoção de uma assistência adequada às mulheres com demanda por este tipo de serviço. “Isso demonstra que o foco da formação dos profissionais de saúde, em especial os médicos, ainda está muito centrado na visão técnico-curativa e biológica, resultando assim no despreparo.” (p.1759)

Contudo, a esse respeito, verificamos algo interessante na caracterização do perfil das participantes do nosso estudo. Das 10 entrevistadas, 03 delas ficaram sabendo do programa Superando Barreiras em uma disciplina na universidade na qual estudava e 01 soube por uma amiga que também havia se informado em uma aula da graduação. Se antes os profissionais alegavam desconhecimento durante o processo de formação acadêmico, podemos ver que a temática está presente em alguns cursos da universidade, ainda que não saibamos de maneira ela está sendo aplicada e organizada. Os impactos que esse conhecimento repassado produzirá nos novos profissionais é um alento, pois demonstra que teremos profissionais mais informados e sensíveis a causa das mulheres vítimas violência sexual.

Retomando a discussão sobre a conduta médica, duas entrevistadas relataram situações de objeção de consciência.

Eu tinha muitas perguntas e ele não tinha muitas respostas. Mas ai depois ele veio aqui no quarto e me disse que não ia fazer porque era contra os princípios dele. Eu sei que ele não é obrigado, se não for ele, alguém vai ter que fazer. (Bell)

A enfermeira ia chamar a médica e disseram assim: “mas a médica é outra, ela não sabe do caso dela. E se ela tiver objeção de consciência?”. Mas ai depois veio a anestesista e adormeci. (Sueli)

A partir das falas vemos duas situações diferentes. Na primeira, o médico

explicou a paciente que era um objetor de consciência e não poderia fazer o procedimento, indicando outro profissional para fazê-lo. No segundo, a paciente subiu para o centro cirúrgico e realizou o procedimento sem saber qual médico (a) o faria ou se houve um entendimento entre a equipe. Segundo Diniz (2011), o médico pode alegar objeção de consciência desde que não o faça por desconfiança quanto ao estupro, mas sim por razões de sua moral privada, como é o caso das crenças religiosas. “Não cabe a equipe de saúde o julgamento sobre a narrativa do estupro, e o B.O nem sequer é necessário, pois há ‘presunção de veracidade na palavra da mulher’.” (p.982)

Essa situação reflete a encontrada em nossa pesquisa junto ao Superando Barreiras, pois ainda que garantam que a vítima não necessite contar e reviver a história várias vezes, busca-se por um relato de violência sexual somado com a compatibilidade das datas da última menstruação, com o dia que ocorreu a violência e com a idade gestacional, tendo uma margem de erro de 01 ou 02 semanas de gestação para mais ou para menos. Dito isso, identificamos que os casos de aborto legal do programa que não foram autorizados pela chefia médica do hospital, tiveram como motivos: a ausência de relato consistente de violência sexual e a idade gestacional incompatível com a data da violência. Assim, com a negativa do procedimento a vítima é orientada a procurar outro hospital ou os órgãos jurídicos que poderão dar uma resolutiva ao caso.

Em um estudo realizado por Silva (2015) que teve por objetivo analisar o discurso dos profissionais de saúde frente a utilização da objeção de consciência em um hospital da zona norte de Natal, apontou que alguns médicos desconheciam a norma legal que garante que o profissional não será culpabilizado pela realização de aborto nesses casos. Os outros que conheciam a permissividade legal rejeitaram fazer o procedimento por temer que a mulher estivesse mentindo sobre a origem da gravidez, haja vista que não é necessário o boletim de ocorrência. A autora também afirma que por não saberem se a paciente está declarando a verdade, os profissionais esperam que a história da paciente seja “convincente”, tentando encontrar compatibilidade entre a data de gravidez e da violência sexual, se encarregando de investigar a “realidade do aborto” por si só.

Referente aos aspectos legais que responsabilizam a vítima e a sua declaração de vivência de estupro, o Ministério da Saúde orienta através das normas técnicas o preenchimento de alguns documentos essenciais para respaldar

legalmente a vítima e a instituição. (BRASIL, 2012) A Portaria MS/GM nº 1.508/2005, estabelece os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esse protocolo é composto por cinco diferentes documentos que devem ser adotados pelos serviços de saúde para a realização do abortamento legal. No caso, as 10 participantes desse estudo assinaram os termos quando estavam devidamente orientadas e seguras da tomada de decisão. Em resumo, nós temos:

- 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:** documento essencial para a realização da interrupção. Deve constar a declaração da mulher e/ou de seu representante legal pela escolha da interrupção da gestação, ciente da possibilidade de manter a gestação até o seu término e das alternativas existentes nesse caso.
- 2. Termo de Responsabilidade:** deve constar que os (as) declarantes estão cientes das consequências dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto previstos pelos artigos 299 e 214 do Código Penal, respectivamente, assumindo a responsabilidade caso as informações prestadas não correspondam à verdade. É assinado pela mulher e/ou seu representante legal, onde declaram que as informações prestadas são verdadeiras.
- 3. Termo de Relato Circunstanciado:** a mulher e/ou seu representante legal devem descrever as circunstâncias da violência sexual sofrida que resultaram na gravidez. Desde local e horário à informações sobre o agressor.
- 4. Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez:** firmado pela equipe multiprofissional e pelo diretor ou responsável pela instituição.
- 5. Parecer Técnico:** assinado por um médico, atestando a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência sexual alegada, afastando-

se a hipótese da gravidez decorrente de outra circunstância diferente da violência sexual.

O principal compromisso com o cuidado em saúde deve ser o de proporcionar as melhores condições de saúde reprodutiva para as mulheres. É dever da equipe de saúde informar à mulher sobre todas as opções para sua condição, inclusive aquelas que não querem abortar. O princípio ético da autonomia assegura a importância da participação da mulher nas decisões sobre sua saúde. Cabe aos profissionais respeitarem essa posição.

7 DIREITOS SOCIAIS: CAMINHOS E POSSIBILIDADES

Como vimos anteriormente, as vítimas que chegam para serem acolhidas pelo Superando Barreiras seguem um fluxo e um percurso de cuidado dentro da instituição. Neste capítulo iremos aprofundar as questões relativas ao acesso a direitos sociais das pacientes, onde abordaremos três perspectivas de direitos: direito a escolha; direito a denuncia e direito a não seguir com o acompanhamento pós-violência sexual.

7.1 “ELAS ME DERAM POSSIBILIDADES”: o direito de escolher e o fortalecimento da tomada de decisão

A decisão de interromper uma gestação é considerada uma ruptura com a prescrição social de que a maternidade é uma experiência indissociável da vida feminina. Isso impõe culpabilidade sobre as mulheres, mesmo quando elas são vítimas de violência ou quando estão apenas exercendo seus desejos e direitos individuais. O fato é que a escolha por abortar não é uma decisão fácil ou simples para quem o pratica, principalmente em uma sociedade que reforça que isso é algo muito errado ou que a mulher não deve fazê-lo mediante nenhuma situação de sua vida. Por isso, a mulher que o realiza deve estar segura da tomada de decisão e consciente das outras possibilidades além da interrupção.

Ao serem perguntadas como se deu o processo até chegar a interrupção legal, 03 participantes citaram as orientações que receberam da equipe sobre as possibilidades que existiam além do aborto, como gestar e ficar com o recém-

nascido ou gestar e dar para a adoção,

Lembro que a médica disse que eu tinha opções (manter ou interromper) e que eu poderia fazer esses acompanhamentos antes (atendimento psicológico) para realmente ter a certeza do que eu queria fazer, que se eu continuasse poderia fazer pré-natal aqui e que se não quisesse também faria a interrupção aqui. E em todas as consultas perguntaram se eu queria isso, até que eu decidi e chegou o dia de assinar a documentação, porque realmente eu ia fazer o procedimento. (Flávia)

Eu me lembro mais do meu atendimento com a psicóloga e com assistente social, ela me falou que eu tinha 3 opções: manter a gestação, fazer o pré-natal e ficar com o bebê; ou manter e fazer o pré-natal aqui e doar, e a outra era a interrupção. E que eu tinha total liberdade pra desistir na hora que eu quisesse, até ontem quando eu já estava internada eu poderia desistir. A doutora falou que eu podia pensar até completar antes de 12 semanas, que tudo era no meu tempo, não me obrigaram a fazer nada. (Mary)

Eu lembro que elas me deram as possibilidades, duas em que eu poderia continuar com a gestação ou interromper, também me disseram os riscos de fazer o procedimento e me lembro de me perguntarem se eu realmente queria fazer a interrupção. E eu estava muito certa disso. (Judith)

Por utilizarmos a técnica da entrevista em profundidade, não perguntamos diretamente as participantes quais opções foram esclarecidas a elas, tendo sido relatado espontaneamente. No entanto, não significa que apenas 03 mulheres foram esclarecidas sobre seus direitos nesse quesito, pois ao analisarmos os prontuários e as anotações da equipe em cada atendimento, encontramos relatórios confirmando que as 10 participantes receberam orientações sobre as possibilidades.

Como afirmam Lordello e Costa (2014), as vítimas devem ser informadas sobre o direito de manter a gestação, garantindo que tenham os cuidados pré-natais adequados para a situação; como também devem receber informações completas sobre as alternativas após o nascimento, que varia entre permanecer com a criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de adoção. Poderíamos dizer que os três desfechos parecem ser muito cruéis para as mulheres: abortar, gestar o conceito de um agressor ou doar o recém-nascido para adoção. Todos eles rodeados de estigmas e imposições sociais, que mistificam o maternar, já dizia Badinter (1980) em sua teoria sobre o mito do amor materno, que este é historicamente construído e legitima a desigualdade sexual.

Em nossa observação durante os atendimentos da equipe vimos que esse tema aparecia em alguns momentos, quando a própria vítima se questionava sobre a moralidade do aborto. Entretanto, prevalecia a decisão pela interrupção, pois na ótica das mulheres aquilo (a gestação) era um “problema que precisava ser

resolvido”. Santos e Brito (2016) corroboram com esse sentimento e afirmam que as mulheres demonstraram alívio e felicidade ao verem uma solução para uma gestação indesejada.

Simbolizou para as entrevistadas a resolução de algo que consideravam um problema, motivo este que leva ao entendimento de a sensação de alívio ter se apresentado tão intensa ao ponto de fazer algumas sentirem-se felizes diante da expulsão do embrião. Contudo, isto acarretou ambiguidade de emoções, pois apesar de sentirem-se aliviadas, algumas repreenderam a si mesmas por tal sentimento, passando a vivenciar culpa e remorso. Tais sentimentos emergiram do conflito decorrente dos seus valores morais. (p. 04)

Percebemos que elas só consideravam dar o próximo passo, como fazer a denúncia ou contar para algum familiar, depois de abortar. As falas das vítimas também se referiam a gestação como uma doença. “Eu não me sinto mãe, me sinto doente”. Em um dos momentos do atendimento, a equipe multiprofissional ressaltou para a paciente que “conceber um bebê é um desfecho biológico, maternar é um desfecho social”, promovendo a reflexão sobre o que perpassa a decisão de abortar. Para grande parte das mulheres, a maternidade não é uma idealização e os questionamentos e conflitos sobre ser mãe ou não se fazem presentes ao longo de suas vidas.

Quando perguntadas se o direito ao abortamento se deu de forma burocrática ou difícil, vimos que as expectativas foram superadas, pois acreditavam que por ser no SUS seria muito mais complicado ter os direitos garantidos. Afirmaram que houve muita documentação para assinar, porém viram como uma forma de cuidado e não de maneira punitiva ou que tivesse a intenção de fazê-las desistir do procedimento.

A gente tem essa ideia de que o SUS é burocrático, que não atende, não presta. Mas não é isso, se a gente souber dos nossos direitos, buscaríamos mais. Não achei que aqui foi difícil, teve burocracia, mas na verdade vi como uma forma de cuidado e no meu caso foi até rápido porque eu já estava com 09 semanas e aqui faz até 12 né. (Bell)
Eu fiquei surpresa pelo atendimento, pensei que ia ser difícil o acesso, que iriam me obrigar a fazer o BO. Mas foi bem positivo e alcancei o que eu esperava. (Hannah)

Foi um burocrático necessário. Numa situação dessas, em que o aborto é um tabu, eu entendo que a documentação e a burocracia é necessária, mas não foi demorado. Meu pai nem acreditou quando eu contei pra ele, ele achou que tava sendo muito “fácil”. (Judith)

A burocracia que as participantes relatam se trata da documentação e dos termos que são preenchidos, como vimos no tópico anterior. Também percebemos nas falas o descrédito quanto ao acesso e o funcionamento do SUS. Sem dúvida sabemos das dificuldades que o sistema de saúde público brasileiro apresenta, principalmente quando falamos de acesso aos serviços. Um estudo sobre a oferta, o acesso e a utilização de serviços de saúde público nos últimos 30 anos, apontou que o acesso a esses serviços aumentou ao longo das três últimas décadas, principalmente devido a ampliação do número de postos e centros de saúde, das inovações tecnológicas, das novas formas de cadastro e ingresso no sistema de saúde, além da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os motivos que levam a população a procurar o SUS também mudaram, pois antes se buscava por motivo de “doença”, porém constatou-se que a partir de 1998 houve um aumento na busca por ações de prevenção e controle. (VIACAVA et al, 2018)

A mesma descrença também aparece nas falas quando questionadas se achavam que os seus direitos haviam sido garantidos. No entanto, demonstraram surpresa e satisfação ao ver que o programa iria ajudá-las.

Na verdade você vem com um sentimento ruim, você já está com vergonha e você só vem, mas vem pensando que nada vai dar certo. A delegada disse que eu tinha direitos e que tudo ia dar certo. Só quando eu cheguei aqui é que tive a certeza (Márcia)

Eu tinha pouco interesse em saber dos meus direitos. Fora do que via nas minhas aulas eu nunca pensei sobre isso, porque eu não pensei que ia passar por isso. Mas acredito que aqui sim, meu direito foi garantido, respeitaram a minha decisão. (Angela)

Eu fiquei impressionada, realmente não esperava. Me senti muito apoiada, principalmente porque minha mãe não sabia, mas elas disseram que eu não me preocupasse. (Mary)

Eu fiquei surpresa pelo atendimento, pensei que ia ser difícil o acesso, que iriam me obrigar a fazer o BO. Mas foi bem positivo e alcancei o que eu esperava. (Hannah)

Eu mudei minha perspectiva sobre o aborto legal, eu achava que iriam colocar muitos empecilhos por ser um aborto, que eu seria barrada, que eu não seria acolhida como fui e sim, senti que meu direito foi garantido. Eu realmente indico esse serviço a outras pessoas. (Judith)

Fica evidente que o fato da população não acreditar na efetividade das políticas públicas, gera o receio de procurar ajuda. Isso nos leva a uma reflexão: Será se essas mulheres não tivessem engravidado em decorrência do estupro, elas

teriam buscado ajuda em algum serviço de saúde? Acreditamos que não. É o mesmo sentimento que as fazem não buscar apoio da segurança pública. Medo, angústia e o receio de serem mais culpabilizadas e revitimizadas se juntam como fatores dominantes nessa situação.

Com relação à percepção do SUS como um direito, vemos que por desconhecimento dos seus direitos sociais, por fomentar os estigmas que o SUS sofre “é ruim porque é para pobre” (BACKES et al, 2009) e por não acreditar na efetividade das políticas públicas, a sociedade se surpreende quando se depara com um serviço de saúde eficiente. Obviamente reconhecemos às falhas e dificuldades do sistema que ainda estão bastante presente nos serviços, como a falta de profissionais, de estrutura e de insumos básicos, além da longa fila de espera para cirurgias e consultas eletivas.

A Carta de Direitos dos Usuários do SUS⁶⁶ reforça que todo cidadão tem direito: 1. Ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. 2. Ao tratamento adequado e efetivo para seu problema. 3. Ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. 4. A um atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. 5. Responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada. 6. Comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2006)

Como afirma Backes et al (2009), o direito à saúde não se limita ao direito ao consumo de saúde, é mais do que uma cesta de serviços. O SUS deve ser planejado, articulado e integrado com a coletividade. Não basta garantir o acesso ao sistema público. É preciso estimular uma consciência política dos usuários para que não se tornem meros receptores das propostas governamentais. É preciso que todos os atores sociais estejam engajados e comprometidos na luta pela transformação da sociedade.

Todavia, temos em mente que a legislação sancionada em 2013 que garante atendimento obrigatório, integral e gratuito no Sistema Único de Saúde às vítimas de estupro, após 06 anos em vigor ainda apresenta muitos desafios a serem enfrentados. No ano de 2018, o Ministério Público Federal lançou uma campanha⁶⁷

⁶⁶Ver mais em:<<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>: Acesso em: 20 nov de 2019.

⁶⁷ Ver mais:<<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2018/11/07/mpf-lanca-campanha-para-divulgar-lei-que-garante-atendimento-as-vitimas-de-estupro.ghtml>>

para divulgar a lei, também conhecida por Lei do Minuto Seguinte. O nome faz alusão à importância de a vítima procurar o serviço logo após a ocorrência e assim poderem ser ministradas as medidas necessárias para prevenção de doenças e gravidez. Com a campanha também se criou um site onde as vítimas podem deixar relatos de experiências ruins ou constrangedoras nos serviços de saúde, ajudando a identificar quais locais não estão fazendo o atendimento previsto em lei.

Recomenda-se que a vítima procure o atendimento médico e posteriormente se dirija a delegacia para fazer o boletim de ocorrência, pois é preciso que a profilaxia seja iniciada em até 72 horas ou três dias após a agressão. Depois disso, os medicamentos não terão efeito. Se optar por ir primeiro à delegacia, a vítima deve ser encaminhada posteriormente para o hospital de referência da região para ter o atendimento médico necessário. Como afirma a norma técnica,

Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento, ou submeter-se a exame pelos peritos do IML. Se, por alguma razão, não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos podem fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário. (BRASIL, 2012, p.26)

A título de informação, no ano de 2019 o estado do Ceará registrou nas delegacias 1.988 denúncias de violência sexual, sendo 551 casos na capital Fortaleza, 319 casos nas regiões metropolitanas e 1060 casos somando todas as cidades do interior do estado. A MEAC recebeu no ano de 2019 no atendimento da emergência uma média de 120 vítimas. No entanto, por falta de registros confiáveis e regulares, assim como, por falta de indicadores sociais, não se sabem quantas vítimas atendidas pelo programa denunciaram ou vieram encaminhadas de outros órgãos, ou seja, não necessariamente as 120 vítimas recebidas na MEAC procuraram as delegacias, muito menos se alguma das quase 2000 vítimas de todo o estado esteve na emergência da instituição. Não é à toa o alto índice de casos subnotificados no Ceará e no Brasil. Diante disso, como se pensar numa rede de apoio articulada se o programa desconhece de onde essa paciente veio e para onde ela vai? Óbvio que durante o atendimento a equipe registra no prontuário essas informações, mas não as tabulam tampouco as analisam em outro momento.

Falando em acesso as delegacias e aos órgãos jurídicos, das 10 participantes do estudo, apenas Márcia e Rosa haviam feito o boletim de ocorrência antes de procurar o serviço de saúde. Até a data em que os prontuários foram analisados, as outras 08 entrevistadas também não tinham ido à delegacia depois de começar o segmento no Superando Barreiras. Acerca das orientações e encaminhamentos feitos para o serviço de segurança, as participantes afirmaram,

Eu resolvi não fazer a denúncia. Me falaram que era importante e tudo, sobre como o agressor pode atacar no mesmo local e ninguém faz a denúncia. Mas uma vez eu fui assaltada e foi muito desconfortável sabe, um monte de homem me olhando na delegacia. (Angela)

A assistente social e a psicóloga me orientaram sim a procurar a Casa da Mulher Brasileira. Eu não fiz a denúncia porque eu não tenho provas e foi uma coisa que aconteceu quando eu tava desacordada, também não sei quem é, tenho medo que não acreditem em mim, a gente já é tão julgada. (Simone)

Eu não denunciei e falei que não me sentia confortável. Ai ela falou que eu podia ir pra Casa da Mulher Brasileira, me explicou que se eu fosse antes, tinha a questão de colher o material pra fazer o DNA e poder identificar o agressor. (Sueli)

Elas me falaram sobre o fato de que poderia ocorrer a coleta do DNA, que ficaria no banco de dados da polícia. Ela até disse que poderia adiar meu procedimento para que ir primeiro fazer o BO na delegacia. Ai depois elas disseram que eu poderia procurar a Casa da Mulher Brasileira também, mas eu fiquei pensando que eu já tinha me livrado de uma coisa tão grande e depois ter que passar por toda a burocracia de novo. Mas não sei. (Judith)

A partir da fala das pacientes podemos identificar vários tipos de orientações e encaminhamentos feitos com relação aos serviços de segurança pública. Primeiro de tudo, nós percebemos que as pacientes não se sentem confortáveis em buscar a ajuda das delegacias, relatam traumas de outras vivencias ou que por não terem provas e testemunhas, não serão acreditadas. Em segundo, vimos em nossas observações dos atendimentos e que logo está presente na fala das entrevistadas, o encaminhamento para a Casa da Mulher Brasileira e seus dispositivos jurídicos. Em terceiro, podemos identificar que a equipe utiliza o discurso de “prevenir e proteger outras mulheres de novo ataques do mesmo agressor” como uma forma de conscientizar sobre a importância de se fazer a denúncia e isso é muito válido. Por último, é citada a possibilidade de ser realizada a coleta do material genético do conceito para a realização de DNA e assim poder comprovar a identidade do agressor.

Em conformidade com Osis, Pádua e Faúndes (2013), em estudo realizado na percepção de 419 delegados (as) sobre as condições de funcionamento das Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulheres (DEAMs), sua articulação com outras instituições e as atribuições e o papel dessas delegacias no atendimento a mulheres que sofrem violência sexual, apontou que 60% das delegacias não dispõem de sala privativa para atender as vítimas e 80% do pessoal não havia sido treinado para esse atendimento, o que demonstra a ausência de rotinas definidas, visto que o acolhimento das mulheres é feito por diferentes funcionários. Diante disso, entende-se o motivo que leva tantas mulheres a deixarem de buscar atendimento nas delegacias.

A integração com o setor de segurança pública, embora seja essencial para facilitar o acesso das vítimas ao atendimento em saúde e à abertura do inquérito policial, também não ocorre de forma fácil e sem conflitos. Pensando em estratégias de como melhorar os serviços de atendimento para mulheres em situação de violência, foi sancionada pelo governo Dilma em 2013 a criação das Casas da Mulher Brasileira (CMB) nas capitais.

Um estudo que buscou analisar a implementação de uma CMB na cidade de Curitiba demonstrou como aspectos positivos a integração dos serviços num mesmo espaço com o intuito de diminuir a exposição das mulheres já vítimas da violência a outras violências, dentre elas a institucional ao peregrinar por vários hospitais e clínicas. Foi destacada também a facilidade de acesso, bem como a boa estrutura do equipamento, permitindo a qualidade do atendimento e evitando que as mulheres se dispersem no caminho entre os encaminhamentos. A disponibilidade de recursos humanos para realização dos serviços de triagem, acolhida e atendimento psicossocial durante as 24 horas também foi um aspecto benéfico identificado. Dos pontos a serem melhorados estão às questões relacionadas às mulheres que residem em outro município, pois encontram dificuldades em dar seguimento às ações iniciadas na CMB, defrontando-se com a limitação do serviço que fará seu atendimento e encaminhamento futuro. (AYRES et al, 2017)

Referente aos casos onde se pode coletar o material de DNA, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) afirma que provas médico-legais são de grande importância em situações de violência sexual, tanto para a comprovação material do crime alegado, como para a identificação e responsabilização do autor. A coleta de material a partir de restos embrionários pós-curetagem começou a ser adotada pelo

Superando Barreiras somente em 2019. Para solicitá-lo é obrigatório que a vítima faça o boletim de ocorrência, o hospital colhe o material que logo é encaminhado para análise no Instituto Médico Legal (IML). Até a presente data da realização dessa pesquisa, nenhuma paciente havia feito a coleta de material para DNA.

7.2 A não adesão ao tratamento também é um direito?

Em nossa pesquisa empírica observamos algo muito peculiar aos serviços de saúde e que também foi vivenciado pelo Superando Barreiras: a dificuldade das pacientes aderirem ao segmento ambulatorial. Identificamos que as 10 entrevistadas fizeram o segmento conforme o recomendado para realizar a interrupção⁶⁸, no entanto, após realizarem o abortamento apenas 03 entrevistadas retornaram e fizeram o segmento (mais de 03 consultas), 05 participantes fizeram apenas uma consulta e nunca mais retornaram; e 02 nunca retornaram. No presente estudo, a adesão foi considerada como o comparecimento em 03 ou mais consultas, pós-emergência ou pós-abortamento.

Ao fazermos uma análise dos atendimentos do programa no primeiro semestre de 2019, vimos que das 74 pacientes atendidas no ambulatório, 60 eram de primeira vez e 14 já havia iniciado o acompanhamento em 2018. Do total, apenas 28 fizeram 03 ou mais consultas e 46 fizeram até 02 consultas. Resumindo, 62% das pacientes não aderiram ao acompanhamento ambulatorial e apenas 37,8% realizaram mais de 03 consultas. Ressaltamos que apresentamos aqui duas situações diferentes: 1. A não adesão em pacientes que chegam pela emergência e fazem o segmento ambulatorial e 2. Pacientes que realizaram o aborto legal e não retornaram para o ambulatório. Nas duas situações os índices de não adesão ultrapassaram os 50%.

A discussão quanto à adesão e a 'não adesão' a um tratamento perpassa vários âmbitos da saúde pública, podendo estar relacionada ao seguimento de uso medicamentoso, aos tratamentos de doenças crônicas, aos agravamentos decorrentes de violência, dentre outros. Como também afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão é quando um indivíduo cumpre as recomendações de um profissional ou equipe de saúde, que podem estar

⁶⁸Consulta ambulatorial com a equipe multidisciplinar, consulta com a ginecologista e atendimento psicológico.

relacionadas ao uso de medicamentos, a mudança no estilo de vida e na alimentação, etc. (WHO, 2003)

A esse respeito, Gusmão e Mion Jr (2006) afirmam que adesão ao tratamento esta relacionada a diversos comportamentos atribuídos à saúde, mas que devem ir além de simplesmente seguir a farmacoterapia, envolvendo aspectos relacionados com o sistema de saúde, com fatores socioeconômicos, com o paciente e a própria doença. Já a não adesão corresponde ao não cumprimento das ações citadas, podendo ser intencionais, quando se tem consciência da importância do tratamento, mas não o cumpre; e não intencional, quando não se entende o que foi orientado pelo profissional de saúde. (WHO, 2003) Para Borges e Porto (2014), “a problemática da adesão convoca os gestores e profissionais do SUS a refletir criticamente sobre a postura, o papel e a atuação da equipe multiprofissional”. (p. 345)

Dessa forma, trazendo essa discussão para o fenômeno da violência sexual, sob tal importância e complexidade que é o cuidado em saúde, a não adesão ao segmento clínico e psicossocial por parte das vítimas pode gerar vários agravamentos à saúde. As recomendações do Ministério da Saúde falam, principalmente, sobre a adesão a profilaxia de exposição ao HIV. Entende-se que vários fatores podem afetar a capacidade de adesão, como aspectos socioeconômicos, grau de escolaridade, qualidade do serviço de saúde, esclarecimento sobre a importância do cuidado e até aspectos pessoais. Por isso, a adesão deve ser pensada dentro de um contexto em que a pessoa não apenas siga as orientações da equipe de saúde, mas entenda e concorde com a necessidade e os objetivos das mesmas e utilize os medicamentos prescritos. (BRASIL, 2012)

Dito isso, solicitamos a equipe do Superando Barreiras a realização de uma busca ativa com as pacientes que não haviam retornado para o acompanhamento pós-aborto nos últimos 06 meses. Com a autorização da médica responsável pelo programa, tentamos contato com 10 pacientes. Apenas 04 atenderam a ligação e foram feitos agendamentos para que viessem conversar com a equipe. Feito contato com as outras 06 pacientes, mas sem sucesso. Destacamos que as entrevistadas Flávia e Angela fazem parte das pacientes que foram procuradas. As outras duas pacientes que confirmaram, não compareceram. Flávia e Angela realizaram a interrupção no mesmo período, entre os meses de setembro e outubro de 2018. Nessa época, Flávia retornou uma vez para o segmento pós-

interrupção e Angela não havia comparecido a nenhuma consulta pós-procedimento.

No atendimento, elas trouxeram os motivos que as fizeram não aderir ao segmento ambulatorial. Flávia relatou a dificuldade em conseguir liberação no trabalho para vir às consultas com a psicologia, mesmo contando ao chefe que havia sofrido um episódio de violência.

Com relação a psicoterapia, eu estava adorando mesmo, mas eu não tava conseguindo vir, foi tudo descredibilizado. Precisei quebrar o sigilo pra tentar sensibilizar meu chefe e não adiantou de nada. Não tive apoio e nem empatia. (Fávia)

Sabemos que a lei trabalhista brasileira configura a violência sexual como acidente de trabalho, nos casos em que ocorre durante o percurso do trabalho, sendo de extrema importância que se realize a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), havendo ou não a necessidade de afastamento das atividades. O cadastramento do CAT garante direitos para a mulher trabalhadora em situação de violência sexual possa receber atenção necessária à sua saúde. (BRASIL, 2012) Em consonância com o tema, Oliveira et al (2005) afirma que,

A necessidade de licença no emprego ou dispensa de aulas é importante para que a mulher possa se recuperar antes de retornar às suas atividades. Portanto, é visível a importância da inclusão da violência sexual (estupro) no âmbito dos direitos trabalhistas. Muitas mulheres sofrem a violência no trajeto casa-trabalho, o que configura como acidente de trabalho. Contudo, não há caracterização e acesso aos direitos trabalhistas facultados nessa circunstância.

Foi justamente o caso de Flávia, que não possuía vínculo empregatício, estando assim desamparada em relação ao impasse trabalhista. A entrevistada também alegou que pensou algumas vezes em retornar para o serviço, mas achava que não seria permitido, pois estava há vários meses afastada.

Já Angela relatou que no primeiro retorno pós-abortamento não pode vir e ficou adiando o reagendamento, até que passaram vários meses e teve vergonha de ligar para agendar, corroborando com o mesmo pensamento de Flávia ao acreditar que perderia o direito de voltar para o programa. Angela ainda apresentava características de PEPT, chorosa quando falava do assunto, com quadros de ansiedade e dificuldade de se relacionar afetivamente. Ela afirmou que por um tempo chegou a acreditar que estava começando a superar sozinha o que tinha acontecido, mas reconheceu que em vários momentos não se sentia bem quando

relembrou. Demonstrou receio em relação a terapia com a psicóloga, pois pensou que teria que falar sobre o que aconteceu em todos os atendimentos.

Através da percepção de Angela e Flávia, vimos o desconhecimento com relação ao acesso ambulatorial. Diferente de outros serviços ofertados pelo SUS, onde através da Unidade Básica de Saúde (UBS) os usuários acessam o nível terciário e caso não compareçam ao atendimento agendado, perdem a vez e tem que retornar a UBS, no Superando Barreiras as pacientes podem reagendar os atendimentos sem “perder a vaga” e a própria funcionária do ambulatório liga para confirmar a presença da paciente naquele dia.

A partir da observação dos atendimentos da equipe não identificamos orientações feitas referentes a essa questão de poder reagendar, entretanto existe uma via de mão dupla nessa desinformação. Percebemos o receio das entrevistadas em procurar o serviço novamente para se informar sobre o direito de retornar; como também a ausência dessa orientação no protocolo do programa. Todavia, depois desse episódio da busca ativa a equipe passou a reforçar nos atendimentos posteriores a importância de a paciente aderir ao segmento, pois a interrupção é apenas um dos passos.

O receio de Angela em reviver o episódio da violência através da psicoterapia também nos chamou a atenção. A não adesão pode ser multifatorial (FREITAS, 2018), mas ficam os questionamentos: não seria o medo de reviver a violência um dos principais motivos para que as vítimas de violência sexual não retornem aos serviços de referência? O ambiente hospitalar em si, mesmo que tenha sido acolhedor, não a faz lembrar-se do motivo que a trouxe ali, o estupro? Não seria esse um local que traz mais adoecimento do que cuidado para a vítima? Sendo estes os prováveis motivos que as levam a não aderir ao segmento, caberia a equipe multiprofissional o papel de insistir para que a paciente retorne? A não adesão nesse caso também não se configura como um direito?

Um estudo realizado por Trigueiro (2015) que visou compreender os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual, apontou que, dentre outros fatores, a fragilidade emocional ocasionada pela violência sexual faz com a vítima associe o seguimento ambulatorial ao evento agressivo, o que a desencoraja a comparecer ao serviço.

O fenômeno da não adesão é algo complexo, pois se reconhece inúmeras variáveis que contribuem para tal decisão, entre elas a relação do paciente consigo

mesmo, com seu corpo, com a doença, com o tratamento e com a equipe de cuidado. Além da influência de aspectos sociais, culturais, econômicos, emocionais. Diante disso, é importante que se possa atuar em perspectivas diversas, entre elas, a mais voltada para a singularidade do sujeito. (FERREIRA, 2017)

Freitas (2018) propõe a compreensão da não adesão com pacientes de doenças crônicas a partir da psicanálise, como uma manifestação do sujeito do inconsciente. A autora afirma que a não adesão a um tratamento vai além de não se seguir uma prescrição médica. “A não adesão é aderir ao projeto terapêutico singular, à maneira do sujeito, o sujeito do inconsciente” (p. 104) Aderir ao tratamento significa aceitar uma nova condição de vida, aderir é lembrar que seu corpo não é mais o mesmo e que a “cura” ao estado anterior não é mais possível. A autora complementa reforçando que entender as singularidades da não adesão possibilita que o sofrimento do paciente seja reconhecido pela equipe e, conseqüentemente, seja tratado com outro olhar. A proposta é a de que se possa extrair o que o paciente não suporta na doença e no tratamento, assim, poder chegar ao que é de mais singular no sujeito do inconsciente.

Pensando a não adesão como uma forma de superação por quem sofreu a violência sexual, isso quer dizer, o afastamento de qualquer coisa que remeta a situação traumática vivenciada, poderíamos pensar a não adesão como um direito à dignidade humana. Não teriam as pacientes que vivenciaram episódios violentos o direito ao esquecimento?

Sabemos que a Constituição Federal (CF) de 1988 tornou a pessoa o centro do ordenamento jurídico e trouxe a dignidade da pessoa humana como metaprincípio informador de todos os demais princípios. Enquanto fundamento da República, está previsto no art. 1º, inciso III da Constituição de 1988⁶⁹. Com base nisso, dá-se o reconhecimento do princípio da dignidade da pessoa humana como direito fundamental norteador de todas as ações estatais. (BORCAT; ALVES, 2013)

Ressaltamos que o aprofundamento sobre o tema dos direitos fundamentais e seus aspectos jurídicos não será o nosso objetivo aqui. Pretendemos discutir sobre como a legislação entende a necessidade do indivíduo em esquecer aquilo que traz dor, que envergonha ou que de qualquer modo, o faz sofrer.

⁶⁹ Ver em:<<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10731879/inciso-iii-do-artigo-1-da-constituicao-federal-de-1988>>

O direito ao esquecimento é um direito fundamental implícito⁷⁰ que deriva dos direitos de personalidade e pode ser aplicado nas diversas áreas do Direito, como administrativo, civil e penal. Diniz (2004) conceitua os direitos da personalidade como sendo os direitos subjetivos da pessoa em defender o que lhe é próprio, ou seja, a sua integridade física, a sua integridade intelectual e sua integridade moral. Nesses três grupos, nós temos: a) Integridade física: como o direito à vida, ao corpo e ao cadáver; b) Integridade intelectual: como o direito à autoria científica ou literária, dentre outras manifestações do intelecto; c) Integridade moral: como o direito à honra, à liberdade, à vida privada, à intimidade, à imagem, dentre outros. Assim, pertencente ao direito da personalidade, o direito ao esquecimento vai advir da privacidade e da intimidade. (BOLDRINI, 2016)

Com o advento da tecnologia e seu incrível aprimoramento ao longo das décadas, nos tornamos uma sociedade que vivencia a era da hiperinformação. Com dados tão fáceis e rápidos, é impossível controlar a constante invasão à esfera privada do indivíduo, exibindo informações e acontecimentos que, eventualmente, causam prejuízo à dignidade humana dos envolvidos. A partir dessa nova realidade social, onde o acesso à informação é praticamente irrestrito, novos entendimentos direitos foram surgindo, especialmente decorrentes dos direitos fundamentais da personalidade, dentre os quais se destaca o direito ao esquecimento. (SCHREIBER, 2014)

Em meio à atual revolução tecnológica, o direito ao esquecimento surge na tentativa de garantir o direito à privacidade. No entanto, Martinez (2014) ressalta que existe uma diferença entre os dois direitos no que se refere aos objetos de proteção jurídicos. Enquanto o direito ao esquecimento visa a proteção de dados pretéritos, ou seja, evita a rememoração de dados consolidados que já não tem utilidade para o interesse público; à privacidade objetiva a proteção de dados pessoas contemporâneos.

De acordo com Pompéo e Francheschi (2015),

É nessa conjuntura que o direito ao esquecimento se insere, como um direito de ninguém ser obrigado a conviver com a lembrança de fatos pretéritos, dos quais, seja pela pertinência ou pelo longo decurso de tempo, seu armazenamento não é justificado. Neste caso, estabeleceu-se uma

⁷⁰Sobre os direitos fundamentais implícitos, Sarlet (2012) afirma que estes não estão expressamente positivados, podendo ser deduzidos por via de ato interpretativo, com base nos direitos constantes do 'catálogo', bem como no regime e nos princípios fundamentais da nossa Lei Suprema.

discussão em torno do conflito principiológico entre o direito à intimidade, autodeterminação e honra na rede e a possível ameaça à liberdade de expressão e de imprensa, bem como a própria segurança jurídica.

Na realidade, esse tema vem sendo abordado na Europa⁷¹ e nos Estados Unidos⁷² há algumas décadas. Também conhecido como o “direito de ser deixado em paz” ou “the right to be alone”⁷³ em inglês, o direito ao esquecimento ganhou cada vez mais relevância dado o avanço dos meios tecnológicos de informação. Atualmente, sabemos que qualquer fato ocorrido no mundo dificilmente consegue ser “apagado” ou seus envolvidos esquecidos, sobretudo se for de grande relevância para os meios de comunicação.

Schreiber (2014) explica que o direito ao esquecimento assegura a possibilidade de se discutir o uso, o modo e a finalidade de fatos pretéritos. Viana (s/d) reitera que o “direito ao esquecimento não está relacionado a um meio para apagar o passado. Na realidade, a ideia central é preservá-lo para impedir que seja utilizado de forma leviana e prejudicial à pessoa”. (p.306)

No Brasil, tal direito foi reconhecido pela primeira vez em 2013, quando o Superior Tribunal de Justiça julgou os casos simbólicos da “Chacina da Candelária”. Sendo que no primeiro caso foi concedido o direito ao esquecimento, e no segundo não. No caso da Candelária, um dos indiciados (que logo foi absolvido por unanimidade por Júri), de ser partícipe da chacina dos 08 jovens, alegou ter sido procurado por um programa da Rede Globo para uma entrevista sobre o ocorrido, na qual não autorizou qualquer tipo de veiculação da sua imagem. Entretanto, além de ter exibido a tragédia, o programa apontou o solicitante como um dos autores do

⁷¹Na Europa o exemplo histórico mais citado é conhecido como “Caso Lebach – (Soldatenmord von Lebach)”, julgado pelo Tribunal Constitucional Alemão. Em 1969, em um vilarejo a oeste da Alemanha chamado Lebach, quatro soldados que guardavam um depósito de munição foram assassinados e um quinto ficou gravemente ferido. Após o processo, dois réus foram condenados à prisão perpétua e um terceiro a seis anos de reclusão. Este último cumpriu toda a pena e na época que seria libertado uma rede de televisão tinha produzido um documentário a respeito do caso. No documentário seriam apresentados os nomes e as fotografias dos acusados, bem como uma reconstituição dos fatos. Este réu promoveu uma medida judicial para impedir a exibição do programa, com o argumento de que já tinha cumprido a pena imposta pelo sistema e o documentário dificultaria seu processo de ressocialização. (POMPÉO, FRANCHESCI, 2015; SCHREIBER, 2014; BOLDRINI, 2016),

⁷²O direito ao esquecimento surgiu, pela primeira vez, na Califórnia, em 1931, através do caso “Red Kimono”, onde a história de uma prostituta que havia cometido um assassinato virou roteiro um filme setes anos após sua absolvição, baseado no julgamento. A ré alegou que já tinha cumprido sua pena e que tinha o direito de ser esquecida. O Tribunal Americano acolheu o pedido de reparação por violação da vida privada, reconhecendo o direito ao esquecimento, tendo em vista que os fatos pretéritos não deveriam ser eternamente lembrados. (POMPÉO, FRANCHESCI, 2015)

⁷³O termo mais correto atualmente é “right to oblivion” para se referir ao direito ao esquecimento. (MORAES, 2016)

crime. Assim, o mesmo passou a sofrer humilhação, constrangimento e ameaças, tendo o local de trabalho depredado e destruído por populares. (MORAES, 2016) Claro que o caso da Candelária nunca poderá ser esquecido, no entanto, cabem os meios de comunicação expressar de forma ética as informações, preservando os direitos constitucionais dos indivíduos.

O direito ao esquecimento é o direito de ser esquecido, mas também o de esquecer. Sob essa ótica, queremos enfatizar que o caso das mulheres que não aderiram ao tratamento não se iguala aos exemplos citados acima em sua causalidade, mas sim em sua consequência. Elas não são culpadas ou réis, são vítimas, mas que também buscam apagar esse momento da sua história. Assim, se torna uma forma de garantir a saúde, impedindo que o trauma gere o isolamento oriundo da vergonha, levando à relações sociais deficientes, que futuramente aumentam a incidência de inúmeras outras comorbidades.

Paralelamente, não pretendemos afirmar que o tratamento não seja importante para as vítimas de violência sexual, na verdade o segmento é essencial para que essas mulheres voltem a ter um mínimo de qualidade de vida. Também não pretendemos calar tantas mulheres que sofrem violência sexual ou diminuir uma luta feminina. No entanto, usar o método do esquecimento também é uma estratégia de sobrevivência do todo ser humano, principalmente por quem vivencia situações de sofrimento e tragédia. Por fim, o presente estudo buscou reforçar a compreensão da violência sexual como problema de saúde pública de grande magnitude, que demanda uma abordagem que contemple a integralidade e a interdisciplinaridade para lidar com os impactos significativos na vida das mulheres em todos os seus aspectos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento as vítimas de violência sexual constitui um dos maiores desafios para o setor saúde, pois articula um tema (a violência) cuja interface com a saúde é de conhecimento recente, no entanto conta com duas práticas muito antigas e cheias de significações religiosas, morais e éticas: a violação do corpo das mulheres e a prática do aborto. Enfrentar essa realidade garantindo às mulheres o direito à saúde e à autonomia sobre seus corpos é um exercício que, sem dúvida, exige um esforço contínuo e integrado dos diferentes setores da sociedade.

No desenvolvimento desse estudo, enriquecemo-nos enquanto pesquisadoras, e antes de tudo, enquanto seres humanos, a partir das múltiplas histórias que escutamos, pois não é fácil ouvir uma mulher que teve o corpo violado. Tiraram tudo dela, a única coisa que pertencia a ela (o próprio corpo) já não pertence mais. Assim, um programa que acolhe vítimas de estupro, além de cuidar clinicamente, deve reforçar que a culpa não é dela, fortalecer a tomada de decisão que ela escolher e mostrar que aquele espaço agora será de cuidado.

Partindo disso, este estudo propôs avaliar um programa de saúde que atende vítimas de violência sexual chamado Superando Barreiras, a partir da percepção das mulheres atendidas, abordando a perspectiva da avaliação em profundidade. Inicialmente traçamos o perfil das vítimas atendidas pelo programa entre o período de 2015 a junho de 2019 e logo a partir das entrevistas e da observação participante encontramos as categorias de análise que nortearam a discussão dos resultados da pesquisa. Como aporte teórico, discutimos de que forma as relações de gênero e a dominação masculina são construídas em nossa sociedade e quais seus desdobramentos na violência sexual e seu impacto na manutenção da cultura do estupro.

As metodologias adotadas foram escolhidas de acordo com os objetivos propostos, assim utilizamos métodos qualitativos e quantitativos mais adequados para este estudo. Com relação ao aspecto avaliativo, propomos realizar uma avaliação a partir da perspectiva em profundidade, fazendo uma análise de conteúdo e contexto das políticas públicas relacionadas à violência sexual. Para a apreensão da realidade, realizamos as entrevistas com 10 participantes, fizemos a observação participante durante os atendimentos da equipe no ambulatório e registramos nossas percepções em um diário de campo.

A partir da análise das falas das participantes e dos registros do campo empírico, elencamos alguns aspectos importantes. Com relação à chegada delas na emergência da MEAC, as entrevistadas afirmaram que em geral foram acolhidas e receberam os primeiros atendimentos adequados. Vimos que a equipe utiliza um fluxograma que norteia o primeiro atendimento, tendo como premissa a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual, recomendado pelo Ministério da Saúde. Identificamos que todas as entrevistadas levaram no mínimo um mês para procurar atendimento em uma unidade hospitalar, quando se recomenda que as vítimas busquem os serviços de saúde em até 72 horas após o ocorrido.

Referente ao segmento ambulatorial, as mulheres atendidas se referiram positivamente ao método utilizado pela equipe multiprofissional ao fazer o primeiro atendimento de forma conjunta. O sentimento da culpa foi o sentimento que mais observamos durante os atendimentos, assim como a tentativa da equipe em ajudar a paciente a refletir sobre as construções sociais que estão atreladas a culpabilização da vítima de estupro por parte da sociedade.

Percebemos que quando as pacientes precisaram acessar outros espaços do hospital, no qual se supõe que os profissionais também deveriam ser capazes de acolher as vítimas de violência sexual, nos deparamos com relatos e atos preconceituosos, moralistas e de revitimização. No internamento para a realização do aborto legal, as participantes relataram o encontro com profissionais objetores de consciência ou que não conheciam o histórico delas e o motivo da internação. A ambiência e o leito individual foram um dos aspectos positivos apontados pelas pacientes.

Por meio deste estudo, também observamos como a nossa população ainda é muito descrente quando falamos de SUS. As entrevistadas achavam que fazer o aborto legal seria muito burocrático, mas se depararam não só com um serviço especializado como também tiveram o direito de escolher, onde foram apresentadas possibilidades e a tomada de decisão fortalecida. Com relação à denúncia na delegacia, vimos que apenas duas das participantes do estudo registraram boletim de ocorrência, enquanto as outras relataram receio em denunciar devido a traumas de outras vivências em delegacias, além do medo de serem desacreditadas.

Para finalizar, trouxemos uma reflexão sobre a não adesão ao segmento ambulatorial como um direito das pacientes após identificarmos um número significativo de pacientes que não retornavam para o acompanhamento. A legislação brasileira garante ao cidadão o direito de esquecer e ser esquecido.

Dos desafios encontrados para a realização desta pesquisa ressaltamos o fato do programa não utilizar indicadores sociais para nortear seu funcionamento. Percebemos que no ano de 2015 quando o programa ainda estava sendo avaliado pela CEMICAMP, dados importantes para a implementação do programa foram tabulados, porém a partir do momento em que o programa passou a ter autonomia muitos dados não foram mais contabilizados, exceto os dados referentes ao aborto legal. Então, por exemplo, nós não sabemos quantas pacientes tiveram alta desde que o programa começou a funcionar, quantas denunciaram ou vieram encaminhadas de outros órgãos, quantas fazem o acompanhamento há mais de 03 meses ou mais de 06 meses, que é o mínimo previsto pelo programa; quantas não aderiram ao segmento ambulatorial, dentre outros. Quando se pensam esses dados diferenciando entre adultas e menores de 18 anos os indicadores sociais também sofrem variação.

O Superando Barreiras faz parte de uma política pública de saúde complexa que exige dos seus legisladores e executores o entendimento das suas especificidades, ou seja, quando se pensa em políticas públicas para mulheres não se pode generalizar nem colocar todas as demandas dessas mulheres de forma única e homogênea. O programa funciona num espaço de contradições e por isso os conflitos éticos e morais são tão persistentes nas atitudes de alguns profissionais. Nós temos o espaço de uma maternidade, onde o objetivo é conceber vidas, incentivar a criação de vínculos e afetos e ao mesmo tempo, nesse mesmo local, o crescimento de conceptos são interrompidos e o “ser mãe” não é a prioridade. Assim, pretendemos a partir desse estudo, colaborar com a organização do serviço no sentido de aprimorar os atendimentos oferecidos. Este estudo não se esgota aqui, na verdade, outras ideias de pesquisa surgiram a partir dessa. As multifacetadas da violência sexual nos permite analisá-la partir de várias vertentes e métodos.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, Leila; MONTEIRO, Mário. F. G. **Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais**. Rio de Janeiro: Ipas Brasil e IMS/UERJ, 2007. Disponível em: https://jornalgnn.com.br/sites/default/files/documentos/factsh_mag.pdf . Acesso em: 02 fev. 2019
- AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Rio de Janeiro: Editora Letramento, 2018
- AMORIM, Linamar Teixeira de. **Gênero: uma construção do movimento feminista?** 2011. Trabalho apresentado no II Simpósio Gênero e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Londrina, 2011, Londrina. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Linamar.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.
- ANJOS, Gabriele dos. Identidade sexual e identidade de gênero: subversões e permanências. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 2, n. 4, p. 274-305, jul./ dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n4/socn4a11>. Acesso em: 26 fev. 2018
- ARRETCHE, Marta. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **RBCS**, v. 18, n. 51, p. 7 – 9, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092003000100001&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 12 dez. 2019.
- ÁVILA, Juliana Carreiro; GOMES, Juliana Cesario Alvim. Feminismo, Marxismo, Método e o Estado: Uma agenda Para Teoria. **Rev. Direito & práxis**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 15, 2016, p. 798-837. Disponível em: [file:///C:/Users/servico.social/Downloads/25361-80933-4-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/servico.social/Downloads/25361-80933-4-PB%20(1).pdf). Acesso em: 05 dez. 2019
- AYRES, Cleison Ribeiro et al. **Casa da mulher brasileira: uma política pública para mulheres em situação de violência**. 2017. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Sociedade) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Disponível em: http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/3111/1/CT_PPGTE_M_Ayres%2C%20Cleison%20Ribeiro_2017.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.
- BACKES, Dirce Stein et al . O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300026&lng=en&nrm=iso . Acesso: 20 Nov. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. LDA: Lisboa, 2009.
- BARSTED, Leila Linhares. **O Progresso das Mulheres no Brasil**. In: A violência contra as mulheres no Brasil e a Convenção de Belém do Pará dez anos depois. Cepia; ONU Mulheres, Brasília, 2011. Disponível em: <http://onumulheres.org.br/wp->

content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf. Acesso em 18 abr. 2018

BASTOS, Cleverson Leite; KELLER, Vicente. **Aprendendo a aprender**: introdução à metodologia científica. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: fatos e mitos**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BITTAR, Eduardo Carlos Bianca. **Linguagem jurídica**. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOLDRINI, Fernanda. O direito ao esquecimento no ordenamento jurídico brasileiro: o conflito entre a liberdade de expressão, de informação e de imprensa versus os direitos de personalidade. In: BOLDRINI, Fernanda. **O direito ao esquecimento no ordenamento jurídico brasileiro**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. p. 30-53. Disponível em: http://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2017/03/fernanda_boldrini_2016_2.pdf. Acesso em: 06 jun. 2019.

BOURDIEU, Pierre. **Dominação Masculina**. Tradução de Maria Helena Küher. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. 16.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. Congresso. Constituição (2013). **Decreto nº 8086, de 30 de agosto de 2013**. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8086.html. Acesso em: 09 jun. 2019.

BRASIL. Lei no 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072/90 e revoga a Lei no 2.252/54, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12015-7-agosto-2009-590268-exposicao-demotivos-149280-pl.html>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.845 de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.html. Acesso em: 06 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: **Norma técnica**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 15 out. 2017

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas Para As Mulheres (Org.). **Enfrentamento a Violência Contra a Mulher: Balanço de ações 2006-2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/ouvidoria-da-mulher/pacto-nacional/publicacao-pacto-2007.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRILHANTE, Aline Veras Moraes; NATIONS, Marilyn Kay; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. “Taca cachaça que ela libera”: violência de gênero nas letras e festas de forró no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-12, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2019.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAETANO, Ivone Ferreira. **O feminismo brasileiro: uma análise a partir das três ondas do movimento feminista e a perspectiva da interseccionalidade**. 2017. TCC (Pós-Graduação Lato Sensu Gênero e Direito da Escola) - Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistas/genero_e_direito/edicoes/1_2017/pdf/DeslvoneFeireiraCaetano.pdf. Acesso em: 06 fev. 2019. Acesso em: 23 nov. 2018.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodero. Boas práticas em gestão de saúde reprodutiva: o serviço de aborto legal do Hospital Municipal do Jabaquara. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES Romeo; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1,p.31-39, jan, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/408/2/Representa%C3%A7%C3%B5es%20sociais%20de%20profissionais.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2018

CEARÁ. Assessoria de Análise Estatística e Criminal. Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social. **Relatório Mensal de Crimes Sexuais**. Fortaleza: [s.i], 2019. 02 p. Disponível em: http://www.sspds.ce.gov.br/file_bd?sql=FILE_DOWNLOAD_FIELD_ARQUIVO_DOWNLOADHYPERLINK e=pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da violência** - 2017. Rio de Janeiro: IPEA; São Paulo: FBSP, 2017. 68 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30411. Acesso em: 21 out. 2017.

CONTE, Daniela Beatriz et al. Adesão ao tratamento: onde está o problema? percepções a partir da vivência em equipe multidisciplinar hospitalar. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 3, p. 85-100, 2015. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/download/971/959>. Acesso em: 02 jan. 2020

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz. **Igualdade e desigualdades de gênero no Brasil: perspectiva históricas CIPD do Cairo e PNPM de 2004 a 2007**. 2010. Trabalho apresentado no Fazendo Gênero da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010, Florianópolis. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1276297897_ARQUIVO_Textofazgenero9_Sonia_Jeda_11jun10.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018

COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6509>. Acesso em: 19 fev. 2018.

CRUZ, Danielle Maia. Enfoques contra-hegemônicos e pesquisa qualitativa: desafios da avaliação em profundidade em políticas públicas. **Revista Aval**, Fortaleza, v. 1, n. 15, p. 161-173, 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/41553/99012>. Acesso em: 20 set. 2019.

CUNHA, Carla da. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil**. Trabalho elaborado durante o curso “The Theory and Operation of a Modern National Economy”, ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, em 2006. Digitalizado

D’OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. ; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência de gênero como uma questão de saúde**: a importância da formação de profissionais. J Redesaúde. v.19, n.3, 1999.

DAVIS, Angela. **Mulher, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2017.

DELZIOVO, Carmem Regina et al . Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1687-1696, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501687&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2019.

DERLIEN, Hans-Ulrich. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 105-122, jan./mar, 2001. Disponível em: <https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/302>, Acesso em: 13 fev. 2019

DIAS, Samir Antonio Silvestre; CANAVEZ, Luciano Somões Canavez; MATOS, Elizabeth Santos de. Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: prejuízos cognitivos e formas de tratamento. **Revista Valore**, Volta Redonda, v.3, n. 2, p.597-622, 2018. Disponível em:

<https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/download/114/192> 30 nov de 2019. Acesso em: 10 out. 2019.

DINIZ, Débora. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Rev saúde pública**, v. 45, n. 5, p.981-5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2721.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc.saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso>. Acesso 07 fev. 2020.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito civil brasileiro**, v. 1. São Paulo: Saraiva, 2004.

DREZETT, Jefferson. **Violência sexual**: uma grave questão de saúde pública para as mulheres. In: Estupro: perspectiva de gênero, interseccionalidade e interdisciplinaridade. Silvia Pimentel (Coord.). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

EGHRARI, Clara Alvarenga. **Abuso sexual infantil intrafamiliar - aspectos transgeracionais**. 47f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília. 2006. Disponível em: <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2917/2/20210806.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

FACURI, Cláudia de Oliveira et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>. Acesso em: 10 dez. 2018.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092005000300007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 17 mar. 2019.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1755-1763, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/14.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2019.

FAÚNDES, Aníbal et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, Feb. 2006 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2018

FAUNDES, Anibal. XVIII Forum Interprofissional sobre Violência Sexual e Aborto Previsto na Lei. São Paulo: Próprio, 2014. 77 slides, color.

FERREIRA, Ana Paula Chacon. **Não adesão ao tratamento: efeitos para a equipe e efeito da equipe.** 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-13112017-152143/publico/ferreira_me.pdf. Acesso em: 27 nov. 2019.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário brasileiro de segurança pública**, 12. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018. Disponível em: http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/10/9-Anuario-Brasileiro-de-Seguranca-Publica-FSB_2015.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

FREITAS, Camila Colás Sabino de. **Afinal, por que o paciente não adere ao tratamento? Considerações psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas.** 113f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 2018. Disponível: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102018-192903/publico/freitas_me.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

GALLI, Beatriz, DREZETT, Jefferson, CAVAGNA NETO, Mario. Aborto e Objeção de Consciência. **Cienc. Cult**, São Paulo, v. 64, n. 2, 2012. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252012000200014&script=sci_arttext. Acesso em: 23 nov. 2018

GARCIA, Carla Cristina. A cultura do estupro e os novos bárbaros do patriarcado. In: **Estupro: perspectiva de gênero, interseccionalidade e interdisciplinaridade.** Silvia Pimentel (Coord.). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

GARCIA, Teresa Aguilar. El sistema sexo-género en los movimientos feministas. **Revista Errancia.**, v17, abril 2018. Disponível em: http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v17/PDFS_1/LITORALES%207%20EL%20SISTEMA%20SEXO.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar. **Eu quero ter esse direito a escolha:** formações discursivas e itinerários abortivos em Salvador. 2015. 150 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23882/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.Paula.Gonzaga.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

GUEDES, Moema de Castro. A presença feminina nos cursos universitários e nas pós-graduações: desconstruindo a idéia da universidade como espaço masculino. **Hist. cienc. saude-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 117-132, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jan. 2019.

GUSMÃO, Josiane Lima de; MION Jr, Deción. Adesão ao tratamento – conceitos. **Ver Bras Hipertens**, v.13, supl.1, p.23-25, 2006. Disponível em:

<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

HOLANDA, Nilson. Cap. III. O que é avaliação. In: _____. **Avaliação de programas, conceitos básicos sobre a avaliação “ex post” de programas e projetos**. São Paulo; Fortaleza: ABC, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2003**. Rio de Janeiro, 2003.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. **[S.I.]**: Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. 11 ed. Brasília: [s.i.], 2014. 30 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/21/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-da-saude>. Acesso em: 11 out. 2018

LARA, Marilda Lopes Ginez de; SMIT, Johanna Wilhelmina. **Temas de pesquisa em Ciência da Informação no Brasil**. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.repositoriobib.ufc.br/000005/00000588.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2018.

LEITE, Franciele Marabotti Costa, et al. Mulheres vítimas de violência: percepção, queixas e comportamentos relacionados à sua saúde. **Rev enferm.**, Recife, v. 10, supl. 6, p. 4854-61, dez., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11265/12895>. Acesso em: 09 jun. 2019.

LIRA, Manuela; VELOSO, Ana. **Violência simbólica da mídia contra a mulher**. Trabalho apresentado na sessão Jornalismo e Editoração, da Intercom Júnior – Jornada de Iniciação Científica em Comunicação, setembro de 2008. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2008/resumos/R3-0536-1.pdf> Acesso 26 nov 2017.

LORDELLO, Sílvia Renata; COSTA, Liana Fortunato. Gestação decorrente de violência sexual: um estudo de caso   luz do modelo bioecológico. **Contextos Clínicos**, v. 7, n.1, p.94-104, 2014. Disponível em: https://mpdft.mp.br/portal/pdf/programas_projetos/rede_gama/acoes/artigo_gestacao_silvia_lordello.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

LOURO, Guacira. Lopes. **Gênero, sexualidade e educa o**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997

MACHADO, Carolina Leme et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrup o legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.2, p.345-353, fev 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00345.pdf> Acesso em: 09 nov de 2019.

MACKINNON, Catharine A. **Feminism, Marxism, Method, and the State: An Agenda for Theory**”, em *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 7, no. 3 (Primavera 1982), pp. 515-544

MACKINNON, Catharine A. Feminismo, Marxismo, Método e o Estado: Uma agenda Para Teoria. **Revista Direito e Práxis**. v. 07, n.15, p.798-837. Rio de Janeiro, 2016.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Débora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb.2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jun. 2019.

MANFRÃO, Caroline Colombelli. **Estupro: prática jurídica e relações de gênero**. 2009. Monografia (Bacharelado em Direito) - Centro Universitário de Brasília, 2009. Disponível em:
<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/26/3/20155560.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MATTAR, Rosiane et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464, Feb. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2019.

MIKLOS, Manoela; EVANGELISTA, Ana Carolina. O que somos, o que sabemos e o que fazemos com isso. In: **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. Marc 2017. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em:
<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/03/relatorio-pesquisa-vs4.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de L. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ªEd. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecilia Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist., Ciênc., Saúd., Manguinhos**, v.4, n.3, p. 513-531, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000300006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 set. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilza Ramos de (org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

MÓNICO, Lisete S. A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Ciencias Sociais**, v. 3, p. 724-733, 2017. Disponível em:
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1447/1404>. Acesso em: 15 out. 2019.

MORAES, Melina. F. de. **O direito ao esquecimento na internet no contexto das decisões judiciais no brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016. Disponível em:
<http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/2885/5/Melina%20Ferracini%20de%20Moraes.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2019.

OLIVEIRA, Amanda Muniz; BASTOS, Rodolpho Alexandre Santos Melo. A Violência Simbólica de Gênero propagada pela indústria cultural e os direitos humanos das mulheres. **Interfaces Científicas**, v.2, n.2, p. 47-58, Fev. Aracaju, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/direito/article/view/1033>. Acesso em: 02 dez. 2017.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.376-382, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007. Acesso em: 05 mar. 2017.

OMS. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Edit: Etienne G. Krug, outros. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.

OSHIKATA, Carlos Tadayuki et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 701-713, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400009&lng=en. Acesso em: 15 out. 2019.

OSIS, Maria José Duarte; PÁDUA, Karla Simônia de; FAÚNDES, Aníbal. Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. Enfrentamento da violência pela saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 14, n. 3, p. 320- 328, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v14n3/v14n3a10.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019.

PEDRO, Joana Maria. Relações de gênero como categoria transversal na historiografia contemporânea. **Revista Topoi**, v. 12, n. 22, p. 270-283, 2011. Disponível em: http://www.revistatopoi.org/numeros_antteriores/topoi22/topoi%2022%20-%20artigo%2015.pdf. Acesso em: 09 ago. 2019.

PEREIRA, Beatriz; Normaton, Anna. “Aprender a ser Mulher”? O Estupro “corretivo” e a barbárie contra mulheres lésbicas, bissexuais e homens transexuais. In: **Estupro: perspectiva de gênero, interseccionalidade e interdisciplinaridade**. Silvia Pimentel (Coord.). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, história e poder. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782010000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 out. 2019.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos civis e políticos: a conquista da cidadania feminina**. O progresso das mulheres no Brasil. Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem). Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (Cepia).

Brasília, 2006. Disponível em:http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf. Acesso em: 10 ago. 2019.

POMPÉO, Wagner Augusto Hundertmarck; FRANCESCHI, André Leandro de. **Do direito ao esquecimento ao esquecimento do direito: persistência da memória ou enfermidade do tempo**. 2015. Trabalho apresentado no 3º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade: mídias e direitos da sociedade em rede, na Universidade Federal de Santa Maria, 2015, Santa Maria. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/congressodireito/anais/2015/6-24.pdf>

POUPART, Jean. **A entrevista do tipo qualitativo**: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, Jean. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

RAMOS, Patta Ramos; SCHABBACH, Letícia Maria. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7140>. Acesso em: 02 jun. 2018.

ROCHA, Fernanda de Brito Mota. **A quarta onda do movimento feminista: o fenômeno do ativismo digital**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2017. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/6728/Fernanda%20de%20Brito%20Mota%20Rocha_.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 dez. 2018.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **AVAL Revista**. Avaliação de Políticas Públicas, ano I, vol.1, n.1, jan-jun, 2008b.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SANDAY, Peggy Reeves. **A Woman Scorned: Acquaintance Rape on Trial**. New York: Doubleday, 1996

SANTOS, Cecília MacDowell; IZUMINO, Wânia Pasinato. **Violência contra as mulheres e violência de gênero: Notas sobre estudos feministas no Brasil**. I.A.L. Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe, 16, 2015. Disponível em: <http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

SANTOS, Danyelle Leonette Araújo dos; BRITO, Rosineide Santana de. Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. **Rev enferm**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a04.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2017

SARDENBERG, Cecilia M. B. A Violência Simbólica de Gênero e a Lei "ANTIBAIXARIA" na Bahia. 2011. Disponível em: <http://www.ppgneim.ffch.ufba.br/violencia-simbolica-de-genero-e-lei-antibaixaria-na-bahia>. Acesso em: 30 nov. 2017

SARLET, Ingo Wolfgang. **Eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 96.

SCHRAIBE, Lilia B. et al. Violência Contra Mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1/2, n. 9, p.3-15, jan. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2017.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávio Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, supl.2, p.S205-S216, 2009.

SCHREIBER, Anderson. **Direitos da personalidade**. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas S.A., 2014

SCOTT, J. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p.71-99, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 02 jul. 2018

SETTON, Maria da Graça Jacintho. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 20, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n20/n20a05>. Acesso em: 30 nov. 2017.

SILIER Andrade Cardoso Borges; Priscilla Nunes Porto. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-346, abr-jun 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000200338&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 set. 2019.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira. **Avaliação de políticas e programas sociais**: uma reflexão sobre o conceito teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA e SILVA, Maria Ozanira (org). Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos metodológicos. São Paulo. Veras Editora, 2008.

SILVA, Cristiane Rocha, Gobbi, Beatriz Christo; Simão, Ana Adalgisa. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais Agroindustriais**, v.7, n.1, p.70-81, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

SILVA, Lara Ferreira da; OLIVEIRA, Luizir de. O Papel da Violência Simbólica na Sociedade por Pierre Bourdieu. **Rev. FSA**, v. 14, n. 3, art. 9, p. 160-174, mai./jun. Teresina, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/viewFile/10210/9437>> Acesso em 25 nov 2017

SILVA, Maynara Costa de Oliveira. **“Por que não?”: análise do discurso dos profissionais de saúde frente a utilização da objeção de consciência nos procedimentos de aborto legal.** Reunião Equatorial de Antropologia, jun/2015.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/maynara_costa/publication/312041418_por_que_nao_analise_do_discurso_dos_profissionais_de_saude_frente_a_utilizacao_da_objecao_de_consciencia_nos_procedimentos_de_aborto_legal/links/586bfcdd08ae8fce4919e1e3/por-que-nao-analise-do-discurso-dos-profissionais-de-saude-frente-a-utilizacao-da-objecao-de-consciencia-nos-procedimentos-de-aborto-legal.pdf.

Acesso em: 11 nov de 2019.

SOUSA, Renata Floriano de. Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.25, n.1, p. 422, janeiro-abril, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104026X2017000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 dez. 2017.

SOUZA, Celina. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Rev. Bras. de Ciên. Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092003000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 jan. 2019.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n.16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 02 dez. 2019.

STREY, Marlene Neves. **Violência e gênero: um casamento que tem tudo para dar certo.** In: GROSSI, Patrícia Krieger; WERBA, Graziela C. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

TREVISAN, Andrei Pittol; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Admistração Pública**. v. 42, n. 3, p.529-50, maio/jun. Rio de Janeiro, 2008.

Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a05v42n3.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira. **Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual: enfoque fenomenológico.** 2015. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-31082016-132518/>. Acesso em: 03 mar. 2019.

TRISTÃO, Ana Maria Delazari; FACHIN, Gleisy Regina Bóries; ALARCON, Orestes Estevam. Sistema de classificação facetada e tesouros: instrumentos para organização do conhecimento. **Ciências da Informação**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 172-178, 2004. Disponível em:

<http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/265/233>. Acesso em: 02 out. 2014.

VIACAVA et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p.751-1762, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1751-1762/pt>. Acesso em: 02 dez. 2018.

VILHENA, Junia; ZAMORA, Maria Helena. Além do Ato: os transbordamentos do estupro. **Revista Rio de Janeiro**, n. 12, jan-abril, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/268923959_Alem_do_Ato_Os_transbordamentos_do_estupro. Acesso em: 28 nov de 2017.

WHO. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=2E5A578CBA92C3F56C0BFA991E0CB875?sequence=1>. Acesso em: 12 abr. 2019.

ZUWICK, Ana Maria. O corpo violado. In: **Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. Org. Patrícia Krieger Grossi. EdIPUCRS, Porto Alegre, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado Gênero, Violência Sexual e Direitos Sociais: uma avaliação do projeto Superando Barreiras em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, que tem por objetivo geral avaliar a implementação do Projeto Superando Barreiras, no âmbito dos direitos sociais. Para tanto, você será convidado a participar de uma entrevista semi-estruturada, com 05 (cinco) perguntas e de duração livre. Para melhor coleta das informações, usaremos um gravador de áudio para posterior transcrição das falas. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. As informações coletadas serão utilizadas apenas para compor os resultados desta pesquisa, sendo analisadas sigilosamente, não sendo divulgadas em hipótese alguma a qualquer outro profissional da saúde, resguardando seu anonimato. Ressalto que o presente termo (TCLE) será confeccionado em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o sujeito da pesquisa.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa, de responsabilidade da pesquisadora. Os benefícios da pesquisa serão os de fomentar para a sociedade a discussão sobre a importância do atendimento as mulheres vítimas de violência sexual em hospitais públicos. Sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, estes serão de cunho subjetivo onde o entrevistado pode se sentir desconfortável em falar sobre o tema da pesquisa. Levando-se em conta que é um estudo, os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. O participante tem direito a ser mantido atualizado sobre os resultados do projeto. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais. Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu sobre os propósitos do estudo, seus desconfortos e riscos, a garantia de anonimato e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, não havendo remuneração para participar do estudo, e se desejar concordar em participar deste, solicitamos que assine o espaço abaixo.

ANEXOS A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CEMICAMP



Superando as barreiras para prover atenção integral a mulheres que sofrem violência sexual de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde: avaliação de uma intervenção

Avaliação - 6 meses pós capacitação

Hospital : Maternidade Escola Assis Chateaubriand
Nome da pessoa que respondeu o questionário: Muse Santiago de Oliveira
Função da pessoa que respondeu: Chefe do Ambulatório de DST e coordenadora do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual
Data: 10.04.15

Seu hospital está participando do projeto Superando Barreiras e estamos fazendo este contato para acompanhar o desenvolvimento das ações, as barreiras superadas e aquelas que ainda persistem, para identificar áreas em que o projeto pode auxiliá-los. Por favor, responda as perguntas a seguir.

1 – O seu serviço está realizando o atendimento de urgência das vitimas de violência sexual de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde versão 2011?

[1] SIM [X] NÃO

2 - Quantos atendimentos foram realizados em 2014, até a presente data?

|__|_1_|_0_| ATENDIMENTOS

3 – Em média, quanto tempo as mulheres levam para chegar ao serviço após sofrerem a violência.

|__|_| HORAS [X] NÃO SEI INFORMAR

4 – As mulheres atendidas:

	1.SIM	2. NÃO. Por quê?
a. Recebem anticoncepção de emergência?	<input type="checkbox"/> SIM. Que tipo de pílula? <input type="checkbox"/> Só com levonorgestrel <input type="checkbox"/> Combinada (Yuspe)	<input type="checkbox"/> Falta de treinamento do pessoal <input checked="" type="checkbox"/> Falta do medicamento <input type="checkbox"/> Resistência dos médicos <input type="checkbox"/> Resistência de outros profissionais da saúde

	<p>[PASSE A b] <input checked="" type="checkbox"/> NÃO →</p>	<p><input type="checkbox"/> Encaminham para local específico/referência <input checked="" type="checkbox"/> Outra razão. Qual? Não é medicação padronizada do hospital. Não há “pregão” referente</p>
<p>b. Fazem o teste rápido para:</p> <p>b1. HIV</p> <p>b2. Hepatite B</p> <p>b3. Sífilis</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO →</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO →</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO →</p>	<p><input type="checkbox"/> Falta de treinamento do pessoal</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Falta do (s) teste (s)</p> <p><input type="checkbox"/> Encaminham para local específico/referência</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outra razão. Qual? Ainda não solicitado pelo serviço.</p>
<p>c. Recebem antibiótico para prevenção de Sífilis, Neisseria, Chlamidia?</p>	<p><input type="checkbox"/> SIM →[PASSE A d]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NÃO</p>	<p><input type="checkbox"/> Falta de treinamento do pessoal</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Falta do medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> Resistência dos médicos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outra razão. Qual? Em processo de licitação (Federal)</p>
<p>d. Recebem imunoprofilaxia contra Hepatite B?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SIM Qual tipo de imunoprofilaxia?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vacina anti-hepatite B</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Imunoglobulina humana anti-hepatite B [PASSE A e]</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO →</p>	<p><input type="checkbox"/> Falta de treinamento do pessoal</p> <p><input type="checkbox"/> Falta do medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> Encaminham para local específico/referência</p> <p><input type="checkbox"/> Outra razão. Qual? *Observação: não dispomos de Imunoglobulina humana anti-hepatite no estoque, esta é cedida pela Secretaria de Saúde do Estado.</p>

h.7 Hemograma?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
i. Recebem informação sobre o direito de interromperem a gestação, no caso de engravidarem?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM [PASSE A 5] <input type="checkbox"/> NÃO →	<input type="checkbox"/> Falta de treinamento do pessoal <input type="checkbox"/> Resistência dos médicos <input type="checkbox"/> Resistência de outros profissionais da saúde <input type="checkbox"/> Só dão outros atendimentos: trauma, urgência, etc. <input type="checkbox"/> Encaminham para local específico/referência <input type="checkbox"/> Depende do médico – só se o médico que atender der informação <input type="checkbox"/> Outra razão. Qual?

5 – Que profissionais fazem parte da equipe do atendimento de urgência? (**Assinale todas as alternativas que considerar necessárias**)

Médico (a) . Quantos (as) ? |__|__|__| médicos(as)

Psicólogo (a). Quantos (as) ? |__|__|__| psicólogos (as)

Assistente social. Quantos (as)? |__|__|__| assistentes sociais

Profissionais de enfermagem. Quantos (as)? |__|__|__| profissionais de enfermagem

Outro (a). Qual? Quantos (as)? |__|__|__|

* Dispomos de todos os profissionais acima relacionados, no entanto, o atendimento de urgência não foi iniciado.

5A - Após o atendimento de urgência é entregue a medicação para a mulher para quanto tempo?

|__|__|DIAS

NÃO SEI INFORMAR

6 – Estão fazendo a notificação compulsória no SINAM:

SIM

NÃO → Por que? Equipe não treinada previamente.

* (Notificações foram iniciadas em 2015)

7 – No caso de crianças e adolescentes é feita a notificação ao conselho tutelar?

SIM

NÃO → Por que?

[3] NÃO ATENDEM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

8 – Os casos atendidos na urgência retornam para acompanhamento:

[1] 1 x por semana até completar 6 meses

[2] 1 x por semana por 4 semanas e recebem alta

[3] 1 x por semana até completar 4 semanas e depois 1 x por mês até completar 6 meses

[4] Só retornam uma vez, 6 meses após o atendimento da urgência.

[5] Em outro momento. Quando?

SE RESPONDEU ALGUMA (S) DAS ALTERNATIVAS ACIMA SIGA COM A PERGUNTA 9

[X] Não estão fazendo acompanhamento, só atendimento de urgência → As mulheres são encaminhadas para outro serviço para serem acompanhadas?

[X] **SIM** → Vocês recebem os dados de seguimento desses casos?

[1] SIM [X] NÃO

[2] NÃO

**PASSE PARA
PERGUNTA 10**

9 – Quais profissionais fazem o acompanhamento das mulheres? (**Assinale todas as alternativas que considerar necessárias**)

[1] Médico (a)

[2] Psicólogo (a)

[3] Assistente social

[4] Profissionais de enfermagem

[5] Outros (as). Quais? _____

10 - Das mulheres que foram atendidas neste ano, quantas:

a - engravidaram? |_1_|0_| MULHERES [8] NÃO SEI INFORMAR

b -tiveram reversão sorológica para HIV? |__|__| MULHERES [X] NÃO SEI INFORMAR

c -tiveram reversão sorológica para hepatite B? |__|__| MULHERES [X] NÃO SEI INFORMAR

11 – Após o atendimento de urgência as mulheres são encaminhadas para quais serviços da rede de proteção e responsabilização? (**Assinale todas as alternativas que considerar necessárias**)

[X] CRAS E CREAS

[X] Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres

[3] IML

[4] Rede básica de saúde

[5] Centros de referências (mulher, DST/AIDS)

[6] Outra. Qual?

[7] Não temos para onde encaminhar

12 – Em seu serviço se realiza o aborto legal?

[X] SIM → **PASSE A 14**

[2] NÃO

13 - Por que não realizam?

[1] Falta de treinamento do pessoal

[2] Falta dos insumos necessários

[3] Resistência dos médicos

[4] Resistência de outros profissionais da saúde

[5] Só dão outros atendimentos: trauma, urgência, etc.

[6] Encaminham para local específico/referência. **Qual serviço?**

[7] Outra razão. Qual?

DEPOIS DE RESPONDER A ESTA PERGUNTA, POR FAVOR, PASSE À PERGUNTA 21

14 -São oferecidas outras opções às mulheres que solicitam o aborto legal?

[1] Continuar a gravidez, fazer pré-natal no serviço e ficar com o bebê

[2] Continuar a gravidez, fazer pré-natal no serviço e dar o bebe para adoção

[3] Outra opção. Qual? _____

[X] Não se oferece nenhuma outra opção *paciente já vem encaminhada para o abortamento legal.

15 – Nos casos de aborto legal, qual (ais) documento (s) é (são) exigido (s)? **Assinale quantas alternativas forem necessárias.**

[X] Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pela mulher

[X] Termo de responsabilidade assinado pela mulher ou seu representante legal.

[3] Termo de relato circunstanciado Assinado pela mulher ou seu representante legal

[X] Parecer técnico assinado pelo médico que vai realizar o procedimento

[5] Termo de aprovação de procedimento de interrupção de gravidez assinado pela equipe multidisciplinar.

[6] Boletim de ocorrência (BO)

[7] Autorização judicial

[10] Outro. Qual? _____

[8] Não sei informar

16 – Quantos abortamentos por gravidez decorrente de estupro foram feitos

a) em 2014? |_0_|_9_| INTERRUPÇÕES

b) em 2015? |_0_|_1_| INTERRUPÇÕES

17 –É feita a notificação dessas interrupções no SINAM?

[1] SIM

[X] NÃO → Por que? *Realizada 01 notificação (2015).

18 – Desde 2014, o serviço já deixou de realizar alguma interrupção legal da gestação que foi solicitada?

[1] SIM

[X] NÃO → **PASSE PARA PERGUNTA 20**

19 -Qual foi o motivo? (**Assinale todas as alternativas que considerar necessárias**)

[1] Falta dos documentos exigidos da mulher

[2] Falta de médico que aceitasse fazer a interrupção

[3] Falta de médico capacitado para usar AMIU

[4] Falta de AMIU

[5] Falta de misoprostol

[6] Outro motivo. Qual?

[8] Não sei informar

20 – A população do município/região sabe da existência do serviço de atendimento a violência sexual e aborto garantido por lei em seu hospital?

[1] SIM

[X] NÃO. Por que? Serviço em processo de estruturação.

21– Como é feita a divulgação?

[1] Rádio

[2] TV

[3] Jornal impresso

[4] Internet

[5] “Boca a boca”

[X] Outra forma. Qual? Ainda não iniciada a divulgação, pois o serviço encontra-se em processo de implantação.

22 - Desde que seu serviço entrou no Superando Barreiras quais foram as ações que mais contribuíram para superar as barreiras que existiam antes do projeto?

- Sensibilização da equipe multidisciplinar para a importância da implementação de um Serviço de Referência destinado ao atendimento de mulheres vítimas de violência sexual dentro de um Hospital Escola.

- Criação do Ambulatório de DST (Doenças de Transmissão Sexual), com funcionamento no Serviço desde novembro de 2014, o que tornará possível o acompanhamento das pacientes vítimas de violência no sentido de prevenção, tratamento e seguimento sorológico, conforme preconizado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde (versão 2011).

23 - E quais as ações que, em sua opinião, não contribuíram para a superação das barreiras? Por quê?

O principal fator limitante para a implantação do serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual encontra-se na carência de insumos, notadamente os medicamentos necessários para a profilaxia das DST (não virais, hepatites e HIV), bem como para contracepção de emergência, indispensáveis ao atendimento inicial destas pacientes. A freqüente falta destes insumos inviabiliza a divulgação do serviço a que nos propomos implementar.

24 – De acordo com a sua avaliação, quais são as barreiras que o serviço ainda precisa superar para dar o atendimento às mulheres que sofrem violência sexual totalmente de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde, incluindo o aborto em caso de gravidez resultante de estupro? (**Assinale todas as alternativas que considerar necessárias**)

Completar a equipe de profissionais. **O que falta?** Apesar de dispormos de todos os profissionais da equipe multidisciplinar necessária ao atendimento das pacientes vítimas de violência sexual em nosso corpo clínico, faz-se necessário um número maior de profissionais em cada especialidade, principalmente assistentes sociais e psicólogos para garantir um serviço de urgência que possa funcionar 24h com a excelência que o atendimento se propõe.

Disponer de insumos. **Quais?** Notadamente os medicamentos necessários para a profilaxia das DST e contracepção de emergência, conforme abordado previamente.

Sensibilizar os profissionais. **Quais?** Principalmente profissionais médicos e de enfermagem que trabalham no Setor de Emergência do hospital, dadas as dificuldades freqüentes neste setor (gravidade das pacientes, superlotação do hospital, etc).

Apoio da direção do hospital

Apoio dos gestores municipais

Divulgar a disponibilidade do serviço para a população

[7] Outra ação. Qual?