



Texto & Contexto - Enfermagem

ISSN: 0104-0707

ISSN: 1980-265X

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem

Trigueiro, Tatiane Herreira; Silva, Marcelo Henrique da; Oliveira, Deíse
Moura de; Jesus, Maria Cristina Pinto de; Merighi, Miriam Aparecida Barbosa

NÃO ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL POR
MULHERES QUE EXPERIENCIARAM A VIOLENCIA SEXUAL1

Texto & Contexto - Enfermagem, vol. 27, núm. 1, e6490015, 2018

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem

DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018006490015>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71465261020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

NÃO ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL POR MULHERES QUE EXPERIENCIARAM A VIOLÊNCIA SEXUAL¹

Tatiane Herreira Trigueiro², Marcelo Henrique da Silva³, Deíse Moura de Oliveira⁴, Maria Cristina Pinto de Jesus⁵, Miriam Aparecida Barbosa Merighi⁶

¹ Artigo extraído da tese - Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual: enfoque fenomenológico, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), em 2015.

² Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: tatiherreira@gmail.com

³ Doutor em Ciências da Saúde. Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: marcelohenfermar@gmail.com

⁴ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais, Brasil. E-mail: deisemoura@hotmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Básica da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: mariacristina.jesus@ufjf.edu.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. Escola de Enfermagem, USP. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: merighi@usp.br

RESUMO

Objetivo: compreender os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual.

Método: pesquisa qualitativa fundamentada na Fenomenologia Social de Alfred Schütz, realizada com 11 mulheres atendidas em um serviço especializado. Para obtenção dos dados, utilizou-se a entrevista com questões abertas, realizada entre outubro de 2014 e abril de 2015. O conteúdo foi organizado em categorias e compreendido a partir do referencial adotado. **Resultados:** evidenciou-se a falta de articulação da rede de atendimento para o acolhimento da mulher, o seu sofrimento em ter que relatar diversas vezes nos serviços a agressão e o constrangimento diante dos profissionais de saúde. Mesmo não tendo concluído o seguimento ambulatorial, a mulher espera superar a violência sofrida, ressignificando sua vida por meio da volta aos estudos e ao trabalho.

Conclusão: a perspectiva destas mulheres mostra pontos relevantes a serem considerados por profissionais de saúde. Estes incluem a articulação entre os serviços que compõem a rede de atendimento e a melhoria do acolhimento, com valorização da relação intersubjetiva – entre a mulher e os profissionais – como um caminho para aumentar a adesão ao seguimento ambulatorial.

DESCRITORES: Violência sexual. Estupro. Enfermagem. Assistência ambulatorial. Atenção à saúde.

NON-ADHERENCE TO OUTPATIENT FOLLOW-UP BY WOMEN WHO EXPERIENCED SEXUAL VIOLENCE

ABSTRACT

Objective: to understand the reasons for non-adherence to outpatient follow-up by women who experienced sexual violence.

Method: qualitative study based on the Social Phenomenology of Alfred Schütz, carried out with 11 women who received medical care in a specialized service. For data collection, interviews with open-ended questions were carried out from October 2014 to April 2015. The resulting content was organized in categories and understood based on the framework adopted.

Results: a lack of coordination among services to receive women was evidenced, as well as their suffering in having to report the assault several times, and embarrassment in the presence of healthcare professionals. Even without completing outpatient follow-up, women expect to overcome the violence suffered, giving new meanings to their lives, by returning to their studies and work.

Conclusion: the perspective of these women shows important issues to be considered by healthcare professionals. These include the coordination among services of the healthcare network and improvement of care, with valuation of the intersubjective relationship between women and professionals, as a way to increase adherence to outpatient follow-up.

DESCRIPTORS: Sex offenses. Rape. Nursing. Ambulatory care. Health care.

LA NO ADHESIÓN AL SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA SEXUAL

RESUMEN

Objetivo: comprender los motivos de la no adhesión al seguimiento ambulatorio por parte de mujeres que sufrieron violencia sexual.

Método: investigación cualitativa fundamentada en la Fenomenología Social de Alfred Schütz y realizada con 11 mujeres atendidas en un servicio especializado. Para la obtención de los datos se utilizó la entrevista con preguntas abiertas que se llevó a cabo entre octubre del 2014 y abril del 2015. El contenido se organizó en categorías y fue comprendido a partir del referencial adoptado.

Resultados: fue evidente la falta de articulación de la red de atendimiento para el acogimiento de la mujer y su sufrimiento al tener que relatar el problema varias veces en los servicios para agresión, y también, el constreñimiento ante los profesionales de la salud. Aún sin haber concluido el seguimiento ambulatorio, la mujer espera superar la violencia sufrida encaminando su vida por medio del regreso a los estudios y al trabajo.

Conclusión: la perspectiva de estas mujeres muestra aspectos relevantes a ser considerados por los profesionales de la salud. Los mismos incluyen la articulación entre los servicios que componen la red de atención y la mejoría del acogimiento, con valorización de la relación intersubjetiva, entre la mujer y los profesionales, como un camino para aumentar la adhesión al seguimiento ambulatorio.

DESCRIPTORES: Violencia sexual. Estupro. Enfermería. Asistencia ambulatoria. Atención para la salud.

INTRODUÇÃO

A violência sexual traz consequências importantes à saúde da mulher. No âmbito da saúde física, aumenta o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e pode levar à gravidez indesejada, além de lesões físicas, como hematomas e laceramento genitoanal. No que se refere à saúde mental, pode causar quadros de depressão, ansiedade, síndrome do pânico, isolamento e diversos distúrbios psicossomáticos, inclusive suicídio.¹

O Ministério da Saúde brasileiro sugere que os serviços especializados no atendimento a essas mulheres realizem o seguimento ambulatorial, com o primeiro atendimento até 72 horas após o evento (D0). A partir de então, os retornos serão agendados para 30 dias (D30), 45 dias (D45), 90 dias (D90) e 180 dias (D180) após a agressão.²

Tal acompanhamento tem sido um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, pois requer uma longitudinalidade do cuidado, que depende não apenas de sua atuação, mas também da adesão da mulher. Desse modo, a adesão constitui-se em um processo dinâmico, multideterminado e de responsabilidade da pessoa e da equipe de saúde. O abandono do seguimento ambulatorial pode levar ao comprometimento da saúde daquele que sofreu a violência sexual, assim como pode refletir a ineficácia do atendimento dos serviços a essa clientela.³

A descontinuidade do tratamento e a baixa procura pelo serviço de saúde por pessoas que sofreram violência sexual têm proporções alarmantes, o que é destacado em estudos em âmbito global⁴⁻⁵ e nacional.⁶⁻⁷ Na Holanda, um estudo realizado com 108 mulheres estupradas revelou que 82,4% usaram o serviço de emergência, entretanto, o tratamento antirretroviral não foi completo por 50% delas.⁴ No

México, pesquisa realizada em três cidades mostrou que, das 545 mulheres em situação de violência, menos de 50% procuraram o serviço de saúde após o evento. A maior procura foi por aquelas que foram abusadas sexualmente (25%), e, destas, apenas 19,45% concluíram o tratamento.⁵

No Brasil, estudo realizado em Campinas-SP, mostrou que a taxa de não adesão ao seguimento ambulatorial foi de 24,5%.⁶ Em Curitiba-PR, uma investigação retrospectiva analisou 1.272 prontuários de casos de violência sexual entre os anos de 2009 e 2013 e constatou que, do total de atendimentos, somente 30,9% compareceram ao primeiro retorno e um percentual inexpressivo (6%) das mulheres compareceu na quarta e última consulta.⁷

Diante do exposto, as seguintes perguntas nortearam a presente investigação: o que leva a mulher que sofreu violência sexual a não aderir ao seguimento ambulatorial? Quais as expectativas que a mulher que não aderiu ao seguimento ambulatorial lança para a sua vida, em virtude de ter sofrido a violência sexual? Assim, objetivou-se compreender os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a situação de violência sexual.

A realização deste estudo traz contribuições relevantes, na medida em que se debruça sobre a temática adesão, uma das mais pautadas na atualidade no campo da saúde. Em se tratando de mulheres vítimas de violência sexual, os achados desta investigação contribuem sobremaneira, ao permitir a emersão de aspectos inscritos na subjetividade da mulher que viveu este tipo de violência e que não aderiu ao seguimento ambulatorial. Ao trazer à tona esta dimensão, que surge da experiência e relato da própria mulher, a presente investigação poderá auxiliar os profissionais de saúde no agenciamento

de estratégias que viabilizem a continuidade da mulher no seguimento ambulatorial, minimizando a possibilidade do abandono ao tratamento.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa fundamentada na Fenomenologia Social de Alfred Schütz, utilizando os seguintes pressupostos: intersubjetividade, acervo de conhecimentos, situação biográfica, motivação “porque” e “para” e tipificação. O cerne deste referencial filosófico diz respeito à ação social da pessoa no mundo da vida. Este é um mundo social e intersubjetivo que constitui cenário e objeto das ações humanas. A ação é uma conduta humana projetada pelo sujeito de maneira consciente e intencional que inclui projetos, expectativas (motivos para) e os atos realizados (motivos porque).⁸

O homem age segundo sua situação biográfica que é constituída pela história sedimentada em suas experiências subjetivas prévias. Essa experiência agrega um acervo de conhecimentos que está disponível e acessível, de acordo com essa situação. O acervo de conhecimentos constitui-se de informações transmitidas por meio dos progenitores, educadores e por experiências vividas. A tipificação do vivido é obtida a partir da organização de um sistema subjetivo de análise que visa alcançar a estrutura intersubjetiva de sentido.⁸

Esta pesquisa teve como cenário o ambulatório de atendimento às pessoas que sofreram violência sexual localizado em um hospital universitário, na cidade de Curitiba, Paraná. Esse serviço faz parte do Programa Mulher de Verdade, que oferece atendimento integral à saúde da mulher. A equipe multiprofissional que atua neste serviço é composta por enfermeiro, médico ginecologista, assistente social e psicólogo, além destes profissionais, recebe também acadêmicos de graduação e médicos residentes. O fluxo de atendimento se dá inicialmente por encaminhamento de outros serviços quando o tempo entre a violência e o atendimento é inferior a 72 horas e quando não se trata de agressão crônica.

No primeiro atendimento (D0), o enfermeiro realiza o acolhimento e solicita a presença do médico perito do Instituto Médico Legal e do médico residente da área de ginecologia para atendimento clínico. Nessa oportunidade, são realizados os exames laboratoriais e administrados medicamentos para evitar a ocorrência de DST e gestação decorrente da violência. Se houver indicação clínica – contato com mucosas, se o abuso sexual não for crônico e o tempo decorrido entre a violência e o primeiro atendimento

for menor que 72 horas –, inicia-se a administração da profilaxia pós-exposição de risco para o vírus da imunodeficiência humana (PEP), por um período de 28 dias, conforme protocolo do Serviço.

Após a avaliação do primeiro atendimento, aquelas mulheres que tiverem indicação para a PEP são orientadas e encaminhadas para os retornos subsequentes ao serviço de referência, em torno de 30, 90 e 180 dias após a violência. Nas consultas subsequentes, são requisitados exames preconizados pelo protocolo, bem como oferecidas orientações e acompanhamento de adesão à PEP. Além disso, a mulher é encaminhada para atendimento psicológico e do serviço social.⁹

Participaram do estudo 11 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa: possuir idade igual ou superior a 18 anos, ter vivenciado a experiência da violência sexual e procurado o atendimento, porém não ter completado o seguimento ambulatorial conforme orienta o protocolo do serviço. Considerou-se não adesão o fato de a mulher ter iniciado o tratamento e não comparecido a um dos três retornos (D30, D90 e D180 dias).

Para a seleção das participantes, utilizaram-se os 42 prontuários daquelas atendidas em 2013 e 2014, decorridos seis meses da data do primeiro atendimento e que não completaram o seguimento ambulatorial. Com base nos prontuários, contataram-se, por via telefônica, 14 mulheres, sendo que três não concordaram em participar da pesquisa, relatando dificuldade em recordar-se da agressão sofrida.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a data, o horário e o local escolhidos pelas mulheres que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Estas foram realizadas entre outubro de 2014 e abril de 2015, por meio das seguintes questões norteadoras: considerando que você vivenciou a situação de violência, conte como foi ter iniciado o tratamento e ter faltado às consultas de retorno? Depois disso tudo que aconteceu, como você está lidando com a situação? Quais são suas expectativas?

O número de participantes não foi preestabelecido. Realizaram-se 11 entrevistas e todas foram suficientes para responder às perguntas e ao objetivo do estudo. Cabe destacar que as mulheres foram abordadas individualmente, prescindindo suas participações da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram informadas sobre o direito de participar ou não da investigação e, ainda, de desistir de sua participação a qualquer momento.

Antes da entrevista, solicitou-se às mulheres a permissão do uso do gravador, a fim de possibilitar o registro na íntegra dos depoimentos e sua poste-

rior análise. Os depoimentos duraram em média 40 minutos. O sigilo e o anonimato foram garantidos por meio da substituição dos seus nomes pela letra M (mulher), seguida de algarismos arábicos de acordo com a ordem de realização das entrevistas (M1 a M11). Cabe ressaltar que os dados foram armazenados em local de acesso da equipe de pesquisa.

Para a análise dos depoimentos, utilizaram-se as etapas sugeridas por estudiosos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz:¹⁰ transcrição na íntegra dos depoimentos; leitura em profundidade de cada depoimento para apreender o sentido global da experiência das participantes; identificação das unidades de significado (motivos-porque e motivos-para da ação humana); agrupamento das unidades de significado de acordo com as convergências presentes nos depoimentos; elaboração das categorias concretas do vivido, o que permitiu a compreensão do fenômeno investigado; análise compreensiva dos resultados à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz; e referenciais relacionados ao tema.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, sob Parecer n. 772.012, de 26 de agosto de 2014. CAAE n. 31703914.2.0000.5392.

RESULTADOS

A média de idade das participantes foi de 20 anos, a maioria era solteira, com ensino médio incompleto. A maior parte dos casos de agressão sexual ocorreu em via pública, no horário noturno, sendo perpetrada por desconhecido.

O conteúdo dos depoimentos das mulheres que experienciaram a violência sexual foi organizado em categorias que expressam os “motivos porque” da ação humana investigada: “Falta de acolhimento nos serviços de atendimento”; “Constrangimento e sofrimento diante dos profissionais de saúde” e “Frágil corresponsabilização entre a mulher e o profissional de saúde”. A categoria “Busca pela superação da violência sexual” revela os “motivos para” da não adesão ao seguimento ambulatorial.

Falta de acolhimento nos serviços de atendimento

A mulher enfatiza o caminho percorrido nos serviços de atendimento, situações referentes ao atendimento realizado pelos profissionais e, sobretudo, o desconhecimento destes no que diz respeito à rede de atenção às mulheres em situação

de violência sexual: [...] chegamos ao IML e ficamos cerca de 30 minutos, e falaram que o atendimento não era ali. Como eu era menor de idade, me mandaram para outro hospital. Depois de ficar mais de uma hora e meia esperando, quando fui atendida, uma residente deu uma olhada, começou a perguntar o que e como tinha acontecido. Depois de tudo, ela me disse que o atendimento não era ali (M4).

Segundo as mulheres que sofreram violência sexual, a demora e o mau atendimento causaram estresse e desânimo para continuar o seguimento: lá não tinha horário para nada. Acho que todo mundo era marcado para as oito horas e era atendido por ordem de chegada. Então essa questão de ficar lá, enfrentando fila, o tempo que você espera para pegar um papel para fazer exame de sangue, para depois voltar e esperar a mesma coisa para pegar um resultado: então a questão foi a demora (M8).

Outra questão ressaltada pelas participantes foi a postura dos profissionais de saúde, revelando a falta de empatia e descaso nos atendimentos recebidos: você chega na portaria, eles não sabem te dizer onde você vai ser atendida. Só falam: ‘oh! Vai lá naquele local que eles vão te informar’, e eles não sabem. Você vai indo até que você cai no lugar certo. Eles não te atendem bem, porque, além deles não saberem informar, não são gentis, são extremamente grossos. É como se fosse: ‘ah, se vira, vá procurar você o local de atendimento’. E isso mexe com a gente também, porque você está ali com seu emocional abalado (M10).

Constrangimento e sofrimento diante dos profissionais de saúde

O momento de fazer os exames laboratoriais foi citado pelas participantes como uma forma de constrangimento e sofrimento: no papel, vinha com letras gritantes o motivo do pedido. Para mim, todo mundo sabia o porquê que eu ia fazer os exames. Isso me deixava muito mal. [...] pensava que todo mundo estava olhando para mim (M1).

A realização do exame ginecológico nos serviços de atendimento, após a violência sexual, especialmente pelo profissional do sexo masculino, foi também um fator de sofrimento: eu não queria mais voltar por conta do exame ginecológico, me senti invadida de novo, pelo fato de ser um homem. A vergonha que eu passei por conta desse exame ginecológico foi que me fez não voltar (M2).

Conforme os depoimentos, o envolvimento de estudantes durante as consultas foi também motivo de muito constrangimento: tinha que tirar os alunos. Eu sei que eles precisam aprender [...]. É muito pior ficar

com mais duas, três, quatro pessoas juntas. Deveria ter só a psicóloga, a médica, em uma sala reservada. Acho que assim aumentaria o número de pacientes que voltaria. Ter o profissional e mais os residentes não dá, eu não acho uma boa ideia. É constrangedor e vergonhoso (M7).

O seguimento ambulatorial traz à lembrança o ocorrido, o que gera uma gama de sentimentos como angústia, tristeza, sofrimento, contribuindo para a não adesão a este seguimento: *quando eu soube que tinha que voltar ao hospital, eu me senti mal, eu não queria mais voltar, pelo mesmo motivo. Passava tudo de novo o que aconteceu comigo, e eu não queria mais lembrar daquilo [...]. Começava a lembrar do que me aconteceu, me dava tristeza, vontade de chorar (M3).*

Frágil corresponsabilização entre a mulher e o profissional de saúde

Os depoimentos também revelam uma frágil corresponsabilização entre os profissionais de saúde e as mulheres que sofreram violência sexual, o que pode ter dificultado a finalização do seguimento ambulatorial: *quando eu voltei na outra consulta, ela pegou o papel, disse que estava tudo bem, e só. Eu achava que não tinha mais necessidade de voltar e eles também não me ligaram, não entraram em contato comigo. Eu não sabia se eu tinha mais consulta. Ela disse que não tinha mais necessidade de eu ir no hospital. Daí eu nem voltei mais (M5).*

Embora não tenham participado integralmente do seguimento ambulatorial, as participantes deste estudo revelam o desejo de retomar a vida, buscando superar a agressão sofrida. A categoria: “Busca pela superação da violência sexual” traduz os “motivos para” de sua ação:

Busca pela superação da violência sexual

As mulheres deste estudo têm como expectativa superar as consequências da violência sexual sofrida. Para isso, contam com o apoio de membros da família e de amigos: *minha filha e meu marido são motivos que me fazem querer ir em frente e não só ficar pensando naquilo. [...] a minha família, a nossa casa, são coisas assim que me fazem ir para frente (M9).*

A mulher que sofreu a violência sexual, após o enfrentamento das dificuldades para retomar sua vida, busca ressignificá-la. O estudo e o trabalho são apontados como elementos norteadores desse novo sentido a ser alcançado: *quero voltar a estudar, fazer faculdade, arrumar um emprego (M6); eu quero me formar, ganhar dinheiro e poder ajudar as pessoas. Não quero ficar sozinha aqui em casa (M11).*

Mesmo tendo abandonado o seguimento ambulatorial, após a reorganização e recuperação física e mental do trauma sofrido, algumas mulheres procuram os serviços de saúde, demonstrando preocupação com a sua saúde: *como eu não terminei os exames no hospital, eu procurei o serviço de saúde depois. Tento sempre fazer mais exames, cuidar da saúde (M7).*

DISCUSSÃO

Os depoimentos das mulheres revelaram o desconhecimento dos profissionais em relação ao funcionamento da rede de cuidados às pessoas em situação de violência sexual, o que as levou a peregrinar em busca de atenção. Além disso, evidenciou que essas mulheres tiveram que esperar por longo tempo pelo atendimento que, na maioria das vezes, não correspondeu às suas expectativas.

Pesquisa realizada com profissionais de saúde de um município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul que atuam na Atenção Primária à Saúde – compreendida como orientadora das Redes de Atenção à Saúde – revelou que o cuidado integrado e articulado a ser prestado às mulheres vítimas de violência ainda é uma realidade distante de muitos serviços de saúde. A ausência de protocolo e fluxo de atendimento nas unidades da rede de atenção à saúde do referido município reafirma a necessidade de que esforços se deem no sentido de integrar as ações e serviços na assistência à mulher vítima de violência.¹¹

Em Salvador-BA, um estudo com profissionais da rede de serviços de atendimento às pessoas em situação de violência sexual mostrou que muitos desconheciam os serviços que podiam auxiliar as mulheres no enfrentamento deste agravio, bem como a importância da articulação dos serviços em rede. Salientou que a articulação intersetorial requer recursos humanos qualificados e conhcedores da existência de outros serviços, de suas competências e do papel da rede no enfrentamento da violência. Destacou também a necessidade de estabelecer uma dinâmica de trabalho favorável que lhes permita espaços de comunicação com outros serviços.¹²

Salienta-se a necessidade da busca por estratégias de divulgação acerca da rotina de cada serviço prestado pelas instituições que integram a rede de atenção às pessoas em situação de violência sexual, com vistas à melhoria da aproximação da mulher a esses serviços.

A busca da mulher pelo atendimento inclui consultas e exames em Unidades Básicas, Unidades de Pronto-Atendimento, Instituto Médico Legal,

Centros de Referência Especializada, Centros de Atenção Psicossocial e Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher. Tal itinerário não deveria ser considerado negativo, pois se trata de um suporte fundamental às pessoas em situação de violência, contudo o mesmo pode inibir e desmotivar a continuidade da assistência. A mulher terá de recorrer a várias instituições, enfrentar longas filas e se expor a diferentes profissionais que, muitas vezes, não são qualificados para atuar nessa situação peculiar e fazer o registro consistente sobre o caso com exatidão, de forma a evitar que a mulher tenha que relatar inúmeras vezes o ocorrido.¹³

Na Tanzânia, África, uma investigação também mostrou as deficiências dos serviços de atenção à mulher em situação de violência sexual, apontando barreiras de acessibilidade, tais como o longo tempo despendido em espera para o atendimento e o despreparo dos profissionais de saúde do Instituto Médico Legal.¹⁴

Tendo em vista a complexidade da situação de violência a que as mulheres foram expostas, salienta-se a importância de os serviços terem como meta a qualidade do atendimento, conforme preconizam os autores de um estudo conduzido em Barcelona, Espanha. Estes consideraram que não deveria haver espera da mulher para o atendimento e que esta deveria ser recebida em local reservado. O tempo de espera para a chegada do médico legista não deveria ultrapassar 45 minutos e o tempo total de atendimento não deveria durar mais do que três horas.¹⁵

O modo como o profissional voltou-se para atender a mulher em situação de violência sexual e a atenção dispensada a ela fizeram com que esta percebesse descaso e falta de empatia no atendimento. A sensação de que o serviço não dá credibilidade às suas histórias, somada à falta de privacidade e adequação do acolhimento, afasta a mulher do serviço de saúde. Faz-se necessário que o profissional demonstre simpatia e compreensão, disposição para escutar com respeito e interesse e tenha preparo para apoiar emocionalmente a mulher desde o primeiro atendimento.¹⁶

A identificação da agressão sexual no impresso dos pedidos de exames laboratoriais foi considerada constrangedora pelas mulheres, pois referiram que se sentiam expostas diante de funcionários sempre que iam realizar esses exames. Nesse sentido, salienta-se a importância de atentar para as questões éticas que incluem o direito de privacidade e confidencialidade da mulher em não querer expor para terceiros a situação de violência sexual. No Reino Unido, o atendimento à pessoa em situação

de violência sexual tem como prerrogativas a segurança e a privacidade, consideradas elementos importantes no cuidado às pessoas que foram agredidas sexualmente. Tendo em vista que as mesmas vivenciam uma situação angustiante e se sentiram envergonhadas em falar sobre o assunto, fazem-se necessárias atitudes profissionais respaldadas na empatia, sensibilidade e ética.¹⁷

Quanto ao desconforto sentido ao terem que fazer exame ginecológico, sobretudo quando realizado por profissional do sexo masculino e na presença de acadêmicos, um estudo brasileiro também destacou que algumas mulheres que foram estupradas queriam ser atendidas por ginecologistas do sexo feminino e recusaram o atendimento realizado por profissionais do sexo masculino. Muitas delas evadiram-se do serviço, sem fazer os exames laboratoriais e sem receber os medicamentos.¹⁸ Também um estudo australiano evidenciou que as mulheres sentiam maior nível de conforto quando já haviam tido experiência com acadêmicos e quando os exames ginecológicos e obstétricos eram realizados por estudantes de medicina do sexo feminino.¹⁹

Conforme os depoimentos das participantes, a repetição da história do evento agressivo pode comprometer ainda mais o seu estado psicológico. Estratégias assistenciais devem ser pensadas pelos serviços de atendimento a essa mulher, com vistas a poupar-a de ter que recordar repetidamente um fato que lhe causa desconforto psíquico e emocional. Nesta perspectiva, um hospital de Barcelona, na Espanha, definiu em seu protocolo de atendimento que o médico legista e o ginecologista devem realizar a visita à mulher em conjunto, de modo a coordenar as ações, poupando-a da repetição da história da agressão e da duplicidade dos exames, especialmente o ginecológico.¹⁵

As experiências negativas da mulher com o atendimento no serviço especializado em violência sexual constituíram-se em um acervo de conhecimentos que, quando rememorado por ela, pode ter contribuído para a não adesão ao seguimento ambulatorial. A Fenomenologia Social de Alfred Schütz desperta para a reflexão sobre o modo como são interpretados os objetos e as situações no mundo da vida. Toda interpretação do mundo se baseia em um acervo de conhecimentos prévios à existência do indivíduo. Toma-se ciência deles por meio de membros do grupo social mais próximo e, neste acervo, incluem-se as experiências vividas.⁸

O cuidado à mulher em situação de violência sexual coloca em evidência a necessidade da corresponsabilização entre ela e o profissional que a

atende com vistas à criação de espaços para que ela dê sentido à experiência vivida e supere a agressão sofrida. Nesse sentido, ressalta-se a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, que estimula, entre outras questões, a comunicação entre trabalhadores e usuários, com vistas à construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto.²⁰ Colocar em prática a PNH implica um processo de corresponsabilização do cuidado – entre trabalhador de saúde e mulher vítima de violência sexual –, fortalecendo a relação intersubjetiva produtora de vínculos de confiança, com possíveis desdobramentos na adesão desta mulher ao seguimento ambulatorial.

A interação entre a mulher que sofreu agressão sexual e os profissionais que compõem a rede de atendimento mostra uma fragilidade nas relações face a face, fato que, no presente estudo, constituiu-se em barreira para que ela concluisse o seguimento ambulatorial. Rememorando os pressupostos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, salienta-se que a compreensão do outro, no mundo social, ocorre a partir das relações sociais estabelecidas entre os seres humanos, sendo a mais forte a do tipo face a face. Esta promove uma relação de comunidade, na qual os participantes estão conscientes um do outro, ou seja, voltam-se um para o outro.⁸

Ao refletir sobre a experiência de ter sofrido a violência sexual, a mulher exterioriza suas expectativas, considerando que o impacto deixado pelo evento agressivo a faz ressignificar sua vida e a impulsiona a seguir em frente.

A fim de superarem os impactos da violência, as mulheres contam com o apoio de familiares e amigos. Este foi fundamental para que almejassem retomar os estudos e o trabalho. Em Salvador, Bahia, uma investigação com mulheres que sofreram violência conjugal de uma comunidade apoiada por uma Organização não Governamental (ONG) mostrou que o apoio religioso, de familiares, de amigos e de ONGs lhes proporcionou amparo, favorecendo a recuperação de sua autoestima e a viabilização da retomada de suas vidas. O apoio emocional, espiritual e material foi considerado elemento que as empoderou para o enfrentamento da situação de violência sofrida.²¹

Em Chicago, Estados Unidos, um estudo com mulheres adultas afro-americanas que sofreram agressão sexual revelou que aquelas que mencionaram acessar mais as redes de apoio social relataram menos sintomas de depressão e estresse pós-traumático, quando comparadas às que possuíam menor apoio. Esse apoio pode ajudar a diminuir a vergonha e criar uma sensação de segurança.²²

Mesmo tendo interrompido o seguimento ambulatorial, as mulheres demonstraram preocupação em cuidar de si. Um estudo realizado em Unidade de Estratégia Saúde da Família, em São Paulo, mostrou que, para algumas mulheres em situação de violência, a possibilidade de frequentar o serviço de saúde pode constituir-se como o único canal de comunicação presente em sua realidade, sendo, para elas, uma possibilidade de enfrentamento das consequências da violência à sua saúde.²³

Cabe acrescentar que este estudo permitiu a produção de evidências que correspondem a um grupo de mulheres que vivem no mesmo tempo e espaço geográfico, com características culturais semelhantes que não são generalizáveis, o que constitui a limitação deste estudo. Contudo, a perspectiva destas mulheres mostra pontos relevantes para serem discutidos por profissionais de saúde, que incluem a articulação entre os serviços que compõem a rede de atendimento e a melhoria do acolhimento, com valorização da relação intersubjetiva – entre a mulher e os profissionais – como um caminho para aumentar a adesão ao seguimento ambulatorial.

CONCLUSÃO

A abordagem da Fenomenologia Social de Alfred Schütz permitiu compreender que os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a situação de violência sexual referem-se, primeiramente, ao âmbito da rede de atendimento que inclui o desacolhimento dessa mulher no serviço de saúde. Além disso, a fragilidade emocional ocasionada pela violência sexual faz com essa mulher associe o seguimento ambulatorial ao evento agressivo, o que a desencoraja comparecer ao serviço. Mesmo não tendo concluído o seguimento ambulatorial, a mulher espera superar a violência sofrida, ressignificando sua vida por meio da volta aos estudos e ao trabalho.

Os resultados reforçam a importância de melhoria dos protocolos de atendimento à mulher vítima de violência sexual, o que deve incluir a atenção para a direcionalidade dos fluxos assistenciais e para o modo como esta mulher é acolhida pelos profissionais que a atendem, dentro e fora do setor saúde.

A enfermagem, inscrita entre os diversos campos de saberes necessários para o debate e enfrentamento da violência contra a mulher, deve assumir-se como prática social que se dispõe a exercer uma ação política e ética importante, no sentido de se corresponsabilizar no cuidado à mulher em situação de violência sexual, de modo que esta, acolhida,

possa empoderar-se no seguimento ambulatorial preconizado para tais casos.

Os achados da presente investigação reiteram a necessidade de qualificação profissional, a fim de que o cuidado corresponsável e humanizado seja a tônica no atendimento/acompanhamento do grupo estudado. Isso deve iniciar-se no processo de formação profissional dos atores envolvidos na assistência a esse público - incluindo esta temática na matriz curricular da graduação - e se estender como uma política de educação permanente apoiada pelo gestor municipal, de modo a romper com os nós críticos ora emergidos no cuidado à mulher em situação de violência sexual.

REFERÊNCIAS

1. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Aug 19]; 27(1):15-26. Available from: [http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934\(12\)00134-4/pdf](http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934(12)00134-4/pdf)
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3. ed. Brasília (DF): MS; 2012.
3. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/ aids: desafios e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 Jun [cited 2016 Aug 19]; 15(supl.1):1201-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/029.pdf>
4. Bicanic I, Snetselaar H, De Jongh A, Van de Putte E. Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2014 Jun [cited 2016 Aug 19]; 5: 23645. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064247/pdf/EJPT-5-23645.pdf>
5. Viviescas-Vargas DP, Idrovo AJ, Lopez-Lopez E, Uicab-Pool G, Herrera-Trujillo M, Balam-Gomez M, et al. Effective coverage to manage domestic violence against women in mexican municipalities: limits of metrics. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Aug [cited 2016 Aug 19]; 47(4):781-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0781.pdf
6. 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* [Internet]. 2013 May [cited 2016 Aug 19]; 29(5):889-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>
7. Trigueiro TH, Merighi MAB, Medeiros ARP, Lopes CE, Mata NDS, Jesus MCP. Victims of sexual violence attended in a specialized service. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 Abr-Jun [cited 2016 Aug 19]; 20(2):249-56. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40355/25510>
8. Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais: Alfred Schütz. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
9. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR). Atenção à mulher em situação de violência. Curitiba (PR): SMS; 2008.
10. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMD, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Jun [cited 2016 Aug 19]; 47(3):736-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf
11. Silva EB, Padoim SMM, Vianna LAC. Violence against women and care practice in the perception of the health professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Mar 11]; 24(1):229-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100229&lng=en
12. Gomes N, Bomfim A, Diniz N, Souza S, Couto T. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012 Oct-Nov [cited 2016 Aug 19]; 20(2):173-8. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4035/2787>
13. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 Jun [cited 2016 Aug 19]; 29(6):1230-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a19v29n6.pdf>
14. Muganyizi PS, Nyström L, Axemo P, Emmelin M. Managing in the contemporary world: rape victims' and supporters' experiences of barriers within the police and the health care system in Tanzania. *J Interpers Violence* [Internet]. 2011 Nov [cited 2016 Aug 19]; 26(16):3187-209. Available from: <http://jiv.sagepub.com/content/26/16/3187.long>
15. Santiniá M, Ríos J, Céspedes F, Martínez B. Indicadores de calidad del proceso de atención a las agresiones sexuales en un servicio de urgencias. *Rev Esp Med Legal* [Internet]. 2014 Jul-Set [cited 2016 Aug 19]; 40(3):97-102. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-indicadores-calidad-del-proceso-atencion-S0377473214000042>
16. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Bedone AJ. Nursing care of women who suffered sexual violence. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 Jul-Aug [cited 2016 Aug 19]; 18(4):740-7. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/12.pdf

17. Cybulska, B. Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Aug 19]; 27(1):141-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693412001356?via%3Dihub>

18. Oliveira VNA, Meneghel SN. Atenção a mulheres vítimas de violência sexual em um hospital de referência, Porto Alegre, Brasil. *Quaderns Psicol* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 19]; 14(2):101-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693412001356>

19. Carmody D, Tregonning A, Nathan E, Newnham JP. Patient perceptions of medical students' involvement in their obstetrics and gynaecology health care. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Aug 19]; 51:553-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2011.01362.x/abstract;jsessionid=-8D888324059B46CBFFAC1DED4C0BC91.f02t03>

20. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial Nº 288, de 25 de março de 2015: estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Brasília (DF): MS; 2015.

21. Gomes NP, Diniz NMF, Reis LA, Lorenzini EA. The social network for confronting conjugal violence: representations of women who experience this health issue. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Apr-Jun [cited 2016 Aug 19]; 24(2):316-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00316.pdf>

22. Bryant-Davis T, Ullman SE, Tsong Y, Gobin R. Surviving the storm the role of social support and religious coping in sexual assault recovery of African American Women. *Violence Against Women* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Aug 19]; 17(12):1601-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3844285/>

23. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. The evaluative limits and possibilities in the Family Health Strategy for gender-based violence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Apr [cited 2016 Aug 19]; 47(2):304-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_05.pdf

Correspondência: Tatiane Herreira Trigueiro
Universidade Federal do Paraná
Av. Prefeito Lothário Meissner, 632
80210-170 - Jardim Botânico, Curitiba, PR, Brazil
E-mail: tatiherreira@ufpr.br

Recebido: 20 de agosto de 2016
Aprovado: 22 de maio de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the
Creative Commons (CC BY)