

Caracterização da violência sexual vivida por mulheres atendidas em unidade hospitalar de referência*

Characterizing sexual violence experienced by women admitted on reference hospital unit

Lucia Helena Garcia Penna¹ • Tatyane Costa Simões Antunes² • Thaise Portella da Silva Santos³ • Liana Viana Ribeiro⁴ • Fábio de Oliveira Félix⁵ • Kezia Aures Ramos de Almeida⁶

RESUMO

Objetiva-se identificar e analisar as características da violência sexual vividas por mulheres que buscaram atendimento numa unidade de referência pública. Pesquisa descritiva, exploratória na abordagem quantitativa, método estatística simples; no período de novembro de 2011 a março de 2012 se investigou 157 prontuários de mulheres atendidas numa unidade hospitalar pública, municipal, no Rio de Janeiro. Nos anos de 2008 e 2009, encontrou-se maior percentual de mulheres violentadas por agressor desconhecido (39,02% e 48,00%), em via pública (25,61% e 40%), com maior frequência de estupro (73,17% e 74,66%) associada à violência física (41,46% e 49,33%). Concluí-se que para compreender o problema da violência, é necessário contextualizar as características circunstanciais da violência sexual vivida pelas mulheres, valorizando os multifatores que influenciam sua ocorrência. Os profissionais de saúde necessitam de condições institucionais (capacitação, suporte clínico e psicológico) no sentido de oferecer um cuidar caracterizado pelo acolhimento, promoção da autonomia e resiliência, assim como a conquista de direitos sociais.

Palavras-chave: Violência Sexual; Saúde da Mulher; Hospital de Referência.

ABSTRACT

The aim is to identify and to analyze characteristics of sexual violence lived by women who searched for hospital care in a reference public unit. Descriptive research, exploratory qualitative approach, simple statistical analyzes; from November 2011 to march 2012, it was investigated 157 medical records of attended women in a public hospital unit in Rio de Janeiro. During the years of 2008 and 2009, it was verified higher percentage of abused women for unknown aggressors (39,02% and 48,00%), in public spaces (25,61% and 40%) and with higher frequency of rape (73,17% and 74,66%) associated to physical violence (41,46% and 49,33%). It concludes that to comprehend violence issue, it is necessary to contextualize the circumstantial characteristics of sexual violence lived by these women, valuing the multifactor nature involved in the influences of its occurrence. Healthcare professionals need institutional conditions (in-service training, clinical and psychological support) in order to offer a care focused on humane hosting, promoting autonomy and resilience, as well as the fulfillment of their social rights.

Keywords: Sexual Violence; Women's Health; Reference Hospital.

NOTA

1- Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: luciapenna@terra.com.br

2- Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: tatyntina_antunes@hotmail.com

3- Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Enfermeira do núcleo perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). E-mail: thataebriicio@yahoo.com.br

4- Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: liana_vian@hotmail.com

5- Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: fabiofenf@gmail.com

6- Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: kezia.aurea@gmail.com

*Trabalho baseado em Monografia do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, de título: "Caracterização da violência sexual vivida por mulheres: subsídios para o cuidar na perspectiva de gênero e da enfermagem", autoras: Tatyane Costa Simões Antunes e Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna, Monografia apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2013. O financiamento da pesquisa foi custeado pelos próprios autores. Declaramos que não há conflitos de interesse em relação à construção do manuscrito e seu conteúdo.

INTRODUÇÃO

A violência à mulher ainda é uma realidade em nossa sociedade. Sua raiz se encontra basicamente em ser uma questão sociocultural, uma questão de gênero. A cultura patriarcal, onde a desigualdade entre os gêneros está arraigada na sociedade como algo natural indica uma maior predominância da violência do homem sobre a mulher, a qual é socialmente justificada como impulso biológico masculino, uma prática natural e que minimiza a responsabilidade do homem por seus atos.

É comum, em certa parte da sociedade, persistir uma visão estereotipada de que a violência praticada pelo homem sobre a mulher seja decorrente do comportamento feminino, expondo ou facilitando a abordagem do agressor e recaindo sobre a mulher uma parcela de culpa, principalmente nos casos de violência sexual vivenciada¹.

A violência contra a mulher é conceituada como todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, como na privada². As principais formas de violência contra a mulher são: violência física, psicológica/moral/emocional e sexual.

Em relação a violência sexual, esta não se limita à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto. Ela caracterizar-se por qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção. A violência pode ser praticada por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, e em qualquer cenário, incluindo casa, trabalho e via pública³.

De acordo com dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), os registros mostram que em relação a violência sexual 89% das vítimas são do sexo feminino⁴.

Contudo, a violência sexual contra mulheres ainda é pouco denunciada, o que dificulta seu registro estatístico e sua pesquisa. A subnotificação da mesma é uma realidade mundial. O percentual de informação aos órgãos de investigação da ocorrência dos crimes sexuais, cujas vítimas em sua maioria são mulheres é infinitamente menor que o real⁵. Este fato ocorre, muitas das vezes, devido à mulher se sentir coibida em declarar que vivenciou violência sexual, seja por medo, vergonha ou falta de informação, considerando que algumas formas de violência sexual não são facilmente reconhecidas.

Em 2013, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) realizou um estudo de campo utilizando um questionário sobre vitimização, no âmbito do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), que abrangia algumas questões sobre violência sexual. A partir das respostas, estimou-se que a cada ano no Brasil 0,26% da população sofre violência sexual, o que indica que haja anualmente 527 mil tentativas ou casos desse tipo de violência consumados no país, dos quais 10% são

notificados à polícia. Entretanto, essa estatística deve ser vista com cautela, uma vez que, talvez a metodologia empregada no SIPS não seja a mais adequada para se estimar a prevalência de violência sexual, podendo servir apenas como uma estimativa para o limite inferior de prevalência do fenômeno no país⁴.

Muitas são as referências quanto aos crimes sexuais cometidos por parceiros e, elevadas taxas de prevalência se contrapõe ao baixo índice de denúncia, independente da condição social, educacional ou econômica da mulher⁶.

Apesar da violência sexual contra mulheres ter alcançado uma magnitude global, sendo discutida e estudada em âmbito nacional e também internacional e do Brasil ser signatário de todos os acordos internacionais que repudiam a violência contra a mulher, a realidade ainda é contraditória, onde os registros ainda que subnotificados, demonstram que esse problema ainda é tão extenso e disseminado que se configura como questão de segurança pública e de saúde pública⁷⁻⁸.

Desta maneira, o estudo justifica-se pela magnitude da temática e tem como relevância fornecer informações que contribuam no desenvolvimento de estratégias de assistência às mulheres vítimas de violência sexual.

A violência sexual exerce um grande impacto sobre a saúde física, psicológica e social da mulher. Por vivenciarem diversas formas de violência sexual as mulheres se tornam vulneráveis, com menos possibilidades de proteção, menos seguras de si e de seus limites comprometendo sua auto-estima e sua auto-imagem. Muitas vezes elas se isolam, experimentam sentimentos negativos e, além de seus efeitos psicossociais, também há os efeitos físicos como gravidez indesejada e a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis⁹.

Contudo, para enfrentar a violência sexual, e de gênero como um todo, não basta normatizar procedimentos assistenciais, voltados para o tratamento dos agravos físicos decorrentes desta forma de violência. Os profissionais de saúde precisam estar capacitados e sensíveis para esta temática. O processo de acolhimento e orientação profissional deve ser livre de julgamentos e valores morais. Desta forma, relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas também por parte dos profissionais é fundamental para assegurar uma assistência humanizada para essas mulheres genuinamente integral, universal e igualitária⁹.

Desta forma, buscando contribuir para novos conhecimentos que possam favorecer o enfrentamento dessa realidade, definimos como objetivos deste estudo identificar e analisar as características da violência sexual vivenciada pela mulher.

MÉTODO

Estudo de natureza descritiva, exploratória, quantitativa, tendo como fonte os prontuários de mulheres que vivenciaram violência sexual e que foram atendidas

em uma Maternidade Municipal do Rio de Janeiro, a qual é referência municipal e estadual para o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, protocolo número 212/11, respeitando os princípios éticos, de acordo com a legislação do Conselho Nacional de Saúde Resolução 466/2012.

O levantamento dos dados ocorreu entre os meses de novembro de 2011 a março de 2012. Foram analisados oitenta e dois (82) prontuários de mulheres matriculadas no ano de 2008 e setenta e cinco (75) prontuários de mulheres matriculadas no ano de 2009, totalizando cento e cinquenta e sete (157) prontuários. No sentido de sistematizar o levantamento, utilizou-se um formulário contendo tópicos referentes às características da violência sexual.

Foram selecionados apenas os prontuários de mulheres que vivenciaram violência sexual a partir de 18 anos de idade. Este critério teve por base não trabalhar com crianças e adolescente, pois não fazem parte do grupo alvo da pesquisa, além de necessitar de abordagem de questões que não são inerentes à temática do estudo.

Finalizada a coleta e transcrição dos dados, iniciou a análise na perspectiva técnica de estatística descritiva simples, usada como um dos recursos para avaliar a precisão das generalizações das amostras estudadas para a população total do universo. Essa avaliação é precedida da descrição dos dados obtidos na amostra¹⁰.

RESULTADOS

Ao investigar a relação de vínculo do agressor com a mulher que vivenciou a violência sexual, verificou-se que o agressor mais citado pelas mulheres foi desconhecido, referido por 32 mulheres em 2008 (39,02%) e por 36 mulheres em 2009 (48,00%). Agressores apontados como identificáveis corresponderam a 19 (23,18%) em 2008 e 23 (30,66%) em 2009, conforme a tabela 1.

Sobre os locais da ocorrência da violência sexual, constatou-se maior frequência em: motéis e carros com 27 mulheres em 2008 (32,93%) e 16 mulheres em 2009 (21,33%); via pública com 21 mulheres em 2008 (25,61%) e 30 mulheres em 2009 (40%) e residência com 19 mulheres em 2008 (23,17%) e 23 mulheres em 2009 (30,67%), conforme a tabela 2.

Tabela 1: Caracterização da Violência Sexual Vivida por Mulheres Atendidas em Unidade Hospitalar de Referência.

Grau de Parentesco / Ano	2008 (f)	2008 (%)	2009 (f)	2009 (%)
Parceiros	3	3,66	1	1,33
Ex Parceiros	4	4,88	6	8,00
Amigos/Conhecidos	10	12,20	11	14,67
Pai	0	0,00	3	4,00
Irmão	1	1,22	1	1,33
Desconhecido	32	39,02	36	48,00
Pessoa com Relação Institucional	1	1,22	1	1,33
Não soube responder	14	17,07	8	10,67
Ignorado	3	3,66	1	1,33
Sem Registro	14	17,07	7	9,33
TOTAL	82	100,00	75	100,00

Fonte: elaborada pelos autores.

Tabela 2: Caracterização da Violência Sexual Vivida por Mulheres Atendidas em Unidade Hospitalar de Referência.

Local / Ano	2008 (f)	2008 (%)	2009 (f)	2009 (%)
Residência	19	23,17	23	30,67
Habitação Coletiva	1	1,22	1	1,33
Bar/Simular	3	3,66	0	0,00
Via Pública	21	25,61	30	40,00
Motel e Carro	27	32,93	16	21,33
Ignorado	3	3,66	0	0,00
Sem Registro	8	9,76	5	6,67
TOTAL	82	100,00	75,00	100,00
Sem Registro	25	30,49	27	36,00
TOTAL	82	100,00	82	109,33

Fonte: elaborada pelos autores.

No aspecto acerca da associação de outras formas de violência ocorrida concomitantemente com a violência sexual, foram citados pelas mulheres os seguintes tipos: física, acometeu 34 mulheres em 2008 (41,46%) e 37 mulheres em 2009 (49,33%), psicológica/moral acometendo 27 mulheres tanto em 2008 como em 2009 (32,93% e 36,00%), tortura com 4 mulheres em 2008 (4,88%) e duas em 2009 (2,67%) e financeira/econômica em duas mulheres em 2008 (2,44%) sem registro no ano de 2009. Sendo a violência física a mais incidente em ambos os anos, conforme a tabela 3.

Em relação aos tipos de violência sexual vivenciada pelas mulheres foram identificados: assédio sexual, estupro e atentado violento ao pudor. Onde a maior frequência correspondeu ao estupro, em ambos os anos, com uma frequência de 60 mulheres em 2008 (73,17%) e 56 mulheres no ano de 2009 (74,66%). Seguindo uma média de nove a dez mulheres que vivenciaram o atentado violento ao pudor (6,36%) e uma parcela mínima que sofreram o assédio sexual, média de uma a duas mulheres (1,27%).

No que concernem às consequências da violência sexual detectada na notificação hospitalar foi apresentado um elevado número de respostas negativas, ou seja, corresponde a nenhuma forma de consequência da violência sexual, conforme a tabela 4.

DISCUSSÃO

Na tabela 1, a elevada porcentagem de agressores desconhecidos encontrada no estudo está em confronto com as evidências da literatura. Para a literatura, a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares ou são praticadas por conhecidos, onde há vínculo sentimental ou hierárquico entre os agressores e as vítimas¹¹⁻¹². Porém, a agressão por conhecidos e por familiares é pouco denunciada, ainda que esta seja vivenciada por meses ou anos.

Diante das informações nota-se que alguns dados oferecem possibilidades de se pensar o quanto é difícil indicar o agressor. É possível analisar que os dados referentes ao agressor desconhecido, não saber responder, e, sem registro podem encobrir pessoas bem próximas a sua relação familiar.

A maioria dos casos de violência sexual não é denunciada, seja por constrangimento, medo de alguma implicação nas relações familiares ou até mesmo falta de reconhecimento da violência, muito comum nos casos de violência sexual praticada por parceiro íntimo⁹.

Ao longo do tempo a sociedade reproduz normas e valores de comportamentos e características como sendo próprias do sexo feminino e do sexo masculino. Às mulheres compete o papel de passividade e submissão, restritas aos

Tabela 3: Caracterização da Violência Sexual Vivida por Mulheres Atendidas em Unidade Hospitalar de Referência.

Formas de Violência / Ano	2008 (f)	2008 (%)	2009 (f)	2009 (%)
Física	34	41,46	37	49,33
Psicológica/Mental	27	32,93	27	36,00
Tortura	4	4,88	2	2,67
Financeira/Econômica	2	2,44	0	0,00
Ignorado	0	0,00	1	1,33
Outros	0	0,00	2	2,67
Sem Registro	15	18,29	6	8,00
TOTAL	82	100,00	75	100,00
Sem Registro	25	30,49	27	36,00
TOTAL	82	100,00	82	109,33

Fonte: elaborada pelos autores.

Tabela 4: Caracterização da Violência Sexual Vivida por Mulheres Atendidas em Unidade Hospitalar de Referência.

Formas de Violência / Ano	2008 (f)	2008 (%)	2009 (f)	2009 (%)
Gravidez	1	1,22	7	9,33
Infecção Sexualmente Transmissível	3	3,66	6	8,00
Transtorno Mental	2	2,44	2	2,67
Transtorno Comportamental	0	0,00	1	1,33
Estresse Pós Traumático	0	0,00	9	12,00
Outros	0	0,00	1	1,33
Não	47	57,32	27	36,00
Ignorado	4	4,88	2	2,67
Sem Registro	25	30,49	27	36,00
TOTAL	82	100,00	82	109,33

Fonte: elaborada pelos autores.

serviços domésticos, como cuidar da casa, dos filhos e servir seus maridos. Já aos homens, sua característica viril. As mulheres então são geralmente vistas como objeto de dominação masculina, onde deveriam ser obedientes aos seus maridos, sem direito a autonomia e sem controle de seu próprio corpo.

Essa submissão feminina, relacionada à falsa ideia de superioridade masculina favorece a prática de violência contra as mulheres desde os primórdios até a atualidade, principalmente a violência sexual praticada por seus parceiros íntimos, onde a mulher mesmo sem o desejo de ter relação sexual com seu marido o faz por obrigação de “cumprir o seu dever” de esposa desconhecendo a violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Sobre o local de ocorrência da violência sexual, como apresenta a tabela 2, a pesquisa mostra que 19 mulheres (23,17%) no ano de 2008 e 23 mulheres (30,67%) no ano de 2009 vivenciaram a violência sexual em suas residências. Vale ressaltar que durante o estudo foi identificado que a mulher em sua residência foi abordada por agressor(es) não apenas com vínculo intrafamiliar, mas também por desconhecidos. Esses dados reforçam a importância de discutir violência contra a mulher na relação intrafamiliar. Para a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006, a família é entendida como todos os membros, sendo eles aparentados ou não, que residem no mesmo domicílio e ligados por laços de parentesco ou convivência¹³.

A alta incidência da violência sexual em via pública encontrada nesse estudo pode ser explicada pelo perfil do agressor, apontado como desconhecido na maioria dos casos. A via pública inclui calçadas, ruas, estradas, rodovias, viadutos, pontes, praças, parques, pontos ou terminais de ônibus e passarelas, entre outros¹⁴.

Destaca-se ainda nesse período, o registro expressivo de mulheres violentadas em outros cenários como motel, carro, e outros. Nesse caso, esses cenários podem ser vistos como locais mais seguros para os agressores devido à ausência de prováveis testemunhas.

No que diz respeito à associação da violência sexual a outras formas de violência, demonstrada na tabela 3, verificou-se a concomitância com: a violência física, a psicológica, tortura e financeira, potencializando suas consequências. Constatou-se alta prevalência da violência do tipo física associada a violência sexual.

Observa-se que é bastante comum, ao serem questionadas sobre o tema violência, as pessoas atribuírem características de agressão física, embora existam outras formas. Isso leva a uma generalização da violência que contribui para o descaso sobre as demais formas.

A violência física é o dano ou a tentativa de causá-lo, por meio da força física ou de uso de objeto (arma, instrumento) que provoque lesões externas ou internas. Ela é frequentemente acompanhada da violência psicológica e em até 50% dos casos pela violência sexual¹⁵⁻¹⁶.

De acordo com o art. 7 da Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), a violência moral é entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Por violência psicológica entende-se toda ação ou omissão que cause dano à autoestima ou ao desenvolvimento da pessoa vitimizada. Esta, apesar de muito comum é pouco relatada, pela dificuldade de reconhecê-la devido a sua banalização e desvalorização. É a modalidade mais difícil de ser mensurada, caracterizando-se por humilhações, chantagem, ameaças, discriminação, crítica ao desempenho sexual e privação de liberdade. Suas consequências são graves e podem levar ao adoecimento e, em casos mais extremos, ao suicídio. Os relacionamentos sociais ficam prejudicados, com afastamento dos amigos e familiares¹⁷.

Acerca dos diferentes tipos de violência sexual, se verificou que o mais frequente neste estudo foi o estupro. De acordo com art. 213 do Código Penal Brasileiro, este é considerado como o ato de constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça. A conjunção carnal é entendida como o coito vaginal ou a penetração vaginal exclusivamente. E a grave ameaça significa uma ação de prometer causar tamanho mal, de forma a impedir a resistência da vítima¹⁸⁻¹⁹.

Nos resultados verifica-se uma maior frequência das mulheres violentadas relacionada ao estupro, seguida das mulheres que vivenciaram o atentado violento ao pudor e uma parcela mínima relacionada a violência sexual do tipo assédio.

No art. 216-A do Código Penal Brasileiro, o assédio sexual é definido como ato de constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. É caracterizado por incitações sexuais inoportunas, solicitações sexuais ou outras manifestações da mesma índole, verbais ou físicas, com o efeito de prejudicar a atuação de uma pessoa ou criar uma situação ofensiva, hostil, de intimidação ou abuso no ambiente em que é praticado¹⁸.

O atentado violento ao pudor é considerado pelo art. 214 do mesmo Código, como crime de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal. Incluem-se nesse tipo de violência sexual todas as situações diferentes do coito vaginal: sucção das mamas, mordidas, manobras digitais eróticas e a penetração anal ou oral¹⁸⁻²⁰.

Entretanto, a partir da Lei nº 12.015/2009 as duas descrições típicas (atentado violento ao pudor e estupro) foram fundidas na previsão do art. 213 do Código Penal reestruturando o conceito de estupro: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso²⁰.

Vale ressaltar que a análise do estudo foi baseada nos dados encontrados que os consideravam como conceitos

distintos. Dessa maneira, os conceitos dos tipos de violência sexual encontrados na literatura nos possibilitaram discutir sobre o que a violência representa na vida dessas mulheres. As mulheres que sofrem a violência sexual, pelo fato de serem mulheres, se questionam em relação aos motivos que levaram a serem estupradas, pois sentem medo, vergonha e sensação de culpa por imaginar terem contribuído de alguma forma com a ocorrência da violência.

A sociedade dificilmente acredita que quem foi vítima não cooperou em nada para merecer o dano que lhe foi causado. A tendência é buscar uma “justificativa” para o sofrimento de um crime. Há séculos a sociedade vem inculcando na cabeça das mulheres que elas devem limitar sua liberdade de agir, de falar, de vestir e de transitar nas ruas, para que não provoquem a libido do homem e não justifiquem a ocorrência de um estupro, estabelecendo, assim, um verdadeiro privilégio sobre o corpo delas, mesmo contra a sua vontade. É como se a sociedade tentasse aliviar sua própria culpa, e responsabilizasse a vítima individualmente.

No entanto, o cuidado em não estar sozinha na rua, o modo de se vestir, a liberdade de agir não resguarda a mulher contra a violência. Esse tipo de violência deixa marcas profundas, que interferem em sua vida, repercutindo na saúde e na capacidade de participar da vida pública. A mulher, independente do tipo de violência sexual vivida, apresenta uma série de efeitos à saúde física, emocional e social. Os agravos são expressos pela complexidade de sentimentos como o trauma emocional e o medo; pelas sequelas físicas, cognitivas e comportamentais; pelo receio do retorno à vida sexual, da gravidez indesejada e de contrair infecções sexualmente transmissíveis.

No que tange as consequências da violência sexual, chamou a atenção o número elevado de registros negativos e sem registros tanto no ano de 2008 quanto no ano de 2009, apresentado na tabela 4. A princípio fazem-se duas inferências, pode-se pensar que estes dados refletem a baixa percepção da mulher sobre sua condição de risco decorrente da violência sexual. Esses dados podem ser explicados pelo fato das mulheres violentadas sexualmente quando chegam a uma unidade de saúde, omitem, na maioria das vezes, informações importantes relacionadas à violência durante o atendimento. Esse fato pode ser justificado pelo sentimento de culpa que algumas sentem e também como uma forma de amenizar o sofrimento, não revivendo a história através do relato.

A segunda inferência corresponde à conduta do profissional de saúde, estes dados podem refletir a não valorização dos profissionais de saúde quanto a consequências não palpáveis, que “fogem” do aspecto biológico. É necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para essa questão, uma vez que a violência sexual em geral deixa diversas consequências na vida da pessoa muitas vezes para o resto da vida, independente se são expressas verbalmente, através de seu comportamento, ou até mesmo no seu silêncio. O olhar do profissional de

saúde na maioria das vezes está voltado somente para questões biológicas, no caso em questão, problemas relacionados às infecções sexualmente transmissíveis e gestação, desvalorizando o lado psicoemocional que afeta diretamente a sua qualidade de vida.

Em termos da saúde reprodutiva, a violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada e a infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. A gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. O problema se agrava à medida que poucas são as mulheres que possuem acessibilidade aos serviços de saúde que realizam o abortamento legal, além da falta de informação dessas mulheres sobre seus direitos e por conta disso acabam recorrendo a serviços clandestinos a fim de interromper a gestação, locais geralmente com condições insalubres, que coloca em risco a sua vida⁹.

A mulher tem direito de receber todas as informações necessárias para tomar a melhor decisão, seja sobre dar continuidade ou não a uma gestação resultante da violência, ou a respeito de qualquer situação ou procedimento envolvido¹⁹.

CONCLUSÃO

A violência sexual contra mulheres é um assunto bastante complexo que engloba questões culturais, sociais, de gênero, além de aspectos físicos, emocionais e financeiros, que exige ações e articulação com diversas áreas, como segurança pública, assistência social, educação e saúde.

No que diz respeito ao setor saúde, a pesquisa permitiu a reflexão da temática violência sexual e das suas características fornecendo subsídios para qualificar a assistência nos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência.

O profissional de saúde deve respeitar a singularidade de cada mulher, valorizar seu relato e não realizar julgamentos, especialmente em violência sexual no âmbito conjugal, além de realizar os devidos registros nos prontuários, sendo esse um documento importante para a continuidade da assistência multiprofissional. A fragilidade das informações nos prontuários, caracterizada por informações incompletas e/ou ausência de informações representou uma limitação do estudo, o que consequentemente dificultou a apreensão dos dados, bem como uma análise mais apurada.

Foi observada pouca valorização das consequências da violência sexual no aspecto psicológico em detrimento aos aspectos físicos. O foco do cuidar não deve se restringir aos fatores biológicos. Os profissionais de saúde devem estar capacitados para oferecer além do suporte clínico, o suporte psicológico às mulheres que vivenciaram violência sexual, promover garantia do acesso a cuidados psicológicos contínuos é essencial, além de prestar uma assistência que a esclareça sobre os seus direitos.

Apesar de o tema vir ganhando espaço em estudos científicos, ainda são poucas as unidades de saúde que estão realmente preparadas para um atendimento de qualidade a essas mulheres. Fato que pode ser justificado também por serem poucos os profissionais de saúde que receberam durante sua formação conhecimentos sobre violência de gênero, o que dificulta a percepção do profissional de saúde sobre a sua importância no atendimento dessas mulheres não somente pautada em protocolos, mas sim a partir de um atendimento digno e respeitoso que possa garantir a adoção de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos.

REFERÊNCIAS

1. Arruda JES, Luz NS. Mulher vítima de violência: desbravando as razões da culpa feminina. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10, 2013, Florianópolis, Brasil [Internet]. 2013 [acesso em: 11 jun 2015]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1385127992_ARQUIVO_JocelaineEspindoladaSilvaArruda.pdf.
2. Convenção de Belém do Pará (BR). Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Belém do Pará (BR), 1994.
3. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Genebra: OMS; 2012. [Acesso em 04 mar de 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf
4. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). Nota Técnica. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2014. N11.
5. Compromisso e atitude [Homepage da internet]. Credibilidade da palavra da vítima como prova de violência sexual, por kenarik Boujikian. 2013 [Acesso em 10 jun de 2015]. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/credibilidade-da-palavra-da-vitima-como-prova-de-violencia-sexual-por-kenarik-boujikian/>.
6. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2011. 62p.
7. Baptista RS, Chaves OBBM, França ISX, Sousa FS, Oliveira MG, Leite CCS. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. Rev. Rene. 2015; 16 (2): 210-217.
8. Lima CA, Deslandes SF. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. Saúde Soc. São Paulo. 2014; 23 (3): 787-800.
9. Ministério da Saúde (BR). Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. Ministério da Saúde (Brasil): Ministério da Saúde, 2012. 126p.
10. Salomon DV. Como fazer uma monografia. 12ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2010.
11. Souto RQ, Silva AFR, Oliveira RC, Cavalcanti AL. Violência sexual contra a mulher no município de Campina Grande, Paraíba. Rev. bras de pesq. em saúde. 2010; 12(3): 30-38.
12. Kawaguti L [Homepage na Internet]. SUS recebe duas mulheres por hora vítimas de abuso. São Paulo: BBC. [Atualizada em 2013 Mar 8; Acesso em 2016 Maio 30]. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/03/130308_violencia_mulher_sus_kawaguti_rwshtml
13. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2009. 302p.
14. Ministério da Saúde (BR). Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2011. 74p.
15. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. Estud. psicol. 2011; 28 (2): 219-27.
16. Facuri CO, Fernandes MAS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2013; 29 (5): 889-898.
17. Ministério da Saúde (BR). Lei nº. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Diário Oficial da União 08 ago [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [Acesso em: 2 jun de 2015]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/>.
18. Gomes LF, coordenador. Mini Códigos Penal - Código Penal, Código de Processo Penal, Constituição Federal e Legislação Penal e Processual Penal. 13ª ed. São Paulo(SP): Editora Revista dos Tribunais; 2011.
19. Ministério da Saúde (BR). Comunicação e mídia: para os profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2009. 82p.
20. Andrade GR. Estupro e atentado violento ao pudor após a Lei 12.015 de 2009. Crime único? In: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2014, Rio de Janeiro, Brasil [Internet]. 2014. [acesso em: 1 mar de 2017]. Disponível em: http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2014/trabalhos_12014/GuilhermeRodriguesdeAndrade.pdf.