

Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro

Ludmila Fontenele Cavalcanti¹

Roberta Matassoli Duran Flach²

Rejane Santos Farias³

Resumo

Esse artigo tem como objetivo apresentar os resultados da pesquisa avaliativa sobre os serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual no Estado do Rio de Janeiro. Assim, pretendeu-se analisar a incorporação dos parâmetros sugeridos na Norma Técnica de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual pelos serviços de saúde através da análise das percepções dos gestores municipais e dos profissionais de saúde das unidades. As entrevistas do tipo semi-estruturada foram realizadas com 34 gestores e 112 profissionais de saúde de 19 municípios das 9 regiões. Os resultados apontam para uma incorporação diferenciada e recente dos parâmetros pelos municípios. O tema da violência sexual vem alcançando a visibilidade necessária na formulação da política pública de saúde, e também deparando-se no âmbito do planejamento e organização dos serviços de saúde com a complexidade ainda pouco dimensionada de culturas institucionais distintas, programas diferenciados e atores sociais variados.

Palavras-chave

Violência sexual; Avaliação; Serviços de saúde.

Attention to women in a sexual violence in health services of the state of Rio de Janeiro

Abstract

This article aims to present the results of evaluative research on health services for women in situations of sexual violence in the State of Rio de Janeiro. Thus, we sought to analyze the incorporation of the suggested parameters in the Standard Technical Assistance to Women Victims of Sexual Violence by health services through the analysis of the percep-

tions of city managers and health professionals of the units. The interviews were semi-structured interview were conducted with 34 managers and 112 health professionals from 19 cities of 9 regions. The results indicate a differential and recently incorporation of parameters by municipalities. The theme of sexual violence has reached the necessary visibility in the formulation of public health policy, and also encountering in the planning and organization of health services with the complexity poorly sized distinct institutional cultures, different programs and different social actors.

Keywords

Sexual violence; Evaluation; Health services.

Introdução

O presente artigo tem como objetivo apresentar os resultados da pesquisa avaliativa sobre os serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual no Estado do Rio de Janeiro⁴. Essa pesquisa, pioneira no Estado do Rio de Janeiro, desenvolvida no período de dezembro de 2008 a junho de 2011, insere-se nos esforços de contribuir para melhorar as respostas dos serviços de saúde aos grupos beneficiários, corrigir os rumos e reorientar as estratégias de ação na atenção às mulheres em situação de violência sexual, como parte do processo de planejamento. Assim, pretendeu-se analisar a incorporação dos parâmetros sugeridos na Norma Técnica de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) pelos serviços de saúde através da análise das percepções dos gestores municipais e dos profissionais de saúde das unidades onde os serviços estão situados.

A violência sexual⁵ é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes, considerada como uma pandemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.9). No Estado do Rio de Janeiro, como em demais localidades, inexistente uma avaliação acerca das ações de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência sexual.

A avaliação dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual, considerados como serviços de porta de entrada e serviços de referência para o acompanhamento, pode contribuir para melhorar a resposta dos serviços de saúde nessa área, ou seja, a capacidade de resposta às demandas dos grupos beneficiários das ações de prevenção e assistência na área da violência sexual.

O reconhecimento da violência contra a mulher como questão de interesse público, que requer o envolvimento de toda a sociedade para reduzir a sua in-

cidência, tem possibilitado, especialmente na última década, a criação de novos marcos legais e a implementação de programas e ações governamentais coordenadas envolvendo estados e municípios na prevenção e enfrentamento à violência doméstica e sexual.

No âmbito estadual, as ações na área da saúde voltadas para o enfrentamento à violência doméstica e sexual se inserem nas ações de duas Secretarias de Governo. As ações voltadas à implantação de serviços, formação e capacitação de profissionais encontram-se, conforme o Plano Estadual de Adesão ao Pacto de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (SUDIM, 2007, p.24), sob a responsabilidade da Secretaria de Estado Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH), através da Superintendência dos Direitos da Mulher (SUDIM). Já a responsabilidade pela implementação da notificação das violências faz parte das ações da Área Técnica da Atenção às Violências (ATAV) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), que passou a fazer parte dos indicadores do Pacto pela Vida a partir de 2008.

Embora tenha havido uma gradativa incorporação da atenção às situações de violência doméstica e sexual junto às diferentes políticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶ nas diferentes instâncias de governo, somente a avaliação das ações de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência sexual em nível local pode dimensionar esse processo. O reaparelhamento dos serviços especializados e a ampliação da rede de atenção integral à saúde de mulheres e adolescentes em situação de violência são metas que dependem de estudos que tratem da temática da violência contra as mulheres, também previsto na gestão e monitoramento do II PNPM.

A Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 24) reconhece a importância do processo avaliativo, valorizando a implantação de mecanismos permanentes de avaliação das ações desenvolvidas. Nessa perspectiva, a construção de um modelo de monitoramento dos serviços pode contribuir para a integração da avaliação ao planejamento dos programas de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência sexual a ser realizada durante toda a intervenção, criando uma cultura avaliativa capaz de interferir na resposta oferecida pelos serviços.

Desse modo, a avaliação dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual no Estado do Rio de Janeiro pode servir de modo ampliado para orientar capacitações dos profissionais que já atuam ou que atuarão nessa área,

para expandir a visibilidade do tema, sob o qual pouco se produz e tornar-se relevante para a tomada de decisão dos gestores e executores de políticas públicas.

Desenho metodológico

Foi adotada a pesquisa avaliativa, entendida como o processo sistemático para determinar até que ponto um programa ou intervenção atingiu os objetivos pretendidos (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p.63; SESSIONS, 2001, p.8). A pesquisa avaliativa é uma forma de julgamento sobre os resultados de um projeto/programa, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Trata-se de um procedimento realizado depois da ocorrência de uma intervenção. Um dos tipos de análise da pesquisa avaliativa refere-se à análise estratégica, que aborda a pertinência da intervenção, se a intervenção diante do problema é a mais adequada.

Foram incorporados, de modo integrado, os conceitos de estrutura, processo e resultado na operacionalização dessa pesquisa avaliativa. Essa pesquisa avaliativa envolveu elaboração, negociação, aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer o contexto em que se desenvolve o atendimento às vítimas de violência sexual, estimulando processos de aprendizagem dos profissionais e gestores da saúde. Esse processo de emissão de juízo de valor sobre a intervenção dos serviços deve ser incluído no processo de planejamento das ações com vistas ao seu melhor desempenho.

A natureza do objeto da pesquisa avaliativa conduziu à triangulação de métodos e técnicas, através das abordagens quantitativa e qualitativa, capaz de promover o diálogo entre questões objetivas e subjetivas. A abordagem quantitativa pretendeu dimensionar e quantificar os dados objetivos relativos à caracterização e resultados dos serviços. Já a abordagem qualitativa, centrada nos esquemas interpretativos de compreensão de dinâmicas, pretendeu levar em conta as percepções dos sujeitos envolvidos nos serviços, além de considerar as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações.

Diante da necessidade de identificação dos serviços existentes no Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de construir a amostra da pesquisa e da demanda colocada à Secretaria de Estado e Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) pelo Ministério da Saúde de caracterização das unidades de saúde estaduais e municipais que prestam atendimento às mulheres, adolescentes e crianças em situação de violência doméstica e/ou sexual no contexto do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, foi construído o construído um instrumento quanti-

tativo denominado “Mapeamento da atenção em saúde às pessoas em situação de violência doméstica e sexual no estado do Rio de Janeiro”.

Desse modo, o universo da pesquisa correspondeu aos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual, situados nas diferentes regiões do Estado (Metropolitana 1, Metropolitana 2, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense, Serrana, Baixadas Litorâneas, Médio Paraíba, Centro-Sul Fluminense e Baía da Ilha Grande). Foram adotados os seguintes critérios de inclusão dos municípios na amostra: a) população superior a 25.000 habitantes; b) oferta de anticoncepção de emergência e profilaxias pelo município; e c) concordância da Secretaria Municipal em participar da pesquisa.

A entrevista do tipo semi-estruturada com consentimento livre e esclarecido foi adotada como instrumento de coleta, uma vez que a fala dos atores sociais é uma via importantíssima para se chegar ao conhecimento do cotidiano. As entrevistas, baseadas em roteiro, foram realizadas com os sujeitos sociais da investigação, 112 profissionais de saúde inseridos nos serviços e 34 gestores das unidades onde os serviços estão situados, de 19 municípios das 9 regiões do Estado do Rio de Janeiro.

O roteiro utilizado nas entrevistas teve uma função orientadora de modo a garantir maior flexibilidade e liberdade no discurso como também assegurar a abordagem de todos os temas considerados essenciais, tomando como referência os parâmetros previstos na Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Foi formado um conjunto de dados quantitativos e um conjunto de dados qualitativos, que se articula, de modo a permitir a visão mais geral do conjunto de informações, a comparação entre as diferentes regiões e o aprofundamento dos aspectos avaliados.

Nesse sentido, para a análise dos dados quantitativos foram realizadas estatísticas descritivas, como frequência, cruzamento de dados e construção de tabelas. Para a análise dos dados qualitativos, obtidos através das entrevistas semi-estruturadas, foi realizada a adaptação da análise temática, que permite identificar a presença de determinados temas denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 1994, p. 208). A análise buscou descobrir as idéias centrais (núcleos de sentido) que compõem a comunicação. Foram realizadas as seguintes etapas: a pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus, formulação de hipóteses e objetivos), exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os dados coletados foram validados pelos gestores (estaduais e municipais) e pelos profissionais de saúde, através dos seguintes eventos: “1º Seminário políticas públicas e a construção de redes de atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual”; “Seminário estadual de saúde e políticas públicas e a construção de redes de atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual”; e “2º Seminário políticas públicas e a construção de redes de atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual”.

Essa pesquisa foi submetida à apreciação das instituições envolvidas e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Ana Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, atendendo ao previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Caracterização dos sujeitos

A composição e a quantidade de gestores e de profissionais de saúde variam em cada região. Essa variedade pode ser atribuída à trajetória diferenciada na organização desses serviços em cada uma das regiões, com conseqüente envolvimento diferenciado das categorias profissionais. A maioria dos gestores (26) possui formação médica. No entanto, observa-se que há relativa predominância entre os profissionais de médicos (26), seguida de enfermeiros (19), assistentes sociais (16) e psicólogos (12) e na composição da equipe de saúde, cumprindo o que preconiza a Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.13).

É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe, com exceção do médico(a), não inviabiliza o atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.13). A necessidade indispensável do médico nesses serviços deve-se ao exercício de atribuições privativas no atendimento logo após a violência como, por exemplo, no trato das lesões caso ocorram, na profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (DST/Aids), na identificação da gravidez e intervenções necessárias em decorrência da gravidez, além da prescrição dos medicamentos (MATTAR, 2007, p.461).

Os serviços devem atender as mulheres em situação de violência sexual em regime de plantão de 24 horas e, no caso dos serviços avaliados, com exceção dos médicos e dos enfermeiros, os profissionais de saúde não trabalham em regime de plantão. A Região que apresentou maior diversificação em seu quadro profissional

foi a Baixada Litorânea, totalizando nove áreas profissionais distintas. Tanto gestores quanto profissionais sugeriram a participação de outros profissionais de saúde que podem contribuir para a qualificação do atendimento, como farmacêutico, nutricionista e odontólogo.

Nota-se uma concentração tanto de gestores (25) quanto de profissionais (96) de saúde do sexo feminino. A existência de uma divisão sexual do trabalho baseada na atribuição da prática do cuidar ao sexo feminino dentro dos serviços de saúde é histórica e naturalizada, pois se fundamenta na construção cultural do papel da mulher como portadora de maiores habilidades no que se refere aos cuidados de saúde. Observa-se, assim, que o campo de trabalho da área da saúde vem se caracterizando como um lugar de concentração de trabalho feminino. O fato de haver mais mulheres ocupando cargos de gestão aponta uma mudança de postura nos serviços públicos de saúde municipal, mesmo considerando que são serviços dirigidos ao público feminino.

A idade dos gestores (8) concentra-se na faixa etária entre 51 e 55 anos enquanto a dos profissionais de saúde (25) entre 46 e 50 anos. A necessidade de experiência no âmbito dos serviços faz com que os gestores concentrem-se numa faixa mais alta de idade.

Sobre a naturalidade, a maioria dos gestores (28) e dos profissionais (81) é natural do Rio de Janeiro. Isso pode ser explicado pela proximidade entre local de nascimento e a oferta de concursos públicos municipais, além da disponibilidade de cargos de gestão na área de saúde. Entre os profissionais, a naturalidade também concentra-se em Minas Gerais (9) e no Espírito Santo (2), estados próximos aos municípios onde os serviços se localizam.

Quanto à situação conjugal, optou-se por adotar a informação auto-declarada (solteiro, casado, divorciado, união estável, viúvo). A maioria dos gestores (14) se declarou casado enquanto os profissionais de saúde se dividiram entre casados (61) e solteiros (32).

Com relação à orientação religiosa, foi possível observar que a maioria dos entrevistados se declarou católicos (17 gestores e 10 profissionais). Apesar da predominância da religião católica, outras religiões vêm ganhando espaço nas orientações religiosas, podendo também interferir nas percepções dos entrevistados acerca do fenômeno da violência sexual.

A maioria nos dois sub-grupos foi formada em instituições privadas (21 gestores e 62 profissionais). Isso pode ter relação com o fato das regiões analisadas

disporem de um número reduzido de instituições públicas de ensino superior em seus municípios. Outro fator pode ser a dificuldade de acesso e permanência nas instituições públicas de ensino.

Sobre o tempo de formado, observa-se que a maioria dos dois sub-grupos possui entre 06 e 10 anos (8 gestores e 19 profissionais) e entre 21 e 25 anos (7 gestores e 19 profissionais). A maioria dos entrevistados informou ter feito especialização, o que pode estar associado ao interesse na qualificação voltada para prática profissional. Isso pode estar relacionado ao fato de que algumas dessas unidades implantaram serviços de atenção às vítimas de violência sexual recentemente e também ao tempo de serviço dos entrevistados nas unidades, cuja maioria possui menos de 05 anos.

A maioria dos gestores entrevistados (25) assume a função de Coordenação de Programa. Dentre os programas informados os que mais se destacaram foram o Programa de DST/Aids e o Programa de Saúde da Mulher. Os profissionais de saúde, quando encontram-se exercendo cargo, o fazem na função de chefe de equipe, chefe de serviço e de supervisão de enfermagem.

Sobre as atividades dos gestores relacionadas ao atendimento às mulheres em situação de violência sexual predominou a realização de capacitação para os profissionais que prestam esse tipo de atendimento e a vigilância de situações de violência. Esse resultado aponta uma preocupação dos gestores em qualificar o atendimento prestado. O segundo eixo dos pactos da Agenda Nacional de Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências ressalta a gestão, com responsabilização, sustentabilidade, financiamento, educação permanente em saúde, regulamentação, participação e controle social, visando fortalecer a gestão do sistema de vigilância, sensibilizando gestores da saúde e capacitando trabalhadores da área para a vigilância de acidentes e violências (SILVA *et al*, 2007, p.58).

Sobre as atividades dos profissionais de saúde relacionadas ao atendimento às mulheres em situação de violência sexual, foram mencionados o aconselhamento, acolhimento e orientação (56) e controle de medicamentos (40), características do atendimento de emergência às mulheres em situação de violência sexual. A Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.14) destaca a importância das equipes envolvidas diretamente na assistência receberem capacitação para o atendimento de emergência e para o estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxia das DST/Aids) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se seus direitos e atendendo suas necessidades, incluindo-se a decisão de interrupção da gravidez.

A abordagem da temática da violência sexual contra a mulher durante a graduação não foi observada na graduação da maioria dos entrevistados (28 gestores e 82 profissionais). Do mesmo modo não receberam treinamento na unidade em que atuam. Isso pode dificultar a realização de uma intervenção adequada que possibilite o acesso aos serviços de saúde e aponta para a necessidade de maior divulgação da temática e promoção de treinamentos visando superar os limites da graduação e assegurar um atendimento comprometido e de qualidade para a mulher em situação de violência sexual.

A introdução do tema da violência sexual nos currículos das universidades e o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão que abordem este fenômeno podem contribuir para fomentar o debate dentro do espaço acadêmico e possibilitar diferentes formas de atuação nessa área nas unidades de saúde dentro do contexto de cada região. Cabe destacar que os gestores, diferentemente dos profissionais de saúde, informaram ter feito algum curso ou ter participado de capacitação da área da violência sexual, depois de formados e por interesse na aproximação com a temática.

Conforme a Política de Recursos Humanos para o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.14), a educação continuada tornou-se uma necessidade de primeira ordem para que a promoção do acesso a um atendimento de qualidade seja realizado e as demandas dos usuários atendidas de acordo com suas necessidades. A educação continuada apresenta-se também como uma das estratégias para o enfrentamento da violência sexual, contribuindo para os profissionais de saúde avaliarem sua prática e superarem os desafios que se apresentam no cotidiano.

Sobre a gestão dos serviços

Segundo os gestores, os setores da secretaria municipal de saúde que mais coordenam o atendimento às mulheres em situação de violência sexual são o Programa de DST/Aids seguido do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Junto aos profissionais predomina o Programa de DST/Aids. Isso pode ser explicado pela trajetória organizacional do Programa de DST/Aids e do PAISM e pelo fato destes já terem como suas atribuições a coordenação de ações e estratégias voltadas para a atenção à saúde da mulher e a realização de procedimentos profiláticos. O protagonismo da Vigilância em alguns municípios tem relação com a requisição da SES/RJ no sentido da notificação das situações de violência doméstica e sexual.

A atenção terciária é o nível mais apontado, pelos gestores e pelos profissionais de saúde, como coordenador da atenção a saúde das mulheres em situação de violência sexual. Observa-se também a pouca incorporação desse tipo de atendimento pela atenção básica. A atenção terciária é caracterizada por serviços dos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar e torna-se importante na identificação da situação de violência da mulher (SANTOS *et al.*, 2003, p.500). Nesse sentido, possui não só a infraestrutura adequada para realização do atendimento (salas de atendimento, ambulatórios especializados, laboratórios para realização de exames, medicação adequada), mas no quadro funcional os profissionais necessários para realização deste tipo de atendimento (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) em conformidade com o que está previsto na Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.13).

O ano de implantação dos serviços, segundo a maioria dos gestores (11), ocorreu entre 2006 e 2010. Apesar de a maioria dos profissionais de saúde (41) não saber precisar o ano de implantação dos serviços, parte dos profissionais informa que a implantação ocorreu entre 2001 a 2005 (14) e outra parte que ocorreu entre 2006 e 2010 (13). Esses períodos se relacionam com a gradativa implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004); da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) e com as revisões da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra as Mulheres e Adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005d; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) norteadoras das ações de prevenção e atenção à saúde das mulheres em situação de violência.

Sobre os serviços

Segundo os entrevistados de ambos os sub-grupos, o acesso das mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde ocorre através de duas modalidades: através do encaminhamento feito por outros serviços ou espontâneo. A primeira modalidade é enfatizada pelos gestores (17) e a segunda pelos profissionais de saúde (63).

Os serviços que encaminham as mulheres em situação de violência identificados pelos entrevistados são: unidades de saúde da atenção primária, Instituto

de Medicina Legal (IML), Conselho Tutelar, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), Delegacia Policial (DP), Centro de Referência da Mulher (CRM), Centro de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Ministério Público, Núcleo Integrado de Atendimento à Mulher (NIAM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Casa abrigo.

As mulheres que procuram os serviços de saúde espontaneamente o fazem como primeiro contato após a violência, principalmente através dos serviços de emergência. Cabe lembrar que essa forma de acesso é importante, pois demonstra em parte a eficácia da rede intersetorial de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, porém observa-se que ainda existe uma desarticulação dos serviços de atenção as mulheres em situação de violência sexual na maioria dos municípios. Segundo Oliveira *et al* (2005, p.380), na maioria das vezes o primeiro contato das mulheres são nos hospitais, através dos pronto-socorros.

As diferentes formas para a garantia de atendimento acolhedor mencionadas pelos entrevistados de ambos os sub-grupos (16 gestores 26 e 91 profissionais) são: existência de um espaço adequado para o atendimento, garantia de participação das diferentes categorias profissionais durante o atendimento, realização de escuta diferenciada, estabelecimento de vínculo com a usuária, fornecimento de orientações jurídicas, sociais e psicológicas, garantia do sigilo do atendimento.

É positivo que os profissionais de saúde que estão em contato com a mulher em situação de violência sexual destaquem a 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. É fundamental na atuação dos profissionais da emergência, fazer com que a paciente sinta-se acreditada e acolhida. Acrescente-se a isso, o fato de mulheres que sofreram abuso sexual têm maior probabilidade de serem usuárias dos serviços de saúde por períodos maiores, têm mais sintomas físicos e perdem mais dias de trabalho do que mulheres que nunca sofreram violência sexual.

Esse atendimento diferenciado mostra-se importante, uma vez que, pode auxiliar a mulher em situação de violência sexual a compreender melhor o que ocorreu com ela e quais procedimentos deverão ser realizados a partir daquele momento. Soma-se a isso, o fato de que muitas mulheres, em situação de violência sexual, se culpam pelo incidente sofrido sendo necessário um apoio emocional diferenciado, com o propósito de contribuir para a sua recuperação (OMS,

2002, p.161). Outro fator importante observado nas falas dos gestores é a presença sempre constante da equipe de enfermagem nesse primeiro atendimento, auxiliando de maneira qualificada e acolhedora. Isso mostra-se uma boa estratégia e também vem sendo adotada pelos serviços de saúde de outros países.

Ambos os sub-grupos (22 gestores e 55 profissionais), em sua maioria, informam a adoção de algum tipo de protocolo escrito na atenção às mulheres em situação de violência sexual. Esses protocolos são, na maioria dos serviços, adaptações da Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) à realidade municipal. A construção de um protocolo municipal muitas vezes reflete o investimento dos gestores locais na construção de uma política municipal assim como permite a identificação dos limites da área da saúde na abordagem do fenômeno da violência sexual contra a mulher. Além da Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), os gestores também fazem referência aos protocolos do Programa de DST/Aids e do PAISM.

Adotar um protocolo permite que os profissionais tenham subsídios para realizar um atendimento mais preciso e eficiente. Os protocolos citam os serviços de referência, o fluxo de atendimento, as medicações necessárias, as orientações e as informações que devem ser fornecidas. Segundo a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.18), os protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais.

Uma explicação para a não utilização dos profissionais de saúde que desconheciam a existência de protocolo pode estar associada ao fato de os profissionais não terem participado de treinamento nas unidades de saúde. Ao não utilizar um protocolo que oriente suas ações, os profissionais tendem a desconhecer como o fluxo de atendimento está organizado e podem ter dificuldades de realizar os encaminhamentos e de preencher a ficha de notificação.

Ainda que a maioria de ambos os sub-grupos (17 gestores e 60 profissionais) reconheçam a existência de fluxo de atendimento pré-estabelecido, chama a atenção o alto número de gestores e de profissionais de saúde que informam a inexistência ou não sabem informar. Esse resultado aponta para um maior investimento, especialmente dos gestores, na construção do fluxo. A Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.15) preconiza que as unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, de-

finindo profissional responsável por cada etapa da atenção. O fluxo auxilia no atendimento e propicia maior agilidade na resolução do problema da usuária.

Quanto às orientações fornecidas às mulheres em situação de violência sexual, a maioria de ambos os sub-grupos (8 gestores e 45 profissionais) destaca aquelas relacionadas à transmissão de doenças, medicação indicada, exames solicitados e acompanhamento psicológico, ou seja, orientações no campo específico da saúde. As orientações relacionadas às proteções legais, à rede de assistência e às vulnerabilidades são mencionadas em menor quantidade. Esse resultado, apesar de positivo, já que demonstra uma preocupação com procedimentos que envolvem um atendimento de emergência, também indica a dificuldade de profissionais de saúde e gestores em abordar outros aspectos, também previstos na Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.44).

A atenção às mulheres em situação de violência sexual requer uma abordagem intersetorial e interdisciplinar com vistas a prestar orientações acerca das proteções legais, tais como sobre a possibilidade de registro de Boletim de Ocorrência, a realização de corpo delito no IML, o direito à Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) caso a violência ocorra no trânsito trabalho-casa ou vice-versa.

A maioria dos entrevistados (10 gestores e 81 profissionais) de ambos os sub-grupos identificam a sala de atendimento da equipe multiprofissional como o local onde são realizados os primeiros atendimentos às mulheres em situação de violência sexual, ou seja, não há um local específico, podendo ser o consultório médico, a sala do serviço social, da psicologia, ou mesmo, as instalações da emergência. Segundo a Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.12), a existência de locais específicos, preferencialmente não sendo no ambiente da emergência, para assegurar o sigilo do atendimento prestado, evitar a exposição das mulheres ao constrangimento e estigma, bem como garantir a participação no atendimento por uma equipe interdisciplinar são medidas fundamentais no processo do acolhimento, pois, estabelece um ambiente de confiança e respeito, entre a pessoa em situação de violência sexual e o profissional que atende.

Sobre as informações registradas no prontuário, a maioria dos gestores (15) não soube informar acerca do conteúdo registrado, enquanto a maioria dos profissionais de saúde (33) informou que se referem à vítima e um segundo grupo (8) incluiu as informações referentes ao ato violento. Apenas um pequeno grupo de gestores e de profissionais de saúde incluiu também os registros informações sobre o agressor.

A Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.13) propõe um modelo de ficha para registrar casos de violência sexual. Esta ficha tem os seguintes tópicos: dados de identificação, dados da ocorrência, antecedentes pessoais, exame físico geral e ginecológico, atendimento em caso de gravidez e sua interrupção, investigação de DST, encaminhamentos realizados, informações acerca do atendimento psicológico e do Serviço Social, atendimento de urgência e exames complementares. Nota-se, que a Norma Técnica apresenta um modelo de ficha de atendimento bem extensa que pode servir de base para as unidades de saúde, podendo os gestores e os profissionais de saúde de cada região construir o modelo de prontuário observando também as demandas e as especificidades de cada região.

As informações devem ser registradas no prontuário em virtude de ser uma competência dos serviços de referência na atenção às mulheres em situação de violência sexual. De fato, é preciso destacar a importância das informações colocadas no prontuário, pois estas ainda podem ser encaminhadas aos outros profissionais da rede de atenção para dar continuidade ao atendimento.

A maioria dos entrevistados de ambos os sub-grupos (13 gestores e 61 profissionais) não tinha conhecimento acerca das proteções, seguida dos que informaram sobre a Lei Maria da Penha, atendimento policial e aborto previsto em lei.

A Lei Maria da Penha é considerada um avanço importante no enfrentamento do fenômeno da violência contra a mulher ao propor a criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, novas atribuições para as DEAM e Sistema Nacional de Dados e Estatísticas sobre a Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. O Plano Estadual de Adesão ao Pacto de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (SUDIM, 2007, p. 24) prevê como uma de suas ações a implantação da Lei Maria da Penha e sua divulgação através de fóruns e materiais educativos. As medidas preconizadas pela Lei envolvem um trabalho multidisciplinar e a articulação das três esferas de governos, colocando desafios aos gestores e profissionais de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (SPM, 2003, p.17), as delegacias comuns podem registrar casos de violência, uma vez que os polícias militares realizam o primeiro atendimento e depois encaminham para outros serviços. Estas delegacias tem um papel importante no enfrentamento da violência sexual contra a mulher ao realizar os devidos encaminhamentos caso não exista uma DEAM na Região e devem fazer parte da rede

de serviços. O Relatório da OMS (2002, p.107) aponta que as delegacias para as mulheres são um avanço no enfrentamento da violência sexual, mesmo que apresente alguns problemas. Estas delegacias especializadas devem acolher essas mulheres, realizar treinamentos com os profissionais de segurança pública e devem trabalhar de forma integrada com os outros serviços de referência.

O aborto em caso de violência é um direito das mulheres garantido em lei, devendo as unidades de saúde fazer o aconselhamento relativo a este procedimento e os profissionais de saúde estar capacitados para realizar esse tipo de procedimento ou encaminhar para a unidade de saúde que realiza o aborto previsto em lei.

Os resultados apontam para uma relativa compreensão acerca da complexidade do fenômeno da violência sexual, entendendo parcialmente a importância de se ter uma rede integrada de atenção, que inclua os serviços de segurança pública.

Apenas uma minoria dos profissionais de saúde (30) relatou que é realizada avaliação de risco durante o atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Outros profissionais de saúde (37) relataram que embora não realizem a avaliação de risco, procuram encaminhar as usuárias para outros profissionais ou serviços de saúde. Os profissionais de saúde que afirmaram realizar a avaliação de risco durante o seu atendimento relataram que a realizam da seguinte forma: avaliação com relação à vulnerabilidade/riscos da usuária sofrer novamente a violência, a avaliação com relação aos danos a saúde física e mental da usuária, a avaliação com relação ao risco de contrair DST/Aids e a avaliação com relação ao tipo de violência sofrida pela usuária.

Mesmo considerando que a realização da avaliação de risco não é uma tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado (GOMES *et al*, 2001, p.63), a não realização da avaliação de risco tende a comprometer a qualidade do atendimento prestado contribuindo para o agravamento da condição de vulnerabilidade das usuárias, devido à falta de informações e orientações que pudessem reduzir o risco vivenciado pelas mulheres em situação de violência sexual. Isso pode dificultar o rompimento do ciclo da violência.

A Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.22) recomenda que a avaliação de risco seja feita pela equipe de saúde junto com a usuária durante o momento do atendimento, com o objetivo de identificar as situações de maior vulnerabilidade e de avaliar os riscos de repetição ou agravamento das situações de

violência, a fim de elaborar estratégias preventivas de atuação. Além de capacitações que abordem os riscos e vulnerabilidades envolvidas, a implementação das notificações e as discussões da equipe multiprofissional em torno dos casos atendidos pode contribuir para a identificação dos riscos considerando a realidade local.

Relativo ao uso de material educativo, a maioria dos gestores (15) informa que ocorre enquanto a maioria dos profissionais de saúde (77) informa que não ocorre. Os gestores e os profissionais de saúde que relatam que são usados materiais educativos nos serviços mencionam os seguintes materiais: folders, cartazes, folhetos, álbuns seriados, cartilhas e panfletos.

De acordo com a Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 24), é necessário que todos os serviços de orientação ou atendimento tenham, pelo menos, uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede. Essa lista deve ser do conhecimento de todos os funcionários dos serviços, permitindo que as mulheres tenham acesso sempre que necessário e possam conhecê-la independentemente de situações emergenciais. Esse pode ser um dos conteúdos dos materiais educativos, no entanto, os materiais educativos são valiosos instrumentos pois, além de proporcionarem informação, em determinados contextos, podem facilitar ou apoiar o desenvolvimento de uma experiência de aprendizado.

Sobre a realização das profilaxias, a maioria dos entrevistados de ambos os sub-grupos (23 gestores e 112 profissionais) informou que o procedimento é realizado. No entanto, em relação ao aconselhamento relativo às profilaxias, observa-se uma redução no número dos entrevistados (15 gestores e 51 profissionais) que informou sobre sua realização.

Garantir um bom aconselhamento é de grande importância para que haja uma maior adesão da mulher em situação de violência sexual ao tratamento, já que os inúmeros efeitos colaterais presentes na medicação, podem contribuir como uma agente potencializador para não adesão ao mesmo. Torna-se fundamental, neste processo, o esclarecimento precoce dos possíveis efeitos diversos mais comuns relacionados ao esquema prescrito, bem como formas de minimizá-los durante a sua utilização. O aconselhamento, como processo de escuta ativa, permite estabelecer relação de confiança entre a mulher em situação de violência sexual e o profissional de saúde, facilitando a superação da situação traumática. O apoio emocional permite que a pessoa em atendimento entre em contato com a equipe de saúde de maneira menos defensiva e possa iniciar o processo de elaboração do trauma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 63).

Os exames laboratoriais mais citados pela maioria de ambos os sub-grupos entrevistados foram: Anti-HIV, Hepatites e Sífilis. A realização dos exames é um passo importante durante o atendimento e indicará os próximos passos a serem tomados pela equipe de saúde.

Quanto à realização da anticoncepção de emergência, mesmo sendo informada pela maioria dos profissionais de saúde (49), apenas a minoria dos gestores entrevistados (12) mencionaram o seu uso. Destaca-se nesse resultado que a disponibilidade da anticoncepção de emergência foi um dos critérios para os municípios participarem da pesquisa, o que aponta para um descompasso entre a informação das secretarias municipais e os gestores. Entretanto, deve-se relativizar que o uso da anticoncepção de emergência não se aplica a todas as situações de violência sexual, uma vez que o autor da violência pode ter utilizado preservativo, assim como a mulher em situação de violência sexual pode estar fazendo uso de algum método contraceptivo. Isso poderia contribuir para a oferta reduzida da anticoncepção de emergência nos serviços de saúde.

Sobre o encaminhamento realizado em caso de gravidez decorrente de violência sexual, observa-se que a maioria dos entrevistados de ambos os sub-grupos (13 gestores e 61 profissionais) informa que não é realizado encaminhamento nessas situações. Os entrevistados que informaram que é realizado o encaminhamento mencionaram os serviços de referência para mulheres em situação de violência sexual dentro do município, o serviço de referência para realização do aborto previsto em lei (Hospital Maternidade Fernando Magalhães), o sistema judiciário e a assistência pré-natal. No caso dos profissionais acrescentou-se o encaminhamento para o atendimento psicológico e dos gestores o encaminhamento para o PAISM.

Nota-se que a complexidade deste fenômeno acarreta conseqüências graves para a saúde da mulher, isto exige ações dos gestores e dos profissionais para minimizar esse agravo. Nesse sentido, a não realização de encaminhamento e o encaminhamento para o sistema judiciário representa o desconhecimento dos profissionais acerca dos procedimentos necessários nos casos de gravidez decorrente de violência sexual bem como o preconceito frente ao aborto previsto em lei, agravado pela existência de apenas um serviço de referência para o aborto previsto em lei em todo o Estado do Rio de Janeiro.

A fragilidade da formação profissional, o desconhecimento em relação à legislação vigente e às normas técnicas, a influência da cultura profissional e da reli-

gião dificultam a atuação dos profissionais de saúde em relação ao aborto previsto em lei (FARIAS e CAVALCANTI, 2012).

De acordo com a Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.16), cabe aos profissionais de saúde fornecer as informações necessárias sobre os direitos da mulher e apresentar as alternativas à interrupção da gravidez como a assistência pré-natal. No entanto, a questão do aborto ainda causa muita polêmica e diversos debates dentro das unidades de saúde. Além disso, os profissionais de saúde tem direito a objeção de consciência, ou seja, podem se negar a realizar o procedimento de interrupção da gravidez. Nesse caso, os profissionais que se recusam a realizar a interrupção da gravidez, devem orientar as mulheres acerca do procedimento e encaminhar a outro profissional ou unidade de saúde.

A maioria dos entrevistados de ambos os sub-grupos (8 gestores e 41 profissionais) informou que as unidades de saúde são emergências e não dispõem de serviços para acompanhamento. Isso pode ser considerado um aspecto preocupante, tendo em vista que na maioria das vezes, o primeiro contato das mulheres é nos hospitais, pelos pronto-socorros de onde são encaminhadas para os serviços especializados (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 380). Os entrevistados que identificaram outros serviços na própria unidade de saúde mencionaram o atendimento psicológico, de enfermagem, ginecológico e do serviço social. Também foram citados os serviços voltados para DST/Aids, de saúde mental, nutrição e farmácia. Observou-se nas falas dos gestores uma maior imprecisão em relação ao acompanhamento das usuárias.

Segundo Mattar *et al* (2007, p.460), a necessidade da abordagem multiprofissional no atendimento de mulheres que sofrem violência sexual está diretamente relacionada à complexidade da situação e à multiplicidade de conseqüências impostas às vítimas. As mulheres em situação de violência sexual e suas famílias apresentam problemas que não se reduzem às conseqüências imediatas dos atos violentos vivenciados, mas apresentam efeitos de longo prazo que precisam contar com o atendimento multiprofissional e interdisciplinar, como os relativos à saúde física e mental, sexualidade, convívio social e profissional.

Também em relação à rede intersetorial, a maioria dos entrevistados de ambos os sub-grupos (6 gestores e 16 profissionais) não soube informar os serviços disponíveis para encaminhamento das mulheres em situação de violência sexual. Aqueles que identificaram esses serviços mencionaram as unidades da atenção primária em saúde e da política de assistência social. O fato dos profissionais não

saber responder, pode estar associado à falta de conhecimento sobre a rede de atenção às mulheres em situação de violência sexual assim como à própria insuficiência da rede de serviços no município. Chama a atenção o fato de as unidades da atenção primária servirem para o encaminhamento das mulheres em situação de violência sexual, mas não se destacarem como um espaço de detecção, portanto, de acesso aos serviços de saúde.

O conceito de enfrentamento, adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, diz respeito à implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões. O enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros).

No que diz respeito ao uso do mecanismo de referência e contra referência no encaminhamento das mulheres e situação de violência sexual entre os serviços, a maioria dos entrevistados de ambos os sub-grupos (22 gestores e 54 profissionais) informam sua realização através do uso de ficha e contato telefônico, além do auxílio de um guia de referência e contra-referência. Entretanto, observou-se a dificuldade quanto ao recebimento da contra-referência. Segundo a Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 12), o limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contra-referência. A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde esteja preparada para atuar nos casos de emergência, sendo da competência dos gestores municipais e estaduais definir o maior número possível de serviços de referência.

Sobre o uso de notificações, a maioria dos gestores entrevistados (9) informaram que é realizada a notificação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), um segundo grupo (8) informa a adoção da ficha de notificação da própria unidade de saúde, seguidos dos grupos que informam a não realização de notificação (7) e a adoção da ficha de notificação compulsória de maus tratos e abuso contra crianças e adolescentes da SES/RJ (5).

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados (30) informaram que não realizam notificações, seguida dos grupos de profissionais que mencionaram a notificação do SINAN (29), a ficha de notificação compulsória de maus tratos e abuso contra crianças e adolescentes da SESDEC/RJ (12) e a ficha de notificação da própria unidade de saúde (24).

Mesmo considerando a obrigatoriedade da notificação do SINAN, estabelecida pela Lei nº 10.778/03, a sua incorporação implica num processo de capacitação das equipes de saúde voltado para um uso integrado ao atendimento das mulheres em situação de violência sexual. É por meio da notificação dos casos que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (SALIBA *et al*, 2007, p.473). Essa notificação não elimina a obrigatoriedade de notificação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Juventude quando se tratar de violências, suspeitas ou confirmadas, perpetradas contra crianças e adolescentes.

Para Deslandes (1999, p.91), é preciso a criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos. Se por um lado é de responsabilidade profissional tal notificação (ética e legalmente), por outro é a instituição que deve garantir esta conduta profissional. Há que se criar uma “rotina institucional” para a notificação, identificando-se etapas e atribuições. A notificação não é um instrumento de denúncia e sim um instrumento de visibilidade e de proteção, servindo ao mapeamento do fenômeno da violência e disparador de políticas públicas.

O suporte para a equipe de saúde, de acordo com a maioria dos entrevistados de ambos os sub-grupos (22 gestores e 91 profissionais), não é realizado. Alguns gestores consideram a existência de serviço de psicologia na unidade como suporte aos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde entrevistados, na tentativa de amenizar o possível sofrimento causado ao profissional durante o atendimento à pessoa em situação de violência, utilizam como alternativa para suprir a ausência do suporte a conversa informal entre os próprios profissionais.

Foi mencionada a existência de apenas um programa estruturado internamente em uma unidade de saúde e a existência de uma parceria interinstitucional que proporciona uma atenção especial ao trabalhador da saúde no intuito de amenizar possíveis sofrimentos psicológicos durante e depois do atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Esse tipo de sofrimento pode conduzir ao adoecimento dos profissionais de saúde, licenças médicas, alta rotatividade e banalização das situações de violência.

O profissional de saúde que atende mulheres em situação de violência sexual necessita, além de se sentir apto a realizar um atendimento adequado, amparado por aparatos teórico-práticos, equipamentos de qualidade e uma estrutura adequada à sua atuação, expressar os sentimentos em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço, de maneira a compreender e melhor enfrentar

possíveis dificuldades pessoais ou coletivas. A Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.24) aborda esse tema, apontando a necessidade de se promover, sistematicamente, oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras atividades de capacitação e atualização dos profissionais.

Ciconet *et al* (2008, p.661) aponta que qualificar as ações profissionais passa pela reflexão crítica sobre o trabalho, possibilitando reorganizações dos processos, transformando a prática e problematizando as experiências, permeadas por aspectos que vão além da habilidade técnica e conhecimento do profissional, mas também incluem a subjetividade do indivíduo e as relações estruturadas entre as pessoas envolvidas nos processos de atenção à saúde.

A maioria dos entrevistados de ambos os sub-grupos (22 gestores 22 e 82 profissionais) informou que não são realizadas atividades de avaliação na unidade de saúde. A falta de uma cultura avaliativa no âmbito dos serviços públicos, a recente implementação das ações de atenção às mulheres em situação de violência sexual e a rotatividade dos gestores locais, informada pelos gestores, pode contribuir para a dificuldade de implementação da avaliação como uma etapa do planejamento.

A avaliação pode proporcionar uma abordagem sistemática para estimar e melhorar a efetividade de um programa de saúde, assim como identificar os processos pelos quais um determinado resultado é obtido, de modo que estratégias e intervenções bem-sucedidas possam ser reproduzidas em outras situações. É fundamental a atividade de avaliação para que os serviços de saúde possam realizar possíveis mudanças e aperfeiçoamento de suas ações.

Sobre as dificuldades percebidas no atendimento às mulheres em situação de violência sexual apontadas pela maioria dos entrevistados de ambos os sub-grupos estão a falta de estrutura (13 gestores e 38 profissionais) e de capacitação dos profissionais de saúde que realizam o atendimento (15 gestores e 10 profissionais). Apenas os profissionais de saúde apontaram de modo importante entre as dificuldades a ausência de rede intersetorial consolidada. Um número reduzido de gestores e profissionais de saúde apontou entre as dificuldades a obtenção de relato das mulheres em situação de violência sexual e a falta de recursos humanos.

Considerações finais

Os resultados apontam para uma incorporação diferenciada, e ainda recente em grande parte dos municípios, dos parâmetros sugeridos pela Norma Técnica

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) decorrente da trajetória de consolidação dos serviços e da inserção diversificada dos profissionais e gestores.

O tema da violência sexual vem, por um lado, alcançando a visibilidade necessária na formulação da política pública de saúde, e por outro, deparando-se no âmbito do planejamento e organização dos serviços de saúde com a complexidade ainda pouco dimensionada de culturas institucionais distintas, programas diferenciados e atores sociais variados.

A fragilidade da qualificação profissional para atuar junto às mulheres em situação de violência sexual decorrente da limitada abordagem sobre esse tema durante a graduação das profissões de saúde, agravado pela falta de treinamento do contexto dos serviços, contribui para a invisibilidade da demanda e para a assistência nem sempre adequada. Nesse sentido, cabe destacar a importância da inclusão do tema na formação profissional e o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão em parceria com as universidades no âmbito dos serviços.

Observa-se a necessidade de investimento e ampliação das atualizações e acompanhamentos continuados dos profissionais treinados, incluindo gestores e profissionais de outras áreas. Aponta também que, além do enfoque no preparo técnico, envolvendo as proteções legais e a avaliação de risco, é importante discutir a disponibilidade interna a ouvir e orientar e a função social dos profissionais e dos serviços. Isso pode contribuir para reduzir os estereótipos ancorados no senso comum ainda presente nas falas de gestores e profissionais na compreensão do fenômeno da violência sexual contra a mulher e suprir a insuficiência de suporte aos profissionais de saúde.

É necessário um esforço permanente de promover a integração e articulação dos serviços e instituições de atendimento às mulheres em situação de violência, por meio da implantação e fortalecimento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência. A articulação entre unidades de saúde, DEAM, IML, centros de referências, casas-abrigo, atendimento telefônico (disque), escolas, entre outras, é fundamental para a prevenção e para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Essa articulação deve superar o mero encaminhamento de usuárias para a consolidação de um fluxo resolutivo, de realização de ações integradas, de sistema de registro/notificação eficaz, de capacitações compartilhadas, entre outras possibilidades de construção da integralidade.

Na direção de uma resposta mais efetiva na atenção às mulheres em situação de violência sexual, colocam-se ainda outros desafios: produção de materiais

educativos dirigidos à instrumentalização dos profissionais (em diferentes formatos); aumento na oferta da anticoncepção de emergência; ampliação dos serviços de referência para realização da interrupção da gravidez prevista em lei; e criação de mecanismos de supervisão periódica.

A construção de um sistema de monitoramento, envolvendo o gestor local, deve levar em conta a incorporação diferenciada pelos núcleos dos parâmetros sugeridos pela Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), especialmente no que diz respeito a: dificuldade de acompanhamento às usuárias após o atendimento de emergência; a pouca participação da atenção básica nesse tipo de atenção; insuficiência e heterogeneidade nos registros das mulheres em situação de violências sexual; falta de acesso aos serviços e às informações sobre o direito ao aborto legal; o estabelecimento de um fluxo de atendimento nem sempre eficaz e permanente; a pouca adesão ao acompanhamento pelas usuárias.

Apesar da relativa incorporação dos procedimentos previstos na Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), essa pesquisa demonstra o esforço das gestões estadual e municipal na sua implementação nas estruturas pré-existentes no SUS.

Referências

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

CICONET, Rosane Mortari; MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice DIAS DA SILVA. A. D. S. *Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS*. Interface Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 659-666, 2008.

DESLANDES, Suely. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 81-94, 1999.

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*, Rio de Janeiro, fevereiro de 2012, cerca de 15 p. Disponível em: http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=9330. Acesso em: 28 fev. 2012.

GOMES, Romeu; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; MARINHO, Alice Salgueiro do Nascimento; SILVA, Luiz Guilherme Pessôa da. *Os Sentidos do Risco na Gravidez Segundo a Obstetrícia: Um Estudo Bibliográfico*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p.62-67, 2001.

MATTAR, Rosiane.; ABRAHÃO, Anelise Riedel; ANDALRAFT NETO, Jorge; COLAS, Osmar R.; SCHROEDER, Irene; MACHADO, Salvina Jesus Reis; MANCINI, Silvana; VIEIRA, Beatriz e Aguiar; BERTOLANI, Georgia Bianca Martins. *Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Técnica. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política de Recursos Humanos para o SUS: Balanço e perspectivas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Princípios e Diretrizes. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde. 3ª revisão, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Técnica. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci; BARBOSA, Rosana Machin; MOURA, Alexandre Aníbal Valverde M. de; KOSSEL, Karen von; MORELLI, Karina; BOTELHO, Luciane Francisca Fernandes; STOIANOV, Maristela. *Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 376-82, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial de Violência e Saúde*. Geneva: OMS, 2002.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Ispere; DOSSI, Ana Paula. *Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n.3, p. 472-477, 2007.

SANTOS, José Sebastião dos; SCARPELINI, Sandro; BRASILEIRO, Sérgio Luiz L.; FERRAZ, Clarice Aparecida; DALLORA, Maria Eulália L. V.; SÁ, Marcos Felipe Silva de. *Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização*. Medicina, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2/4, p. 498-515, 2003.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). *Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher*. Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: SPM, 2003.

SESSIONS, Glenn. *Avaliação em HIV/AIDS: uma perspectiva internacional*. Rio de Janeiro: ABIA, Coleção Fundamentos de Avaliação, n° 2, 2001.

SILVA, Marta Maria Alves da; MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio; RODRIGUES, Eugênia Maria Silveira; GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; MATOS, Sônia; COSTA, Valter Chaves; GAZAL-CARVALHO, Cynthia; CASTRO, Adriana Miranda. *Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde*. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v. 16, n. 1, p. 57-64, 2007.

SUPERINTENDÊNCIA DOS DIREITOS DA MULHER (SUDIM). *Plano Estadual de Adesão ao Pacto de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Rio de Janeiro: SUDIM, 2007.

Notas

1. Doutora em Ciências da Saúde pelo Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz. E-mail: ludmario@terra.com.br
2. Mestranda em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Sociais em Seguridade Social na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: matassoli@gmail.com
3. Mestranda em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: rejanes_farias@yahoo.com.br
4. Essa pesquisa foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Edital Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos; pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), através do Programa de Bolsas de Iniciação Científica; pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX), ambos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
5. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002, p. 91), a violência sexual compreende uma variedade de atos ou tentativas de relação sexual sob coação ou fisicamente forçada no casamento ou em outros relacionamentos.
6. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b); a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005c) e o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Recebido em março de 2012, aprovado para publicação em maio de 2012.