


**unesp**  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
**Faculdade de Ciências e Letras**  
**Campus de Araraquara - SP**

ANA JULIETA PARENTE BALOG

**REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DOS  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A  
VIOLÊNCIA SEXUAL**



ARARAQUARA – S.P.  
2019

ANA JULIETA PARENTE BALOG

# **REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Conselho, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

**Linha de pesquisa: Diversidade, Identidades e Direitos.**

**Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Castro**

**Bolsa: CAPES-DS**

Balog, Ana Julieta Parente  
Representações e práticas dos profissionais da  
saúde sobre a violência sexual / Ana Julieta Parente  
Balog – 2019  
195 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) –  
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita  
Filho", Faculdade de Ciências e Letras (Campus  
Araraquara)

Orientador: Ana Lúcia de Castro

1. violência sexual. 2. violência de gênero. 3.  
profissionais da saúde. 4. representações sociais. I.  
Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ANA JULIETA PARENTE BALOG

# REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

**Linha de pesquisa: Diversidade, Identidades e Direitos.**

**Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Castro**

**Bolsa: CAPES-DS**

Data da defesa: 28/05/2019

**MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:**

---

**Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Castro**  
Universidade Estadual Paulista.

---

**Membro Titular: Profa. Dra. Renata Medeiros Paoliello**  
Universidade Estadual Paulista.

---

**Membro Titular: Prof. Dr. Jorge Leite Jr.**  
Universidade Federal de São Carlos.

**Local:** Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Ciências e Letras  
UNESP – Campus de Araraquara

Ao meu filho, Antônio Bento.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe, por tudo que é e representa em minha vida.

À minha orientadora, Ana Lúcia, por aceitar o desafio da construção deste trabalho.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UNESP/FCLAr por terem tornado essa jornada mais leve e prazerosa. Em especial a Danusa e Elenir, por todas as conversas, caronas e momentos compartilhados.

Aos profissionais da saúde da cidade de São Carlos-SP, por participarem desta pesquisa.

À Maria, por ter ajudado, mesmo que indiretamente, na conclusão desta pesquisa.

Aos meus amigos, por todos os momentos e risadas proporcionadas.

Ao meu filho, Antônio Bento, por me fazer entender o real sentido do tempo e dos pequenos momentos e prazeres da vida.

Ao meu esposo e companheiro de vida, Lucas Balog, por todo o apoio, amor e incentivo. A vida é mais leve com você ao meu lado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

Esta pesquisa visa contribuir para a compreensão das representações sociais sobre violência sexual elaboradas pelos profissionais da saúde. Para tanto, buscou-se construir o perfil das vítimas e do agravo, a partir de dados fornecidos pela Secretaria de Segurança Pública de São Paulo, para confrontar estas informações com as representações encontradas e entender se estas podem influenciar na prática de atendimento ou na naturalização da violência. Além disso, foram realizadas entrevistas em profundidade, com roteiro semiestruturado, com os profissionais que fazem o atendimento às vítimas em dois locais de referência no município de São Carlos. Estas informações foram submetidas à análise utilizando-se do *software* Atlas.ti e da técnica de análise de conteúdo. Foi possível observar, a partir dos dados colhidos, que a violência sexual atinge majoritariamente pessoas do sexo feminino, menores de 14 anos, vitimadas em local doméstico por pessoas do seu convívio social. Esta também é a compreensão dos profissionais sobre o perfil mais afetado pela violência, divergindo apenas quanto a faixa etária mais atingida, caracterizando estes indivíduos como jovens. Os profissionais representam a violência sexual como qualquer ato de cunho sexual praticado contra a vontade da vítima, com diferentes compreensões sobre suas causas, ao tempo que reconhecem as consequências como “um grande trauma” para a vítima. Boa parte dos profissionais dizem que não é possível prevenir o problema, outros apontam de forma genérica para uma “melhor orientação” como forma de preveni-lo, entre outras soluções. Foi possível concluir que as representações compartilhadas pelos profissionais da saúde da amostra não prejudicam na prática de atendimento, por conta, entre outras coisas, dos protocolos de atendimento, nem na naturalização da violência, de modo que as representações dos profissionais entrevistados nesta pesquisa não interferem significativamente no acolhimento às vítimas.

**Palavras – chave:** Violência sexual, violência de gênero, profissionais da saúde, representações sociais.

## ABSTRACT

This research aims to contribute to the understanding of social representations on sexual violence elaborated by health professionals. Therefore, we sought to construct the profile of the victims and the offense, based on data provided by the Public Security Secretariat of São Paulo, to compare this information with the representations found and to understand whether these may influence the practice of care or naturalization of violence. Beyond that, interviews were conducted in depth, with a semi-structured script, with the professionals who perform care for the victims in two reference sites in the city of São Carlos. This information was submitted to the analysis using Atlas.ti software and the content analysis technique. From the data collected, it was possible to observe that sexual violence affects the majority of female victims, under 14 years of age, victims of domestic violence. This is also the professionals' understanding of the profile most affected by violence, differing only in the age group most affected, characterizing these individuals as young people. Professionals portray sexual violence as any sexual act practiced against the will of the victim, with different understandings of its causes, while recognizing the consequences as a "major trauma" for the victim. Many professionals say that it is not possible to prevent the problem, others point generally to a "better orientation" as a way to prevent it, among other solutions. It was possible to conclude that the representations shared by the health professionals of the sample do not harm in the practice of care, due to, among other things, the protocols of care, nor in the naturalization of violence, so that the representations of the professionals interviewed in this research do not interfere victims.

**Keywords:** Sexual violence, gender-based violence, health professional, social representation.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Brasil: distribuição percentual das vítimas de estupro, segundo faixa etária (2011 a 2016).

Gráfico 2. Estupros consumados e tentados por 100 mil.

Quadro 1. Brasil número de vítimas de estupro registradas no Sinan e número de crimes de estupro coligidos pelo FBSP (2016).

Quadro 2. Características pessoais das vítimas de estupro (2011).

Quadro 3. Brasil: vínculo/grau de parentesco do agressor com a vítima de estupro, segundo a faixa etária da vítima (2011).

Quadro 4. Brasil: vínculo/grau de parentesco do agressor com a vítima de estupro, segundo a faixa etária da vítima (2016).

Quadro 5. São Carlos: número de sujeitos vs. número de boletins.

Quadro 6. São Carlos: caracterização das vítimas não vulneráveis.

Quadro 7. São Carlos: caracterização das vítimas vulneráveis.

Quadro 8. São Carlos: caracterização específica do local público da ocorrência com vítimas vulneráveis.

Quadro 9. São Carlos: caracterização do agressor.

Quadro 10. Definição de violência sexual.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABSP	Anuário Brasileiro da Segurança Pública
BO	Boletim de Ocorrência
CEME	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CP	Código Penal
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRM	Centro de Referência da Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FCLAr	Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAI	Lei de Acesso a Informação
MS	Ministério da Saúde
SESA	Serviço Especial de Saúde de Araraquara
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SSM	Secretaria de Saúde do Município
SSP-SP	Secretaria de Segurança Pública de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
Viva	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>Breve revisão de literatura.....</b>	<b>14</b>
<b>Estudos que mais se aproximam do objetivo proposto nesta pesquisa.....</b>	<b>15</b>
<b>Métodos dos estudos .....</b>	<b>17</b>
<b>Locais e conclusões .....</b>	<b>20</b>
<b>Objetivos e estrutura .....</b>	<b>23</b>
<b>1. QUESTÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>24</b>
<b>1.1 Técnicas e procedimentos.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2 A técnica de análise de conteúdo temática.....</b>	<b>30</b>
<b>1.3 A noção de representação social e o <i>habitus</i> .....</b>	<b>34</b>
<b>1.4 Percalços do trabalho de campo e primeiras sondagens.....</b>	<b>40</b>
<b>2. OS DADOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL.....</b>	<b>44</b>
<b>2.1 Convergências e aproximações entre os dados nacionais, estaduais e municipais .....</b>	<b>50</b>
<b>2.2 A cidade de São Carlos: políticas de atendimento às vítimas de violência sexual .....</b>	<b>55</b>
<b>3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM TORNO DA VIOLÊNCIA SEXUAL.....</b>	<b>59</b>
<b>3.1 Causas e conseqüências .....</b>	<b>64</b>
<b>3.2 Atendimento a vítima de violência sexual .....</b>	<b>73</b>
<b>3.3 Principais dificuldades no atendimento.....</b>	<b>75</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO 1: CARTA DE ANUÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO 2: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS A VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO 3: PROPOSIÇÃO DE FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO 4: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO CARLOS .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE 3: ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS .....</b>	<b>103</b>

## INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, violência sexual é toda ação “na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação” (BRASIL, 2001, p. 17). Ela atinge majoritariamente pessoas em situação de vulnerabilidade – como todas as formas de violência –, seja pelo seu caráter de dominação e poder, por construções desiguais de gênero, junto a condições de existência degradantes que coloquem os indivíduos em situação de fragilidade perante outrem.

Nesse sentido, a violência sexual é uma forma de violência que também ocasiona a sobreposição de fatores que tornam determinados indivíduos mais propensos a serem vitimados que outros, como no caso de crianças – de ambos os sexos – vítimas de abuso sexual. Enquanto demonstração de poder, ela tem entre suas principais vítimas pessoas do sexo feminino – de todas as faixas etárias –, além de crianças, adolescentes e idosos. Ela é, assim, na maioria das vezes, perpetrada pelo homem sobre a mulher (BOURDIEU, 2015) – seja qual for a sua idade –, mas não apenas.

Reconhece-se que, apesar de, na sociedade capitalista, o principal fator de desigualdade e violência ser a classe social, isto não desautoriza estudos que façam o recorte de gênero ou racial, visto que estes fatores em conjunto aumentam as chances de sofrer alguma violência ao longo da vida, vide mulher negra e pobre.

Assim, para além do seu caráter de dominação, a violência sexual também envolve outros fatores sociais que, de maneiras diferentes, poderiam contribuir para a diminuição da sua ocorrência. Por exemplo: uma socialização não desigual entre os sexos; condições de existência não degradantes (SOUZA, 2016); ruas bem iluminadas; moradias adequadas; venda mais regulada de álcool; crescimento da economia; uma socialização menos precária que refletiria em interações também menos precarizadas; não normalização de comportamentos violentos e machistas por parte da mídia (SILVA, 2016) etc.

Os dados em torno da violência sexual dão conta de aproximadamente 61 mil estupros consumados e quase 6 mil tentativas registrados pela polícia no ano de 2017, de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (ABSP) de 2018. No entanto, Cerqueira e Coelho (2014) apontam que esse número representa cerca de 10% do total de casos que ocorrem anualmente.

Um estudo feito pelo Ipea em 2014<sup>1</sup>, estima que ocorrem anualmente no país cerca de 527 mil tentativas ou estupros consumados (CERQUEIRA; COELHO, 2014). As razões da não denúncia são diversas, seja por vergonha, por sentir-se culpada ou ainda por sofrer a violência dentro de uma relação afetiva e não reconhecê-la enquanto um estupro. Isto acaba por causar subnotificação neste tipo de violência, gerando dados que possivelmente não dão conta da realidade do problema.

Mesmo quando denunciados à polícia, muitos desses casos não chegam ao sistema de saúde, trazendo à tona duas questões centrais: a) os profissionais não estão sabendo identificar vítimas dessas violências, logo não há notificação da sua existência; ou b) as vítimas, efetivamente, não procuram os serviços de saúde após a violência (BARROS, 2014).

Pesquisas também indicam para diferentes fluxos de continuação da denúncia pós-violência (VARGAS, 2008), o uso inadequado ou incompleto do protocolo de atendimento do Ministério da Saúde para casos de violência sexual (ANDALAF NETO *et al.*, 2012), bem como a falta de articulação entre os sistemas de segurança e saúde (COSTA, 2015), ou dentro do próprio sistema – no caso, saúde – para a continuação do tratamento (BARROS *et al.*, 2015).

Para além das questões sociais e psicológicas envolvidas, reconhecendo-se o estado de fragilidade da vítima, problemas como não uso de protocolos adequados e falta de articulação entre sistemas ou dentro do próprio sistema de apoio podem dificultar o tratamento ou, ainda, afastar este indivíduo, levando-o a não mais procurar os serviços.

Nesse sentido, estas informações nos levam a questionar o que ocorre para a não adesão das vítimas aos processos de tratamento do agravo, no que se refere ao atendimento prestado pelos profissionais da saúde. Haveria algo nesse atendimento que afastaria a vítima, provocando a sua não adesão no tratamento?

O papel dos profissionais de saúde que realizam o primeiro atendimento é importante na medida em que as impressões da vítima – muitas vezes já fragilizada pela violência – sobre o atendimento recebido vão influenciar na sua adesão, ou não, ao tratamento, seja ele profilático ou psicológico, que são importantes na medida em que previnem de possíveis Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), uma gravidez indesejada etc., e auxiliam no processo de ressocialização deste indivíduo após o episódio de violência.

Do ponto de vista psicológico, traumas não tratados podem não ser evidentes num primeiro momento, mas virem à tona anos depois ou causarem problemas relacionados, e.g., as

---

<sup>1</sup> CERQUEIRA, D.; COELHO, D. Estupro no Brasil: Uma radiografia segundo os dados da saúde. 2014.

síndromes do pânico. Este tipo de problema causa um processo de adoecimento no próprio indivíduo e na sua família, além de atrapalhar na sua inserção social e econômica na sociedade.

*Mas elas voltam para a sociedade, voltam para suas escolas, muitas se casam, tem um relacionamento. Mas, muitas delas apresentam crise de depressão e pânico que perduram muitas vezes por muito tempo, elas melhoram e depois deflagram com uma idade mais adulta. O caso de uma paciente que eu recebi há uma semana, 53 anos, foi abusada pelo irmão aos 9, estupro. Ele até veio a falecer. Depois, pelo tio. E aos 53 anos: crise de depressão e pânico, deflagrou. Só agora ela pôde falar para os filhos. (Médica 1)*

De modo que os profissionais que, de alguma forma, não realizam um bom acolhimento, de maneira mais humanizada – percebendo o indivíduo enquanto sujeito e não só como um corpo que necessita de tratamento –, podem afastar essas vítimas ou, ainda, revitimizá-las.

Isto posto, o questionamento em torno do atendimento prestado à vítima, e, principalmente, sobre como os profissionais da saúde representavam a violência e a vítima, surgiu a partir da aproximação ao tema da violência contra a mulher e leituras posteriores sobre a violência sexual, dando conta de que mesmo em locais de referência para o atendimento, muitos profissionais deixam suas concepções sobre o agravo se fazerem presentes no momento do atendimento (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; LIMA, 2013; BARROS, 2014; ARAÚJO; CRUZ, 2014; BARROS *et al.*, 2015; COSTA, 2015).

A questão se torna mais significativa por não haver muitos estudos que envolvam a temática da violência sexual, juntamente ao atendimento na saúde e à forma como os profissionais a representam. A maioria das pesquisas já realizadas diz respeito ao acolhimento da vítima no sistema de saúde, na segurança, a perfis sociodemográficos sobre quem sofre mais com este tipo de agravo – de acordo com notificações na saúde ou segurança (OLIVEIRA *et al.*, 2005; MATTAR *et al.*, 2007; SOUZA, 2012; FACURI *et al.*, 2013; BARROS, 2014; LIMA, 2014; DELZIOVO *et al.*, 2017; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017).

No entanto, poucas foram as pesquisas encontradas quando o questionamento principal girava em torno de “como os profissionais de saúde representavam a violência sexual”.

Nesse sentido, optou-se por estudar o município de São Carlos, localizado do interior do estado de São Paulo. Essa escolha foi feita pela possibilidade de realização da pesquisa, seja pela sua proximidade do município ao local onde é realizada a Pós-Graduação, pela facilidade

de locomoção da autora no local, seja pela ausência de pesquisas sobre o tema que toma essa cidade como universo empírico<sup>2</sup>.

O município de São Carlos é um importante centro regional industrial, além de pólo acadêmico – com duas grandes universidades públicas, além de institutos de formação técnica e faculdades particulares. Conta com uma população de 242 mil habitantes (IBGE, 2010) e com uma rede de saúde que possui dois hospitais públicos, cinco UPAs, bem como uma rede de UBSs. No município há um protocolo de atendimento a vítimas de violência sexual que é seguido pelos profissionais da saúde, além de um local específico para o atendimento destes indivíduos pós-atendimento emergencial.

Com relação ao agravo, a partir de dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo (SSP-SP), no ano de 2018 foram registrados 26 estupros consumados, em 2017, 27 e, em 2016, 31. Analisando os dados dos últimos cinco anos, cerca de 80% dos casos são de mulheres/meninas. Também em 80% dos casos, o crime ocorreu em residências. Quase 70%, são de vulneráveis<sup>3</sup>.

Deste modo, optou-se por realizar uma pesquisa de abordagem mista (CRESWELL, 2007), utilizando-se tanto de dados estatísticos como de entrevistas. Tem-se como objetivo geral compreender *como os profissionais de saúde representam a violência sexual*, e objetivos específicos: a) entender como se estrutura o atendimento prestado as vítimas de violência sexual; b) conhecer as representações sociais dos profissionais da saúde, que atendem essas vítimas, sobre o crime; c) construir o perfil das vítimas e dos crimes; d) confrontar o perfil das vítimas e dos crimes com as representações identificadas; e) analisar de que formas as representações podem influenciar na prática do atendimento prestado às vítimas; e f) compreender se essas representações podem contribuir para a naturalização da violência.

A escolha dos profissionais de saúde como participantes da pesquisa deve-se à importância destes profissionais no primeiro atendimento prestado às vítimas de estupro – sendo eles os principais responsáveis por orientar a vítima na realização da profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis, tais como HIV, a contracepção de emergência e realização de exames, além de um acolhimento psicológico – bem como pela promoção de meios para a sua prevenção. De modo que se deu prioridade a profissionais como técnicos de

---

<sup>2</sup> A partir da realização de revisão de literatura, nenhum estudo já publicado sobre a temática foi encontrado em São Carlos.

<sup>3</sup> Lei nº 12.015, 7 de agosto de 2009. Artigo 217 do Código Penal (CP). Pessoas menores de 14 anos de idade são consideradas indivíduos vulneráveis.

enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos e quaisquer outros profissionais que participassem desse primeiro atendimento.

Este estudo se justifica pela necessidade de um melhor entendimento sobre como os profissionais que atendem as vítimas de violência sexual representam o agravo e como isso reverbera no atendimento prestado, visto que a forma como eles prestam o atendimento diz muito sobre como representam a violência. Afinal, tais práticas podem não só *revitimizar* o indivíduo que está em busca de assistência, como agravar os traumas e consequências da violência caso o atendimento não seja feito de forma adequada.

Parte-se da hipótese de que os profissionais têm representações que vão ao encontro do senso comum, mesmo com toda a capacitação que recebem. A partir do resultado de pesquisas anteriores (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; LIMA, 2013; BARROS, 2014; ARAÚJO; CRUZ, 2014; BARROS *et al.*, 2015; COSTA, 2015), supõe-se que, apesar de suas formações, as representações socialmente aprendidas e reforçadas são mais fortes, acabando por repercutir de forma implícita no atendimento com as vítimas e na naturalização da violência.

A próxima seção traz uma revisão de literatura.

### **Breve revisão de literatura**

A partir da realização de uma revisão dos estudos sobre o tema no Brasil, pode-se constatar que, apesar de existirem estudos com objetivo parcialmente em comum, nem todos fazem uso de abordagem metodológica semelhante à proposta nesta pesquisa, parte disto por serem estudos de pesquisadores da saúde ou áreas afins. Estes estudos utilizam, por exemplo, grupo focal ou discurso do sujeito coletivo. Existem outros meios e métodos de análise para estudar o mesmo fenômeno. Todavia, a maioria utiliza método similar ao presente trabalho—entrevistas individuais semiestruturadas e uso da técnica de análise de conteúdo para fazer inferências.

Foram utilizadas, ao todo, quatro bases de dados, a saber: o banco de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), o SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), o banco de teses da CAPES e a BDBTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações). Quanto aos descritores utilizados, foram: “violência sexual” + “representação social” + “saúde”; “violência sexual” + “representação social”; “violência” + “representação” + “saúde”; “violência sexual” + “representação” + “saúde”; “saúde” + “representação”.



Foram encontradas, ao todo, 51 produções que, após leitura na íntegra de seus respectivos conteúdos, resultaram em 30 pesquisas selecionadas para compor esta revisão de literatura.

Desse modo, esta revisão foi organizada da seguinte forma: a) estudos que mais se aproximavam do objetivo proposto nesta pesquisa; b) método utilizado nos estudos encontrados; e c) locais e conclusões. Assim, busca-se explicitar a relevância do tema e os motivos da escolha do método.

### **Estudos que mais se aproximam do objetivo proposto nesta pesquisa**

Nas quatro bases foram encontrados estudos com objetivos parecidos ao desta pesquisa. No entanto, por mais similares que alguns fossem, nem todos abordavam diretamente a questão da violência sexual, sendo possível notar uma relativa escassez de estudos envolvendo os buscadores “violência sexual”, “representação social” e “saúde”.

Dos estudos encontrados, 15 tinham um objetivo que de alguma forma era similar ao proposto nesta pesquisa. Seja no que diz respeito às representações dos profissionais (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; BARBOSA; BOBATO; MARIUTTI, 2012; MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012; CALVINHO, 2013; TRAVASSOS, 2013; ARAÚJO; CRUZ, 2014; COSTA, 2015; SILVA *et al.*, 2015), à construção de um perfil socioeconômico da vítima e do agravo (SOUZA, 2012; FACURI *et al.*, 2013; LIMA, 2014) ou ao atendimento prestado as vítimas (LIMA, 2013; BARROS, 2014; BARROS *et al.*, 2015; SILVA, 2017).

A maior parte das pesquisas encontradas versava sobre como os profissionais de saúde representavam determinado fenômeno (CAVALCANTI, 2004; BARBOSA; BOBATO; MARIUTTI, 2012; MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012; CALVINHO, 2013; TRAVASSOS, 2013; ARAÚJO; CRUZ, 2014; LIMA, 2014; CAVALCANTI, 2015; CALVACANTI *et al.*, 2015; COSTA, 2015; SILVA *et al.*, 2015). Mas nem todas eram sobre a violência sexual.

Dois destes estudos buscavam compreender como os profissionais representavam o aborto, como é o caso de Barbosa, Bobato e Mariutti (2012) e Mortari, Martini e Vargas (2012). Ambos os estudos procuravam compreender como se dava o acolhimento e as formas de cuidado a mulheres em situação de abortamento e entender as representações dos profissionais sobre estas práticas. Os participantes e os campos eram diferentes nos dois estudos: Barbosa, Bobato e Mariutti (2012) estudaram os profissionais de saúde de uma UBS e uma Maternidade

de referência no interior do estado de São Paulo; enquanto Mortari, Martini e Vargas (2012) se detiveram a enfermeiras que realizavam o atendimento apenas em Unidades de Atenção Básica na cidade de Chapecó-SC.

Apesar do mesmo objetivo— compreender como os profissionais de saúde representam o aborto, legal ou não —, os dois estudos apresentam diferenças no método. Um utilizou uma abordagem qualitativa: entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo para inferir os resultados (BARBOSA; BOBATO; MARIUTTI, 2012); outro optou pelo grupo focal e pela técnica de “discurso do sujeito coletivo” para realizar a sua análise (MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012).

Outro tema recorrente nos trabalhos encontrados foi a violência contra a mulher de maneira ampla, não só a sexual (CALVINHO, 2013; COSTA, 2015; SILVA *et al.*, 2015). Nestes casos, foi possível notar que estes estudos procuravam compreender as representações em diferentes campos, não apenas a saúde. Calvinho (2013) e Silva *et alii* (2015) focalizaram representações de profissionais de saúde que atendiam as mulheres em situação de violência, técnicos de enfermagem e agentes comunitários (SILVA *et al.*, 2015). Costa (2015), por sua vez, abordou a questão a partir do campo da segurança. Buscou não só compreender as representações dos agentes de segurança que atendiam as mulheres em situação de violência, mas descrever como se dava a prática de atendimento (COSTA, 2015).

Quanto à metodologia, todos estes utilizaram uma abordagem qualitativa, entrevistas para coleta dos dados e análise de conteúdo para inferência destes dados. Calvinho (2013) também fez uso do método de estudo de caso e da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), enquanto Silva *et alii* (2015) trabalham também com a técnica de evocação de palavras e o uso do *software* Evoc para posterior análise.

Um segundo estudo sobre as representações de agentes de segurança sobre determinado fenômeno foi encontrado. Neste outro, porém, o fenômeno que se buscava compreender era a violência sexual (SILVA, 2017). Nele, Silva (2017) também utilizou a técnica de entrevista semiestruturada, porém a análise foi realizada a partir do método de análise do discurso.

Outros estudos, mesmo que não objetivassem diretamente entender as representações de quem estava prestando um atendimento, buscaram realizar a pesquisa sob a ótica de como se dava o atendimento, o acolhimento ou o cuidado prestado (LIMA, 2013; BARROS, 2014; BARROS *et al.*, 2015; SILVA, 2017). O que fez com que eles fossem considerados contendo objetivos similares ao desta pesquisa.

Como a maioria dos estudos que buscava compreender as representações sociais, eles utilizaram uma abordagem qualitativa com uso da técnica de entrevista semiestruturada. Apenas Silva (2017) utilizou a análise do discurso para tratar seus dados, enquanto o restante (LIMA, 2013; BARROS, 2014; BARROS *et al.*, 2015) utilizou da técnica de análise de conteúdo.

Aqueles que não objetivavam estudar a representação ou como se dava o acolhimento, foram os que buscavam identificar o perfil socioeconômico de quem procurava o atendimento, na maioria dos casos, no sistema de saúde (SOUZA, 2012; FACURI *et al.*, 2013; LIMA, 2014). Estes, quando não faziam uso de dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), colhiam estas informações junto às respectivas Secretarias de Segurança Pública (SSP) dos locais estudados.

No tocante às pesquisas que tanto estudavam as representações sociais do profissional da saúde quanto o fenômeno da violência sexual, foram encontradas quatro (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; TRAVASSOS, 2013; ARAÚJO; CRUZ, 2014). No entanto, ainda aqui houve uma variação sobre o profissional de saúde estudado, pois enquanto um focava a análise em profissionais que atendiam no CREAS – centros que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual – (TRAVASSOS, 2013), outra buscava compreender a representação de peritos do IML (ARAÚJO; CRUZ, 2014) sobre o fenômeno, e os dois últimos (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006) analisaram as representações de profissionais da saúde que lidavam diretamente com mulheres vítimas de violência sexual. São justamente esses dois que mais se aproximam da presente pesquisa.

Estes estudos (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI *et al.*, 2006), como proposto neste trabalho, faziam uso da abordagem qualitativa, utilizaram-se da técnica de entrevista semiestruturada e realizaram a inferência dos seus dados a partir da análise de conteúdo.

Apesar de todas estas pequenas diferenças, todos os estudos supracitados podem ser considerados similares ao que é proposto nesta pesquisa, principalmente pelo objetivo de compreender não só as representações de profissionais que prestam atendimento a pessoas em situação de violência, mas como se dá este atendimento.

### **Métodos dos estudos**

Foi possível encontrar diversos casos em que a técnica utilizada era a entrevista semiestruturada (CAVALCANTI, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2005; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; OLIVEIRA; CHAMON; MAURICIO, 2010; BARBOSA; BOBATO;

MARIUTTI, 2012; CALVINHO, 2013; LIMA, 2013; TRAVASSOS, 2013; ARAÚJO; CRUZ, 2014; BARROS, 2014; MARTINS *et al.*, 2014; PROCÓPIO *et al.*, 2014; BARROS *et al.*, 2015; CAVALCANTI, 2015; COSTA, 2015; SILVA *et al.*, 2015; PINTO *et al.*, 2017; SILVA, 2017; TERRA, 2017).

A técnica da entrevista semiestruturada para coleta de dados permite a utilização de um questionário com perguntas amplas sobre o fenômeno pesquisado, assim não se perde a possibilidade de o entrevistado ir além do que lhe foi questionado, porém mantendo um roteiro pré-determinado. Segundo Gil (2008), essa técnica também possibilita a análise do não dito, do comportamento não verbal do entrevistado, de onde podem ser retiradas deduções para além do que está sendo dito (GIL, 2008).

Na presente pesquisa foi possível observar certo nervosismo de alguns profissionais quando entrevistados, enquanto outros pareciam receosos, preocupados ou descontraindo no momento da entrevista. Os silêncios e os pedidos de confirmação das suas respostas pedindo a minha opinião, a tentativa de dar uma resposta “certa” às perguntas ao tempo que o discurso de alguns profissionais era contraditório. São esses momentos que Gil (2008) afirma serem preciosos para uma boa análise do dito, pois ela é realizada em conjunto com o não dito.

Algumas pesquisas optaram por utilizar técnicas diferentes para a coleta de dados, como grupos focais (CAVINI, 2012; MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012), análise documental (MATTAR *et al.*, 2007; SOUZA, 2012; FACURI *et al.*, 2013; LIMA, 2014; DELZIOVO *et al.*, 2017; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017; PINTO *et al.*, 2017; PASSOS; GOMES; GONÇALVES, 2018), evocação de palavras (SILVA *et al.*, 2015), estudo de caso (CALVINHO, 2013; ARAÚJO; CRUZ, 2014;) e TALP (CALVINHO, 2013) ou Discurso do Sujeito Coletivo (MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012; CAVALCANTI, 2015).

Apesar dessas pesquisas terem sido encontradas num menor número, elas permitem a reflexão sobre as várias técnicas possíveis de utilizar para produzir determinada informação, coletar dados específicos. No caso do grupo focal, o seu uso é tão eficaz quanto a entrevista semiestruturada para a investigação de fenômenos a partir de atitudes, crenças e percepções (CAVINI, 2012).

Contudo, pelo fato de, no grupo focal, os entrevistados poderem interagir entre si, a possibilidade de ir além do que é especificamente questionado aumenta. No presente trabalho, a sua utilização foi excluída pela possível inviabilidade de realizá-los, entre outros motivos, porque os sujeitos desta pesquisa trabalham em sua maioria em turnos e não estão todos presentes no mesmo horário nas instituições pesquisadas.

Boa parte destes estudos fez uso da análise de conteúdo para realizar a análise dos dados coletados (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; OLIVEIRA; CHAMON; MAURICIO, 2010; BARBOSA; BOBATO; MARIUTTI, 2012; LIMA, 2013; BARROS, 2014; BARROS *et al.* 2015; COSTA, 2015; SILVA *et al.*, 2015), assim como realizado no presente estudo. Esta técnica de análise procura lidar com a “compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais” (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). É utilizada nos mais diversos tipos de estudos que lidam com questões abertas, falas de sujeitos ou textos em documentos.

Além disto, algumas pesquisas fizeram uso de *softwares* como o ALCESTE (OLIVEIRA; CHAMON; MAURICIO, 2010; TRAVASSOS, 2013), EVOC (TRAVASSOS, 2013; SILVA *et al.*, 2015;) ou Ep Info (SOUSA, 2012; LIMA, 2014) como ferramenta auxiliar no momento da análise.

O uso de *softwares* tem se tornado cada vez mais frequente como ferramenta auxiliar na organização da análise, sejam estes dados qualitativos ou quantitativos. No entanto, é preciso frisar que eles *auxiliam*, organizam “teias” de ideias, deixam os dados mais fáceis de visualizar, mas não fazem a análise pelo próprio pesquisador. A análise é feita a partir da base teórica do pesquisador. E, em geral, esses *softwares* são utilizados quando a quantidade de dados é grande. Nas pesquisas que utilizaram dessa ferramenta (OLIVEIRA; CHAMON; MAURICIO, 2010; SOUSA, 2012; TRAVASSOS, 2013; LIMA, 2014; SILVA *et al.*, 2015), além deles, os pesquisadores fizeram uso de outras técnicas de análise para inferir seus resultados, a saber: análise do discurso e a técnica do discurso do sujeito coletivo. Na presente pesquisa o *software* Atlas.ti foi utilizado para organizar a análise das entrevistas realizadas com os profissionais da saúde.

Com relação às pesquisas que utilizaram a abordagem quantitativa (SOUZA, 2012; FACURI *et al.*, 2013; LIMA, 2014; DELZIOVO *et al.*, 2017; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017; PASSOS; GOMES; GONÇALVES, 2018), estas buscaram dados nos mais diversos locais. Desde a aplicação de questionários à utilização de dados de prontuários (FACURI *et al.*, 2013; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017; PASSOS; GOMES; GONÇALVES, 2018), além de utilização de microdados do SINAN (SOUZA, 2012; DELZIOVO *et al.*, 2017) e coleta de informações em Boletins de Ocorrência (BOs) junto às Secretarias de Segurança Pública (SSP) (LIMA, 2014).

Ainda, nestes estudos quantitativos, foram utilizados *softwares* estatísticos como *Stata* (SOUZA, 2012; DELZIOVO *et al.*, 2017), SPSS (FACURI *et al.*, 2013; LIMA, 2014; NUNES;

LIMA; MORAIS, 2017) e Excel (SOUSA, 2012; PASSOS; GOMES; GONÇALVES, 2018). Estes *softwares* estatísticos são eficientes em sua tarefa de organizar os dados, facilitando o processo de análise dos mesmos. No presente trabalho, também foi utilizado o Excel, por exemplo, para construção de perfil socioeconômico a partir dos dados da SSP-SP.

É preciso esclarecer, ainda, que apesar de algumas pesquisas terem sido encontradas utilizando as palavras chave “violência sexual” + “representação” + “saúde”, estes estudos não possuíam objetivos comuns, ou métodos similares, à presente pesquisa. Todavia, possuem complementariedade temática com esta (OLIVEIRA *et al.*, 2005; OLIVEIRA; CHAMON; MAURICIO, 2010; CAVINI, 2012; MARTINS *et al.*, 2014; PROCÓPIO *et al.*, 2014; CAVALCANTI *et al.*, 2015; CAVALCANTI, 2015; PINTO *et al.*, 2017; TERRA, 2017).

São pesquisas que buscam entender a grande área do atendimento a vítimas de violência sexual ou como profissionais representam outros fenômenos que não necessariamente violências, por meio de estudos descritivos ou análise de políticas públicas, que auxiliam na compreensão do campo de saúde e de como os procedimentos propostos por normas técnicas do Ministério da Saúde (MS) são, ou não, realizados.

Em quatro destes estudos, o objetivo era apreender a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido (OLIVEIRA *et al.*, 2005; CAVINI, 2012; PROCÓPIO *et al.*, 2014; CAVALCANTI, 2015). Em Oliveira *et al.* (2005) e Procópio *et al.* (2014) os usuários eram vítimas de violência sexual. Já em Cavini (2012) e Cavalcanti (2015) eram usuários de outros serviços que não o de atenção a vítimas de violência sexual.

Cavalcanti *et al.* (2015) e Pinto *et al.* (2017), por sua vez, procuraram investigar a efetividade do funcionamento das políticas de atenção a vítimas de violência sexual, utilizando a técnica de entrevistas com gestores e análise documental.

Em outros quatro estudos, além de Cavalcanti *et al.* (2015) e Pinto *et al.* (2017), também foi realizada análise documental (FACURI *et al.*, 2013; DELZIOVO *et al.*, 2017; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017; PASSOS; GOMES; GONÇALVES, 2018), em que após reunião de todos os documentos, realizaram leituras para extração das informações destes, seja para análise de políticas públicas, seja de perfis da população atendida em determinado sistema de saúde.

## **Locais e conclusões**

Quanto ao local das pesquisas, doze foram realizadas na região Sudeste; nove, na Nordeste; quatro, na Sul; uma, na Centro-oeste; e nenhuma na Norte. Foi encontrado um estudo no âmbito nacional e outros dois em Portugal. Ainda, um dos estudos foi realizado em duas cidades, de modo comparativo, a saber: Rio de Janeiro-RJ e Fortaleza-CE.

Quanto ao ano de realização destas pesquisas, 25 delas foram realizadas nos últimos seis anos. No entanto, outras cinco referiam-se a períodos que vão desde o ano de 2010 até uma pesquisa muito similar a esta que proponho, realizada no ano de 2004. Não é possível notar nenhum aumento ou decréscimo no interesse por estudos na temática, visto que a pesquisadora priorizou pesquisas que tivessem sido realizadas nos últimos seis anos e, só após ter feito as buscas neste registro, realizou outra pesquisa sem nenhum limite de data, em que foi possível encontrar os estudos realizados antes de 2012.

No que se refere às principais conclusões, os trabalhos foram agrupados por proximidade nos seus objetivos e métodos. Como foi visto, nem todas as pesquisas buscavam compreender o mesmo fenômeno ou utilizavam o mesmo método, o que acarretou diferentes conclusões a depender do objetivo e método utilizado por cada uma.

Naquelas que buscavam compreender as representações de profissionais, da saúde ou da segurança, sobre determinado fenômeno (aborto, violência contra a mulher, conjugal, sexual etc.), concluiu-se que estes profissionais carregam representações sobre o fenômeno que vão ao encontro do senso comum, ou seja, eles entendem que a situação de violência é algo degradante, mas ainda naturalizam crenças, como o comportamento “pervertido” ou agressivo masculino ser natural, tendendo a reproduzir estereótipos e desigualdades de gênero durante o atendimento (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; COSTA, 2015; SILVA, 2017; TERRA, 2017). Ou há o reconhecimento dos profissionais quanto à dificuldade de lidar com determinados fenômeno, principalmente quanto à violência sexual e o aborto (BARBOSA; BOBATO; MARIUTTI, 2012; MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012; CALVINHO, 2013; LIMA, 2013; TRAVASSOS, 2013; ARAÚJO; CRUZ, 2014; COSTA, 2015), demonstrando de forma implícita a necessidade de formações continuadas para que lidem melhor com as questões com as quais trabalham, como também para melhorar a forma como prestam o atendimento aos usuários de determinado serviço.

Nos estudos que não buscavam entender as representações de quem prestava o atendimento, mas como efetivamente funcionava esse atendimento, seja por meio da análise das formas de cuidado ou acolhimento (OLIVEIRA *et al.*, 2005; LIMA, 2013; BARROS, 2014; PROCÓPIO *et al.*, 2014; BARROS *et al.*, 2015; SILVA, 2017), foi possível notar a mesma

dificuldade em lidar com determinados fenômenos, demandando um maior apoio institucional para exercer o atendimento.

Nas pesquisas que se detiveram na construção de um perfil socioeconômico da vítima e do agravo, observou-se predominância de jovens, em sua maioria menores de 18 anos (SOUZA, 2012; FACURI *et al.*, 2013; LIMA, 2014), vitimadas por conhecidos/familiares (SOUZA, 2012; FACURI *et al.*, 2013) em local doméstico (SOUZA, 2012; LIMA, 2014).

No estudo de Facuri *et alii* (2013), deve-se levar em consideração a especificidade da amostra utilizada, em que se trabalhou com prontuários de apenas um hospital de referência na cidade de Campinas-SP, o que faz com que determinadas informações – como, por exemplo, o fato de a maioria dos agressores ser desconhecido – diverjam de outras pesquisas, pelo seu caráter local e específico do atendimento procurado na instituição.

Na presente pesquisa, a amostra será colhida em um amplo banco de dados da Secretaria de Segurança Pública de São Paulo (SSP-SP), como Lima (2014) fez, buscando a SSP do Rio Grande do Sul, ou Souza (2012), utilizando-se de dados do SINAN, que abrangiam todo o município de Ribeirão Preto-SP, não uma instituição específica.

Outras pesquisas, como as que buscaram analisar a efetividade das políticas públicas de atendimento a vítimas de violência sexual (CAVALCANTI *et al.*, 2015; PINTO *et al.*, 2017), chegaram a conclusões divergentes. Cavalcanti *et alii* (2015) investigaram documentos sobre ações municipais de enfrentamento à violência sexual contra a mulher tanto em Fortaleza-CE, como no Rio de Janeiro-RJ. Além disto, entrevistaram gestores de hospitais municipais de referência na atenção às mulheres em situação de violência sexual. Os autores observaram que existem fragilidades na implementação de ações nesse âmbito, o que exige certo esforço de articulação política e técnica para a estruturação e manutenção destes serviços (CAVALCANTI *et al.*, 2015).

Pinto *et alii* (2017), que realizaram outro recorte, avaliaram a legislação de proteção à mulher e os atendimentos de saúde às vítimas de violência sexual a partir de entrevistas com profissionais do Serviço de Atendimento à Mulher Vítima de Violência de Teresina-PI, bem como coleta de dados em prontuários. A partir disto, concluíram que a legislação vigente e as diretrizes e procedimentos preconizados pelas políticas públicas de proteção à mulher são eficazes nos serviço de referência analisado (PINTO *et al.*, 2017). Observa-se que a efetividade destas políticas varia de acordo com a instituição, não sendo as mesmas em todos os locais – seja referência ou não – no âmbito nacional.



## **Objetivos e estrutura**

Nesse sentido, a partir do exposto, pode-se afirmar que a presente pesquisa buscou compreender o que alguns autores de pesquisas anteriores procuraram responder em seus respectivos estudos: Como os profissionais da saúde representam a violência sexual?

O objetivo geral, portanto, é compreender como os profissionais da saúde representam a violência sexual.

Os objetivos específicos são: a) entender como se estrutura o atendimento prestado as vítimas de violência sexual; b) conhecer as representações sociais dos profissionais da saúde, que atendem essas vítimas, sobre o crime; c) construir o perfil das vítimas e dos crimes; d) confrontar o perfil das vítimas e dos crimes com as representações identificadas; e) analisar de que formas as representações podem influenciar na prática do atendimento prestado às vítimas; e f) Entender se essas representações podem contribuir para a naturalização da violência.

Esta dissertação estrutura-se em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo discute as questões metodológicas do trabalho, as técnicas e procedimentos utilizados, além do arcabouço teórico o qual esta pesquisa se baseia. No segundo capítulo apresento os dados em torno da violência sexual, desde nacionais até a situação específica da cidade de São Carlos. No terceiro capítulo, são apresentadas as representações dos profissionais sobre a violência sexual.

## 1. QUESTÕES METODOLÓGICAS

A escolha do tema de pesquisa é algo muito pessoal do pesquisador, onde a sua subjetividade se faz presente. Segundo Goldenberg (1999), essa subjetividade pode influenciar não só na escolha do tema, mas na construção do roteiro de entrevistas, a bibliografia consultada etc. (GOLDENBERG, 1999).

Isto não quer dizer, no entanto, que seja uma pesquisa menos científica. Na verdade, trata-se apenas da constatação de que, em qualquer pesquisa, a subjetividade do pesquisador se fará presente em determinadas escolhas, restando a ele ter o cuidado de que essa subjetividade não interfira para além da escolha do tema, da bibliografia e dos métodos. Ou seja, tentar não deixar que a subjetividade interfira na análise dos resultados.

É o que Bourdieu (1989) chama de objetivação, o esforço de conter a sua própria subjetividade durante a pesquisa. “A influência das noções comuns é tão forte que todas as técnicas de objetivação devem ser utilizadas para realizar efetivamente uma ruptura que, na maior parte das vezes, é mais professada do que concretizada” (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 1999, p. 24)

Nesse sentido, é preciso deixar claro que a escolha do tema desta pesquisa foi influenciada pela minha subjetividade, levando em conta não só minhas próprias questões, mas a minha trajetória (extra)acadêmica que propiciou o surgimento de determinados questionamentos, a partir da participação de grupos de estudos sobre dados assuntos, e não outros.

Isso foi devido ao trabalho realizado, durante toda a graduação em ciências sociais, junto ao Núcleo de Apoio à Pessoa em Situação de Violência (NAVI), ligado à Universidade Estadual do Ceará (UECE), onde integrei um grupo de psicoeducação para homens perpetradores de violência doméstica e familiar contra a mulher, além do grupo de estudos sobre a violência doméstica e familiar. Junto a isto, realizei um estágio no Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher da Comarca de Fortaleza. Isto também fez com que o fenômeno da violência doméstica e familiar fosse visualizado de vários ângulos, compreendendo que para além de uma questão de gênero, existem também outros fatores que – junto às questões de gênero envolvidas – contribuem para esta violência (SILVA, 2016).

Os relatos das mulheres que chegavam ao Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher da Comarca de Fortaleza sobre o atendimento recebido nas delegacias, as inúmeras reclamações e dores no que se refere aos questionamentos feitos sobre a veracidade da denúncia, a desqualificação da fala da mulher, atendimentos mal realizados etc., eram

recorrentes, não só na fala das mulheres, mas entre os grupos e coletivos feministas aos quais tive acesso, e que levaram a um questionamento: como esses profissionais que prestam atendimento a pessoas em situação de violência as compreendem?

Para além disto, já havia uma curiosidade sobre como funcionava o atendimento no sistema de saúde – uma vez que parte da realidade do sistema de justiça já era conhecida a partir do trabalho empreendido durante a graduação no Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher da Comarca de Fortaleza. Nesse sentido, a decisão de pesquisar como os profissionais da saúde representam a violência sexual foi tomada no decorrer da feitura do projeto de pesquisa submetido ao processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UNESP/FCLAr.

O relato da escolha do tema busca, assim, seguir o que cientistas sociais como Max Weber, Pierre Bourdieu e Howard Becker acreditavam ser fundamental para evitar o “*bias*” do pesquisador, que é explicitar todos os passos da pesquisa. Estes autores “recusam a suposta neutralidade do pesquisador e propõem que o mesmo tenha consciência da interferência de seus valores na seleção e no encaminhamento do problema estudado” (GOLDENBERG, 1999, p. 45).

Assim, visto que “o que determina o método é o problema que se quer trabalhar: só se escolhe o caminho quando se sabe aonde se quer chegar (GOLDENBERG, 1999, p. 13)”. Outras decisões, quanto a como seria realizada a pesquisa, por exemplo, precisaram ser tomadas.

## 1.1 Técnicas e procedimentos

Isto posto, esta pesquisa parte do pressuposto de que os profissionais de saúde são as figuras de maior importância no processo de tratamento do agravo – seja ele físico ou psicológico –, sendo um fator que pode afastar a pessoa em situação de violência, a depender do atendimento prestado<sup>4</sup>, esta pesquisa, como dito anteriormente, se propõe a entender como os profissionais de saúde representam a violência sexual.

Nesse sentido, como objetivos específicos foram determinados seis pontos centrais a partir dos quais busca-se realizar um panorama do atendimento, dos casos denunciados, como os profissionais representam a violência e, a partir do conjunto destes dados, tentar responder o objetivo geral.

---

<sup>4</sup> Aceita-se, portanto, que as representações sociais podem ultrapassar a esfera do tratamento profissional, visto que estes profissionais estão inseridos na sociedade, logo sujeitos a reproduzir senso comum apesar sua formação.

Cada um dos objetivos específicos se torna importante para compreender as representações, partindo da premissa que elas são resultado de vários fatores, não só da formação voltada para o cuidado e o uso de protocolos de atendimento.

Para tanto, os métodos utilizados para obter as informações desejadas foram escolhidos a partir do conhecimento do que cada um poderia oferecer, levando em consideração as limitações da pesquisa – seja tempo ou recursos – e da pesquisadora.

Optou-se por realizar uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo (GIL, 2008) com abordagem mista, ou seja, utilizando-se tanto dos métodos qualitativos quanto dos quantitativos, quando estes melhor se aplicarem ao longo da pesquisa (CRESWELL, 2007).

Quanto ao instrumento de coleta de dados, foi feita a utilização da entrevista semiestruturada. Segundo Minayo (2010) a entrevista fornece tanto dados primários como secundários; a partir dela é possível conseguir informações que poderiam ser obtidas por outras fontes que não o interlocutor, tais como estatísticas, registro civil, censos etc. Além disso, é possível também obter informações que dizem respeito diretamente ao interlocutor. Informações subjetivas que de outra forma seriam de mais difícil acesso.

Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2010, p. 261).

A modalidade de entrevista escolhida, a semiestruturada, foi feita levando em consideração que ela permite “fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas” (MANZINI, 2004 p. 146).

Ela “difere apenas em grau da não estruturada, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada” (MINAYO, 2010, p. 267). Nela é possível utilizar-se de um roteiro pré-estabelecido de questões, o que facilita não só o momento de interação entre pesquisador e interlocutor, mas estabelece uma série de questões, pensadas antes da entrada no campo, que se mostra necessário serem questionadas.

É preciso, no entanto, neste tipo de pesquisa, levar em consideração que o contexto de produção da fala interfere no que é dito, sendo a entrevista apenas uma aproximação daquela realidade, pois “[...] todo conhecimento é um conhecimento aproximado [...], situado no tempo, dentro da especificidade histórica e da especificidade das relações sociais que o permeiam e o condicionam: é o conhecimento possível” (MINAYO, 2010, p. 219). Pois,

[...] Em qualquer situação de trabalho de campo existirá sempre um jogo de cena entre o pesquisador que entra em contato a fala e os comportamentos de seus interlocutores. [...] Por isso, é importante que todo investigador social saiba que nenhum grupo [ou pessoa] falará totalmente a verdade sobre sua realidade social (MINAYO, 2010, p. 214).

As outras formas de entrevistas foram descartadas pois, enquanto que a entrevista com um questionário ou roteiro fechado poderia limitar a repostas dos participantes, a utilização de grupo focal mostrou-se inviável devido o fluxo de funcionamento de um hospital, bem como dos diversos setores em que os profissionais atuam, impedindo e dificultando a “junção” destes num mesmo ambiente. O instrumento de coleta de dados escolhido mostrou-se frutífero, oportunizando vinte entrevistas com durações que variam entre 15 e 50 minutos.

A pesquisadora também realizou observação de campo nas duas instituições<sup>5</sup> pesquisadas. No entanto, não foi possível acompanhar nenhum caso de tratamento deste agravo. Sendo assim, o trabalho e a observação de campo auxiliaram na percepção da dinâmica dos locais, no funcionamento e nas formas de atendimento, bem como na prática de alguns profissionais durante o período em campo.

O áudio das entrevistas foi gravado, mediante consentimento dos entrevistados a partir da aceitação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), os participantes foram informados sobre os procedimentos da pesquisa, a proteção das suas respectivas identidades, bem como seu direito de deixar a pesquisa a qualquer momento.

Ainda, dos possíveis entrevistados, foram escolhidos aqueles dentro das unidades que tinham uma maior probabilidade de atender estas vítimas de violência sexual, aqueles que trabalham diretamente com esse público, sejam técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos etc.

A escolha destes profissionais justificou-se pela importância dos profissionais da saúde no primeiro atendimento prestado as vítimas de violência sexual, bem como na promoção de meios para a sua prevenção. Outro fator importante para a construção do universo pesquisado foi a aceitação ou não de participação na pesquisa por parte destes profissionais.

O contato na unidade de saúde foi realizado mediante aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara (UNESP/FCLAr), pelo CEP das instituições pesquisadas, por meio de

---

<sup>5</sup> O nome das instituições não será relevado afim de não identificar os participantes da pesquisa.

pedido junto a Secretaria de Saúde do município de realização da pesquisa, bem como o aceite dos profissionais da unidade de participarem da mesma.

Na escolha dos locais de pesquisa, levou-se em consideração o caráter de atendimento de emergência, com funcionamento 24h por dia de uma das instituições, além dela ser uma das principais portas de entrada no primeiro atendimento a pessoas em situação de violência sexual, pelo seu caráter de atendimento emergencial. A segunda instituição foi selecionada para esta pesquisa por ser um dos locais que presta o atendimento de longo prazo as pessoas em situação de violência sexual, onde é realizado não só o acompanhamento médico, mas o psicológico etc.

Aqui as instituições serão identificadas como primeira e segunda instituição, onde a primeira instituição no atendimento continuado e a segunda se refere ao local de atendimento emergencial.

Antes da entrada em campo, foi realizada não só uma revisão bibliográfica sobre o tema em questão, mas uma coleta de dados referentes às vítimas e como se deu o agravo, junto à Secretária de Segurança Pública de São Paulo (SSP-SP).

Nesse sentido, foram solicitadas à SSP-SP informações sobre o agravo que constassem nos boletins de ocorrência (BOs) dos casos de violência sexual denunciados nos últimos cinco anos (2011-2016) na cidade de São Carlos. Este período histórico justifica-se pela pressuposta consolidação dos meios de notificação compulsória de violência, bem como ao aumento de delegacias da mulher.

A coleta de dados junto à SSP-SP visou a construção de um perfil sociodemográfico das vítimas e da violência sofrida. Para tanto, buscou-se determinar dados da vítima tais como idade, cor de pele, sexo, estado civil, escolaridade, situação de emprego etc., bem como dados relacionados ao agravo, como horário, local, tipo de agressão, utilização ou não de algum tipo de intimidação etc. Ainda, tentou-se localizar alguns dados quanto ao agressor, mas, de modo geral, não foi possível encontrar muitas informações, seja pelo desconhecimento de quem era ele, pelo mesmo não fornecer informações no momento do boletim de ocorrência ou, ainda, por um possível erro de quem fez o boletim de ocorrência, deixando de colher informações pertinentes do agressor.

A SSP-SP solicitou alguns documentos para disponibilizar os dados, mas os mesmos foram rapidamente entregues após o cumprimento da burocracia necessária. A obtenção destes dados foi facilitada também pela Lei nº 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso a Informação (LAI), que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas.

A partir destas informações, foi possível chegar aos profissionais com dados sobre a quantidade de crimes denunciados, o local de ocorrência do agravo, a idade dos envolvidos etc., e confrontar possíveis dados fornecidos por eles que não fossem ao encontro dos informados pela SSP-SP.

Estas informações facilitaram também o momento da entrevista, pois tornaram mais fluído devido o meu conhecimento sobre determinadas informações, na medida em que já havia uma familiaridade com parte da realidade em questão.

Além disto, conhecer esses dados possibilitou uma formulação melhor de algumas questões do roteiro de entrevista, o que fez com que o momento de contato com o interlocutor fosse mais proveitoso, gerando outros questionamentos espontâneos, durante as entrevistas, como “se nos dados da SSP-SP consta que mais vítimas vulneráveis denunciam, isto reflete o número de atendimentos realizados aqui?” ou “a quantidade de casos que chegam na unidade refletem a quantidade de denúncias realizadas?”, dentre outras.

Os dados obtidos, sejam eles quantitativos ou qualitativos, foram submetidos a posterior análise. As informações obtidas junto à SSP-SP foram alocadas num banco de dados utilizando-se do programa *Microsoft Office Excel*. Quanto às entrevistas, elas foram transcritas utilizando-se do programa de áudio *Express Scribe Transcription Software Pro* e foram submetidas a análise qualitativa, a partir do software *Atlas.ti*<sup>6</sup>. Foram criados códigos (ou categorias) para classificar parte das falas dos interlocutores. A partir das perguntas feitas durante as entrevistas, foram criados 98 códigos. Nesse sentido, a categorização se organizou a partir dos questionamentos realizados durante a entrevista, sendo considerado um “grupo de códigos”, por exemplo, a pergunta sobre as consequências da violência, onde, dentro dele, foram agrupados códigos a partir das respostas dadas. Por exemplo, em um desses grupos de códigos foram agregadas as seguintes categorias: “adoecimento mental/isolamento”, “confusão de sentimentos”, “medo”, “traumas físicos/doenças” e “traumas psicológicos”.

A análise qualitativa destas categorias foi realizada utilizando-se a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2016). Justifica-se este tipo de análise pela sua preocupação “com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais” (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). Ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo nas relações, nos processos e nos fenômenos que

---

<sup>6</sup> O software Atlas.ti é um programa de computador utilizado majoritariamente, mas não somente, para realizar análise qualitativa. Ele permite a criação de códigos para identificar e organizar passagens de textos, assim auxiliando no agrupamento de falas que possuem sentido similar, dentre outras coisas.

não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO *apud* SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Sabendo que tais representações têm desdobramentos que podem acabar por naturalizar a violência sexual e contribuir para sua continuidade, faz-se necessária uma discussão sobre que representações os profissionais da saúde constroem acerca da violência sexual e como tais representações podem interferir no atendimento dado às vítimas.

A contribuição desse trabalho deve-se também à possibilidade de que, a partir dos resultados obtidos, políticas que visem uma melhor formação destes profissionais possam ser pensadas para melhorar o atendimento prestado às vítimas de violência sexual e facilitar a promoção de estratégias de prevenção desses agravos.

O subtópico seguinte versa sobre a análise de conteúdo, método escolhido para auxiliar no processo de análise qualitativa.

## **1.2 A técnica de análise de conteúdo temática**

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, sendo considerada de forma macro um método, visto que dentro dela existe mais de uma técnica. Ela permite “tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimento especializados e científicos” (MINAYO, 2010, p. 303), dentre eles o processo de inferência.

Trata-se de

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016, p. 48).

Ela pode tanto ser uma análise dos “significados” como dos “significantes”. O que vai definir isto é a modalidade de análise de conteúdo escolhida pelo pesquisador. Estas modalidades de análise podem ser: lexical, de expressão, temática, de relação e de enunciação.

A modalidade escolhida nesta pesquisa foi a análise de conteúdo temática, visto que a pesquisa buscou organizar as falas em categorias (ou temas) e, a partir disto, observar não só a frequência que as explicações se utilizando daquela categoria estavam presentes, mas, também, o conteúdo contido nas falas ligadas a cada categoria.

A lógica por trás desta técnica busca ultrapassar o senso comum e alcançar um olhar crítico e científico sobre os dados, documentos, entrevistas etc. Busca-se, assim,



[...] dizer não “à ilusão da transparência” dos fatos sociais, recusando ou tentando afastar os perigos da compreensão espontânea. É igualmente “tornar-se desconfiado” relativamente aos pressupostos, lutar contra a evidência do saber subjetivo, destruir a intuição em proveito do “construído”, rejeitar a tentação da sociologia ingênua, que acredita poder apreender intuitivamente as significações dos protagonistas sociais, mas que somente atinge a projeção da sua própria subjetividade (BARDIN, 2016, p. 34).

Neste sentido, é preciso pensar relacionalmente. Questionar-se durante o processo de análise de onde aqueles conhecimentos são emitidos, que relações estão implícitas, quem fala e de onde fala. Tudo isso sem se deixar iludir pela magia dos instrumentos metodológicos, pois eles auxiliam no processo, mas não o fazem sozinho. Nesse sentido, a constante vigilância do pesquisador sobre si mesmo é necessária para que a análise seja a mais científica possível.

É preciso realizar uma objetivação, o esforço de conter a subjetividade, visto a impossibilidade de objetividade absoluta na pesquisa, procurando sempre se certificar que todo o conhecimento produzido a partir da pesquisa está perpassado por relações de poder, além de certificar-se que o pesquisador realizou o esforço de se objetivar, evitar que suas pré-noções invadissem o campo, sendo assim possível realizar uma análise a mais objetiva possível (BOURDIEU, 1989).

A análise de conteúdo [...] é um método muito empírico, depende do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe coisa pronta em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis (BARDIN, 2016, p. 36).

Pode-se afirmar que ela busca, de maneira geral, dois objetivos: a) a superação da incerteza; e b) o enriquecimento da leitura. Ou seja, a análise de conteúdo procura desvendar se determinada interpretação sobre dadas “palavras” é a mesma para os outros, se a leitura feita pelo pesquisador é válida e passível de generalização, ao tempo que defende o mergulho do pesquisador nos conteúdos em análise, realizando não só uma, mas diversas leituras para que o processo de análise seja mais fecundo e outras estruturas possam vir à tona, o que seria mais difícil de ocorrer numa leitura superficial.

Ela deve ser dividida em três momentos (BARDIN, 2016) que se dão cronologicamente: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; e 3) Tratamento dos resultados a partir de inferência e interpretação. Essas fases dão-se da seguinte maneira:

Na pré-análise devem ser realizadas três operações: a) Escolha dos documentos que serão analisados; b) Formulação de hipóteses sobre o material; e c) Elaboração de possíveis

explicações para a interpretação final (BARDIN, 2016). Estas três operações não precisam, necessariamente, seguir uma ordem.

É na fase da pré-análise que se busca operacionalizar e sistematizar as ideias para as fases seguintes. Nesse sentido, segundo Bardin (2016), anterior ao momento da escolha dos documentos que serão analisados é preciso “estabelecer contato com os documentos a analisar [...], conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 2016, p. 126). É o que a autora denomina de “leitura flutuante”, momento no qual deve-se ter acesso a todo o material coletado e realizar, pouco a pouco, uma aproximação do mesmo, de modo que a cada leitura certas especificidades fiquem mais claras.

A escolha dos documentos que serão submetidos à análise pode ser feita antes da coleta. Isto dependerá do tipo de pesquisa e material escolhido para realizar a análise. Sendo assim, levando-se em conta que o objetivo desta pesquisa é buscar compreender as representações, o uso de entrevistas semiestruturadas como documentos já foi pré-estabelecido a partir da decisão do método utilizado.

Procede-se à construção de corpus dos documentos que serão submetidos a análise, ou seja, são determinadas algumas regras para garantir que documentos necessários para a análise não sejam deixados de fora. São elas:

- Regra da exaustividade: O material da análise é reunido e submetido a uma exaustiva leitura para que nenhum daqueles que se encaixam nas “regras de documentos da pesquisa” seja deixado de fora. Por exemplo, nesta pesquisa todas as entrevistas colhidas devem fazer parte da análise pois elas são discursos dos sujeitos que se pretende compreender;
- Regra da representatividade: Na escolha dos documentos a serem analisados, deve-se preconizar pela representatividade daqueles documentos diante do universo pesquisado. No caso da presente pesquisa, optou-se pelos profissionais que atendem em locais onde há uma maior chance de ocorrer um atendimento a pessoas em situação de violência sexual;
- Regra da homogeneidade: O material submetido a análise deve ser o mais homogêneo possível, isto é, no caso de entrevistas, deve seguir o mesmo roteiro, se possível ser realizado pela mesma pessoa e buscar entrevistar sujeitos que lidam com a mesma problemática;
- Regra da pertinência: Parece óbvio, mas o material analisado deve dizer respeito ao objetivo da pesquisa, de modo que uma pesquisa que busca

compreender as representações dos profissionais de saúde sobre a violência sexual deve utilizar outras fontes que não são os próprios profissionais de saúde.

Ainda na fase da pré-análise deve-se realizar a “Formulação das hipóteses e dos objetivos”. Nesse momento da pré-análise utilizam de objetivos propostos para formular hipóteses, a partir da leitura flutuante previamente realizada no material; estas hipóteses serão testadas no decorrer da análise quanto a sua veracidade.

Algumas análises, no entanto, são realizadas “às cegas”. O pesquisador faz a escolha de não formular nenhuma hipótese e utilizar-se apenas do material, mesmo que saibamos que dessa maneira podem existir hipóteses implícitas.

É nesta fase, ainda, em que se busca formular indicadores que guiem a pesquisa, categorizar o material a ser submetido à análise, para tornar mais operacionalizável as próximas fases. “Desde a Pré-análise devem ser determinadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro de dados” (BARDIN, 2016, p. 130).

Tudo isto faz parte da organização do material de análise, que deve ser realizada de forma precisa para que as próximas fases sejam realizadas sem maiores dificuldades.

A fase seguinte diz respeito à “exploração do material” que não deve ser difícil se a fase anterior, a pré-análise, tiver sido bem executada. Ela será, nesse sentido, apenas a execução do que foi pré-estabelecido, seja do material a ser submetido a análise, seja das categorias aplicadas etc.

Nesta fase se dá a codificação ou categorização dos documentos, transformando os dados brutos do texto em material de análise, permitindo também uma descrição mais exata das características pertinentes do conteúdo. É realizado um “[...] recorte, agregação e enumeração [que] permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão” (BARDIN, 2016, p. 133).

Com isso, busca-se descobrir os “núcleos de sentido” presentes nos documentos, no caso desta pesquisa, nas falas dos sujeitos. Pode-se organizar essa codificação do material em três partes: a) o recorte ou escolha das unidades; b) a enumeração, que diz respeito a escolha das regras de contagem; e c) a classificação e agregação das categorias.

No caso de uma análise temática que será qualitativa, não é necessário realizar a enumeração e quantificação dessas categorias. Apenas utilizá-las como forma de organizar o texto em determinados “núcleos de sentido” e, com isso, facilitar o momento da inferência.

Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. É possível, contudo, que outros critérios insistam em outros aspectos de analogia, talvez modificando consideravelmente a repartição anterior (BARDIN, 2016, p. 148).

Nesse sentido, buscou-se uma representação simplificada dos dados brutos, que após um processo de categorização e subcategorização, poderá ser novamente reagrupado em grandes categorias. Trata-se, pois, de um processo de esmiuçamento do material para a análise e posterior reagrupamento, de modo que o pesquisador tenha a oportunidade de analisar o maior número possível de nuances do material.

Feito isto, na terceira fase da análise, chamada de “tratamento dos resultados obtidos e interpretação”, é finalmente realizado o tratamento dos dados e a inferência sob este material, agora organizado e tratado.

No caso das categorias, elas são analisadas a partir da organização feita previamente, levando-se em consideração suas condições de produção e o interlocutor. Busca-se, assim, inferir significados presentes na fala destes interlocutores e, com isto, realizar a interpretação dos dados.

A análise de conteúdo não se trata, contudo, de ler o material e tirar conclusões dele, mas sim de estar em constante contato com os documentos para, a partir da aplicação de determinadas regras, chegar à interpretação das falas dos sujeitos, utilizando-se de meios que garantam a confiabilidade desta análise.

### **1.3 A noção de representação social e o *habitus***

O conceito de representação social, que tem origem na sociologia de Durkheim, pode ser definido como *sistemas de interpretação que regem a relação dos sujeitos com o mundo e com os outros, podendo ser produtos tanto de ideias socialmente reproduzidas quanto de modificações ocorridas por intervenções históricas e sociais* (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006). O seu uso pode ser dividido em dois grandes momentos: a sua origem e seu ressurgimento.

Apesar de também ter sido utilizado por outros estudiosos, tais como Simmel e Weber, foi apenas na sociologia durkheimiana que ganhou status de conceito capaz de explicar fenômenos da sociedade e contornos bem estabelecidos de definição, sob o nome de “representações coletivas”.

Durkheim, que cunhou o termo a partir da elaboração da sua teoria da religião, chamava de representações coletivas tudo aquilo que era exterior ao indivíduo, que levavam as pessoas a se comportarem e explicarem o mundo de determinada maneira. O autor busca com isto não só clarificar esse poder coercitivo que os indivíduos sofrem, mas, também, que existe uma distinção entre o que é coletivo e o que é individual.

Pode-se assim definir, a partir do pensamento de Durkheim, que as representações coletivas são dotadas de lógica e refletem o real; são parte constitutiva da sociedade à qual pertencem, e adquirem certa autonomia, sofrendo modificações ao longo do tempo. No entanto, não são tão voláteis como as transformações às quais as representações individuais estão sujeitas.

Este conceito voltou a ser explorado como outrora, alguns anos após sua origem, por Serge Moscovici. Dessa vez, porém, sob o nome de “representações sociais” e sem a dualidade hierárquica entre indivíduo e sociedade, apresentada por Durkheim.

Moscovici (2015) propôs uma união e reformulação das representações individuais e coletivas no que ele passou a chamar de representações sociais. O autor propunha que “o próprio conceito de representação possui um sentido mais dinâmico, referindo-se tanto ao processo pelo qual as representações são elaboradas, como às estruturas de conhecimento que são estabelecidas” (DUVEEN, 2015, p. 20).

Assim, as representações possuem duas funções: 1) dá forma e localiza uma determinada categoria perante um grupo; e 2) se impõe sobre os indivíduos, de modo que é assimilada e reproduzida por eles. Elas não são, no entanto, tão estáticas como na teoria proposta por Durkheim, em que as representações só se modificavam a partir de revoluções sociais.

O conceito proposto por Moscovici compreende que as representações estão em constante movimento, mas, para modificá-las, é necessário um certo esforço do indivíduo.

[...] cada experiência é somada a uma realidade predeterminada por convenções, que claramente define suas fronteiras, distingue mensagens significantes e que liga cada parte a um todo e coloca cada pessoa em uma categoria distinta. [...] Nós vemos apenas o que as convenções subjacentes nos permitem ver e nós permanecemos inconscientes dessas convenções (MOSCOVICI, 2015, p. 35).

O esforço necessário para percebê-las e modificá-las pode nos levar a não reproduzir certas convenções, mas não todas (MOSCOVICI, 2015). Seria como o esforço de não

reproduzir atitudes machistas, mas, às vezes, involuntariamente, fazer algo que não escapa a isso, por simples repetição do que foi apreendido ao longo de sua socialização.

Alguns profissionais, por exemplo, demonstraram possuírem representações que fazem parte do que o senso comum compreende como causa da violência, ao tempo que afirmavam que nada justificava a violência sexual (ver páginas 63 e 64).

Nesse sentido, as representações

são impostas sobre nós, transmitidas e são produto de uma sequência de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são o resultado de sucessivas gerações. [...] Implicam um elo de prévios sistemas e imagens, uma estratificação na memória coletiva e uma reprodução na linguagem que, invariavelmente, reflete um conhecimento anterior e que quebra as amarras da informação presente. (MOSCOVICI, 2015, p. 37)

Elas não são criadas por um indivíduo isoladamente, mas a partir de um conjunto de ideias presentes na sociedade, e, uma vez criadas, adquirem vida própria e são capazes de gerar novas representações a partir de sua circulação e apropriação no meio social.

As representações constituem uma realidade *sui generis*, pois “quanto mais sua origem é esquecida e sua natureza convencional é ignorada, mais fossilizada ela se torna” (MOSCOVICI, 2015, p. 41). Elas são resultado da interação dos indivíduos, tornando-se o que são a partir de processos específicos de influência social entre os indivíduos e grupos. São

um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seus mundos material e social e controla-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 1976 *apud* DUVEEN, 2015, p. 21).

Uma das principais precursoras das análises sobre representações sociais, Denise Jodelet, buscou, a partir das suas obras e estudos, desenvolver e divulgar o pensamento de Moscovici, além de refinar o conceito proposto por ele. Nesse sentido, segundo a autora, as representações sociais podem ser apreendidas como um sistema de saberes e crenças que se constroem e agem socialmente. Elas “intervêm na ação no mundo social, na medida em que essa ação fundamenta-se no conhecimento que os atores sociais têm desse mundo e de sua própria posição” (JODELET, 2016, p. 1267).

Elas nos guiam na maneira de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los, estatuí-los e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito. [...] Estas se instalam sobre valores variáveis segundo os grupos sociais dos quais retiram suas

significações, bem como sobre os saberes anteriores reativos por uma situação social particular. [...] São ligadas a sistemas de pensamento mais amplos, ideológicos e culturais, a um estado dos conhecimentos científicos, bem como à condição social e a esfera da experiência privada e afetiva do indivíduo (JODELET, 2001, pp. 17-21).

São elaboradas por sujeitos a fim de dar sentido e compreender o mundo ao seu redor, são fenômenos polimorfos pelos quais é possível encontrar expressões e crenças elaboradas a partir do local social que o indivíduo ocupa (JODELET, 2016). Essa concepção de representação social apresentada por Jodelet aponta para a ideia de que as representações não são apenas fruto do meio social, mas se transformam, reafirmam e mantêm por meio dos indivíduos que com ela operam e a ressignificam.

As representações significariam por meio das práticas uma identidade social qualificada por um estatuto, uma posição e uma maneira própria de ser no mundo; enfim, sob formas institucionalizadas, elas exprimem e mantêm a existência de grupos, comunidades ou classes. Desse modo, a identidade é definida como o resultado de uma relação de força entre as representações impostas por aqueles que tem o poder de classificar e nomear e aquelas pelas quais os outros grupos pretendem ter reconhecida a sua identidade (JODELET, 2016, p. 1258).

É possível sugerirmos uma relação entre a noção de representação social apresentada por Moscovici (2015) e Jodelet (2001) e o conceito de *habitus* formulado por Bourdieu (1989), uma vez que este autor também procurava realizar uma mediação entre as dimensões subjetiva e objetiva, ou, entre o agente e as estruturas sociais (ORTIZ, 1983).

Trata-se da busca da superação da dicotomia entre indivíduo e sociedade, na qual Bourdieu procurou colocar as bases para a compreensão da realidade utilizando-se da circularidade do *habitus* como promotora da mediação entre o individual e o social, se comportando como uma “estrutura estruturada estruturante”, ou seja, predisposta a gerar práticas e representações (PETERS, 2013). Assim,

compreendendo o *habitus* pela interiorização dos determinismos da estrutura social que, com base na prática, se estrutura em disposições gerais, compreende-se que agentes, vivenciando as mesmas condições de vida, tendem a incorporar disposições para perceber e agir numa mesma direção, proposição que serve de base para a noção de estilo de vida, por exemplo. Nesse contexto o conceito de representação social pode ser pensado como a elaboração subjetiva mental que os agentes fazem de suas condições materiais de vida (ANTUNIASSI, 2006, p. 69).

Visto seu caráter interiorizador, o *habitus* é composto por esquemas que foram incorporados pelos indivíduos ao longo da sua socialização, tal qual as representações, de forma mais ou menos inconsciente, com características próprias do momento socio-histórico no qual ele é produzido (JOURDAIN; NAULIN, 2017).

O *habitus* é um sistema de disposições duráveis e transponíveis, uma estrutura estruturada e estruturante que, ao tempo que molda o indivíduo a partir da socialização, tal qual uma representação social no sentido de Jodelet (2001), ele também é simultaneamente moldado pelos indivíduos que fazem parte do grupo, classe etc., que pertence, sendo transformado e ressignificado por eles.

O *habitus* é esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens, de práticas.[...] Os *habitus* são diferenciados; mas são também diferenciadores. Distintos, distinguidos, eles são também operadores de distinções [...]. (BOURDIEU, 1996, pp. 21-22)

O *habitus* tende, portanto, a conformar e a orientar a ação, mas na medida em que é produto das relações sociais, ele tende a assegurar a reprodução dessas mesmas relações objetivas que o engendram. [...] A interiorização, pelos atores, dos valores, normas e princípios sociais assegura, dessa forma, a adequação entre as ações do sujeito e a realidade objetiva da sociedade como um todo (ORTIZ, 1983, p. 15).

As representações sociais são *habitus*, pois estas não só moldam as estruturas de pensamento do indivíduo, mas acabam sendo modificadas ao longo do tempo por estes mesmos indivíduos, que ressignificam as representações que possuem a partir do contato com outras que existem simultaneamente e são reproduzidas por diferentes grupos.

Essas representações formam um sistema e dão lugar a “teorias” espontâneas, versões da realidade que encarnam ou condensam as palavras, ambas carregadas de significações. [...] Através dessas diversas significações, as representações exprimem aqueles (indivíduos e grupos) que os forjam e dão uma definição específica ao objeto por elas representado. Essas definições partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem, para esse grupo, uma visão consensual da realidade. Esta visão, que pode entrar em conflito com a de outros grupos, é um guia para ações e trocas cotidianas – e veremos que se trata das funções e da dinâmica social das representações (JODELET, 2001, p. 21).

A coação sofrida pelo indivíduo, apesar de forte, não pode nem deve ser considerada a única força que produz e impõe representações, uma vez que o indivíduo também pode modificá-la e ressignificá-la (MOSCOVICI, 2001). O conceito de *habitus*, por sua vez, corrobora a compreensão das representações, uma vez que



as condutas levadas a cabo pelos atores tendem a se adaptar estrategicamente às condições objetivas de suas ações, não sendo essas, no entanto, fruto de um cálculo racional e deliberado (as condições para o cálculo quase nunca seriam dadas na prática), da obediência consciente a regras explicitamente definidas ou de uma determinação mecânica e automática por causas coletivas inconscientes, mas sim de um processo em que os atores atualizam continuamente as intuições tácitas de um sentido prático adquirido a partir de sua experiência societária, ou, mais precisamente, da exposição continuada e recorrente a condições semelhantes de ação (PETERS, 2013, p. 53).

As representações são, também, abrangentes e não necessariamente conscientes, visto seu caráter de naturalização sobre o meio social. Tal qual como ocorre com o *habitus*, cada grupo social faz uso e possui uma visão diferente – diferentes representações – sobre dados assuntos. As representações envolvem, pois, “a pertença social dos indivíduos com as implicações afetivas e normativas, com as interiorizações de experiências, práticas, modelos de conduta e pensamento, socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social que a ela estão ligadas” (JODELET, 2001, p. 22).

As representações variam a partir das condições de existência e trajetória social de cada pessoa (BOURDIEU, 2007), de modo que indivíduos que compartilham de condições de existência comuns, tendem a possuir representações similares sobre dados assuntos, uma vez que “o *habitus* comporta também uma dimensão individual que faz com que cada *habitus* particular seja encarado como uma variante de um *habitus* coletivo” (JOURDAIN; NAULIN, 2017 p. 50).

Assim, um profissional da saúde que foi socializado dentro de um determinado grupo e adquiriu, com isto, uma representação sobre dados assuntos, pode modificá-la de modo que não necessariamente vá ao encontro das representações que já possuía.

Sendo assim, as representações são um tipo de conhecimento que

faz parte da vida cotidiana das pessoas, através do senso comum, que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade. É um conhecimento prático que se opõe ao pensamento científico, porém se parece com ele, assim como os mitos, no que diz respeito à elaboração destes conhecimentos a partir de um conteúdo simbólico e prático (ALEXANDRE, 2004, p. 6).

São esquemas de percepção, apreciação e ação que os indivíduos incorporaram no decorrer de sua socialização, tendendo a orientar a ação e assegurar a reprodução das mesmas relações objetivas que a engendram (JOURDAIN; NAULIN, 2017). Elas não só se aplicam a “interiorização das normas e dos valores, mas inclui os sistemas de classificações que preexistem às representações sociais. O *habitus* [representação] pressupõe um conjunto de

esquemas generativos que presidem a escolha; eles se reportam a um sistema de classificação que é, logicamente, anterior a ação” (ORTIZ, 1983, p. 16)

Manifestam-se

em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada [...] é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e de interação social. Mesmo sabendo que ela produz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial, [...] possui graus diversos de clareza e de nitidez em relação à realidade (MINAYO, 2002, p. 108).

Não são obrigatoriamente conscientes, podendo até ser elaboradas em determinado período histórico, mas perpassam o conjunto da sociedade, como algo anterior e habitual. Ademais, “podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação, pois retratam e refratam a realidade segundo determinado segmento da sociedade” (MINAYO, 2002, p. 110). Elas são

uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. [...] categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a e questionando-a. (MINAYO, 2010, p. 2019).

Sua análise deve ser realizada levando em conta as disposições, sejam elas afetivas, perceptivas, mentais e sociais, envolvidas, as relações sociais, a realidade social e material que as produz e afeta, utilizando-se de questionamentos sobre sua formação e disseminação que auxiliem no processo de análise (JODELET, 2001).

Neste trabalho, representações sociais e habitus são entendidos como conceitos que conversam entre si, capazes de explicar a realidade de forma similar. Assim, ambos foram utilizados nesta tentativa de compreensão da realidade estudada.

#### **1.4 Percalços do trabalho de campo e primeiras sondagens**

De acordo com Bourdieu (1989), “o homo academicus gosta do acabado. Como os pintores acadêmicos, ele faz desaparecer dos seus trabalhos os vestígios da pincelada, os toques e os retoques [...]” (BOURDIEU, 1989, p. 19). Neste trabalho, no entanto, busca-se seguir o sentido oposto ao do *homo academicus*, detalhando o caminho transcorrido para a realização da pesquisa.

A entrada no campo foi perpassada por adversidades que foram sendo superadas. No entanto, não foi possível lograr êxito em todas as dificuldades que se colocaram ao decorrer da

pesquisa, em parte por que algumas decisões não cabiam apenas à pesquisadora, mas, na grande maioria das vezes, a terceiros.

Pode-se dizer que o início do trabalho de campo deu-se logo após a aprovação da pesquisa pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara (CEP/UNESP/FCLAr). Esta aprovação ocorreu em meados de fevereiro do ano de 2018, após quase cinco meses tramitando na Plataforma Brasil.

Só após esta autorização, foi iniciada a aproximação com os locais de pesquisa, na cidade São Carlos-SP, escolhidos para participarem do estudo. Nesse processo, a pesquisadora se deparou com várias questões a serem resolvidas, muitas delas com necessidade de tempo para se desenrolarem.

Após procurar pelos dois locais escolhidos para a realização da pesquisa, obteve-se a informação que era preciso, antes de tudo, de uma autorização do Secretário de Saúde do Município (SSM) para a realização da pesquisa, o que foi prontamente buscado.

As primeiras tentativas de entrega do projeto junto ao restante da documentação necessária foram infrutíferas, pois no momento em que foi realizado o contato com a secretaria de saúde, a mesma se encontrava mudando de espaço operacional. Assim, o prédio antigo onde ficava a pessoa responsável por receber os projetos estava constantemente fechado, segundo informações por medida de segurança já que só havia uma pessoa trabalhando no local. De modo que foi necessário conseguir o telefone da responsável pelo setor no local onde a secretaria estava funcionando provisoriamente e após marcar por telefone, finalmente, entregar o projeto.

Todo esse processo, até o momento de aprovação da pesquisa pela Secretaria de Saúde do Município de São Carlos, demorou pouco mais de um mês, visto que o projeto foi analisado primeiramente pelo setor responsável dentro da própria secretaria e só então a aprovação do Secretário de Saúde foi solicitada. Com isto, a pesquisadora tinha mais um “ok” para iniciar a pesquisar no município de São Carlos.

A orientação recebida após a aprovação pela Secretaria de Saúde do Município (SSM) foi a de buscar os locais de pesquisa preferidos e entregar esta autorização junto ao projeto e demais documentos que fossem solicitados, o que foi feito em ambas as instituições. Nesse processo, de entrega das duas autorizações (CEP e Aprovação da SSM) junto ao projeto e demais documentos nas unidades escolhidas para a pesquisa em São Carlos, muitas foram as informações desencontradas, além da falta de resposta e perda de documentos por parte de quem os recebia nas instituições.

Em tempo, a pesquisadora também cometeu o erro de equivocadamente não pedir que o recebedor assinasse um documento confirmando que os mesmos haviam sido entregues, o que poderia ter feito com que se tivesse um maior cuidado com os documentos.

Finalmente, no final do mês de abril de 2018, foi conseguida a autorização para iniciar a pesquisa num dos locais escolhidos, no entanto, é preciso explicitar que isto, talvez, não teria sido possível caso eu não conhecesse uma pessoa que fez o intermédio do contato – conversando diretamente e passando o meu telefone pessoal – com as pessoas responsáveis por autorizar a pesquisa neste primeiro local. Possuir este contato foi de extrema importância para a entrada na primeira instituição, que acabou facilitando, por conseguinte, a entrada na segunda instituição.

A autorização para iniciar a pesquisa na primeira instituição foi conseguida no final de abril e, logo em seguida, no início de junho de 2018 a pesquisa foi autorizada também junto ao CEP da segunda instituição, processo este que levou aproximadamente um mês.

Após as devidas autorizações, a pesquisa foi iniciada na primeira instituição escolhida em maio de 2018 e, dois meses depois, na segunda instituição. Na primeira instituição, foram entrevistados quatro profissionais que trabalham no atendimento *pós* violência e na segunda foram entrevistados dezesseis profissionais que atendiam no setor de urgência e emergência, local por onde as pessoas em situação de violência sexual dão entrada ao serviço de saúde.

Na primeira instituição as entrevistas foram previamente marcadas, mas todas realizadas no local de trabalho dos sujeitos. Nesse ínterim não presenciei nenhum atendimento a pessoas em situação de violência sexual, pude observar apenas o fluxo de atendimento do local quanto a outras demandas atendidas pelos mesmos profissionais.

Já na segunda instituição não foi possível marcar previamente as entrevistas. Lá pude passar mais tempo em campo observando como se dava o fluxo de atendimento, no entanto, também não foi possível presenciar nenhuma situação de atendimento a pessoas em situação de violência sexual, mesmo a pesquisadora estando em turnos alternados no local para, assim, conseguir ter acesso aos profissionais dos diferentes turnos de trabalho.

Em alguns dias passei a madrugada no local, em outros passei o dia. Os turnos tinham duração de doze horas, mas não pude passar todo este tempo no local, o que me levava a ficar aproximadamente sete horas de cada turno, nos dias em que fui autorizada a ir e permanecer, nas instalações da segunda instituição. A instituição me deu livre acesso aos corredores do setor de urgência e emergência que também eram livres para pacientes, mas o acesso era restrito a determinados locais por motivos internos da instituição, pois eram locais onde ficavam

pacientes em estado mais grave que necessitavam um acompanhamento contínuo enquanto não eram transferidos daquele setor.

Foi possível realizar um total de vinte entrevistas com técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogos e médicos. Este número poderia ser maior, mas, ao longo do campo, alguns possíveis entrevistados negaram a participação na pesquisa, alguns justificando com a falta de *feedback* de pesquisas anteriores, outros sem justificar sua decisão. Ainda, alguns profissionais não conseguiram questionar sobre a aceitação ou não em participar da pesquisa, uma vez que o acesso a estas pessoas passava pela coordenação do setor e as mensagens da pesquisadora foram, após algumas semanas do início da pesquisa, não respondidas.

Destarte, a análise dessas entrevistas será apresentada posteriormente.

## 2. OS DADOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL

É sabido que a violência sexual é subnotificada às autoridades por diversas razões, o que faz com que as informações necessitem serem analisadas com certa cautela, dentro de determinados limites, ou seja, levando-se em consideração que o universo da pesquisa representa apenas parte da realidade em questão.

O Ministério da Saúde (MS) é um dos principais responsáveis por realizar, periodicamente, relatórios com dados sobre a violência sexual no Brasil, utilizando-se de dados obtidos através do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – componente do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Além dele, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) também se utiliza da base de microdados do Sinan, além do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) que anualmente divulga dados referentes aos casos registrados nas polícias brasileiras.

Nesse sentido, as principais bases de dados utilizadas nas pesquisas já produzidas até hoje são os microdados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), ligado ao Ministério da Saúde (MS), e dados das denúncias realizadas junto às polícias brasileiras, normalmente compilados e organizados pelas Secretarias de Segurança Pública dos estados.

O número de casos registrados na polícia, já há algum tempo, é maior do que o número de atendimentos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), de onde o MS retira as informações que alimentam o Viva e o Sinan. Isto, por si só, gera certas incongruências nos dados, não podendo ser possível saber ao certo o real número de casos de violência sexual que ocorrem anualmente no país.

Isto posto, parte da realidade pode ser estimada a partir das pesquisas já realizadas utilizando-se das bases de dados tanto do MS como das polícias brasileiras. No entanto, a falta de dados centralizados prejudica não só o combate a este tipo de violência, mas a determinação de onde, sob que circunstâncias se dá a sua ocorrência, se há questões culturais envolvidas etc.

No ano de 2018, foi divulgado pelo Ipea e FBSP a última edição do Atlas da Violência, em que buscou-se gerar um panorama do fenômeno da violência a nível nacional. No caso da violência sexual, especificamente, foram reunidos dados buscando determinar como se deram os casos de violência sexual no Brasil no ano de 2016 e a sua evolução desde o ano de 2011.

Foi possível observar que no ano de 2016 foram notificados 49.497 mil casos do crime de estupro no Brasil, destes 10.055 foram registrados no estado de São Paulo. Como ilustração, o Atlas também apresenta ao lado do número de crimes registrados nas polícias a quantidade

de vítimas que buscaram atendimento no SUS, gerando uma disparidade nestas informações como pode ser visualizado no quadro abaixo.

Quadro 1. Brasil número de vítimas de estupro registradas no Sinan e número de crimes de estupro coligidos pelo FBSP (2016).

	Nº de vítimas Sinan	Nº de crimes FBSP
<b>Brasil</b>	<b>22918</b>	<b>49497</b>
Acre	215	-
Alagoas	443	500
Amapá	1082	385
Amazonas	156	930
Bahia	1511	2709
Ceará	121	1538
Distrito Federal	544	666
Espírito Santo	270	188
Goiás	598	670
Maranhão	434	995
Mato Grosso	131	1614
Mato Grosso do Sul	113	1458
Minas Gerais	1168	3926
Pará	230	3002
Paraíba	137	376
Paraná	917	4164
Pernambuco	2100	1976
Piauí	559	653
Rio de Janeiro	1588	4308
Rio Grande do Norte	4088	206
Rio Grande do Sul	1928	4144
Rondônia	875	790
Roraima	1460	234
Santa Catarina	300	3084
São Paulo	356	10055
Sergipe	861	541
Tocantins	733	385

Fonte: elaboração própria a partir do Atlas da Violência (2018), com base nos microdados do Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde e Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2018).

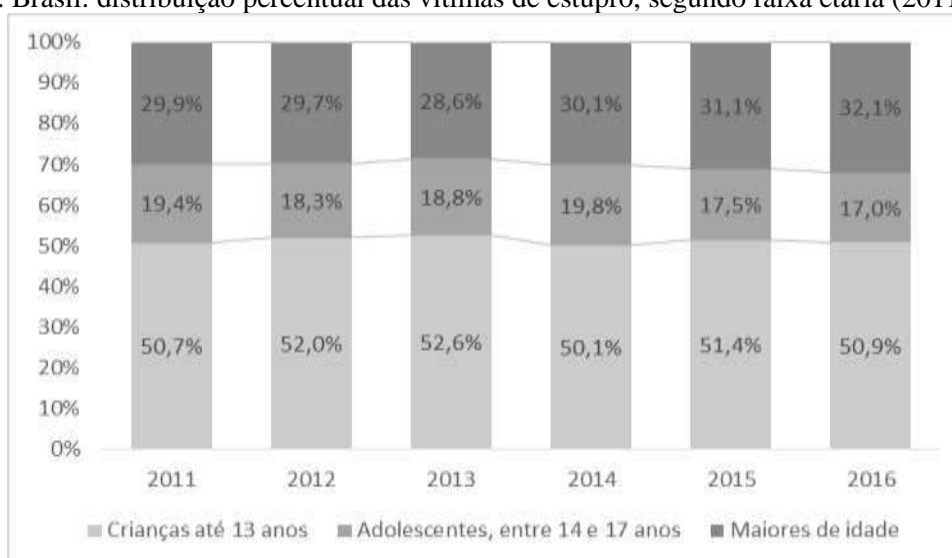
No entanto, é preciso frisar que estes dados – número de vítimas do Sinan e número de crimes FBSP – não são comparáveis, visto que, além de utilizar de metodologias diferentes para a coleta de informações, se referem a coisas distintas. Enquanto um diz respeito ao número de vítimas atendidas pelo SUS, o outro diz respeito à quantidade de crimes denunciados à polícia, que podem ter mais de uma vítima ou apenas uma vítima que sofreu a violência diversas vezes.

Ainda assim, a disparidade entre as informações chama a atenção<sup>7</sup>. Segundo o Atlas, no ano de 2016 foram notificados pelo Sinan o atendimento de 356 vítimas de estupro em todo o estado de São Paulo, número muito menor do que a quantidade de crimes denunciados à Secretaria de Segurança Pública de São Paulo (SSP-SP), o que acaba por gerar dúvidas sobre o que ocorre para que a disparidade entre número de crimes e número de vítimas atendidas seja tão grande, no caso do estado de São Paulo.

O processo de estabelecimento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan/MS) desde o ano de 2009 não justifica, sozinho, esta diferença tão grande entre os dados. O Sinan encontra-se cada vez mais estabelecido no sistema de saúde, possuindo desde o ano de 2016 abrangência a nível nacional, diferente do que ocorria no ano de 2011, quando a disparidade entre as informações se justificava pela ausência de muitos municípios atendidos pelo Sinan (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Outra informação disponível no Atlas diz respeito à faixa etária das vítimas de estupro. Foi possível observar que, nos últimos três anos (2014, 2015 e 2016), a maior parte das notificações realizadas se referiam a vítimas de até 13 anos de idade, seguida da faixa etária de maiores de idade, com uma média de 30% das notificações realizadas e, finalmente, as vítimas com idades entre 14 e 17 anos mantiveram-se no percentual variante entre 17 e 19% das notificações realizadas (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2018).

Gráfico 1. Brasil: distribuição percentual das vítimas de estupro, segundo faixa etária (2011 a 2016).



Fonte: elaboração própria a partir do Atlas da Violência (2018), com base nos microdados do Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde.

<sup>7</sup> Nos dados quantitativos não foi considerada a variável raça/etnia devido a falta de confiabilidade dos dados apresentados pela SSP-SP, visto que o seu preenchimento não é por autodeclaração mas, de acordo com a subjetividade do policial que realizou o boletim de ocorrência. Nesse sentido, o mesmo dado não foi apresentado aqui, no que foi encontrado nas pesquisas nacionais, visto a impossibilidade de comparação entre ambas.



Esta informação corrobora outras pesquisas que também apontam para um maior número de casos envolvendo vítimas vulneráveis, dentre elas a pesquisa “Estupro no Brasil uma radiografia segundo os dados da Saúde”, realizada por Cerqueira e Coelho (2014). Nela, é possível observar que, segundo dados colhidos a partir do Sinan, mais da metade das notificações correspondiam a vítimas com menos de 13 anos de idade, faixa etária de vulneráveis.

Nessa pesquisa, uma das mais detalhadas sobre o assunto até o momento, é possível observar também que em 88,5% dos casos as vítimas eram do sexo feminino. Quanto as vítimas do sexo masculino, a maior parte deles é composta por crianças menores de 13 anos de idade, caracterizando, mais uma vez, a vulnerabilidade das crianças, junto as mulheres, a esse tipo de violência (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Quadro 2. Características pessoais das vítimas de estupro (2011).

<b>Variáveis</b>	<b>Todos (n=12.087)</b>	<b>Crianças (n=6.132)</b>	<b>Adolescentes (n=2.340)</b>	<b>Adultos (n=3.615)</b>
<b>Sexo</b>				
Feminino	88,50%	81,20%	93,60%	97,50%
Masculino	11,50%	18,80%	6,40%	2,50%
<b>Faixa Etária</b>				
Crianças (até 13 anos)	50,70%	1,00%	0,00%	0,00%
Adolescentes (entre 14 e 17 anos)	19,40%	0,00%	1,00%	0,00%
Adultos (18 anos ou mais)	29,90%	0,00%	0,00%	1,00%

Fonte: elaboração própria a partir de Cerqueira e Coelho (2014), com base nos microdados do Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde.

Quanto ao provável autor da agressão, em mais de 90% das notificações realizadas, estas pessoas pertenciam ao sexo masculino, seja nos casos em que as vítimas eram crianças, adolescentes ou adultos. Ainda, é possível observar que em 1,8% dos casos de pessoas do sexo feminino, são as autoras quando a vítima é criança, diminuindo essa porcentagem nas demais faixas etárias (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

No que diz respeito ao vínculo que as vítimas possuem/possuíam com o provável autor da agressão, nas duas pesquisas mais recentes é possível notar que em mais de 50% das notificações o provável autor da agressão contra crianças era pessoa do convívio dessas vítimas: amigos/conhecidos, seguidos por padrasto ou pai.

Não é informado nesses dados o grau de parentesco no caso de os agressores serem tios, avós ou qualquer outro grau de parentesco com a vítima criança, o que leva a considerar

que estes possíveis autores da agressão foram aglutinados na categoria “amigos/conhecidos”, visto a inexistência da categoria “parentes”.

Quadro 3. Brasil: vínculo/grau de parentesco do agressor com a vítima de estupro, segundo a faixa etária da vítima (2011).

<b>Vínculo vítima e agressor</b>	<b>Criança (até 13 anos)</b>	<b>Adolescente (14 a 17 anos)</b>	<b>Adulto (18 anos ou mais)</b>
<b>Desconhecido(a)</b>	12,60%	37,80%	60,50%
<b>Amigos/conhecidos</b>	32,20%	28,00%	15,40%
<b>Cônjuge</b>	0,80%	1,20%	9,30%
<b>Ex-cônjuge</b>	0,20%	0,30%	4,30%
<b>Outros</b>	0,50%	0,20%	0,10%
<b>Ex-namorado(a)</b>	0,60%	1,90%	1,70%
<b>Namorado(a)</b>	7,10%	8,20%	1,60%
<b>Padrasto</b>	12,30%	8,40%	1,10%
<b>Pai</b>	11,80%	5,30%	1,10%
<b>Irmão (ã)</b>	3,20%	1,60%	1,00%
<b>Pessoa com relação institucional</b>	0,80%	0,80%	0,70%
<b>Filho(a)</b>	0,10%	0,10%	0,50%
<b>Policial/agente da lei</b>	0,20%	0,40%	0,30%
<b>Cuidador(a)</b>	1,20%	0,60%	0,20%
<b>Patrão/chefe</b>	0,20%	0,60%	0,50%
<b>Mãe</b>	1,70%	1,80%	0,30%

Fonte: elaboração própria a partir de Cerqueira e Coelho (2014), com base nos microdados do Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. As colunas não somam 100% pois para um mesmo estupro pode haver mais de um agressor.

Quanto as demais faixas etárias, o número de vítimas por provável agressor desconhecido cresce de acordo com a idade da vítima, correspondendo a mais de 50% no caso das vítimas adultas. Nessa mesma faixa etária, a porcentagem de amigos/conhecidos ou pessoas do convívio da vítima caem, sendo mais predominante a violência perpetrada por autores desconhecidos.

Esse número gira em torno de 30% no caso de adolescentes, sendo essa faixa etária um período limiar na mudança dos possíveis autores da agressão, pois ao tempo que cresce a porcentagem de pessoas vitimadas por agressores desconhecidos, diminui – mas não muito – a porcentagem de agressores que eram amigos/conhecidos da vítima.

Quadro 4. Brasil: vínculo/grau de parentesco do agressor com a vítima de estupro, segundo a faixa etária da vítima (2016).

<b>Vínculo vítima e agressor</b>	<b>Criança (até 13 anos)</b>	<b>Adolescente (14 a 17 anos)</b>	<b>Adulto (18 anos ou mais)</b>
<b>Desconhecido(a)</b>	9,41%	32,50%	53,52%
<b>Amigos/conhecidos</b>	30,13%	26,09%	18,82%
<b>Cônjuge</b>	1,56%	3,39%	8,20%
<b>Ex-cônjuge</b>	0,27%	0,53%	5,44%
<b>Outros</b>	17,59%	7,58%	4,48%
<b>Ex-namorado(a)</b>	0,93%	2,14%	2,65%
<b>Namorado(a)</b>	7,78%	9,01%	1,66%
<b>Padrasto</b>	12,09%	7,38%	1,23%
<b>Pai</b>	12,03%	6,54%	1,30%
<b>Irmão (ã)</b>	3,26%	1,55%	0,72%
<b>Pessoa com relação institucional</b>	1,07%	0,94%	0,63%
<b>Filho(a)</b>	0,26%	0,13%	0,28%
<b>Policial/agente da lei</b>	0,08%	0,10%	0,32%
<b>Cuidador(a)</b>	0,99%	0,28%	0,18%
<b>Patrão/chefe</b>	0,09%	0,20%	0,40%
<b>Mãe</b>	2,48%	1,63%	0,18%

Fonte: elaboração própria a partir do Altas da Violência (2018), com base nos microdados do Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. As colunas não somam 100% pois para um mesmo estupro pode haver mais de um agressor.

Apenas a pesquisa do Ipea informa de modo desagregado, por agressor conhecidos e desconhecidos, o local onde ocorreu a violência. Sendo possível observar que quando o autor da agressão era conhecido, a residência era o local onde ocorria o maior número de casos, independente da faixa etária da vítima e, quando o autor era desconhecido, essa proporção diminuía, sendo mais comum a ocorrência em via pública, principalmente no que se refere as vítimas adultas (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Sendo as pesquisas apresentadas aqui as duas mais recentes e detalhadas sobre o panorama da violência sexual no Brasil, optou-se por apresentar apenas estes dados a título de comparação e visão de uma possível tendência nos últimos anos, visto que uma pesquisa foi realizada em 2014 e a outra no ano de 2018.

Nesse sentido, pode-se notar que nas informações em que é possível realizar comparação – pois alguns dados mais detalhados de uma pesquisa não constam em outra – o padrão de ocorrência da violência sexual se mantém, seja quanto a idade das vítimas ou aos prováveis autores da agressão.

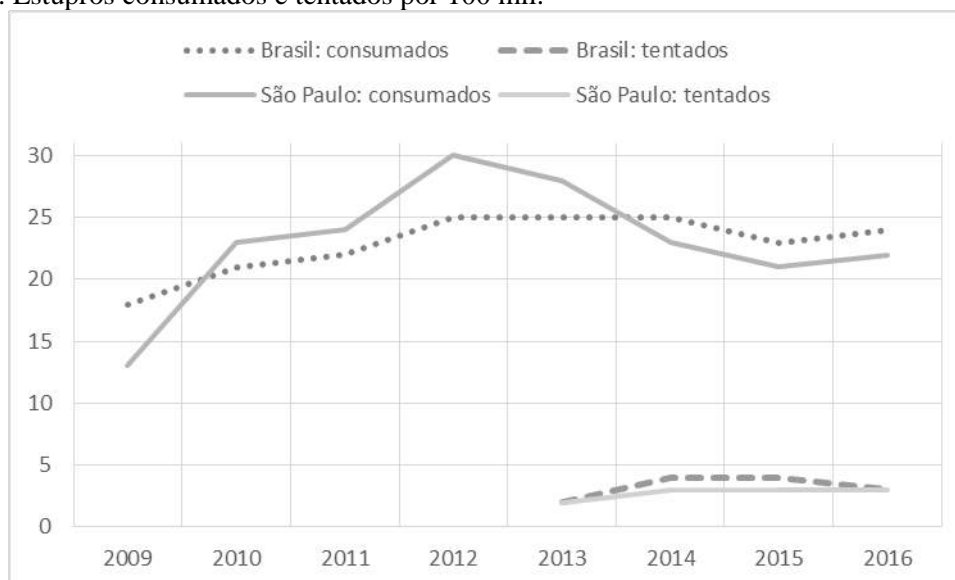
Destarte, os dados quanto à situação dessa violência no município de São Carlos são apresentados a seguir, bem como a apresentação de outras informações obtidas a partir de microdados da segurança pública, a título de ilustração.

## 2.1 Convergências e aproximações entre os dados nacionais, estaduais e municipais

Como solicitado à SSP-SP, a mesma forneceu os microdados referentes aos casos de estupro consumados e tentados ocorridos nos últimos cinco anos no município de São Carlos para compreensão do problema na cidade. Buscou-se realizar, também, uma breve localização dos dados referentes ao estado de São Paulo a nível nacional, utilizando-se de microdados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), que fornece informações colhidas junto às secretarias de segurança pública dos estados desde o ano de 2011.

Nesse sentido, quando comparado aos casos de estupro consumado notificados à polícia a nível nacional, o estado de São Paulo obteve um relativo aumento nas notificações à polícia entre os anos 2010 e 2013, ficando abaixo da média nacional a partir de 2014.

Gráfico 2. Estupros consumados e tentados por 100 mil.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do FBSP.

Quanto às notificações de estupro tentado, o FBSP só possui informações a partir de 2013, demonstrando que São Paulo mantém-se abaixo da média nacional nesse tipo de notificação.

Estas informações fornecidas pelo FBSP, porém, não são detalhadas, tornando difícil a verificação e comparação quanto ao sexo das vítimas, idade, local da ocorrência e vínculo/grau de parentesco com o possível agressor.

Quanto às informações do município de São Carlos, fornecidas pela SSP-SP, foi possível realizar uma análise confiável a partir dos microdados do ano de 2014, visto a inconsistência entre os microdados e as informações apresentadas no próprio site da SSP-SP referentes aos anos de 2011, 2012 e 2013, o que fez com que optássemos por ignorar estas informações não confiáveis.

Assim, optou-se também por dividir as vítimas entre as categorias de vulneráveis e não vulneráveis, a título de análise, separando-as por faixa etária dentro de cada categoria. As vítimas vulneráveis, nesta pesquisa, dizem respeito a pessoas menores de 14 anos de idade, compreendidas de acordo com a Lei 12.015 que alterou o Código Penal (CP), de 7 de agosto de 2009, como indivíduos vulneráveis.

A lei diz ainda que será considerado estupro, no caso de vítimas vulneráveis, a indução de alguém menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem. Quanto às vítimas não vulneráveis o CP diz que será considerado estupro o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.

Outro problema encontrado diz respeito à disparidade de boletins e sujeitos envolvidos nas denúncias, sendo possível observar que, em todos os anos, há uma maior quantidade de sujeitos para um mesmo boletim de ocorrência. O que é um problema, visto que dificulta a identificação dos personagens na cena.

Quadro 5. São Carlos: número de sujeitos vs. número de boletins.<sup>8</sup>

2014		2015		2016	
sujeitos	Boletins	sujeitos	boletins	sujeitos	boletins
65	37	48	27	65	36

Fonte: elaboração própria a partir de dados de boletins de ocorrência enviados pela SSP-SP.

Isto, talvez, se explique pelas denúncias envolvendo crianças menores de 14 anos, nas quais, na maior parte das notificações, o boletim de ocorrência era realizado na presença da vítima, do possível autor da agressão, além de uma ou mais pessoas que presenciaram a violência.

Quanto ao sexo das vítimas, quando não vulneráveis, em quase todas as notificações realizadas nos últimos três anos no município de São Carlos, as vítimas são pessoas do sexo

<sup>8</sup> Nos microdados fornecidos pela SSP-SP cada linha representava dados de um sujeito (uma pessoa) relacionada com a ocorrência. Sendo que uma das colunas se referia ao número do boletim, dessa forma foi possível agrupar por boletim. Então, por exemplo, para o ano de 2014, tem-se 37 boletins, ocorrências, e 65 sujeitos que se envolveram nessas ocorrências.

feminino. Em apenas um caso, no ano de 2015, a denúncia foi feita por uma pessoa do sexo masculino e, num outro caso, no ano de 2016, não havia a informação do sexo da pessoa (I).

No que se refere à idade destas vítimas, boa parte delas estavam na faixa etária de 19 a 30 anos, seguidas pela faixa etária de adolescentes, com 14 a 18 anos de idade. Sendo assim, pode-se caracterizar estas vítimas consideradas *não vulneráveis* como mulheres jovens.

Quadro 6. São Carlos: caracterização das vítimas não vulneráveis.

	Local da ocorrência		Tipo de agressão		Idade			Sexo		
	Público	Residência	Tentado	Consumado	14-18	19-30	31+	Masculino	Feminino	I
<b>2014</b>	9	10	5	14	6	8	5	0	19	0
<b>2015</b>	3	4	0	7	3	4	0	1	6	0
<b>2016</b>	10	10	4	16	6	9	5	0	19	1

Fonte: elaboração própria a partir de dados de boletins de ocorrência enviados pela SSP-SP.

Desagregou-se também a quantidade de notificações quanto a estupro tentado e consumado, sendo o estupro consumado o mais notificado nos últimos três anos no município. Quanto ao local da ocorrência, não há um padrão com maior predominância, ocorrendo em mesma proporção tanto em locais públicos como em residências (privados).

Deve-se levar em consideração que aqui agregou-se as vítimas adolescentes e adultas (não vulneráveis), o que pode contribuir para essa relativa proporção entre o local da agressão, visto que o período da adolescência (14 a 18 anos), de acordo com dados apresentados por Cerqueira e Coelho (2014), é o limiar na diminuição dos casos de agressão sexual que ocorrem em casa e aumento nas que ocorrem em via pública.

No que se refere às vítimas vulneráveis, a quantidade de pessoas do sexo masculino vitimadas aumenta consideravelmente em relação às não vulneráveis, mas o sexo feminino continua sendo predominantemente o mais afetado pela violência sexual.

Quadro 7. São Carlos: caracterização das vítimas vulneráveis.

	Local da ocorrência		Tipo de agressão		Idade			Sexo		
	Público	residência	Tentado	consumado	0-4	5-9	10-13	masculino	feminino	I
<b>2014</b>	5	15	0	20	3	6	11	5	15	0
<b>2015</b>	3	17	2	18	7	6	7	2	18	0
<b>2016</b>	4	14	1	17	2	6	10	2	16	0

Fonte: elaboração própria a partir de dados de boletins de ocorrência enviados pela SSP-SP.

Quanto à idade, de acordo com as notificações dos últimos três anos, as crianças na faixa etária de 10 a 13 anos foram as mais vitimadas, seguidas pela faixa de 5 a 9 e, em menor proporção, a faixa de 0 a 4 anos. Quase a totalidade dessas agressões foram de estupros consumados.

O local da ocorrência foi predominantemente em casa (residência), caracterizando a domesticidade desse tipo de violência. Quando ocorrido em local público, observa-se que, em algumas situações foram em locais onde a criança estava sob cuidado de outrem, provavelmente algum cuidador que perpetrou a violência.

Quadro 8. São Carlos: caracterização específica do local público da ocorrência com vítimas vulneráveis.

<b>Local da ocorrência</b>			
	2014	2015	2016
<b>Escola</b>	1	1	1
<b>Hospital</b>	0	1	0
<b>Comércio</b>	1	0	1
<b>Hotel</b>	0	1	0
<b>via pública</b>	3	0	2

Fonte: elaboração própria a partir de dados de boletins de ocorrência enviados pela SSP-SP.

Quanto ao provável autor da agressão, foi possível determinar que, na maioria das notificações, eram pessoas do sexo masculino que perpetravam a violência, e em apenas três denúncias o agressor era do sexo feminino, com uma notificação em 2014 e duas em 2015. Porém, as demais informações quanto à idade e relação com a vítima não fornecem dados suficientes para realizar uma caracterização confiável, como pode ser visto abaixo.

Quadro 9. São Carlos: caracterização do agressor.

	<b>Sexo</b>			<b>Idade</b>						<b>Relação com a vítima</b>				
	Masculino	Feminino	I	-18	19-25	26-35	36-50	51+	Não informado	Não tinha	Parentes	Relacionament o afetivo	Conhecido	Não informado
<b>2014</b>	23	1	2	1	2	2	3	1	18	0	1	2	0	23
<b>2015</b>	19	2	0	3	1	4	3	1	9	0	0	1	0	20
<b>2016</b>	27	0	0	2	0	5	4	5	11	0	2	0	0	25

Fonte: elaboração própria a partir de dados de boletins de ocorrência enviados pela SSP-SP.

É possível apenas observar que, quando existe a informação sobre a idade do provável autor da violência, não há uma tendência de faixa etária, sendo bastante variável a idade deste,

a depender do ano da notificação. Pode-se dizer apenas, ignorando as notificações em que não há informações, que boa parte destes agressores eram adultos.

Na caracterização das vítimas da cidade de São Carlos, é possível observar que há convergência de informações aos dados nacionais, sendo estas vítimas pessoas do sexo feminino, com idade menor que 14 anos de idade, vitimizadas em local privado (residência).

No entanto, devido à quase inexistência de informações sobre o provável autor da agressão, não é possível determinar o tipo de relação que possuía com a vítima, pode-se apenas especular que ele era conhecido da vítima, visto que a maioria das agressões deu-se em local doméstico, e que o mesmo era um homem adulto, quando as notificações onde não há informações sobre a idade são ignoradas.

No que se refere as convergências com os dados nacionais, certas tendências podem ser observadas, enquanto que outras não. Em São Carlos, a maioria das vítimas eram pessoas do sexo feminino, possuindo um maior número de pessoas menores de 14 anos vitimadas em comparação aos não vulneráveis, seguindo a tendência nacional.

Quanto ao local, a violência ocorreu em local privado (residência), principalmente no que se refere as vítimas vulneráveis. Nas vítimas não vulneráveis o número de pessoas vitimadas em local doméstico também foi relativamente maior do que em local público.

Deve-se levar em consideração, como dito anteriormente, que o tipo de agregação realizada aqui – onde não se separou vítimas adolescentes e adultas – pode contribuir para essa tendência para a vitimização em local doméstico, principalmente pelas vítimas adolescentes, visto que de acordo com Cerqueira e Coelho (2014) é na adolescência que o número de agressões ocorridas em local doméstico diminui e, também, aumentam a quantidade de casos ocorridos em local público.

Quanto ao possível autor da agressão, foi possível observar apenas que a maior parte deles eram pessoas do sexo masculino e que possuíam mais de 18 anos (homens e adultos), quando ignorada as notificações onde não há informações quanto a idade.

Na maior parte destes casos também não há nenhuma informação sobre a relação que o possível autor da violência tinha com a vítima, sendo possível apenas ver que – novamente, quando ignorada as notificações em que não há informação – eram pessoas conhecidas da vítima, descritos como parentes ou indivíduos com quem possuíam relacionamento afetivo atual ou anterior. Esta domesticidade da violência também pode ser corroborada se levarmos em consideração que a maior parte das agressões se deram em local privado (residência), logo o autor da violência era possivelmente um conhecido desta vítima.



A seguir apresentam-se as políticas de atendimento às vítimas de violência sexual a nível nacional e municipal.

## **2.2 A cidade de São Carlos: políticas de atendimento às vítimas de violência sexual**

O Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano de 2012, a partir da norma técnica “Prevenção de tratamento dos agravos resultados da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, novas diretrizes para o atendimento de pessoas em situação de violência sexual, determinando, dentre outras coisas, como deveria se dar a organização da atenção, o apoio psicossocial, as normas gerais de atendimento e demais procedimentos médicos a serem realizados.

É notável a preocupação do MS em, a partir destas diretrizes, diminuir o risco de contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), entre elas, o HIV, bem como uma possível gravidez indesejada decorrente da violência. Pois, o órgão compreende que as consequências deste tipo de agressão vão além de questões físicas, reverberando também na saúde mental dos indivíduos por ela acometidos.

Sendo assim, tem-se a compreensão de que “a nova edição desta Norma Técnica vem atender tanto aos anseios dos(as) profissionais de saúde como da sociedade em geral, pela revisão de condutas e indicações, em consonância com a legislação, as políticas atuais e os avanços técnico-científicos” (BRASIL, 2012, p. 15). Ela visa

garantir o atendimento a pessoas que sofreram violência sexual – independente de sexo, idade, orientação sexual ou identidade de gênero – e representa parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos à saúde decorrentes desta sorte de violência. [...] o processo de acolhimento e orientação profissional tem de ser livre de julgamentos ou valores morais. Desse modo, relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas também por parte dos profissionais é essencial para a condução de uma saúde pública genuinamente integral, universal e igualitária (BRASIL, 2012, p. 15).

Nesse sentido, a norma define que deve ser determinado um local específico, de preferência fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, para a realização do atendimento desta vítima, visando garantir sua privacidade durante a entrevista e os exames. Além disso, coloca como desejável, na medida do possível, a composição de uma equipe interdisciplinar para o atendimento desta, bem como a capacitação e atualização necessária destes profissionais para prestar o atendimento, a partir de oficinas, grupos de discussão, dentre outras atividades, de modo a sensibilizá-los quanto à problemática e compreenderem o

problema como um fenômeno social que produz sérios agravos a saúde de suas vítimas, possibilitando com isto um atendimento mais humanizado (BRASIL, 2012).

Além dessa qualificação, os profissionais devem ser capacitados também a prestar o atendimento de emergência e estarem afinados à norma no que diz respeito às medidas protetoras – profilaxias de IST/HIV e hepatite e anticoncepção de emergência – e a correta aplicação da ficha de atendimento junto às vítimas.

Quanto às normas gerais de atendimento, define que o mesmo deve ser iniciado o mais rápido possível, seguindo fluxos internos de atendimento, com a definição do profissional responsável por cada etapa do atendimento, não devendo deixar de realizar a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, os exames complementares e o acompanhamento psicológico (BRASIL, 2012).

Os casos devem, ainda, ser notificados à Secretaria de Saúde do Município, a partir da “Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”, de modo anônimo, e em caso de vítimas crianças ou adolescentes, uma cópia desta ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, também devendo o caso ser compulsoriamente reportado à polícia, no caso de vítima menor de idade. No caso de vítima adulta, a mesma deverá ser orientada a realizar denúncia, mas esta decisão deverá ser somente sua, não cabendo ao sistema de saúde realizá-la de modo compulsório, como ocorre com a vítima menor.

Quanto ao apoio psicossocial, a norma recomenda que o mesmo seja iniciado desde o primeiro atendimento, se possível, além de fornecer um atendimento continuado junto a profissionais capacitados e sensibilizados ao tema.

Determina ainda a criação de um fluxograma de atendimento para dar maior agilidade e resolutividade ao atendimento prestado, buscando evitar que a vítima precise realizar uma peregrinação entre os locais de atendimento, além de ter de recontar sua história diversas vezes para diferentes profissionais<sup>9</sup>.

Nesse sentido, a norma determina quais exames e medicações devem ser administradas, quanto e quantas doses, alternativas no caso de sensibilidade a algum medicamento, além dos procedimentos específicos no caso de vítimas menores de idade.

No caso de gravidez indesejada decorrente da violência, a norma define também quais são as alternativas legais quanto ao destino da gestação a serem apresentadas as vítimas e/ou

---

<sup>9</sup> Encontra-se em anexo os modelos de fluxograma de profilaxia definidos pelo Ministério da Saúde, além da proposição de Ficha de Registro de Atendimento das Situações de Violência Sexual para os Serviços de Saúde.

seus representantes legais, além de determinar como deve ser realizada a interrupção da gravidez caso seja necessário.

O município de São Carlos segue as diretrizes determinadas pelo MS quanto ao atendimento as vítimas de violência sexual, apesar da estrutura para acolhimento continuado se encontrar fragilizada nos últimos anos. A porta de entrada para o atendimento médico e psicológico das vítimas pode ser qualquer serviço médico de emergência do município, sendo nestes locais onde recebem também o encaminhamento para o atendimento.

De acordo com um dos fluxogramas de atendimento às vítimas de violência sexual disponíveis, certos passos devem ser seguidos para um bom atendimento. Em caso de violência ocorrida nas últimas 72 horas, preconizam que a vítima procure um pronto-socorro, de preferência o da Santa Casa de Misericórdia, onde terá acesso a: 1) avaliação médica com registro de prontuário; 2) coleta e armazenamento de material biológico; 3) sorologia para hepatites virais, HIV e sífilis com verificação vacinal ou aplicação de imunoglobulina anti-hepatite b; 4) anticoncepção de emergência, se necessário; 5) início da profilaxia ISTs não-virais; 6) início da profilaxia HIV; 7) preenchimento de ficha de notificação; 8) notificação ao conselho tutelar caso a vítima seja menor de 18 anos; 9) exame de corpo de delito; 10) orientação para a vítima realizar o boletim de ocorrência; e 11) encaminhamento ao Programa de Atendimento a Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS) para seguimento do atendimento.

Após este atendimento no pronto-socorro, ou em caso de violência ocorrida há mais de 72 horas, a vítima é encaminhada ao PAVAS. Lá, é onde se dará o seguimento sorológico para HIV e hepatites virais, além do seguimento clínico e medicamentoso das ISTs não virais. As vítimas são encaminhadas também, segundo o fluxograma, ao atendimento psicológico continuado, sendo as menores de idade encaminhadas ao Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), para receberem atendimento psicológico especial para a idade.

Aquelas pessoas que foram vitimadas há mais de 72 horas não recebem a profilaxia de emergência, pois a mesma não surte mais efeito sobre o organismo. No entanto, elas têm acesso aos demais exames e formas de acompanhamento médico e psicológico.

Na situação de uma gravidez indesejada decorrente da violência, a vítima é encaminhada à Santa Casa onde deverá dar entrada e realizar o aborto, no caso de gestação de até 20 semanas. Em gestações com mais de 20 semanas, a vítima é orientada a realizar pré-natal e, caso não queira ficar com o bebê, colocá-lo para a adoção, sendo orientada pelo CREAS no procedimento necessário para o mesmo. Se a vítima desejar continuar a gestação e ficar com o bebê, a mesma será orientada a permanecer em tratamento psicoterápico no PAVAS.

Quando esta vítima for mulher e se encontrar em situação de risco, o fluxograma determina ainda que ela seja encaminhada– ao Centro de Referência da Mulher (CRM), onde deverá receber as orientações necessárias para a sua situação.

No que se refere aos medicamentos administrados e exames realizados, todos seguem a norma técnica do Ministério da Saúde e possuem um fluxograma próprio (ver no anexo 2) organizado pela Santa Casa para a sua aplicação.

As principais dificuldades encontradas no município dizem respeito à continuidade do atendimento, principalmente psicológico, pela falta de local adequado para sua realização, bem como pela recente descentralização do atendimento que, há aproximadamente três anos, ocorre em diferentes locais, fazendo com que a vítima tenha que se deslocar constantemente dentro da cidade para receber todos os atendimentos a que tem direito.

O início do atendimento psicológico também é prejudicado visto a ausência de profissionais capacitados para a sua realização no dia-a-dia dos locais de atendimento. Em um dos locais, o atendimento só estava disponível de segunda a sexta, em horário comercial, visto que não havia profissional disponível para atendimento de emergência, sendo assim, ele realizava o atendimento, mas não necessariamente tinha o dever de fazê-lo por não ser parte do setor de urgência e emergência.

Outro problema identificado diz respeito à falta de formação específica para atendimento a vítimas de violência sexual. Segundo alguns profissionais, esta formação nunca foi recebida, alguns relatam apenas que de modo informal, entre seus pares, são orientados a serem discretos e seguirem o fluxograma.

*Não, até o momento não. É só o pessoal mesmo passa a respeito da notificação, como funciona o protocolo e tal, orienta essa questão de deixar a pessoa mais reservada e tudo... mas treinamento mesmo, não. (Enfermeira 9)*

Isto posto, o capítulo seguinte busca compreender quais são as representações dos profissionais de saúde sobre a violência sexual, a partir das entrevistas realizadas.

### 3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM TORNO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Em São Carlos foram procurados dois locais para a realização da pesquisa. O nome das instituições, no entanto, foi preservado para evitar a identificação dos participantes. Ainda, visando manter o anonimato dos profissionais, os mesmos serão identificados a partir de sua formação, utilizando dos seguintes códigos: médico (M), psicólogo (P), enfermeiro (E), técnico de enfermagem (TE) e auxiliar de enfermagem (A).

Ao todo, vinte profissionais aceitaram participar da pesquisa, sendo dezesseis mulheres e quatro homens. Aqui, é notável, a feminilização dos profissionais que trabalham na saúde, área ligada ao cuidado com o outro, papel este que é, muitas vezes, delegado a indivíduos do sexo feminino. Isto ocorre de forma mais acentuada nas formações de enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, em que a relação de cuidado é muito mais próxima, diferente da profissão médica, que é vista como possuidora de poder e *status* social, sendo assim almejada também por homens.

A idade destes profissionais variou bastante. A maioria deles são pessoas na faixa etária de 25 a 35 anos de idade, eram pessoas jovens, poucos foram os que tinham mais de 50 anos. Estes profissionais não foram questionados quanto o seu local de origem, local de formação profissional, se possuíam algum tipo de relacionamento, religião etc.

Fiz esta escolha visando evitar a introspecção dos interlocutores com perguntas tão pessoais, principalmente porque a maioria deles já demonstravam certo receio antes mesmo de iniciar a entrevista. Alguns profissionais pareciam ansiosos para o momento da entrevista, evitavam olhar nos olhos da pesquisadora, se mostravam nervosos ou ressabiados. Esse comportamento, no entanto, não se mostrou presente em todas as entrevistas, alguns outros profissionais também ficaram à vontade comigo, propiciando uma conversa fluída. Em todos os casos a escolha de não os indagar sobre questões pessoais foi mantida, afim de garantir a participação dos mesmos. As informações pessoais que, por ventura, surgiram, foram dadas espontaneamente pelos profissionais.

Isto posto, foi possível observar que a compreensão do que é violência sexual para os profissionais é bastante similar entre todos. Eles compreendem a violência como algo realizado contra a vontade da vítima, que vai muito além do ato sexual, englobando questões de assédio que oprimam o sujeito. Nesse sentido, está presente o entendimento de que é necessário o consentimento do indivíduo para qualquer ação que lhe envolva, seja um beijo, um toque ou o ato sexual.

Quadro 10: Definição da violência sexual.

**E2:** Pra mim é qualquer... um toque, não precisa ser necessariamente o ato, em si, eu entendo que qualquer coisa que me toque, até verbalmente, até... as vezes um jeito que a pessoa fala com você, ou uma palavra, eu acho um abuso sexual.

**E3:** Ah, são todos os maus tratos feitos a qualquer pessoa, independente do sexo, de psicológico, físico. Tortura física, psicológica, emocional, né? Eu entendo como violência sexual. Só de você tá abordando... uma cantada, uma coisa assim que a pessoa se sinta desconfortável, é uma violência, né? Até chegar ao ato mesmo, dito, propriamente dito.

**E4:** (...) é uma agressão, é... não só que engloba o sexo, mas assim... é... pode ser verbal, pode ser só... um sinal de malícia... é isso.

**E5:** Pra mim violência sexual é toda agressão que existe contra uma mulher, assim... é... um beijo roubado, um toque que não foi autorizado, é uma violência.

**E7:** Pra mim já começa desde o assédio moral. Entendeu? Porque... pode... por mais que não tenha envolvimento físico, mas as vezes o jeito como você fala... pra mim isso já é um abuso. Entendeu? Porque eu posso me sentir ofendida, dependendo do jeito que você me falar, se for uma palavra meio ofensiva... ou do jeito que for me abordar. Dependendo de como for... então, pra mim, daí já... já é um abuso.

**E9:** É... violência sexual? É... pelo menos assim, o que chega pra gente, é qualquer tipo de abuso, de contato, né, físico, que a pessoa se sinta agredida e que tenha... assim, não sei, acho que entra tanto com relação sexual quanto se for apenas, assim, uma agressão que a mulher se sentiu... ou mesmo o homem né. Homem com homem, ou criança, que aqui as vezes a gente também recebe.

**TE5:** Uma violência sexual é você... você... alguém cometer um ato que você não queira no momento, é uma violência. Não só fisicamente, as vezes verbal também. (...) Até a forma da pessoa falar tá te... uma violência sexual pra mim.

Fonte: elaboração própria a partir das entrevistas.

Esse entendimento vai ao encontro da definição de violência sexual do Ministério da Saúde (2001) como toda ação “na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação” (BRASIL, 2001, p. 17).

A maior parte dos profissionais com essa compreensão de violência sexual é de mulheres jovens, na faixa etária de 25 a 35 anos. Segundo dados do Ipea (2014), indivíduos do

sexo feminino representam 88,5% dos casos notificados de estupros no Brasil, sofrendo essa violência de forma mais acentuada na infância. No entanto, ainda adultas elas estão sujeitas não só ao estupro, mas a toda uma sorte de abusos sexuais, desde um assédio moral, falas de caráter sexualizado, toques indesejados, beijos não consentidos. Estas práticas estão presentes, inclusive, na fala dos profissionais, como algo que em algum momento já ocorreu com eles.

Assim, sendo elas, as mulheres, as principais vítimas desse tipo de violência, faz sentido a compreensão da violência como algo contra a sua vontade ser tão clara pois, talvez, enquanto indivíduos do sexo feminino, já sofreram algum tipo de assédio ao longo de sua vida. Sendo mais suscetíveis a empatia.

Essa violência está tão presente na vida das pessoas que, apesar de apenas 10% dos casos chegarem as vias da denúncia (CERQUEIRA; COELHO, 2014), no universo de vinte profissionais entrevistados, um deles relatou ter sido vítima de violência sexual ainda na infância, abuso este que, segundo o profissional, causa repercussões até hoje em sua vida, seja nos seus relacionamentos amorosos ou na forma como lida com seus filhos.

É recorrente na fala dos entrevistados que as principais vítimas da violência sexual são indivíduos do sexo feminino, variando apenas a percepção da faixa etária destas. Enquanto uns afirmam existirem mais mulheres adultas que são vítimas, outros dizem serem crianças as mais afetadas pelo problema.

Esta informação converge com os dados disponibilizados pela SSP-SP, onde a maior parte das vítimas pertencem ao sexo feminino, com um número maior de crianças vítimas de abuso realizando a notificação em São Carlos. Quanto aos dados nacionais, o perfil encontrado também é de criança do sexo feminino (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

No entanto, é preciso deixar claro que o maior número de notificações em casos de crianças pode ser enviesado pelo caráter de obrigatoriedade da denúncia quando as vítimas são menores de idade. Esta é, também, uma questão levantada por um dos profissionais, corroborando que para além dos dados das denúncias realizadas, o número de casos tende a ser muito maior por causa da não-denúncia.

*[...] esse dado, ele é corrompido, porque com [a] criança a gente sabe de alguma coisa por obrigação de lei a gente tem que denunciar. Então, aparece muito mais, entendeu? Mas as mulheres [...] Muito difícil, elas chegam a denunciar quando existe uma obrigação, que nem a profilaxia, que existe um fluxo no Município há 13 anos, né? Então, “antes de 72 horas, vai pro SMU da Santa Casa fazer a profilaxia...”, então, mas não é a obrigação de denúncia, entendeu? Então, as vezes segue tratamento, recebe atendimento, mas não denuncia. Agora, na questão da criança e do adolescente é aquilo que eu te falei: é obrigação de lei, então, ninguém fica quieto. Agora, a mulher*

*adulta, ela tem a opção de denúncia. A gente pode recomendar, a gente pode encaminhar, mas muitas não realizam, por quê? Porque grande parte desses agressores são parceiros íntimos. Então, ou é familiar, ou é vizinhança ou é o próprio marido. (Psicóloga 1)*

Uma das profissionais relatou, também, existirem vítimas LGBTIs, apesar de ao longo do exercício da profissão ter atendido poucas vítimas de violência. Os LGBTIs são vitimados por inúmeros tipos de violências, sejam elas físicas, psicológicas ou sexuais etc., ao longo de sua vida, principalmente pelo caráter transgressor que eles normalmente representam, sendo vítimas de chacota, piadas de cunho homofóbico, outras formas de violência, muitos casos culminando na morte destes indivíduos (CARDOSO; FERRO, 2012).

Segundo Cerqueira e Coelho (2014), indivíduos do sexo masculino, apesar de também serem vitimados na vida adulta, sofrem esse tipo de violência com maior frequência na infância (CERQUEIRA; COELHO, 2014). No entanto, é preciso levar em conta a questão cultural envolvida, como relatado por um dos profissionais, visto que homens adultos quando vítimas de violência sexual, tendem a não denunciar por causa das questões culturais e de poder, eles sentem vergonha por serem vítimas desse tipo de violência e acabam por não procurar atendimento ou realizar denúncia.

Os homens são, ainda, os principais agressores em casos de violência sexual, dado este que converge com pesquisas realizadas sobre o tema (CERQUEIRA; COELHO, 2014; ABSP, 2018). Isto ocorre, de modo geral, por homens serem socializados de forma a se entenderem como indivíduos dominadores, possuidores de poder sobre o corpo dos outros, principalmente no que diz respeito as mulheres – que, por sua vez, são socializadas para se comportarem de forma oposta aos homens. Dessa forma, as diferenças são transformadas em desigualdades, gerando violências que afetam as mulheres de uma forma distinta dos homens, devido a uma cultura de supremacia masculina presente na sociedade.

É quase unânime o reconhecimento de que a violência ocorre majoritariamente dentro de casa, sendo os principais agressores pessoas próximas da vítima, sejam familiares, conhecidos, companheiros e ex-companheiros etc., apesar de alguns casos terem como agressor indivíduos desconhecidos pela vítima.

*[...] mais criança que são vítimas, que vem pra gente. A maioria é criança e do sexo feminino. [...] Pelo histórico que a gente colhe, assim, mais é... são pessoas da família mesmo, que cometem. Conhecidos da família, as vezes da própria família. Geralmente são conhecidos... pouco dos que, assim, eu atendi, foi de desconhecidos. (Enfermeira 4)*



*[...] É... crianças, alguém... padrastos, alguém da família, primos, é... normalmente alguém ligado a família, bebês, vamos dizer assim, ou crianças um pouco menor, alguém que normalmente acaba sendo parte da família, ou... ou alguém muito próximo a família que conhece a criança. [Quando é adulto] se inverte, é mais desconhecido... normalmente é festa de estudantes, essas coisas assim. (Enfermeira 5)*

O fato de haver relação/vínculo com o agressor impede, por exemplo, a continuidade da denúncia, visto que o possível convívio entre vítima e agressor gera uma situação de conflito a qual a vítima deseja evitar.

Esta informação também aparece em pesquisa de Vargas (2008), na qual é possível constatar que estes também são os casos em que a retirada da denúncia é realizada em maior número, diferente das denúncias realizadas contra agressores que não pertencem ao círculo social ou familiar da vítima.

A nível nacional, dentre as notificações realizadas, quando a vítima era uma criança, na maior parte das vezes esse agressor era do seu convívio, muitas vezes o próprio pai, padrasto, tio, avô ou algum parente que convivia com a mesma. Isso, no entanto, vai se modificando ao longo do crescimento da faixa etária, pois as mulheres adultas – apesar de ainda serem vítimas de violência sexual por parte de parentes e conhecidos – notificam com mais frequência as violências sofridas por desconhecidos.

A percepção dos profissionais é tão enviesada quanto os dados das pesquisas, visto que tudo depende do ponto de vista. Enquanto os profissionais criam sua compreensão de quem são as principais vítimas a partir, principalmente, dos atendimentos prestados, nas pesquisas estas informações são obtidas a partir das notificações, gerando um dado corrompido, visto que parte dos casos não chegam a ser denunciados (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Também é recorrente, no caso dos serviços de saúde, o abandono do tratamento, que a princípio deveria ser de pelo menos seis meses, contando com atendimento psicológico. Entretanto, na maioria das vezes, as vítimas não chegam ao atendimento, e dentre as que chegam, poucas completam seis meses.

*O prazo que a gente vê é de 6 meses de continuidade, no máximo um ano. Mas vamos pensar em 6 meses, elas descontinuam o atendimento. Por vergonha, por medo, por negação, não querem mais lidar com o assunto da violência. [...] Então, elas tem uma continuidade maior no atendimento aqui [...], que é o programa de atendimento das vítimas de abuso, mas geralmente a média é 6 meses. (Médica 1)*

Além disso, estes profissionais reconhecem a dificuldade de denúncia em casos que envolvem parentes, familiares ou conhecidos. Relatam que nessas situações, sejam crianças,

adolescentes ou mulheres adultas, a denúncia não ocorre por medo, por vergonha, porque precisam financeiramente do abusador – quem sofreu a violência ou o responsável pela vítima.

*É verdade. Assim, não são todas as famílias que denunciam, justamente porque os agressores fazem parte daquela formação familiar. Então, eles não denunciam por medo, por vergonha, porque precisam financeiramente de seus gestores. E é verdade, muitos deles quando entram com a denúncia, depois de um tempo retiram a denúncia por essas causas que eu acabei de citar. (Médica 1)*

*[...] na questão da criança e do adolescente é aquilo que eu te falei: é obrigação de lei, então, ninguém fica quieto. Agora, a mulher adulta, ela tem a opção de denúncia. A gente pode recomendar, a gente pode encaminhar, mas muitas não realizam, por quê? Porque grande parte desses agressores são parceiros íntimos. Então, ou é familiar, ou é vizinhança ou é o próprio marido. (Psicóloga 1)*

### 3.1 Causas e consequências

Quanto às causas da violência sexual, os profissionais deram diferentes explicações para a ocorrência do agravo, desde a negação de que existe uma causa específica, o comportamento da vítima, falta de cuidado do adulto (quando as vítimas são crianças), falta de orientação, ausência de formação de gênero<sup>10</sup> (no caso dos agressores), índole, machismo, problemas psíquicos, vícios e a situação de vulnerabilidade da vítima.

Dentre estas explicações, as mais recorrentes foram vulnerabilidade e problemas psíquicos, que se confundia, na maioria das vezes, com índole.

*[...] não teria uma causa, uma justificativa. O cara simplesmente abordou ela meio dia e atacou ela, no caso dele. Tipo assim, ela nem teve tempo de... foi uma rua escura e... escura não, rua deserta, né. Conforme ela me contou. Então não tem assim, um... e não justifica, as pessoas falam assim “ah, a roupa da pessoa”. Não, era um dia meio frio, ela tava de calça, blusa, então eu acho que roupa também não justifica e você ser atacado com violência. Mas... ela tava com uma roupa normal e ele atacou ela em pleno dia, era meio dia, a hora que ela falou que foi atacada. Eu acho que sai da pessoa, índole da pessoa de que já sai de casa, por exemplo, pra fazer isso, cometer isso. [...] Então eu acho, nesse ponto, eu acho que é doença, eu acho que não tem uma explicação, assim, plausível, pra você falar assim “Ah, não, coitadinho. Ele abusou, mas ele não...” Não, ele sabia. Porque ele vai premeditando, ele vai pegando a confiança da criança, porque criança se ela não gostar, ela sai berrando, sai gritando, não fica com você né... Mas a maioria dos casos que a gente ouve, a pessoa tratava bem, a pessoa isso, a pessoa aquilo. Então...*

<sup>10</sup> Os profissionais que relataram “ausência de formação de gênero” por parte dos agressores, o fizeram no sentido de ensino do respeito as mulheres enquanto indivíduos, seres humanos, sujeitos de direitos etc. Esses profissionais afirmavam existir uma socialização diferente para homens e mulheres, e essa “formação de gênero” transformaria diferenças em desigualdades, formando homens que subjagam mulheres por serem socializados acreditando que são superiores, física e intelectualmente, a elas.

*eu acho que, nesse caso, a pessoa é meia doente, sim. Meia não, inteira né. Por que como que você vai ter atração por uma criança? (Técnica de enfermagem 1)*

*[...] creio que é a má índole do agressor. Eu acho que não tem classe social, não tem... não tem nada. Eu acho que é a pessoa que já... que é ruim. Eu creio que não seja por ser negro, por ser pobre, não. É qualquer um que... que pode afetar alguém, pode machucar alguém. [...] Por que tem dentro de casa. Tem pai que mexe com filho, com filho biológico. Padrasto, primo... não tem como prevenir. É a índole do agressor mesmo. [...] algum distúrbio que a pessoa tem, né? Por que não é possível, né. (Técnico de enfermagem 3)*

*no meu conceito. Isso aí é pessoa que tem a cabeça fora do lugar, por que tipo, você abusar de um... de uma criança, tipo, isso é muito absurdo. Entendeu? Você pegar uma mulher a força? Não tem nem nexa. Pra mim é... é um problema mental, no meu conceito. (Técnica de enfermagem 4)*

*Pra mim é... psicossocial, psicológico... a pessoa que tem um certo transtorno, né? Igual da outra vez que eu tinha falado pra você, pelo o que a gente acompanha... de três pessoas, duas tem problemas psiquiátrico. Então eu acho que acontece muito devido a isso. (Enfermeiro 11)*

Essa compreensão se confunde de forma recorrente na fala dos profissionais, atribuindo a causa da violência a um fator muito mais mental do que social, diferente da explicação devido a “vulnerabilidade” do indivíduo, onde o fator social possui um peso maior.

Esta ligação a um possível problema psíquico do agressor também se fez presente em estudo de Cavalcanti (2004), em que se observou que os profissionais concebiam a sexualidade masculina como um “imperativo biológico”, como se fosse um “distúrbio”, pelo qual os homens teriam dificuldade de conter seus desejos (CAVALCANTI, 2004).

Quando abordavam a questão da vulnerabilidade da vítima, muitas vezes se referiam às vítimas crianças, colocadas em situação de vulnerabilidade pelo seu cuidador. Segundo a fala dos interlocutores, são questões sociais, tais como desemprego dos pais, falta de assistência para a mãe que trabalha, falta de cuidado do adulto com a criança, de orientação, exposição a situações de perigo etc., que levariam esse cuidador a deixar o menor exposto a possíveis abusadores.

*Ah, é complicado dizer, assim, pra você... Eu acho que um pouco de algo, assim, entre os parentes... eu vejo muito também é que o pai só cuida, ou a mãe só cuida e não tem o outro. Ou é a avó e os pais não estão, por N motivos. Eu vejo... não é um núcleo familiar pai e mãe e a criança, sempre tá assim... as vezes também a tia, por que os pais não estão. [...] Ela só tem um cuidador ou aquele que, talvez, não é a mãe... ou é a mãe e a mãe tá sobrecarregada com os outros filhos, e aí acaba também, assim, não dando aquela atenção, né... 24 horas e deixa, talvez, pro mundo criar né... Por que eu vejo muito que*

*é o coleguinha, que é um cuidador, eu digo cuidador parente, né. Eu vejo muito isso. (Enfermeira 1)*

A pobreza, por si só, não é uma causa da violência sexual, mas ela pode ser um dos fatores que tornam determinados indivíduos mais vulneráveis que outros. Segundo Souza (2012), lares onde residem a família extensa são comuns entre a classe trabalhadora, a ausência de privacidade também é comum, a carência de creches faz com que as mães necessitem deixar seus filhos sob os cuidados de vizinhos e parentes etc. (SOUZA, 2012), um conjunto de fatores que podem vir a deixar os indivíduos, principalmente as crianças e adolescentes, mais vulneráveis a situações de abuso sexual.

As mulheres, especialmente, são estimuladas [...] a um início prematuro da vida sexual, permitindo que sejam facilmente instrumentalizadas sexualmente pelos pais, padrastos, tios, irmãos mais velhos etc. (SOUZA, 2012, p. 46)

Identidade de gênero da vítima também é, por si só, um fator de risco. As mulheres são recorrentemente vítimas de violências que envolvem seus corpos, sua liberdade e sexualidade. Vitimadas em maior número que os homens durante a infância por violência sexual, sendo também as principais vítimas de violência sexual na vida adulta.

Alguns poucos profissionais, ainda, apontaram como possíveis causas dessa violência o comportamento das vítimas, quanto a formas de se portar ou atitudes que poderiam evitar que a violência tivesse ocorrido.

*[...] gente observa que as pessoas também se... principalmente as meninas em fase escolar, na faculdade, elas não são tão assim... Eu não sei, acho que vai muito da criação de casa e da família... dessas meninas como se comportar. O comportamento delas, então eu acho que tudo isso ajuda a... tem probabilidade de ter mais, entendeu? O homem... Eu quero dizer assim, uma menina mais levada, mais assim... a roupa dela, o traje de roupa que ela usa. Não que justifique, não é isso. Só que eu acho que tudo é uma... [...] E os casos que eu observei, normalmente, assim, eu fico observando, eu vejo assim: talvez se essa menina fosse um pouco mais, né? Na educação familiar, tivesse tido mais orientação, tivesse tido é... Porque não é proibição que eu falo, não é esse jeito de proibir, mas no jeito de orientar ela: como se portar, como se vestir, né? (Auxiliar de enfermagem 2)*

*Agora, tipo, nesses casos que eu te falei... eles chegam aqui falando de festas de faculdade, talvez, não sei, se não tivesse dando bola, se não tivesse lá na festa, se não tivesse do jeito que eles chegam aqui... entendeu? Bêbados e... usando drogas, não sei. Eu não to falando que é por-causa-disso, não. Mas, será que se você não estivesse nesse estado, não seria menos vulnerável? Entendeu? (Técnica de enfermagem 4)*

*É, assim... os cuidados, no caso, eu acho que os dois casos, eu achei... o último agora, por que os dois suspeitos eram morador de rua, ela na verdade era pra tá dentro do curso e ela não estava. Ela tava fora com as amigas... as amigas*

*foram embora e ela retornou sozinha, como se estivesse saindo do curso pros pais buscar ela. Na verdade, nesse percurso todo ela foi sozinha... então, talvez, se tivesse dentro da sala de aula, talvez... talvez não, ia acabar não acontecendo. (Técnica de enfermagem 5)*

O discurso de culpabilização da vítima vai ao encontro da compreensão do senso comum – onde concepções machistas são recorrentes – de que mulheres deveriam saber se comportar (e portar) para não serem vítimas de violências, sejam elas sexuais, domésticas, dentre outras.

Estes mesmos profissionais, ao tempo que apresentam causas para a violência que culpabilizam a vítima, também apresentam discursos temendo se tornar uma vítima dessa violência. O que, de certo modo, é contraditório, pois eles teriam que crer que um dia podem quebrar alguma “regra”, se comportar de forma “errada”, e também serem vitimadas.

*É, preocupação. Muita preocupação. Entendeu? Por que a gente tá no mundo, pode acontecer com a gente, pode acontecer com os nossos, entendeu? Eu sou uma pessoa, assim, eu não acredito nessa frase de “ah, ele não sabe o que tá fazendo”. Não defendo isso ai, não. Então... é um ato que eles fazem que pode acabar com muita vida. (Técnica de enfermagem 4)*

*[...] É uma mocinha, igual minha filha, tá saindo do cursinho também. E ai, se fosse minha filha? Então a gente se põe no lugar da mãe, se põe... então a gente tenta ter uma cabeça em ordem, pra gente também não, “não vão atrás”, por que a gente fica com vontade mesmo. Passa na cabeça, “meu deus, como é que é esse andarilho, quem é que esse...” Não, a gente tenta não botar pilha na coisa, né? [...] Pode acontecer com a gente também, da gente tá saindo, nossa... mulher. Nem uma criança, um menino, a gente dá um... passa na cabeça, um filme, assim... nossa, mas por que, né? O mundo tá muito cruel, né. Mas, infelizmente, estamos propícios, né? (Técnica de enfermagem 5)*

Porém, também houve profissionais que ligaram as causas da violência com questões culturais, fazendo alusão às diferentes formas de socialização feminina e masculina, presentes na sociedade brasileira.

*[...] eu acho que de menina na rua, é infelizmente a cultura que a gente tem ainda, né? De tá sozinha na rua a noite e o cara... mal caráter não pensa duas vezes, né? [...] Ah, eu acho que forma, é uma questão que é assim... tem formas, mas eu acho que é muito difícil ainda, por que eu acho que é muito cultural, então é acho que é uma coisa que com o tempo, talvez, o ensinamento desde criança pra que essa cultura mude e... que isso se torne uma coisa que todo mundo entenda que não é o certo, né. Mas eu acho que isso é bem difícil. (Enfermeira 9)*

Não se observou nenhuma relação entre idade ou formação na diferença entre culpabilizar a vítima pela violência ou atribuir sua causa a questões culturais. Todas foram

profissionais mulheres, parte delas jovens, com formações distintas, seja de enfermeira, auxiliar ou técnica de enfermagem.

Aqui, o que pode formar essa ideia de “causas da violência” nestes profissionais são suas socializações, o percurso pessoal de cada um, para além do ambiente do trabalho que vivem.

Pelo fato de que as condições diferentes de existência produzem *habitus* diferentes, sistemas de esquemas geradores suscetíveis de serem aplicados, por simples transferência, às mais diferentes áreas da prática, as práticas engendradas pelos diferentes *habitus* apresentam-se como configurações sistemáticas de propriedades que exprimem as diferenças objetivamente inscritas nas condições de existência sob a forma de sistemas de apreciação necessários para identificar, interpretar e avaliar seus traços pertinentes, funcionam como estilos de vida (BOURDIEU, 2007, p. 164).

Nesse sentido, o *habitus* incorporado ao longo da sua vida, a partir de diferentes pontos de partida, é, provavelmente, a explicação para uma mesma geração de pessoas do mesmo gênero possuírem explicações distintas sobre um dado fenômeno. No que diz respeito às consequências, os profissionais são unânimes em afirmar que elas são inúmeras, sempre aludindo a “um grande trauma” na vida da vítima. Um dos profissionais (Médica 1) vai além e se refere diretamente às consequências físicas, afirmando que para estes problemas “graças a deus” existe um fluxo de atendimento que auxilia na prevenção de ISTs/HIV ou uma gravidez indesejada.

*As sequelas físicas, graças a Deus, existe uma consciência, são 15 anos atendendo abuso sexual no município, depois de muita luta, muita conversa, muita capacitação, o fluxograma, ele acontece. Então, nas UBS e nas emergências, todo mundo sabe, paciente internado na Santa Casa independente da gravidade da lesão. Desde os casos onde a mulher sofreu um traumatismo craniano, alguns casos mais leves. Por que que elas são internadas? Isso é um pacto que nós fizemos. Porque elas precisam receber os medicamentos, principalmente contra as DSTs [ISTs]. E ficando de 24 a 72 horas, elas iniciam toda a propedêutica. (Médica 1)*

As menções as consequências físicas, no entanto, são poucas. A maioria dos profissionais se refere aos traumas psicológicos como a consequência mais recorrente dentre as vítimas de violência sexual.

*Dado negativo: sequelas emocionais, psíquicas muito importantes que vão acompanhar essa vítima pelo resto da vida. A gente tem um trabalho de acompanhamento psíquico com elas, com a psicóloga, tanto infantil quanto a de adulto. Mas elas voltam para a sociedade, voltam para suas escolas, muitas se casam, tem um relacionamento. Mas, muitas delas apresentam crise*

*de depressão e pânico que perduram muitas vezes por muito tempo, elas melhoram e depois deflagram com uma idade mais adulta. (Médica 1)*

*Ah, é trauma, um trauma... uma coisa assim, um trauma, uma dor, para quem. Eu imagino que para quem sofreu, e tanto para família, fica uma dor assim que não.... que ela ameniza, mas ela não some, jamais ela vai sair. (Auxiliar de enfermagem 2)*

*Ah, eu acho que é bem desastroso, pra mente da pessoa... eu acho que é uma coisa que você vai carregar pro resto da vida. Então tem que ter uma ajuda, por que... é uma coisa que foi feita contra a sua vontade, alguém violou o seu corpo que, pra gente... pelo menos pra mim é uma coisa sagrada, que é seu, você faz o que você quer, não o que os outros querem que você faça. Eu acho que tem que ter um acompanhamento sim, tem que ter uma ajuda, por que... se fosse eu acho que eu ia ficar meio doida. (Técnica de enfermagem 1)*

*Ah, deve ser um tormento psicológico gigante. Eu não consigo nem... nem imaginar o que uma pessoa que sofreu um abuso, eu... tenho pânico disso. Eu sempre falo que nós mulheres sofremos mais por que, o homem se acontece alguma coisa, um assalto, uma coisa... ele apanha. A gente apanha e é abusada sexualmente, então eu não... não sei nem mensurar. Acho que deve ser uma coisa... não sei, eu acho que fica com nojo de tudo, eu... pelo menos, o que a gente vê na televisão o que as mulheres relatam, né? Que fica com medo, fica com nojo, que muitas vezes... ou se tem um parceiro, pode acontecer, de ficar mesmo com ele... Deve ser uma coisa pavorosa. (Enfermeira 2)*

*Pra pessoa que foi violentada, eu acho que... abala muito o psicológico, né. A pessoa não consegue mais viver, é... 100% como antes. Apesar de fazer tratamento, fazer acompanhamento, eu acho que sempre tem esse trauma, esse medo de contar, é... alguns pacientes que eu atendi, já teve assim... é... crianças que não queriam atendimento de homens, então (eu) não conseguia fazer atendimento com ela. Por medo, né, por que ela tinha medo de acontecer alguma coisa. Então, assim, (eu) acho que esse trauma por mais que a pessoa faça acompanhamento sempre vai ter. Sempre vai ter esse bloqueio, né, com a pessoa que seja do mesmo gênero do abusador. Eu acho que a principal consequência é esse trauma, esse medo que a pessoa leva pro resto da vida. (Enfermeiro 8)*

Em estudo de Cavalcanti (2004), esta ideia de trauma psicológico também aparece, mas sob o signo de “sofrimento”, em que a violência deixaria uma marca na vítima (CAVALCANTI, 2004). Travassos (2013) também encontrou esse entendimento das consequências da violência sexual como um trauma psicológico, em que este trauma é visto como algo que se faz presente durante toda a vida do indivíduo (TRAVASSOS, 2013).

Os traumas psicológicos são devastadores na vida das vítimas. Segundo Baigorria *et alii* (2017), indivíduos abusados sexualmente tendem a apresentar problemas de saúde mental associados a violência sexual, com casos de angústia psicológica, trauma psicológico, episódios de depressão etc. (BAIGORRIA *et al.*, 2017).

É possível observar na fala de um dos profissionais – que relatou ter sido vítima de violência sexual na infância – a problemática das consequências psicológicas do abuso.

*então eu falo que as consequências são muito difíceis, principalmente por que eu era criança. Então você passa por medo de contar pra mãe, ah... medo... você... eu falo que pela faixa etária, você fica muito triste, você fica chocado. Porque quem era pra você confiar, seu mundo cai... você não tem. E aí pra uma criança, a fase até ela conseguir diluir isso e superar, é muito difícil. Se consegue com apoio, sozinho? Não consegue, tá? Precisa realmente de um apoio maior. Ahn... eu não tive. Assim, eu não tive, então até hoje algumas coisas relacionadas ao meu relacionamento hoje, eu sofro por algo que eu tive no passado, que me bloqueia, que não é tão bom ou tão natural como deveria ser. Inclusive os medos que você tem que com os seus filhos... você passa a não confiar mais nas pessoas. Então eu tenho muita dó de quem passa por um processo desse... eu falo que graças a deus tem que pessoas que eu vejo que ficam muito piores do que eu fiquei, mas eu vejo que... é muito triste, é dolorido. Mesmo você tendo sofrido uma agressão, você mesmo se... não é que você se pune, mas você busca os porquês que você não encontra. (Enfermeira 10)*

As consequências da violência sexual, principalmente no que se refere a crianças e adolescentes, podem gerar problemas como dificuldade de concentração e memória, isolamento, sentimentos de medo, tristeza, raiva e comportamentos agressivos (PELISOLI; PICCOLOTO, 2010). A confusão de sentimentos gerada por episódios de violência é comum nas falas dos profissionais, inclusive na fala do profissional que foi vitimado na infância.

Quando questionados sobre como prevenir a violência sexual, os profissionais afirmam “não existir uma forma de prevenir” ou se referem a uma “orientação”, no sentido de educar o indivíduo para o respeito ou para reconhecer os primeiros sinais de violência e assim evitá-la.

*Fica difícil você falar “se os pais, se a mãe tivessem...”, porque é tão envolvente, é... as vezes é amigo com outro amigo, um amigo maior, entendeu? Que acaba, é... cometendo esse ato com uma outra criança. Até a criança falar com a mãe, entendeu... descobrir, também leva um tempo. Eu não sei qual seria a forma de... de abordar uma criança, por exemplo. Ah... no caso adulto, o adulto fala. O adulto, ele... ele mostra numa situação de medo, ele aponta o que tá acontecendo, mas com relação a criança eu acho muito difícil... até você chegar, tem que ter muito tato pra você chegar com uma criança. A não ser depois que aconteceu, aí você vai atrás, mas até você conseguir chegar nessa criança pra saber o que aconteceu? É difícil. (Enfermeira 5)*

*Assim... eu penso que sempre a gente tem que tá falando, principalmente com as crianças, criança pequena, né... quando eles já conseguem entender, não deixar gente estranha... né? Pôr a mão em tal lugar, dar uma orientação. É o que pode ser feito. Mas evitar, evitar, mesmo, assim... Ah, no meu ponto de vista, eu acredito que não. (Enfermeira 7)*



*Eu acredito que não, né... por que, por todos esses tipos de campanhas que são realizadas, incentivos e... continua chegando, né, é um pouco difícil. É difícil entender a mente humana, né. As pessoas são um pouco complicadas (Enfermeiro 11)*

Quando afirmam que uma “orientação” seria o meio de prevenção, em algumas das entrevistas essa orientação possui o sentido de uma “melhor educação” e é citada de modo genérico, sem ligação as questões de gênero envolvidas, ou a fatores sociais que deixam essas crianças, adolescentes e mulheres em situação de maior vulnerabilidade. Em outras, os profissionais fazem essa ligação ou ainda afirmam que essa orientação deve ser dada por parte dos cuidadores, no caso das crianças.

*Acho que por conta de não saber que aquilo é errado, que o mostrar o corpo é errado. Por que normalmente ela, ah, vai tomar banho, é a mãe que dá o banho, então ela expõe muito o seu corpo pro pai, pra mãe que vai dar banho, pro vô. Ai quando ela expõe o corpo pra alguém que vai te machucar ela acha que isso é, entre aspas, o normal, né. Então é importante que a mãe fale “olha, a mãe, o pai, pode ver seu corpo mas não outras pessoas, é errado” e só com essas palavras já... a criança já ia ver, “nossa, é errado. Mas então por que a outra quis me ver ou quis me tocar diferente? Se não era meu pai, minha mãe que tava ali comigo”... É complicado (Enfermeira 1)*

*Eu acho que deveria ter mais orientação. [...] Para a família. Na escola, para eles também, para eles ficarem orientados. E ter menos, né? [...] Tinha que ter mais orientação. (Auxiliar de enfermagem 1)*

*Com a educação, com o respeito as diferenças de gênero. Isso vem nas... educação que eu digo é nas escolas e dentro de casa. Há uma necessidade muito grande da gente rever a educação no nosso país, colocar esses conceitos dentro da escola no intuito de formar cidadãos, que tenham a consciência plena do respeito às diferenças de gêneros, com respeito aos seus gêneros. Isso, só dessa forma, é que a gente vai conseguir prevenir a violência. (Médica 1)*

Há, ainda, alguns profissionais que se referem às questões culturais presentes na sociedade brasileira, afirmando que modificações delas poderiam prevenir a violência.

*Ah, eu acho que forma, é uma questão que é assim... tem formas, mas eu acho que é muito difícil ainda, por que eu acho que é muito cultural, então é acho que é uma coisa que com o tempo, talvez, o ensinamento desde criança pra que essa cultura mude e... que isso se torne uma coisa que todo mundo entenda que não é o certo, né. Mas eu acho que isso é bem difícil. (Enfermeira 9)*

*[...] vem da que nem eles falam cultura do estupro, eu acho que assim, que vem de ensinar já, por que muito caso, você vê em festinha, o cara embebeda a menina pra sair com ela. Então... vamos ensinar a respeitar, ó... não é não,*

*por que muita gente tem mania, eu já fui em festa e tal, se você fala não o cara continua insistindo e pega no seu braço... eu odeio isso, você quer me deixar louca é você pegar no meu braço e falar “não, vamos conversar”. Se eu to falando não, é não, né? Então... eu acho que seria mais da educação mesmo. Não é assim, eu acho que é que nem eles falam, vamos ensinar os homens as respeitarem as mulheres, a prevenir, do que pensar assim “ah, é estupro, então vamos, castração química, não sei o que lá”. Muitos casos, pode ser de doença, a pessoa já tem aquela mente, mas em outros casos que a gente vê falar, é... a pessoa cria oportunidade, que nem eu falei pra você, o cara embebeda a menina pra sair com ela. Como assim a menina bêbada, caída ali, você vai aproveitar da situação? Então eu acho que tem que... conscientizar as pessoas, explicar melhor, sei lá, e... não deixar acontecer chegar nesse ponto. (Técnica de enfermagem 1)*

Enquanto outros mantiveram o discurso de culpabilização da vítima, afirmando que a prevenção partiria do ensino de “saber se portar”.

*Ajuda a prevenir. Porque eu acho assim se uma menina começa a se insinuar muito também, né? Então, tem tudo isso. Então, eu acho que na conversa, na sociedade, onde quer que ela esteja. Ela tem que saber se portar, conversar, né? Até onde ela pode ir, até onde ela não pode. Então, isso vem tudo de onde? Lá atrás, na escola, na casa, né? Na família, na escola, na adolescência dela ali na escola e depois vai indo, né? Eu acho que é um processo, né? (Auxiliar de enfermagem 1)*

Por um lado, o apontamento da educação é positivo, pois a educação tomada em sentido *lato* é uma solução possível. Em uma das entrevistas foi citada a participação da escola na prevenção de abuso sexual infantil, o que é um bom apontamento porque passa necessariamente pela discussão de sexualidade. Por outro, é possível perceber que o entendimento do que é educação não passa pela discussão de gênero para alguns destes profissionais.

Enquanto fenômeno complexo que é, a violência sexual apresenta várias facetas e se mostra de difícil compreensão para os profissionais, seja no que diz respeito as causas e/ou consequências. Nesse sentido, as “mudanças no campo da violência no Brasil, significa combinar a atuação no campo macro-estrutural, nas questões conjunturais que expressam problemas estruturais, nos problemas de ordem cultural e nas relações interpessoais, no âmbito privado e público” (MINAYO; SOUZA, 1999). A prevenção passa não só pelo serviço de saúde, mas pela comunidade, escola e família, agindo em conjunto para conscientizar a população e criar uma cultura de não-violência.

### 3.2 Atendimento a vítima de violência sexual

Foi possível observar uma maior fluidez na entrevista quando o assunto deixou de girar em torno de opiniões pessoais, como o que eles entendiam por violência sexual, e passou a ser questionado como se dava a prática desses profissionais no seu local de trabalho.

Os profissionais entrevistados demonstram conhecer bem o fluxograma de atendimento que ocorre desde a chegada das vítimas no local, explicando – uns com uma riqueza de detalhes maior do que outros – quais as medidas que são tomadas para auxiliar esta vítima, bem como quais protocolos devem ser seguidos para iniciar o tratamento do agravo.

*Eu sei que tem um protocolo que a gente... ai vai preencher, ah... tem uma notificação que a gente preenche, coleta os exames, ai quando é desconhecido, normalmente... um abuso de desconhecido, a pessoa, sei lá, foi embora e a pessoa não sabe quem é, então vai entrar com todas as medicações. Não é fácil, por que são medicações que trazem consequências, principalmente vinte e oito dias de remédios fortes, então... não é fácil. [...] São vinte e oito dias de medicação e... quando você não sabe quem... quem fez o ato, tem que tomar de qualquer forma e ai são náuseas, teve uma funcionária nossa que tomou também, não devido a abuso, foi por que se perfurou e o paciente era HIV positivo, e ela falou que não sabe nem explicar... são dois remédios por dia durante vinte e oito dias. É bastante tempo. (Enfermeira 2)*

*[...] eles vão ali na recepção por trás ali e faz a ficha administrativa, isso cai lá no consultório médico. Enquanto isso a gente já isolou o paciente na sala 7, né, o médico vai na sala discretamente examinar, ai depende... ele examina, ai o que a paciente relata... se for criança ai a gente liga pro pediatra. O pediatra pede pra internar, o ginecologista vem avaliar... São coletados alguns exames, né... de sangue, pra ver essa parte de HIV, sífilis, é.. hepatite, que são rápido né. Se tiver algum coleta, se tiver coleta de secreção, né, algum material que traga... as vezes trás alguma roupa íntima, assim... (Enfermeira 3)*

*Eles passam pela triagem, ai vem, passa com o médico, conta o caso, o médico faz os exames... é... o primeiro exame, né? Que é de... toque, esses negócios ai. Pergunta, bla-bla-bla, o primeiro atendimento, ai pede exames de sangue, sabe? Ai são colhidos tudo, entra com a medicação, entendeu? E só é liberado... assim, tem muitos exames que não saem no dia, que só vai sair depois de 12 horas, mas... a maioria sai, entendeu? E só é liberado depois de todo o processo aqui. E depois eles continuam com o acompanhamento, entendeu? (Técnica de enfermagem 4)*

*Aqui elas entram na classificação, né... a partir do momento que faz a classificação, a classificadora comunica a gente. Por enquanto a gente não tem a sala do abuso... né? Que a pessoa fica, é... sem contato com os outros pacientes. Ai a gente coloca, se aqui não tem ninguém, a gente trás pra cá, pra ficar um ambiente mais isolado. Ou na inalação, ou na nossa copinha, em último caso. Né, mas tá fazendo a salinha do abuso. Os exames, é... HIV, o da hepatite, sífilis, é... acho que só esses dai. E a medicação é o protocolo mesmo. (Enfermeira 5)*

*De vítimas, né? Tá, nós temos dois setores que trabalham razoavelmente juntos, as vezes dá certo, as vezes não, por conta de que a rede foi desmantelada, né? Tá, então, sou eu, a dra. MI, dentro da secretaria de saúde, né? [...] tem um fluxo da saúde. Qual que é o fluxo da saúde? Menos de 72 horas, SMU Santa Casa, todo processo profilático e de observação e de atendimento às lesões, né? Toda essa coisa que a gente não tem como dimensionar, existe lá dentro da Santa Casa um local privativo, onde a pessoa pode ser examinada e atendida, né? E dado todas essas profilaxias. Existe o plantão de boletim de ocorrência no SMU, então, a gente estimula que a pessoa faça. [...] Ela pode. Ela pode. E existe, a gente se antecipa ao Instituto Médico Legal, porque muitas vezes o Instituto Médico Legal, que de outra secretária de estado, que é da Justiça, nem sempre ele atende o que a gente solicita. Então, existe hoje um programa, o protocolo também atende a questão, vamos dizer assim, de coleta de vestígios. Ou seja, se a pessoa tá apta a... assim, se as lesões permitem, porque conforme a lesão, você tem que sair correndo, né? Teve uma que teve traumatismo craniano, como você vai coletar vestígio? Entendeu? Tá. E aí, tem a coleta de vestígio, que é esperma, assim... Aí depende da parte médica que eu não... assim, eu não tenho detalhe, mas assim vai coletar e armazenar vestígios de secreção genital, vai fazer, vamos dizer assim, toda a avaliação de lesões. Isso tudo registrado que isso mesmo que a pessoa não faça o boletim de ocorrência na hora, ela tem um tempo para fazer. E aí, todos esses dados serão colocados dentro do processo, entendeu? (Psicóloga 1)*

*Então, a gente conseguiu criar esse fluxograma de atendimento, isso é bem estabelecido, embora a capacitação tem que ser sempre, porque entram novos funcionários, sejam eles médicos, auxiliares [...]. Então, a gente tem que tá sempre buscando essa capacitação, se não esse protocolo é esquecido, não funciona 100%, tá? Em virtude dessa falta do comprometimento de alguns profissionais, ou negação a esse tipo de atendimento, ou falta de conhecimento. Então, a capacitação tem sido algo que a gente tem priorizado para que realmente esse fluxograma possa acontecer. E mesmo capacitando, ele é falho em alguns momentos. Então, esse é o nosso trabalho, existe esse fluxo, que é o estímulo a vítima à denúncia, fazer o boletim de ocorrência. Depois passa no IML para a perícia médica, interna na Santa Casa, recebimento da contracepção de emergência se necessário e a profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, virais e não virais. Depois o encaminhamento pro programa de atendimento às vítimas de abuso sexual, que é o PAVAS [...]. (Médica 1)*

Há, ainda, por parte da Médica 1, uma preocupação com a correta formação dos profissionais que realizarão este atendimento, ao tempo que ela reconhece a impossibilidade de evitar falhas neste atendimento. O relato de quais procedimentos são realizados é praticamente o mesmo, visto que São Carlos segue um fluxograma que define que medicações devem ser administradas, bem como quais exames devem ser realizado etc.

As repostas dadas a como funciona o atendimento se confundem com as dos procedimentos realizados, em que os profissionais eram questionados especificamente sobre quais exames e medicamentos eram administrados. Nem todos os profissionais sabiam dizer

qual medicação era administrada, mas boa parte deles conhecia os exames prescritos pelo fluxograma (ver anexo 2), conforme indicado pelo Ministério da Saúde.

No que se refere a como eles definem sua prática profissional no local de atendimento, a resposta torna-se bastante pessoal, mas não volta a ter a falta de fluidez dos questionamentos quanto a sua compreensão sobre a violência sexual. Enquanto a Psicóloga 1 relatou como se organiza especificamente o atendimento psicoterápico as vítimas, os outros profissionais informaram os procedimentos realizados, sejam eles exames ou medicações etc. Os profissionais também falam recorrentemente em manter o sigilo durante o atendimento.

*[...] Medicação... coleta de material pra mandar pro laboratório, medicação, a gente mantém essa pessoa longe das outras, meio que... não isolada, mas, assim... reservada. Pra ela não ficar... sempre tá chorando, né. Então a gente deixa meio que reservado e... procede do jeito que o médico pede. (Técnica de enfermagem 3)*

*Ah sim, nesse sentido sim. Por exemplo, a gente... quando a gente recebe a paciente, você tem que colocar ela numa sala mais adequada, né, mesmo pra preencher o... a notificação, por que são várias perguntas muito íntimas, né? Então você não vai fazer isso no meio do corredor, né? Na hora que a polícia chega pra fazer a... a, o boletim de ocorrência, a gente sempre procura deixar a paciente num lugar mais privado, né. Pra não ficar no meio do corredor, por que a gente... puxa, é uma coisa meio constrangedora. Então a gente sempre tenta puxar pra uma sala onde fique mais é... que não tenha tanta gente. (Enfermeira 5)*

### 3.3 Principais dificuldades no atendimento

Quanto aos aspectos que facilitam e/ou dificultam esta prática, ao tempo que alguns profissionais relatam satisfação com a existência do fluxograma, que facilita para todos a prestação do atendimento, há por parte de outros profissionais mais relatos quanto às dificuldades do que facilidades, sendo apresentada como principal dificuldade a estrutura, a ausência de um local adequado para realizar o atendimento.

*Aqui o ambiente não tá preparado para receber essas pessoas ainda... [...] Dificulta, porque de repente a pessoa chega, né?, como já aconteceu de chegar, que a pessoa vem chorando, ela vem debilitada por causa do trauma, pro causa... Eu não tenho um lugar específico para atender essa pessoa, né? Eu tenho que... porque as vezes aqui é outros atendimentos, então o setor tá lotado, entendeu? tá muito cheio. Então, fica todo mundo assim querendo saber o que aconteceu, o que que é, o que que não é. Você tenta, por mais que você tenta pôr a pessoa num cantinho quietinha, oferece uma água, uma água com açúcar. Você quer levar ela para algum lugar, todo mundo já fica: que que aconteceu com aquela pessoa que tá desse jeito... E como tem aqui, então, quem entende sabe... Pode falar: ah, fulano deve ter acontecido alguma coisa... né? Então, eu acho assim o espaço aqui onde a gente tá, o ambiente que a gente tá aqui não é propício para isso. Totalmente, eu acho que não é.*

*Já foi falado, já foi conversado, mas até agora... O que eu acho é que essas pessoas tanta, né, da violência como dos outros casos que são os trans, elas precisam... Não é que eles precisam ser separados, ele tem que ter um local aconchegante pra eles, não é? A pessoa chega aqui, ela precisa ter uma sala, um lugar de aconchego para ela chorar sossegada, para ela reclamar, para ela... né? Não em um balcão, entendeu? É difícil eu receber uma pessoa que sofreu uma violência em um balcão cheio de gente junto comigo. Você concorda? (Auxiliar de enfermagem 2)*

*[...] quando, às vezes, ah... o caso chega no horário de pico, a gente não tem onde colocar. Que é o que eu falei, se aqui não tem ninguém, a gente coloca aqui, mas se tiver aqui, a gente coloca na inalação, se tiver gente na inalação, a gente coloca na copinha. Mas a copinha não é um lugar propício pra isso, né... e a gente tá sanando isso com a salinha do abuso, que tá fazendo. (Enfermeira 6)*

*pra gente poder conversar com a pessoa e também o setor que a pessoa fica isolada, não aqui no meio, por que... de repente alguém conhecido vê, entendeu? Ai quer saber o que é. A gente não fala nada, mas... com... as vezes vai conversar com a pessoa, “o que você tá fazendo aqui?”. Por que é assim, mistura todo mundo aqui, “ah o que você tem, o que você não tem?” “Ah, eu tô com dor. Cai, torceu o pé” “Mas como você caiu?” A pessoa quer investigar, entendeu? Ai se a pessoa tá tomando medicação ali e tá aguardando avaliar, ai pessoa já fica constrangida, quer dizer, não tem como... (Técnico de enfermagem 2)*

Estes profissionais compreendem como importante o papel da saúde no atendimento destas vítimas, seja para prevenir as consequências da violência ou para evitar que ela volte a ocorrer, mas mais importante do que isso, eles aludem ao papel da saúde como promotora do bem-estar da vítima.

*É o suporte, né? É um dos suportes que ela tem. É, na verdade, a primeira porta que se encontra... por que por mais que você chega na sua casa, que você conta, você desabafa, você não tem nenhum... respaldo nenhum. A partir do momento em que você chega aqui, entra em contato com os médicos, conta o que aconteceu certinho, entra com os exames, entra com a medicação, você tem um alívio, né? Então eu acho que é muito importante. Entendeu? (Técnica de enfermagem 4)*

*Ah, é muito importante, por que... eu coloco toda a equipe multiprofissional, então vai nós da enfermagem, os médicos, o psicólogo, eu acho que é muito importante pra vítima se sentir, depois do ato, pelo menos se sentir segura dentro daquele ambiente, a princípio. Então eu acho bem importante. (Enfermeira 2)*

*Ah, é super importante, né? Por que... é um laço pra onde ela pode procurar. Muitas vezes ela não procura ajuda por vergonha ou não fala, por vergonha, e... como é que eu vou fazer? O que aconteceu comigo... os adultos que vem, eles se sentem envergonhados, pra eles é mais difícil. É importante, que a gente ter... criar um vínculo com ele e falar “ó, não. A culpa não é sua. Vamos*

*te atender, o que tiver que fazer, a gente vai fazer.” Mas... é importante pra eles e é difícil pro paciente. Principalmente o adulto. (Enfermeira 6)*

A saúde, enquanto uma das portas de entrada dessas vítimas na procura de ajuda, possui um papel de extrema importância para o tratamento desse agravo, bem como o auxílio na prevenção dele. Por isso, o bom atendimento prestado por estes profissionais é necessário, na medida que eles representam o sistema e serão responsáveis pelo bem-estar da vítima.

Ainda, sobre o processo de notificação a informação recorrente é que ela é realizada no primeiro local onde a vítima chega, no entanto, poucos profissionais sabiam explicar como o processo funcionava, uma vez que ele é realizado apenas por pessoas específicas dentro das instituições.

A notificação é realizada por meio de uma ficha a ser preenchida pelo profissional que presta o atendimento e, posteriormente, encaminhada para a Secretaria de Saúde do Município, onde serão repassadas para o Ministério da Saúde. Nela são adicionadas informações sobre a vítima, como se deu a violência etc. (ver anexo 3).

Quando questionados sobre uma formação específica para a realização do atendimento a vítimas de violência sexual, a maioria afirmou não ter recebido nenhum tipo de formação da instituição para atender este tipo de vítima. A ausência de formação específica deixa os profissionais livres, de modo que eles dificilmente realizarão uma reflexão sobre o tema, levando a um reforço do *habitus* que já possuem, seja ele culpabilizando ou não a vítima.

De acordo com Oliveira *et alii* (2005) a ausência de formação específica sobre a violência sexual, seja na graduação ou dentro do local de trabalho destes profissionais, pode, também, gerar um sentimento de angústia (OLIVEIRA *et al.*, 2005) nestes, o que pode vir a prejudicar a forma como o tratamento é prestado.

Os profissionais demonstram ter sentimentos diferentes quanto ao atendimento que prestam, pois enquanto uns relatam sentirem “satisfação” ou “recompensados” por prestarem o atendimento, outros relatam certa frustração, um sentimento de tristeza, em perceber que a vítima continua sofrendo mesmo com o seu auxílio. Esse sentimento de tristeza se confunde em parte com a revolta pela situação que lhes é apresentada.

*É, então... eu presto, assim, a gente fica triste, magoado, do acontecimento... por que? Quando é alguma coisa, tipo assim, um infarto e tal, que a pessoa tá morrendo e você consegue reverter o quadro, você fica feliz por que? Você conseguiu salvar uma vida, entendeu? E ali o que acontece? Você fica magoado por que você vê, imagina a consequência que a pessoa vai ficar, o futuro dessa pessoa. Então isso, quer dizer, você não pode fazer nada. (Técnico de enfermagem 2)*

*É, uma separação, não tem como. Eu me sinto assim, puxa vida, né? É uma mocinha, igual minha filha, tá saindo do cursinho também. E aí, se fosse minha filha? Então a gente se põe no lugar da mãe, se põe... então a gente tenta ter uma cabeça em ordem, pra gente também não, “não vão atrás”, por que a gente fica com vontade mesmo. Passa na cabeça, “meu deus, como é que é esse andarilho, quem é que esse...” Não, a gente tenta não botar pilha na coisa, né? Tentar acalmar a menina, que o importante é ela entrou pra gente, é paciente. A gente tem que esquecer um pouco o que aconteceu e fazer o nosso trabalho, que é medicar, que é acalmar, que é explicar... né? Mas, é difícil [...] (Técnico de enfermagem 5)*

*Ah, principalmente quando é criança, né? Você fica assim, coração balança, né. Mas, assim, você tem que fazer e tem que fazer por que é pelo bem daquela pessoa, e... ah, é que as vezes você fica... é... vamos dizer, assim, as situações em que a pessoa se encontra, houve crueldade também. Né? Então pra gente... choca muito. Então assim... ver o estado da pessoa, o emocional da pessoa com que você tá lidando é muito... fica muito lábil, né? Ai você tem que ir com muita... muito tato, pra não ter mais agressão encima daquilo que ela sofreu. Por que... na hora que você tá preenchendo o protocolo por escrito, você tem que trazer toda a lembrança do que ela sofreu, né? Por que não envolve só medicações, protocolo... existe também uma conversa, existe o protocolo a ser preenchido, e isso traz a tona todas essas lembranças que ela acabou de passar. (Enfermeira 5)*

*Olha, eu atendi crianças, né. Então o primeiro sentimento é o sentimento mais de impotência, de você querer fazer mais e não conseguir, por que já aconteceu o abuso e a criança tá com medo, é... tem assim, agora, como pessoa falando, tem a questão do sentimento de raiva, né... de não entender por que que aconteceu isso, principalmente quando é criança, né, que foi o que eu atendi. Mas, o atendimento, inicial como profissional é mais o sentimento de impotência e, as vezes, ficar preso e não poder fazer a mais do que eu to prestando ali... (Enfermeiro 8)*

*Olha... a gente se sente... a gente acaba sentindo a fragilidade da vítima junto. Por que... você também não tá aqui pra julgar a situação, você tá aqui pra fazer o que você pode pra melhorar a qualidade de vida dela. E você sabe que desde um toque na mão, até... essa não exposição, vai fazer toda a diferença. Então, não tem como a gente falar assim... tem gente que fala “ah, eu sinto raiva”... não é nem raiva, a gente se sente fragilizado junto. A gente vê o quanto isso pode acontecer com qualquer um, então todo mundo tá, assim, é... muito vulnerável a uma situação dessa. (Enfermeira 10)*

Os profissionais relatam se colocarem no lugar da vítima, imaginando se a violência tivesse ocorrido com eles ou alguém próximo. Essas falas atuam em conjunto a concepção da importância da saúde para o bem-estar do paciente, uma vez que esse sentimento de empatia pelo próximo ajuda a gerar um atendimento mais humanizado e atencioso com o paciente.

Em praticamente todas as entrevistas há relatos de atendimentos que ficaram marcados, seja naquelas vítimas que conseguiram superar os traumas e se ressocializar, ou em situações que houve uma regressão no tratamento, causando certa frustração no profissional por não ver um avanço significativo no auxílio prestado. O depoimento a seguir é ilustrativo da



primeira situação, em que o profissional revela satisfação por perceber o impacto positivo de seu trabalho:

*Então, eu atendi uma menina de 9 anos que era sequencialmente estuprada pelo padrasto e aí ela desenhou uma história em quadrinhos com as figuras com uma perfeição que você não tem noção. E a mãe saiu na defesa dela, graças a Deus. E ela chegou para mim, tanto que eu fui testemunha no processo, o cara foi condenado e eu anexeí dentro do relatório essa história em quadrinhos, que é algo assim que dá uma angustia, que você não tem noção. Ela desenhou a glande do pênis, o pênis ereto, bolsa escrotal com todos os pelinhos, com toda.... Você entendeu, ela viu, ela viu.... e lógico que sofreu a violência, né? E aí, foi trabalhando com ela nessa perspectiva de instrumentalização [...] Aí chegou a diretora da escola, me ligou que ela deu um soco na cara do moleque dentro da escola. Eu falei: bom, não é para acontecer isso, mas ela tá reagindo vamos ver o que aconteceu, né? Tá, aí ela... foi toda história, ela falou assim: é que a minha psicóloga me disse que ninguém põe a mão em mim se eu não quiser. Aí eu falei para a diretora: diretora, eu não posso tirar isso dela, ela precisa modular, sem dúvida. Ela não pode sair batendo em todo mundo, mas é isso que eu ensinei para ela que ela aprendeu e interiorizou e isso eu não vou tirar de maneira nenhuma. Que se ela tivesse isso, talvez, ela não tivesse sofrido tanto tempo o abuso que ela sofreu, entendeu? Entendi. Então, assim, isso traz uma satisfação pessoal/profissional muito grande, quer dizer você fez parte do processo da pessoa se emancipar, entende? Então, é isso que é a satisfação de trabalhar nisso! (Psicóloga 1)*

Em contraposição, o depoimento abaixo aponta para a frustração e tristeza decorrente do atendimento prestado:

*[...] dessa criança de 9 anos, me marcou muito. Por que aí, envolveu mais pessoas... então essa que eu comentei que tava com abdômen agudo já. Então aí... por que depois ele ficou hospitalizado, [...] ele precisou interromper o trânsito intestinal, ficou com bolsa de colostomia... aí veio assistente social [...]. Então assim, era uma criança de 9 anos recebendo a visita de pessoas estranhas, que tinha que tocar nesse assunto de alguma forma, sem lembrar ele o tempo todo.... [...] E a gente ficou sabendo do contexto todo, e depois eu vi ele depois de seis meses, voltando pra fazer a cirurgia pra religar o intestino... então eu tive um contato um pouco maior. Sempre vou me lembrar dessa história. Principalmente pelo olhinho dele, era uma criança extremamente educada, era uma criança que você via que ele era inocente... não era aquela criança de 9 anos que você fala assim, mais esperto, mais safo, entendeu? Não, ele morava no sítio, confiava na pessoa... a família confiava na pessoa. Então eu vi, assim, eu fiquei bastante... fiquei triste por ele. Foi uma que realmente me chocou bastante... e não teve resolução até hoje. (Enfermeira 10)*

Nestes relatos que ficaram marcados a maior parte dos profissionais se refere a casos de crianças, apesar de um profissional ter relatado o caso de uma travesti. Alguns poucos profissionais, no entanto, afirmaram não ter nenhum atendimento que os marcaram, afirmando

que do local de trabalho para fora eles não levavam nada, procuravam esquecer tudo. Isto, de não levar o trabalho para casa, mostra-se como um mecanismo do profissional para lidar com a realidade que lhe é imposta, uma forma de lidar com esse tema tão complexo que é a violência sexual sem causar danos a sua própria saúde mental enquanto trata as vítimas dessa violência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das falas dos profissionais da saúde, foi possível observar que eles demonstram possuir uma percepção clara quanto ao que seria violência sexual, indo além da concepção dessa violência apenas como ato físico; os profissionais, principalmente as mulheres, compreendem a violência sexual como qualquer ação de caráter sexual contra a vontade da vítima, sejam eles beijos, carícias ou palavras que de algum modo sexualizam e ofendam o indivíduo e sua dignidade sexual.

A partir dos atendimentos prestados, afirmam que as principais vítimas são pessoas do sexo feminino, variando apenas a faixa etária destas. A maior parte profissionais acreditam ser as crianças as principais vítimas, enquanto outros dizem serem mulheres adultas. Essa representação se modifica, em parte, devido aos atendimentos prestados que são específicos a partir da vivência de cada profissional. No entanto, ela coincide com o que é encontrado em pesquisas sobre o tema (CERQUEIRA; COELHO, 2014; ABSP, 2018), onde as principais vítimas são indivíduos do sexo feminino, vitimados seja pela sua vulnerabilidade e/ou questões de poder envolvidas na socialização.

A percepção de quem são os principais agressores também converge com as notificações realizadas no município de São Carlos. Estes agressores são homens, jovens ou adultos, que possuem uma relação de conhecimento com a vítima, principalmente se estas forem menores de idade. A relação de conhecimento entre agressor e vítima vai se modificando com a faixa etária da pessoa vitimada, o que também aparece nas falas dos profissionais quando afirmam que boa parte das vítimas adultas são agredidas por uma pessoa desconhecida, enquanto que nos casos que atendem envolvendo crianças e adolescentes, o agressor é algum familiar ou conhecido da vítima e sua família.

A representação das causas da violência demonstra estar ligada a problemas psíquicos do agressor. Apesar de poucos, alguns profissionais apontam para a existência de outras causas além dos problemas psíquicos, tais como a ausência de uma causa específica, falta de cuidado do adulto (em relação as vítimas crianças), ausência de formação de gênero, comportamento da vítima, vícios e situação de vulnerabilidade da vítima.

Aqueles profissionais que ligaram as causas da violência com o comportamento da vítima, apresentaram também um discurso contraditório, uma vez que ao tempo que afirmam existir modos de comportar-se para não ser vitimado pela violência sexual, dizem temer que ela ocorra consigo ou alguma pessoa próxima. Nesse sentido, eles parecem crer na existência de regras de “como uma pessoa deve se comportar” e caso fujam dessas regras, podem ser

vitimadas. Este tipo de representação vai ao encontro do que está arraigado no senso comum, quanto à *culpabilização* das vítimas pela violência sofrida.

Há o reconhecimento das consequências da violência como traumas, tanto físicos como psicológicos, ao longo da vida do indivíduo vitimado. A representação das consequências como algo que afeta muito mais o psicológico da vítima é praticamente unânime entre os profissionais, enquanto nem todos se referem a possíveis doenças ou problemas físicos gerados. Assim, representam a violência sexual como algo gerador de traumas para a vítima.

A prevenção a essa violência, para parte dos entrevistados, passa por uma “melhor orientação” aos indivíduos. Outra parte dos profissionais não reconhece existirem meios de prevenir a violência, concepção está ligada à crença de que a violência é gerada por atos eminentemente individuais de pessoas com problemas psíquicos, o que torna a sua prevenção difícil de ser efetivada.

Os profissionais compreendem bem como funciona a rotina de atendimento a vítimas de violência sexual, mesmo que para ações específicas – como escolha da medicação, lista de exames a serem realizados etc. – tenham que consultar outro profissional ou o fluxograma fornecido pelo serviço de saúde. Normalmente eles atendem num só local, apesar de alguns informarem ajudarem em outros setores quando necessário.

Reconhecem a importância do serviço de saúde no atendimento às vítimas de violência sexual, proporcionando o bem-estar do paciente, além disso demonstram um desejo de melhora nas instituições que trabalham para, com isso, poderem proporcionar um atendimento que não deixe a vítima desconfortável.

Dentre as principais dificuldades encontradas está a falta de um local adequado para realizar o atendimento. Aparecem também demora nos exames e o excesso de pessoas no local de atendimento, o que gera preocupação nos profissionais com o bem-estar da vítima exposta a tantos desconhecidos enquanto passa por um momento de fragilidade.

A preocupação em prestar um bom atendimento está presente na fala dos profissionais, visto que eles afirmam se colocarem no lugar da vítima em vários momentos. O sentimento de preocupação também se faz presente quando refletem sobre como se sentem ao atender uma vítima de violência sexual. Além dele, dizem se sentirem tristes e revoltados, pois acreditam que aquele atendimento não devia existir – a violência também não – ao tempo que alguns profissionais também dizem se sentirem recompensados e satisfeitos em, mesmo sendo um atendimento de uma situação que não deveria ocorrer, estarem cuidando e ajudando na melhora da pessoa.

Esses sentimentos também se misturam aos casos que marcaram os profissionais, muitos dos quais se referem a eventos envolvendo crianças. A compreensão da criança enquanto ser angélico auxilia no sentimento de revolta de alguns desses profissionais, bem como a não esquecerem de casos que as envolva, uma vez que a violação de uma criança se apresenta como algo monstruoso para os profissionais.

Diante do exposto, é possível afirmar que apesar de a representação da minoria dos profissionais entrevistados irem ao encontro do que está presente no senso comum, com discursos de culpabilização das vítimas, ao mesmo tempo que reconhecem a gravidade da violência, boa parte dos profissionais se mostrou preocupada em não causar mais traumas no indivíduo vitimado, desejando um atendimento em local adequado, com mais privacidade e exames rápidos. Apesar de não reconhecerem os multifatores causadores da violência e remeterem a problemas psíquicos do agressor, também não culpabilizam a vítima, afirmando que nada justifica a violência, mesmo eles se mostrando confusos sobre meios de prevenção.

De modo geral o atendimento se mostra humanizado, os profissionais buscam tratar a vítima da forma mais cuidadosa possível, apesar de em algumas situações não compreenderem a reação da mesma diante da violência. Ausência de formações continuadas sobre o tema, no entanto, deixa o profissional livre para reprodução do seu *habitus*, seja ele prejudicial ou não para as vítimas, dificultando um processo de reflexão capaz de gerar outras práticas e uma melhora no atendimento.

Diferentemente da hipótese inicial do trabalho, o que a presente pesquisa constatou é que entre os entrevistados o compartilhamento de representações sociais que possam prejudicar o atendimento às vítimas não é significativo – na presente amostra –, principalmente dentre os profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos que atendem as vítimas de forma prolongada. A maioria dos profissionais demonstra compreender a violência sexual e suas repercussões como desastrosas para a vida do indivíduo, ao tempo que se mostram preocupados em prestar um bom atendimento e não revitimizar as vítimas de violência sexual.

De qualquer forma, o resultado deve ser tomado com cautela. Mesmo a maioria dos profissionais provavelmente prestando um bom atendimento e uma minoria, com uma visão mais restrita, agindo possivelmente de maneira mecânica dado os procedimentos. A presente pesquisa não entrevistou, por exemplo, os médicos da segunda instituição. Estes são relevantes no atendimento e possuem mais liberdade de comportamento (por vezes, não são contidos por protocolos de atendimento).

Ainda, com relação à estrutura física da primeira instituição, é importante apontar que: a vítima, quando procura atendimento nesse local, se defronta com um balcão e é ali que ela deve se apresentar preliminarmente, próximo a outras pessoas que procuram o local etc., prejudicando sua privacidade. Sendo, de certo, uma barreira à busca de acolhimento.

Dentre as principais limitações deste trabalho estão a falta de dados mais detalhados sobre os profissionais, como a religião, o estado civil, local de origem etc., informações estas que poderiam auxiliar na compreensão da origem das representações dos profissionais. Apesar da decisão de não questionar, a princípio, os profissionais sobre estas informações, após a coleta dos dados, percebeu-se que ao final da entrevista um questionário simples poderia ter sido aplicado, buscando responder estas questões e sem que interferisse no andamento da entrevista.

Além disso, o acesso a profissionais como médicos e psicólogos foi dificultado, uma vez que a pessoa que intermediava o acesso no segundo local de pesquisa passou a não mais responder as mensagens após o início do campo, fazendo com que a pesquisadora não pudesse ter acesso aos médicos e psicólogos que ali atendiam.

Por fim, espero que este estudo possa colaborar para a reflexão sobre a violência sexual e o atendimento prestado as vítimas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABSP. **Anuário Brasileiro da Segurança Pública**. 2018. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Anuario-2019-v6-infográfico-atualizado.pdf>>.

ALEXANDRE, M. **Representação social: Uma genealogia do conceito**. *Comum*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 23, julho/dezembro 2004. Disponível em: <<http://www.sinprorio.org.br/imagens/espaco-do-professor/sala-de-aula/marcos-alexandre/Artigo7.pdf>>.

ANDALRAFT NETO, J.; FAÚNDES, A.; OSIS, M.; PÁDUA, K. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **FEMINA**, vol. 40, n. 6, nov/dez 2012.

ANTUNIASSI, M. H. R. A noção de representação social e a pesquisa nas ciências sociais. In: Encontro Nacional do Centro de Estudos Rurais e Urbanos (CERU), 33., 2006, São Paulo. **Anais do 33º encontro do CERU**. São Paulo: USP, 2006. p. 67-73. Disponível em: <[http://www.fflch.usp.br/ceru/anais/anais2008\\_2\\_ceru03.pdf](http://www.fflch.usp.br/ceru/anais/anais2008_2_ceru03.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2017.

ARAÚJO, L. A.; CRUZ, M. H. S. Representações da violência sexual para peritos médico-legais do IML (SE). In: Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações Gênero (REDOR), 18., 2014, Recife. **Anais do 18º REDOR**. Recife: UFRP, 2014. p. 1133-1151. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/liti/ocs/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/1037/698>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

ATLAS DA VIOLÊNCIA. 2018. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/imagens/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/180604\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2018.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/imagens/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf)>.

BAIGORRIA, J.; WARMLING, D.; NEVES, C. M.; DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. **Rev. Salud Pública**. 2017, vol. 19, n. 6, pp. 818-826.

BARBOSA, A.; BOBATO, J.; MARIUTTI, M. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. **Revista SPAGESP**, vol. 13, n. 2, pp. 44-55, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, L. A. **Vivência de acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde**. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Alagoas, Maceió, 2014.

BARROS, L.; ALBUQUERQUE, M.; GOMES, N.; RISCADO, J. ARAÚJO, B.; MAGALHÃES, J. Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev. Esc. Enfer. USP**, vol. 49, n. 2, pp. 193-200, 2015.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 13 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015.

\_\_\_\_\_. **A distinção:** crítica social de julgamento. São Paulo: Edusp. 2007. 560 p.

\_\_\_\_\_. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus. 1996.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. **O ofício do sociólogo:** preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 3 ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p.

CALVINHO, M. **Violência conjugal contra a mulher. Representações sociais e práticas dos profissionais de saúde face às mulheres vítimas.** 2013. 330 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Aberta, Lisboa, 2013.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol. Cienc. Prof.** [online]. 2012, v. 32, n. 3, pp. 552-563.

CAVALCANTI, C. **Lógica médico-sanitária e lógica do senso comum: um estudo de representação social de profissionais e pacientes de uma Unidade Básica de Saúde em Campinas, SP.** 2015. 167 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

CAVALCANTI, L. **Ações de assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: representação e práticas dos profissionais de saúde.** 2004. 137 f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.

CAVALCANTI, L.; GOMES, R.; MINAYO, M. Representações sociais de profissionais da saúde sobre violência sexual contra a mulher: Estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, Jan. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/04.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

CAVALCANTI, L.; MOREIRA, G.; VIEIRA, L.; SILVA, R. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1079-1091, out-dez 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01079.pdf>> Acesso em: 19 mai. 2018.

CAVINI, P. **Sobre família e saúde mental: as representações de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).** 2012. 83 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012.

COSTA, S. **Representações sociais e violência contra a mulher: um estudo na Delegacia da Mulher da cidade de Recife-PE.** 2015. 170 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.



CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. **Estupro no Brasil: Uma radiografia segundo os dados da saúde (versão preliminar)**. Brasília, 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELZIOVO, C.; BOLSONI, C.; NAZÁRIO, N.; COELHO, E. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 33, n. 6, 2017.

DUVEEN, G. **Introdução: o poder das ideias**. In: MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

IBGE. **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.

FACURI, C.; FERNANDES, A.; OLIVEIRA, K.; ANDRADE, T.; AZEVEDO, R. 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**, Rio de Janeiro, vol. 29, n. 5, pp. 889-898, mai 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. A representação: noção transversal, ferramenta da transdisciplinaridade. **Cadernos de pesquisa**, v. 46, n; 162, pp. 1258-1271, out./dez. 2016.

JOURDAIN, A.; NAULIN, S. **A teoria de Pierre Bourdieu e seus usos sociológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

LIMA, S. L. L. **Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande do Norte**. 2013. 136 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

LIMA, A. C. S. **Violência sexual em mulheres na cidade de Porto Alegre/RS**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MANZINI, E. J. Entrevistas semi-estruturadas: análise de objetivos e roteiros. Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos, II., 2004, Bauru. **Anais do II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**. Bauru: USC, 2004. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/IIisipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf> Acesso em: 15 mai. 2018.

MARTINS, H.; ASSUNÇÃO, L.; CALDAS, I.; MAGALHÃES, T. Victims of Intimate Partner Violence. The Physician's Intervention in Portuguese National Health Service. **J Fam. Viol.**, vol. 29, pp. 315-322, 2014.

MATTAR, R.; ABRAHÃO, A.; NETO, J.; COLAS, O.; SCHROEDER, I.; MACHADO, S.; MANCINI, S.; VIEIRA, B.; BERTOLANI, G. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, pp. 459-464, fev 2007.

MINAYO, M. C. S. Conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) **Texto sem representações sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p. 89-111.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, v. 4, n. 1, pp. 7-32.

MORTARI, C.; MARTINI, J.; VARGAS, M. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 46, n. 4, pp. 914-921, 2012.

MOSCOVICI, S. **Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história**. In: JODELET, D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 11 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

NUNES, M.; LIMA, R.; MORAIS, N. Violência sexual contra mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 37, n. 4, pp. 956-969, out/dez. 2017.

OLIVEIRA, E.; BARBOSA, R.; MOURA, A.; KOSSEL, K.; MORELLI, K.; BOTELHO, L.; STOIANOV, M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, vol. 39, n. 3, pp. 376-382, 2005.

OLIVEIRA, A.; CHAMON, E.; MAURICIO, A. Representação social da violência: estudo exploratório com estudantes de uma universidade do interior do estado de São Paulo. **Educar**, Curitiba, n. 36, pp. 261-274, 2010.

ORTIZ, R. Introdução. In: BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu: Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

PASSOS, A.; GOMES, D.; GONÇALVES, C. Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas. **Rev. Bioét.**, Brasília, vol. 26, n. 1, jan/mar. 2018.

PELISOLI, C.; PICCOLOTO, L. B. Prevenção do abuso sexual infantil: estratégias cognitivo-comportamentais na escola, na família e na comunidade. **Rev. Bras. Ter. cogn. [online]**. 2010, v. 6, n.1, pp. 108-137.

PETERS, G. Habitus, reflexividade e neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 28, n. 83, outubro/2013.

PINTO, L.; OLIVEIRA, I.; PINTO, E.; LEITE, C.; MELO, A.; DEUS, M. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento me saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, pp. 1501-1508, 2017.

PROCÓPIO, E.; FELICIANO, C.; SILVA, K.; KATZ, C. Representação social da violência sexual e sua relação com a adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV em mulheres jovens e adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 6, pp. 1961-1969, 2014.

SILVA, A. **Feminicídio e mídia**: as representações do assassinato de mulheres nos jornais cearenses. 2016. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

SILVA, B. **O atendimento das mulheres vítimas de violência sexual pela Segurança Pública no Distrito Federal e a percepção dos profissionais da área sobre esse atendimento**. 2017. 111 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania) Departamento de Estudos Avançados Multidisciplinares, Universidade de Brasília, 2017.

SILVA, C.; GOMES, V.; OLIVEIRA, D.; MARQUES, S.; FONSECA, A.; MARTINS, S. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 49, n. 1, pp. 22-29, 2015.

SILVEIRA, D. T; CÓRDOVA, F. P. Unidade 2: A pesquisa científica. In: GERHART, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise T. (Orgs). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SOUZA, J. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2016. 551 p.

SOUZA, C. S. **Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na cidade de Ribeirão Preto – SP**. 2012. 108 p. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

TERRA, M. **Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde**. 2017. 176 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

TRAVASSOS, L. M. M. **Representações sociais dos profissionais do CREAS acerca da violência sexual contra crianças e adolescentes**. 2013. 150 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

VARGAS, J. Padrões do estupro no fluxo do sistema de justiça criminal em Campinas, São Paulo. **Rev. Katál.**, Florianópolis, vol. 11, n. 2, pp. 1770186, jul/dez. 2008.

## ANEXO 1: CARTA DE ANUÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS



### CARTA DE ANUÊNCIA

A Gerência do Departamento de Enfermagem, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, autoriza a realização do projeto de pesquisa "Representações e práticas dos profissionais da saúde sobre a violência sexual contra a mulher", que será realizado sob responsabilidade da Mestranda Ana Julieta Parente Balog, sob orientação da Profa. Dra. Lucila Scavone, do Departamento de Sociologia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara (PPGCS/UNESP/FCLAr). Estamos cientes que o projeto e os pesquisadores atendem plenamente o determinado pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as diretrizes e normas sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

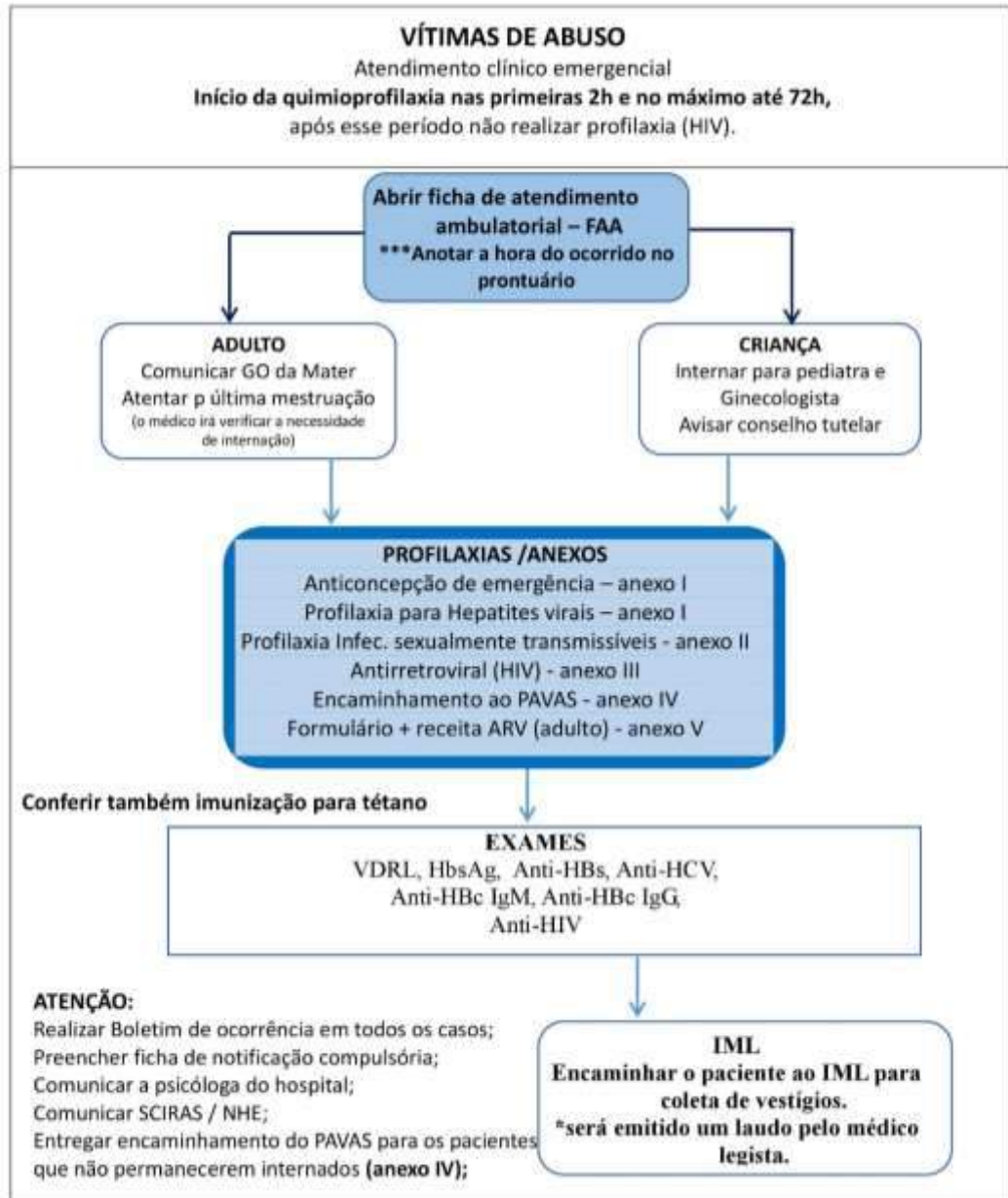
São Carlos, 16 de April de 2018

*Vanisia S. Vieira de Almeida*  
COREN - 203642 - SP  
Gerente de Enfermagem

Vanisia Sulpino Vieira De Almeida  
Gerente De Enfermagem  
Departamento De Enfermagem  
Santa Casa de Misericórdia de São Carlos

Dr. Adriano Marinovic  
Vice-Diretor Técnico  
Santa Casa de Misericórdia de São Carlos

## ANEXO 2: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS A VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL



**ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)**

<b>PRIMEIRA ESCOLHA</b>	<b>Levonorgestrel</b> }	0,75 mg 2 cp – dose única <b>ou</b> 1,5 mg 1cp – dose única
<b>SEGUNDA ESCOLHA</b>	<b>Método de yuzpe</b> }	AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comp. 2 cp cada 12 h (total 4 cp) <b>ou</b> AHOC com 0,03 mg de etinil-estradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comp. 4 cp cada 12 h (total 4 cp)

**PROFILAXIA PARA HEPATITE B****Para todas as vítimas independentemente da idade**

<b>Anti HBS &lt; 10</b>	→	Revacinar - solicitar ao NHE / VIGEP Adulto – 1 ml Menores de 12 anos – 0,5 ml
<b>Imunoglobulina Humana</b>	→	0,06 ml/Kg Aplicar IM em glúteo dose única

Caso não for possível realizar a vacinação durante a internação, encaminhar para UBS (fazer encaminhamento solicitando a revacinação devido resultado do Anti-HBS).  
Não existe imunoprofilaxia para **hepatite C**;

## PROFILAXIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS

### Adultos, Gestantes e Adolescentes com mais de 45 Kg

Penicilina G benzatina 1,2 milhão UI	→	2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única - IM
Ceftriaxona 250mg	→	250mg, dose única IM
Azitromicina 500mg	→	02 comprimidos, dose única

### Para crianças e adolescentes com peso < 45 kg.

Penicilina G benzatina 150.000UI, 300.000UI, 400.000UI	→	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI) dose única - IM
Ceftriaxona 250mg	→	Aplicar 125mg (1ml) IM
Azitromicina 600mg/15ml ou 900mg/22,5ml	→	20mg/kg (dose máxima: 1g), dose única

**USO DE METRONIDAZOL:** Caso opte pela prescrição com metronidazol, a dose recomendada para crianças é 15mg/kg/dia (dose máxima: 2g), VO, divididos em três tomadas, por sete dias.

**Atenção:** gestante tratar com este medicamento apenas após o 1º trimestre e em caso de nutrizes suspender o aleitamento por 24h.

### PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV

Recomendada em casos de violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida até 72 horas.

#### Profilaxia para adultos e adolescentes (acima de 12 anos), gestantes e puérperas.

##### 1ª ESCOLHA

TENOFOVIR 300mg + LAMIVUDINA 300mg	→	1 comprimido Coformulado VO
ATAZANAVIR 300mg	→	1 comprimido VO
RITONAVIR 100mg	→	1 comprimido VO

##### OBS.:

Tomar os 3 comprimidos após uma das refeições (almoço ou jantar) por 28 dias;

Puérperas devem interromper de imediato a amamentação;

Intercorrências gástricas devem ser manejadas com ranitidina;

#### Profilaxia para crianças até 12 anos

Atenção: para criança com peso até 45kg, em caso de peso superior considerar esquema para adulto.

ZIDOVUDINA – ZDV (BIOVIR) Solução oral 10mg/ml Cápsula 100mg	→	180mg/m <sup>2</sup> /dose de 12/12h Dose máxima: 300 mg/dose
LAMIVUDINA (3TC) (BIOVIR) Solução oral 10mg/ml Cápsula 100mg	→	4mg/Kg –dose - 12/12h Dose máxima: 150 mg - 12/12h > 12 anos: 150 mg - 12/12h ou 300 mg/dose única diária
LOPINAVIR / RITONAVIR (KALETRA) Solução oral 80mg/20ml (LPV/r) Comprimidos:200mg/50mg	→	Crianças < 2 anos: 300 mg/m <sup>2</sup> - 12/12h Crianças > 2 anos: 230 mg/m <sup>2</sup> - 12/12h Dose máxima: 200mg - 12/12h Adolescentes: 400mg - 12/12h



### ENCAMINHAMENTO DE VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL AO PAVAS

Informamos que a paciente abaixo passou por atendimento na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Desta forma solicitamos o acompanhamento por este Serviço.

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Orientações para o paciente:**

**Data:** No próximo dia útil **Horário:** 14h

**Local:** CEME sala 17 - PAVAS (Programa de Atendimento a Vítimas de Abuso Sexual)

**Procurar por:** Enfª Elisa ou Dra. Claudia Adão

**Endereço:** R. Amadeu Amaral, 555 - Vila Izabel, São Carlos - SP, 13570-592

**Telefone:** 3368 2044

**Atenção:** é necessário o acompanhamento da paciente pelo serviço especializado (PAVAS), para que possa receber tratamento medicamentoso e psicológico.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo  
(Profissional que está encaminhando)

1ª via usuário

### ENCAMINHAMENTO DE VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL AO PAVAS

Informamos que a paciente abaixo passou por atendimento na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Desta forma solicitamos o acompanhamento por este Serviço.

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Declaro estar ciente quanto a orientação e encaminhamento ao PAVAS.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente  
ou acompanhante

2ª via – SCIRAS

Nome: \_\_\_\_\_

**TENOFOVIR / LAMIVUDINA 300 mg**  
 (coformulado)  
 Tomar 1 cp por dia

**ATAZANAVIR 300mg**  
 Tomar 1 cp por dia

**RITONAVIR 100mg**  
 Tomar 1 cp por dia

USO EXCLUSIVO DA SANTA CASA

Rua Paulino Botelho de Abreu Sampaio, 573 – PARX (16) 3509 - 1100 Cx. Postal 24  
 CEP 13561-60 São Carlos

Nome: \_\_\_\_\_

**TENOFOVIR / LAMIVUDINA 300 mg**  
 (coformulado)  
 Tomar 1 cp por dia

**ATAZANAVIR 300mg**  
 Tomar 1 cp por dia

**RITONAVIR 100mg**  
 Tomar 1 cp por dia

USO EXCLUSIVO DA SANTA CASA

Rua Paulino Botelho de Abreu Sampaio, 573 – PARX (16) 3509 - 1100 Cx. Postal 24  
 CEP 13561-60 São Carlos

## ANEXO 3: PROPOSIÇÃO DE FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_ Data ( / / ) \_\_\_\_\_ Profissão ( / / / / / ) \_\_\_\_\_  
 Logradouro (rua, avenida, ...) \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
 Complemento (apto, casa, ...) \_\_\_\_\_ Município de Residência \_\_\_\_\_ UF ( / / ) \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ CEP ( / / - / / ) \_\_\_\_\_ Telefone ( / / / / / ) \_\_\_\_\_  
 Zona ( / ) 1- urbana 2- rural 3- urbanizável 4- grande \_\_\_\_\_ Data de Nascimento ( / / ) \_\_\_\_\_ Idade ( / / ) anos \_\_\_\_\_  
 Raça/Cor ( / ) 1-branca 2-parda 3-amarela 4-parda 5-indígena 6-gerado \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_  
 Escolaridade (em anos de estudo concluído) ( / / ) 1-nenhuma 2-de 1 a 2 3-de 3 a 7 4-de 8 a 11 5-de 12 a mais 6-não se aplica 9-gerado \_\_\_\_\_  
 Estado Civil ( / ) 1-casado ou em união consensual 2-solteiro 3-separado judicialmente, divorciado, divorciado 4-viúva 9-gerado \_\_\_\_\_  
 Representante Legal (se não possuir escritura entre cônjuges ou addressantes) ( / ) 1-pai/poderoso 2-outros familiares 3-autorizado 9-gerado \_\_\_\_\_  
 Nº do Cartão SUS ( / / / / / / / / / / / / / / / / ) \_\_\_\_\_

### 2. DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA

Data da Ocorrência ( / / ) \_\_\_\_\_ Violência de Repetição ( / ) 1-sim 2-não 9-gerado Se sim, início há ( / / ) anos \_\_\_\_\_  
 Boletim de Ocorrência Policial ( / ) 1-sim 2-não Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal (IMC) ( / ) 1-sim 2-não \_\_\_\_\_  
 Período da Ocorrência ( / ) 1-último 2-último 3-último 4-último 5-gerado \_\_\_\_\_  
 Local da Ocorrência ( / ) 1-residência 2-ambiente de trabalho 3-estabelecimento público/privado 4-va pública 5-outro \_\_\_\_\_ 9-gerado \_\_\_\_\_  
 Tipo da Intimidação ( / ) 1-física 2-grave ameaça 3-estímulo presencial 4-outro \_\_\_\_\_ 9-gerado \_\_\_\_\_  
 Tipo de Ocorrência: estupro ( / ) atentado violento ao pudor: anal ( / ) oral ( / ) outro ( / ) \_\_\_\_\_  
 Outro crime sexual ( / ) \_\_\_\_\_ Número de Envolvidos ( / ) 1-um 2-dois ou mais \_\_\_\_\_ 9-gerado \_\_\_\_\_  
 Relação com a mulher (especificar se conhecido ou desconhecido, parente ou não, ou gerado) \_\_\_\_\_  
 Descrição da Ocorrência \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

profissional responsável

### 3. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Atendimento em outro serviço ( / ) 1-sim 2-não \_\_\_\_\_ Data do Atendimento ( / / ) \_\_\_\_\_  
 Anticoncepção de Emergência ( / ) 1-sim 2-não (pp) \_\_\_\_\_  
 Profilaxia das DST Não Virais ( / ) 1-sim 2-não (pp) \_\_\_\_\_  
 Imunoprofilaxia da Hepatite B ( / ) 1-sim 2-não (pp) \_\_\_\_\_  
 Profilaxia do HIV ( / ) 1-sim 2-não (pp) \_\_\_\_\_  
 Traumatismos Genitais ( / ) 1-sim 2-não (descrição) \_\_\_\_\_  
 Traumatismos Extragenitais ( / ) 1-sim 2-não (descrição) \_\_\_\_\_  
 Profilaxia do Tétano ( / ) 1-sim 2-não (pp) \_\_\_\_\_  
 Coleta do Material de Interesse Pericial ( / ) 1-sim 2-não (pp) \_\_\_\_\_  
 Outras Informações Relevantes ( / ) 1-sim 2-não (descrição) \_\_\_\_\_

profissional responsável

### 4. ANTECEDENTES PESSOAIS

Menarca ( / / ) em \_\_\_\_\_ Data da última menstruação ( / / ) \_\_\_\_\_ Início de Vida Sexual ( / / ) em \_\_\_\_\_  
 Método Anticonceptivo no Momento da Violência Sexual \_\_\_\_\_  
 Gestações ( / / ) Partos Normais/Férceps ( / / ) Cesáreas ( / / ) Abortos ( / / ) \_\_\_\_\_

Doenças Pré-Existentes \_\_\_\_\_  
 Alergia a Medicamentos \_\_\_\_\_ Medicamentos em Uso \_\_\_\_\_

#### 5. EXAME FÍSICO GERAL E GINECOLÓGICO

Peso (\_\_\_\_)kg Pressão Arterial (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)mmHg Pulso (\_\_\_\_)bpm Temperatura (\_\_\_\_)°C

Exame Físico Geral (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Exame das Mamas (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Exame dos Órgãos Genitais Externos (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Exame Especular (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Exame de Toque Bimanual (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Outras Informações Relevantes (\_\_\_\_) 1 não 2 sim (descreva) \_\_\_\_\_

médico(a) responsável \_\_\_\_\_

#### 6. EXAMES COMPLEMENTARES

Exame Coloscópico (\_\_\_\_) 1 normal 2 não realizado 3 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Exame de Ultrassonografia (\_\_\_\_) 1 normal 2 não realizado 3 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Hemograma e Transaminases (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Outros Exames Laboratoriais (\_\_\_\_) 1 normal 2 não realizado 3 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

#### 7. ATENDIMENTO EM CASO DE GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Idade Gestacional no Ingresso (DUM) (\_\_\_\_) semanas Idade Gestacional no Ingresso (Ultra-Sonografia) (\_\_\_\_) semanas

Decisão da Mulher ou Representante Legal (\_\_\_\_) 1 assistência de interrupção 2 assistência a assistência pré-natal 3 assistência pré-natal e doação

Solicitação de Interrupção da Gravidez (\_\_\_\_) 1 sim 2 não (motivo) \_\_\_\_\_

Outras Informações Relevantes (\_\_\_\_) 1 não 2 sim (descreva) \_\_\_\_\_

#### 8. INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

Data (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Idade Gestacional na Época da Interrupção (\_\_\_\_) semanas Tempo de Informação (\_\_\_\_) dias

Técnica de Interrupção da Gravidez (\_\_\_\_) 1 AMU 2 curetagem 3 aspiração/terapêutico 4 outro (descreva) \_\_\_\_\_

Alívio da Dor (descreva método) \_\_\_\_\_

Intercorrências (\_\_\_\_) 1 não 2 sim (descreva) \_\_\_\_\_

Tipagem ABO (\_\_\_\_) Fator Rh (\_\_\_\_) Coombs Indireto (\_\_\_\_) 1 negativo 2 positivo 3 resultado Imunoglobulina Anti-Stb (\_\_\_\_) 1 não 2 sim 3 não necessária

Outras Informações Relevantes (\_\_\_\_) 1 não 2 sim (descreva) \_\_\_\_\_

#### 9. INVESTIGAÇÃO DE DST/HEPATITES/HIV

Investigação no Ingresso (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Investigação na 6ª semana (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Investigação no 3º mês (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Investigação no 6º mês (\_\_\_\_) 1 normal 2 alterado (descreva) \_\_\_\_\_

Outras Informações Relevantes (\_\_\_\_) 1 não 2 sim (descreva) \_\_\_\_\_

#### 10. INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO DA SAÚDE MENTAL

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 psicólogo(a) responsável \_\_\_\_\_

#### 11. INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 assistente social responsável \_\_\_\_\_

#### 12. ENCAMINHAMENTOS

Orientação para Realização de Boletim de Ocorrência Policial e demais medidas Médico-Legais (\_\_\_\_) 1 sim 2 não 3 não necessário

Comunicação ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude (\_\_\_\_) 1 sim 2 não 3 não necessário 4 não cabe

Comunicação de Acidente de Trabalho (\_\_\_\_) 1 sim 2 não 3 não necessário 4 não cabe

Oferecimento Proteção/Abrigo (\_\_\_\_) 1 sim 2 não 3 não necessário 4 não cabe

## ANEXO 4: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO CARLOS

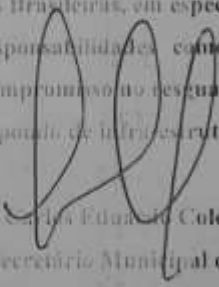
### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde, informo que o projeto de pesquisa de mestrado no Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da UNESP de Araraquara intitulado "REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER" apresentado pela pesquisadora Ana Julieta Parente Balog e sob a orientação da Professora Doutora Lucila Escavoae e que tem como objetivo geral "compreender como os profissionais da saúde representam a violência sexual contra a mulher, foi aprovado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos previstos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

"Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, disposta de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

São Carlos, 20/02/2018

  
Edna Eduarda Colenci  
Secretária Municipal de Saúde

## APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Roteiro de entrevista

Data:

Número da entrevista:

Local:

Tempo de duração:

#### *Dados de identificação*

- Formação do profissional:
- Cargo:
- Tempo de serviço:

#### **Representações dos profissionais**

1. O que é violência sexual?
2. Na sua percepção, quem são as principais vítimas da violência sexual?
3. Como você percebe as mulheres em situação de violência sexual?
4. Quais são as possíveis causas e consequências da violência sexual?
5. É possível prevenir a violência sexual? Como?

#### **A prática profissional**

6. Como se estrutura o atendimento a mulheres em situação de violência sexual?
7. Quais os procedimentos que são realizados durante o atendimento?
8. Fale sobre sua prática de atendimento neste local.
9. Quais aspectos facilitam e/ou dificultam sua prática profissional?

#### **Serviços de saúde**

10. Qual o papel dos serviços de saúde diante da violência sexual?
11. Como se realiza o processo de notificação dos casos atendidos?
12. Você recebeu alguma formação específica para o atendimento de pessoas em situação de violência sexual?
13. O que é feito em caso de gestação decorrente de estupro?

## APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Representações e práticas dos profissionais da saúde sobre a violência sexual contra a mulher”, que visa entender como os profissionais da saúde compreendem e representam a violência sexual contra a mulher. A colaboração com a pesquisa não gera qualquer despesa por parte dos sujeitos participantes, ficando a cargo do pesquisador arcar com os custos de sua execução (como sua locomoção e sua alocação etc.) caso necessário.
2. Descrição da justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa.
  - a) Você foi selecionado por ser um profissional da saúde que participa do atendimento, nas cidades de Araraquara ou São Carlos, a mulheres vítimas de violência sexual. Sua colaboração com a pesquisa não é obrigatória, mas é desejada.
  - b) O objetivo desta pesquisa é compreender como os profissionais da saúde representam a violência sexual contra a mulher.
  - c) Sua participação nesta pesquisa consistirá em algumas entrevistas sobre a sua experiência pessoal nas redes de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.
3. Descrição dos desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados.
  - a) Sua participação nas entrevistas envolve o risco mínimo de suscitar emoções e desconforto emocional;
  - b) A pesquisadora procurará diminuir o risco mínimo da sua participação a partir das seguintes formas: garantia do seu anonimato, a possibilidade de desistir a qualquer momento da sua participação e o cuidado com o seu bem estar pessoal.
  - c) Os benefícios esperados derivam do fato da sua participação contribuir para formular políticas de atendimento a vítimas de violência sexual.
4. O pesquisador estará constantemente disponível para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa e os procedimentos.
5. Você é livre para recusar-se a participar ou para retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
  - a) A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
  - b) Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
6. O pesquisador e as instituições envolvidas garantem o sigilo e asseguram a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.
  - a) Fica assegurado o sigilo sobre sua participação.
  - b) Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Durante a redação do texto produzido a partir da pesquisa, iremos omitir nomes e demais informações que possibilitem a identificação dos sujeitos da pesquisa por outras pessoas que não o pesquisador ou o pesquisado.
  - c) Se uma pessoa pedir explicitamente, os dados coletados relacionados a ela não serão utilizados para os fins da pesquisa. Caso contrário, tais dados irão continuar a fazer parte do material da pesquisa e como tais utilizados, segundo as formas de tutela previstas (anonimado, tutela dos dados sensíveis e da privacidade).

7. É garantido aos sujeitos da pesquisa indenização no caso de danos comprovadamente causados devido à realização desta pesquisa, nos casos acima previstos.
8. Você receberá uma via deste termo da qual constam o telefone e o endereço dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Ana Julieta Parente Balog - Pesquisadora Principal  
Rodovia Araraquara-Jaú, km 1  
Bairro dos Machados - Caixa Postal 174  
14.800-901, Araraquara - SP  
Telefone: (11) 93006-6556

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Letras do Campus de Araraquara-UNESP, localizada à Rodovia Araraquara-Jaú, Km 1 – Caixa Postal 174 – CEP: 14800-901 – Araraquara – SP – Fone: (16) 3334-6263 – endereço eletrônico: comitedeetica@fclar.unesp.br**

**Local e data**

---

Assinatura do sujeito da pesquisa<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> O sujeito da pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do Termo.



### APÊNDICE 3: ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS

#### ENTREVISTA 2. MÉDICA 1 DA PRIMEIRA INSTITUIÇÃO. 21/05/2018, 09H40.

**E: Entrevistadora; M1: Médica 1.**

E: Bom dia, doutora M.!

M1: Bom dia!

E: Eu tenho um roteiro prévio para as questões, mas a senhora sinta-se à vontade para falar qualquer outra informação que achar que possa ser relevante.

M1: Fica à vontade.

E: O que você entende por violência sexual?

M1: Violência sexual é todo ato libidinoso ou conjunção carnal com uma pessoa que não deseja a prática sexual. E em crianças, que não são crianças, são adolescentes, menor que 14 anos é considerado estupro.

E: Mas, após isso, só se a pessoa disser que... ou a pessoa vier a fazer a denúncia.

M1: Não importa, abaixo de 14 anos é considerado estupro, porque...

E: Não... Mas...

M1: A pessoa não tem a capacidade de discernimento, embora manifestação de vontade.

E: Mas, após isso, após 14 anos. Ai ela tem que vir, fazer uma denúncia ou...

M1: Ai só se realmente for contra sua vontade.

E: Certo.

M1: O abuso é isso: a conjunção carnal ou ato libidinoso com uma pessoa que não deseja ter uma relação sexual. Isso é considerado violência sexual.

E: E na sua percepção, a partir dos atendimentos que realiza aqui. Quem são as principais vítimas?

M1: Mulheres, crianças do sexo feminino. A cada 10 atendimentos, 9 são do gênero feminino e um do masculino, ou seja sexo feminino, sexo masculino. Talvez por uma questão cultural. O homem tem maior dificuldade de lidar com a sua sexualidade, ele tem mais pudor, mais vergonha. Não que o abuso não aconteça com meninos e homens adultos, mas é bem menor o número do que em mulheres e crianças do sexo feminino.

E: E essas mulheres, desculpa, vou reformular. A pergunta é: quem são essas mulheres em situação de violência?

M1: A maior parte ocorre dentro de casa, no âmbito familiar: pais, padrastos, irmãos, avós, tios, primos...

E: Elas chegam aqui e ainda sim... Eu estava fazendo a revisão de literatura e tinha uma pesquisa falando sobre a continuação da denúncia. Elas continuam o atendimento aqui?

M1: O prazo que a gente vê é de 6 meses de continuidade, no máximo um ano. Mas vamos pensar em 6 meses, elas descontinuam o atendimento. Por vergonha, por medo, por negação, não querem mais lidar com o assunto da violência. E quando elas são atendidas na forma aguda, ocorre o abuso e são encaminhadas aqui para o PAVAS, elas são internadas na Santa Casa para receber os medicamentos, que é a profilaxia contra doenças sexualmente transmissíveis, virais e não virais, e contracepção de emergência. Elas vem para o PAVAS, elas dão uma continuidade, até porque elas tem que tomar

medicamentos por 28 dias, que são os antirretrovirais, quando nós conseguimos entrar com os medicamentos quando o abuso é até 72 horas. Depois de 72 horas, você não consegue entrar mais com o antirretroviral. Então, elas tem uma continuidade maior no atendimento aqui no PAVAS, que é o programa de atendimento das vítimas de abuso, mas geralmente a média é 6 meses.

E: Que continua o atendimento...

M1: É. E elas buscam o atendimento, porque o nosso atendimento aqui geralmente é um ano e sempre que elas quiserem vir aqui, realizar os seus exames...

E: E o dado da outra pesquisa falava sobre essa desistência, no caso, era de processos na justiça quando a vítima e o agressor eram ligados, eram familiares, ou eram parentes, ou eram conhecidos. Tinha essa desistência, um pouco depois.

M1: É verdade. Assim, não são todas as famílias que denunciam, justamente porque os agressores fazem parte daquela formação familiar. Então, eles não denunciam por medo, por vergonha, porque precisam financeiramente de seus gestores. E é verdade, muitos deles quando entram com a denúncia, depois de um tempo retiram a denúncia por essas causas que eu acabei de citar.

E: Quais são as possíveis causas dessa violência? Existem causas para essa violência?

M1: Não existe nenhum trabalho que diga assim: é um problema hormonal, é um problema psíquico. A gente não sabe muito bem a causa que leva uma pessoa a realizar um ato de violência sexual contra o outro. No caso de pedofilia, que é o adulto que pratica atos libidinosos ou até conjunção carnal com menores, tem que ter uma cronicidade. Então, ele tem que se relacionar só com crianças por um tempo hábil, por um tempo prolongado.

E: Isso é caracterizado como...

M1: Pedofilia. Então, você que vê que não existe só isso, não são só as crianças. Embora, agora, no nosso município, aqui no PAVAS, eu tenha atendido muito mais crianças. Houve uma inversão...

E: Eu notei esse dado, quando eu peguei os dados da SSP, o número de denúncias de crianças e adolescentes era muito maior do que de adultos.

M1: Isso é uma realidade, P2. Aqui no município, de uns anos para cá, uns dois, três anos. Eu tenho atendido muito mais mulheres, perdão, muito mais crianças do que adultos. No caso, mulheres, né. E meninos também. Muito mais crianças do que adultos. E, infelizmente, no âmbito familiar, o agressor faz parte daquela família. Já nas mulheres adultas, eu tenho pego mais agressores desconhecidos. Mas, crianças hoje, o atendimento no PAVAS é muito maior.

E: Tem uma ideia de como funciona esse núcleo familiar dessa criança?

M1: Geralmente são famílias desestruturadas, que não tem uma estrutura familiar, pais separados, presença de alcoolismo e drogas dentro de casa.

E: O que me chamou atenção é que existem alguns casos de estupros coletivos, nos dados da SSP, de crianças na área rural. Assim, não são muitos casos, mas existem alguns casos e isso me chamou a atenção. De não só uma pessoa, mas duas pessoas e uma criança, essas duas pessoas praticaram abuso contra essa criança.

M1: Eu não tenho esse dado aqui, né. Que o meu é muito menos rural, é mais dentro da cidade mesmo. Em relação a isso, eu não tenho te falar, porque é mais dentro da cidade do que no campo. Mas se a gente for analisar, que esse dado ter relevância...

E: Mas, foram um ou dois casos, é que me chamou atenção...

M1: Porque, não deve ser tão irreal, porque na vida rural realmente, muitas adolescentes, adolescentes, principalmente os meninos, né. Iniciam sua vida sexual cedo, muitas vezes tem um transtorno de preferência parafilia, zoofilia, com animais. A gente ouve esses relatos, mas não é a minha realidade aqui no ambulatório. São casuísticas muito isoladas, mas que não pertencem aqui no município de São Carlos.

E: E as consequências, sejam psicológicas ou físicas dessa violência?

M1: P2, são inúmeras. As sequelas físicas, graças a Deus, existe uma consciência, são 15 anos atendendo abuso sexual no município, depois de muita luta, muita conversa, muita capacitação, o fluxograma, ele acontece. Então, nas UBS e nas emergências, todo mundo sabe, paciente internado na Santa Casa independente da gravidade da lesão. Desde os casos onde a mulher sofreu um traumatismo craniano, alguns casos mais leves. Por que que elas são internadas? Isso é um pacto que nós fizemos. Porque elas precisam receber os medicamentos, principalmente contra as DSTs. E ficando de 24 a 72 horas, elas iniciam toda a propedêutica.

E: A propedêutica, desculpa?

M1: Propedêutica é a contracepção de emergência, quando é necessária, e os medicamentos contra as doenças sexualmente transmissíveis, virais ou não virais. Porque, elas devem ser instituídas em até 72 horas, os antirretrovirais principalmente. Eles não são prescritos após 72 horas.

E: É muito grande o número de pessoas que procuram depois dessas 72 horas? Elas já não podem tomar?

M1: Ah, sim. Não podem tomar.

E: Mas aí, elas só fazem o...

M1: Ai elas fazem o acompanhamento sorológico, mas até 72 horas com relação aos antirretrovirais, nós internamos justamente para elas receberem isso. E o que que acontece, a gente tem visto nesse levantamento de dados da B. que está fazendo TCC, que não houve nenhum caso de HIV positivo. Não sabemos também a causa disso, a literatura diz que se entrar com até 72 horas com antirretroviral, o risco de se contrair o HIV é muito pequeno. Não exclui, mas é pequeno. Mas aqui, nós não temos. Acompanhados por seis meses, foi o que eu te disse: depois de seis meses elas somem. Mas a gente pensa que [inaudível] uma infecção até seis meses, realmente o HIV nesse período não se manifestou. É um dado positivo. Dado negativo: sequelas emocionais, psíquicas muitos importantes que vão acompanhar essa vítima pelo resto da vida. A gente tem um trabalho de acompanhamento psíquico com elas, com a psicóloga, tanto infantil quanto a de adulto. Mas elas voltam para a sociedade, voltam para suas escolas, muitas se casam, tem um relacionamento. Mas, muitas delas apresentam crise de depressão e pânico que perduram muitas vezes por muito tempo, elas melhoram e depois deflagram com uma idade mais adulta. O caso de uma paciente que eu recebi há uma semana, 53 anos, foi abusada pelo irmão aos 9, estupro. Ele até veio a falecer. Depois, pelo tio. E aos 53 anos: crise de depressão e pânico, deflagrou. Só agora ela pode falar para os filhos e vir ao ambulatório PAVAS, para contar, para buscar um apoio psíquico. Tá fazendo terapia junto com a psicóloga e um acompanhamento aqui.

E: Esses casos são recorrentes? De pessoas que procuram um tempo depois de sofrer o abuso?

M1: Sim!

E: No caso, sofreu durante a infância, ninguém denunciou. Ela não tinha condições de denunciar e chegou aqui adulta.

M1: Perfeito, P2. A gente recebe demais. Isso acontece muito, muito. Até porque a criança, ela é ameaçada. Então, o abusador ameaça ela, ela tem medo de contar, de sofrer alguma consequência em relação àquela ação.

E: E as vezes quando a criança conta...

M1: A criança muitas vezes, ela não é ouvida, não é entendida. Então, o adulto acha que isso não acontece. Ou porque não acredita, ou porque é bom não acreditar. Porque é um conflito de interesse, geralmente é o gestor que mantém aquela casa. Ou a própria mãe gosta, tem um vínculo afetivo com o abusador. Então, ela realmente finge que não acredita.

E: Entendi. E quais são as possíveis... Como é possível tentar prevenir essa violência?

M1: Com a educação, com o respeito as diferenças de gênero. Isso vem nas... educação que eu digo é nas escolas e dentro de casa. Há uma necessidade muito grande da gente rever a educação no nosso país, colocar esses conceitos dentro da escola no intuito de formar cidadãos, que tenham a consciência plena do respeito às diferenças de gêneros, com respeito aos seus gêneros. Isso, só dessa forma, é que a gente vai conseguir prevenir a violência.

E: E aqui no PAVAS, no ambiente do PAVAS, como se estrutura o atendimento? Eu dei uma lida naquela documentação que você me entregou, eu reparei que aqui em São Carlos, diferente de Araraquara, existe um protocolo claro de como deve ser feito o atendimento, mas você pode explicar um pouquinho mais...

M1: Ele é o que eu falei, né P2. A gente começou como formiguinha, até porque esse ambulatório foi esquecido, mas a gente não o esqueceu. Eu e A., então, a gente tá sempre conversando com a delegacia da mulher, com a promotoria, com a Santa Casa. Então, esse fluxo, ele sofreu modificações ao longo dos anos, e várias pessoas fazem parte dessa equipe: psicólogos, enfermeiros, infectologistas. Então, a gente conseguiu criar esse fluxograma de atendimento, isso é bem estabelecido, embora a capacitação tem que ser sempre, porque entram novos funcionários, sejam eles médicos, auxiliares, tanto na Santa Casa, quanto na UBS. Então, a gente tem que tá sempre buscando essa capacitação, se não esse protocolo é esquecido, não funciona 100%, tá? Em virtude dessa falta do comprometimento de alguns profissionais, ou negação a esse tipo de atendimento, ou falta de conhecimento. Então, a capacitação tem sido algo que a gente tem priorizado para que realmente esse fluxograma possa acontecer. E mesmo capacitando, ele é falho em alguns momentos. Então, esse é o nosso trabalho, existe esse fluxo, que é o estímulo a vítima à denúncia, fazer o boletim de ocorrência. Depois passa no IML para a perícia médica, interna na Santa Casa, recebimento da contratação de emergência se necessário e a profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, virais e não virais. Depois o encaminhamento pro programa de atendimento às vítimas de abuso sexual, que é o PAVAS, no centro municipal de especialidades, que é o atendimento ambulatorial.

E: Seria possível realizar o exame de corpo de delito que é feito no IML em outro local que não fosse lá?

M1: Sim, o Ministério tá realmente obrigando que isso seja realizado pelo plantonista na unidade emergencial, por exemplo. Aqui, isso pode acontecer, mas nós não temos.

E: Ainda não tem...

M1: Essa condição de realizar uma perícia, que isso envolve um perito legal.

E: Que não tem...

M1: É... existe no Instituto Médico Legal, mas, por exemplo, a vítima tá internada em estado grave, ou não, hoje existe essa norma de que o plantonista possa fazer a perícia para que ela não fique exposta. Faz a denúncia, depois vai pro IML, volta a ter que falar sobre o assunto, volta a ser examinada. Quanto menos exame, quanto menos ela falar, seja criança ou a vítima do abuso maior, melhor. Mas a gente ainda tá estruturando isso. Isso é muito novo, esse processo da perícia ser realizada dentro do âmbito hospitalar pelo profissional que está atendendo. Só se realmente não for possível chamar o Instituto Médico Legal e, no caso da criança, a escuta é gravada, né? Que é uma coisa que o Ministério tá obrigando que os municípios tenham que implantar isso em 180 dias. A gente tá articulando como vai ser essa escuta.

E: Então é bem recente isso.

M1: É, essa escuta da criança, aonde ela vai gravar isso, onde vai ser estabelecido. Para que ela não tenha que replicar essa fala, porque essa fala fica contaminada. Então, a criança fala para a diretora, que depois vai falar pela assistente social, depois psicólogo. Então, se modifica. Então, quanto mais precoce, quanto mais única for essa escuta, mais fidedigna ela vai ser.

E: Entendi. E aqui, quais são os procedimentos realizados?

M1: A gente avalia quando há internação, até 72 horas na Santa Casa. A gente avalia se a antiviral tá de acordo, se existe algum efeito colateral. Escreve os medicamentos que ela usou. Acompanha depois se houve uma gravidez ou não. Se houve... se ela adquiriu uma doença sexualmente transmissível ou não. Faz a coleta dos exames necessários clínicos e sorológicos e acompanha por, no mínimo, seis meses.

E: E daqui ela é encaminhada para A.?

M1: Isso.

E: No CAIC?

M1: Isso, quando é adulto faz o acompanhamento lá. Quando é criança, atualmente nós não temos psicólogo infantil, então esse acompanhamento é pelo CREAS.

E: Pelo... onde fica o CREAS?

M1: Centro de Referência...

E: Não, eu sei, mas ele fica onde aqui?

M1: Ele fica na Treze de Maio e o [inaudível] 32, tem o telefone aqui ó: 3307-7799, 3374-3271, 3307-8754.

E: Tá bom. Você pode descrever um pouco como é a sua prática, como funciona, como atende aqui, como funciona o atendido a partir da sua prática?

M1: São 15 anos atendendo, então, eu recebo com o que eu tenho de melhor que é o meu amor e o meu carinho. Entendo que a vítima de abuso, seja criança, adulto, ela chega muito sensibilizada. Ela chega com sequelas mais emocionais do que físicas. Então, a gente conversa bastante, a gente faz o relato disso num prontuário específico que é só de acessos à equipe, ninguém tem acesso a esses dados. Depois a gente realiza o exame clínico, ginecológico, se houver autorização da mesma, se ela tiver bem para isso. Depois prescrição de medicamentos complementares se houver necessidade. E a solicitação dos exames sorológicos que eles vão ter um protocolo dependendo da DST que eu quero investigar. Geralmente 30 dias, 90 dias após o início da terapêutica do primeiro exame sorológico realizado a gente complementa com novos exames de sorologia.

E: E nesses 15 anos, houve algum caso que chamou muita a sua atenção ou alguma situação? Eu sei que existem vários todos os dias, mas alguma que...

M1: Sim, se você me perguntar se o abusador é preso, eu vou dizer que quase nunca, só quando ele é pego em flagrante. Houve um caso sim, de uma adolescente que ela ficou comigo por uns, atendendo comigo uns 8 anos. E um caso difícil, porque ela estava em casa, meio dia, portão vazado, ela chegou só no portão, porque tocaram a campainha, nisso o abusador botou uma arma na barriga dela e obrigou ela a abrir. Ela abriu, entrou e houve o estupro. Veio e foi medicada, começaram o atendimento médico e psíquico dessa vítima, quando a gente estava reestruturando essa vítima, ressocializando essa vítima no âmbito familiar-social. O abusador foi preso não por causa do estupro, mas por causa de roubo. E houve o reconhecimento e ele foi preso. E um tempo depois, ele foi solto pela Justiça, porque não existia prova cabal em flagrante. E aí todo o nosso trabalho veio por água a baixo, porque aí houve o

desenvolvimento de uma síndrome do pânico, de uma depressão que envolveu toda uma família, houve uma reestruturação, a retirada do ambiente do lar. Saíram da sua casa, alugaram outro imóvel, houve um comprometimento financeiro, a parada do estudo e tivemos que de novo trabalhar essa situação. Através de medicamento, através de terapia para que ela voltasse a se inserir de novo dentro do contexto social, mas já medicada. Medicamentos e com muita terapia para que ela superasse o seu medo, medo que o abusador viesse e fizesse um dano maior.

E: Só para confirma a prisão dele não foi pelo roubo?

M1: Foi pelo roubo, não pelo estupro. Porque não foi pego em flagrante.

E: E mesmo com a denúncia dela...

M1: Como houve o roubo a uma casa, chamaram para ver se ele estaria relacionado ao abuso. Ela realmente conseguiu identificar, foi preso pelo roubo, mas houve a denúncia com relação ao estupro, mas foi depois liberado, porque não houve flagrante. Que prova tinha que ele realmente tinha cometido o abuso?

E: A palavra dela apenas... E quais os aspectos que facilitam ou dificultam a sua prática?

M1: O que me facilita é o fluxograma, já tá determinado. Então, a gente tem esse vínculo com a Santa Casa que aderiu muito a isso, que abraçou a causa, que participa ali dentro das suas condições. A farmácia, daqui do centro municipal de especialidade, trabalhando conosco na formulação dos kits de medicamentos que ficam acoplados na Santa Casa. Quando há internação da criança, vítima, existe o protocolo de medicamentos e isso é muito bacana. Porque isso possibilita que essas crianças e mulheres, ou seja quem for, não tenha, não contraia as doenças e nem uma gestação. Até agora, das que foram internadas nenhuma terminou em gestação. Então, a gente vê que esse fluxograma, esse kit de medicamentos quando bem aplicados e dentro do prazo acordado traz benefícios. E a gente vê isso no PAVAS, a contracepção de emergência prevenindo uma gravidez indesejada. E não contrair o vírus HIV, quando se inicia o uso dos antirretrovirais dentro do tempo determinado. Negativo? A falta de visibilidade do ambulatório, a falta de informação de existência do mesmo, a falta de apoio político, a falta de equipe: falta psiquiatra que eu não tenho para tratar esses quadros depressivos e de pânico. A gente acaba tratando, mas não é o correto. A falta de uma assistente... a falta de uma equipe que a gente possa realmente trabalhar de uma melhor maneira. Então, a gente tá tentando virar esses ambulatórios um projeto de lei. Hoje, vai ter uma audiência pública na câmara dos vereadores para que isso não acabe, porque eu não vou ser eterna e nem a A. E a gente tem que deixar um legado para que esse tipo de atendimento permaneça. Para que a gente melhore o atendimento, aumentando a equipe e buscando recursos ministeriais, porque existe para isso. E para que isso nunca se acabe, como é o ambulatório de oncologia para o tratamento do câncer, como é o ambulatório de DST-AIDS que vem recurso, dinheiro para a capacitação dos profissionais, vem para complementação da equipe ou de medicamentos. A gente precisa disso. Então, a gente tá lutando pra isso.

E: E qual é o papel do serviço de saúde e assistência diante da violência sexual?

M1: É promover a saúde física e psíquica da vítima e da sua família e de quem convive com ela, porque também acaba adoecendo. É muito difícil uma mãe ver o filho sendo abusado, ela acaba tendo depressão, pânico, pressão alta, diabetes de causa emocional. Fora sequelas psíquica, a depressão, pânico, enfim. A prevenção, então a gente tenta ao máximo que essa vítima não sofra novos abusos, orientando o conselho tutelar. A criança que é abusa dentro do seu âmbito familiar, o conselho tutelar tem uma determinação. Existe a casa de apoio, a casa abrigo para que afaste essa criança do abusador intrafamiliar. E a prevenção é essa. E tratar os agravos, que é como eu falei são as sequelas físicas, as doenças que muitas vezes podem acontecer, ou a gravidez decorrente do estupro. Nós tivemos o primeiro aborto legal, que não ocorreu aqui no nosso município, foi fora dele. Mas que decorreu de uma gravidez e foi realizado. O município é obrigado a realizar o aborto legal, porque não era uma gravidez que a vítima gostaria.

E: Mas o abuso ocorreu na cidade?

M1: Não, não. Fora dela. Mas ela mora aqui, então ela tem o direito a isso. Então, tratar os agravos físicos, como eu falei, e os psíquicos que são muitos, que ou se manifestam no decorrer, após o abuso ou venha a ser deflagrados anos depois. Mas que são sequelas que ficam gravados na alma, não só no corpo mas na alma da vítima.

E: Como profissional desse serviço como você se sente ao atender essas vítimas?

M1: Eu me sinto confortada, porque tenho a capacidade de atender, de dar o meu conhecimento, poder prevenir um monte de sequelas físicas que realmente essa vítima acaba por adquirir. E emocionalmente é um conforto, é o meu carinho, é o meu amor, é a minha compreensão em relação ao outro lado. Aquela vítima, aquela mãe que traz aqui para que eu atenda. Então, eu acho que meu comprometimento é o amor que eu tenho a isso que eu faço. Não é financeiro, porque eu ganho muito pouco, mas se eu estou aqui é porque eu acredito que eu possa ajudar essas pessoas. Então, o meu comprometimento profissional é de coração, é de alma.

E: Você se sente...

M1: Recompensada!

E: É, é essa a palavra!

M1: Eu me sinto recompensada quando eu vejo o sorriso de uma criança quando vem brincar aqui comigo. Eu vejo que eu consigo, de novo colocar essa criança na escola. Essa criança volta a estudar, essa criança sai da depressão. Essa mulher consegue ser incluída socialmente, isso para mim é a minha maior recompensa.

E: Como se realiza o processo de notificação desses casos atendidos?

M1: Quando há o abuso, é obrigado realmente aquele profissional que atende a notificar. É uma notificação obrigatória.

E: Que é mandada ao SINAN, se eu não me engano. Ai a pessoa chega aqui...

M1: É no hospital geralmente. É no hospital. É aqui ou o hospital realiza a notificação e a gente envia.

E: Envia para o SINAM, mas você não tem a obrigação legal de denunciar à Justiça ou à segurança. Isso tem que partir da vítima...

M1: Da vítima. Só se ela estiver em risco.

E: Certo. Eu sei que a do SINAM...

M1: A gente notifica o atendimento...

E: Isso, ela não é identificada...

M1: Isso, a gente faz a notificação do ocorrido, que nos chega. Ai a gente é obrigado a notificar.

E: Certo.

M1: Se isso vai seguir, ai é só realmente a vítima que pode fazer a denúncia e levar adiante.

E: E você recebeu alguma formação específica? Na verdade eu estou perguntando isso, apesar que eu notei, apesar de você também ter recebido, você e a A. que tentam levar o PAVAS e ...

M1: É, nós é que escrevemos o primeiro projeto e implantamos na cidade, eu e ela. E nós fizemos um curso de sexualidade humana na USP em São Paulo, por dois anos, e inclui atendimento às vítimas.

Inclui mulheres e homens com disfunção sexual, porque a vítima depois passa a apresentar um quadro, ela perde o desejo sexual pelo seu parceiro e muitas apresentam vaginismo. Que é a contração involuntária da vagina e com isso a mulher não consegue ter relação sexual com seu parceiro. Então, como tratar isso, né? Não existe a formação de medicina sexual dentro da minha formação como ginecologista ou da A. como psicóloga. Então, nós fomos buscar uma pós-graduação na USP em São Paulo por dois anos. E aprendemos a tratar também disfunções sexuais decorrentes dessas vítimas. E, então, hoje aqui é um ambulatório de sexualidade humana que atende mulheres e crianças vítimas de abuso, homens e mulheres da rede com disfunções sexuais, não só de correntes de estupro, ou de abusos, né, no caso. E também os transgêneros, né? Os transexuais, que apresentam o que nós chamamos de incongruência de gênero, hoje é esse termo, que é aquela população que sofre muito abuso sexual. Porque grande parte deles acabam se prostituindo como meio de vida. Então, nós também realizamos esse atendimento de medicalização, de atendimento psíquico, de reinserção deles dentro da sociedade.

E: E essa formação, você está relatando, que você buscou com a A., mas houve alguma por parte da prefeitura?

M1: Sim, sim. Na época a prefeitura estimulou. Existia um financiamento para isso dentro do Ambulatório de DST-AIDS e nós fomos, pela prefeitura, capacitadas nessa pós-graduação. E a contrapartida era implantar o ambulatório de sexualidade humana.

E: Então, há 15 anos mais ou menos...

M1: Há 15 não, há 12, né? O PAVAS foi, mas o de sexualidade são 12 anos.

E: Ai houve essa vontade política de...

M1: Isso.

E: Criar. Então, e o que é feito, mas você já respondeu o que é feito em caso de uma gestação decorrente de estupro...

M1: Ai... A gente sempre estimula para que a vítima tenha esse bebê e se ela não quiser, então, ela pode encaminhar para a adoção. Então, então você vê que coisa boa, um caso só foi encaminhado... Mas não foi encaminhado para a adoção, parece que a mãe ficou com a criança. O outro caso que não foi dentro da nossa cidade, foi fora, mas que legalmente, por direito, teria, esse sim foi encaminhado para aborto legal.

E: Entendi. É isso!

M1: Ah! Muito Obrigada, P2! Espero que tenha conseguido responder as suas questões!

E: Eu que agradeço! Ah, só duas coisas que eu esqueci de perguntar. Qual o seu cargo aqui?

M1: Eu sou médica ginecologista, especialista em medicina sexual também. E a médica que atende o programa de atendimento as vítimas de abuso sexual, ambulatório de sexualidade humana que comporta disfunções sexuais e o atendimento aos transgêneros. Ah, e agora o consultório de rua, que são mulheres moradoras de rua e usuárias de drogas que passam pelo PAVAS também.

E: E você faz esse atendimento há quanto tempo?

M1: O de vítimas há 15, o de sexualidade há 12 e o consultório de rua começou esse ano.

E: Então, é isso!

M1: Obrigada, E!



**ENTREVISTA 3. AUX. DE ENFERMAGEM 1 DA PRIMEIRA INSTITUIÇÃO. 28/05/2018, 15H00.**

**E: Entrevistadora; A1: Auxiliar de enfermagem 1.**

E: Eu tenho esse roteiro prévio que para eu orientar as minhas perguntas, mas você pode responder o que você achar que vai responder melhor, você não tem que responder certinho isso aqui. O que você entende por violência sexual?

A1: Violência? É quando tem um ato, né? Quando tem... quando tem o ato sexual, quando tem a penetração. Eu acredito que seja essa violência.

E: A penetração sem o consentimento da outra pessoa?

A1: Isso.

E: Isso seria a violência sexual no seu entendimento?

A1: Sem consentimento, é uma violência, né?

E: E na sua percepção quem são as principais vítimas de violência sexual? A partir do que você atende aqui.

A1: Principais vítimas?

E: É. Quais são as pessoas que chegam aqui.

A1: Mais é criança, né.

E: Crianças, mulheres?

A1: Crianças e meninas, mulheres.

E: A maioria é crianças, estupro de vulnerável, no caso, e meninas, com relação ao sexo: feminino.

A1: Isso.

E: E essas mulheres... No caso, a minha pesquisa está querendo saber quando são vítimas mulheres. Então, são meninas, quem são essas meninas? Por exemplo, a dra. M. falou que quando são meninas, normalmente elas vem de lares desestruturados, os pais não denunciam, não só os pais, a família. Ela sofre essa violência dentro de casa e só muito tempo depois se descobre e se realiza a denúncia. Na sua percepção quem são essas vítimas?

A1: Que faz a....?

E: Não, que chegam aqui. Quem são essas vítimas que chegam aqui?

A1: As vítimas? As meninas? As crianças?

E: Isso! [Silêncio]. Como é que eu posso... Elas são muito jovens? Elas são mais velhas apesar da idade? O estupro de vulnerável é até 14 anos. Então, são crianças até 10 anos, ou são meninas adolescentes?

A1: Não. São crianças até menos de 10 anos.

E: A maioria dos casos.

A1: 7, cinco. Já chegou até de dois anos aqui.

E: E quando são mulheres? Tem alguma recorrência de alguma idade? Ou elas são casadas ou elas são solteiras?

A1: Não, são solteiras.

E: Na maioria das vezes quando chegam aqui.

A1: E a maioria é por familiares, né?

E: Mesmo as mulheres adultas?

A1: Mesmo os adultos.

E: Na sua percepção, quais são as possíveis causas dessa violência? Se existe uma causa para essa violência.

A1: Então, na verdade a gente não tá entendendo esse mundo, né filha. Dá a impressão que mais por causa das drogas, porque não tá certo primo tentar violentar parente... pai... Então, eu acredito que seja muita droga. E mal orientado, né, sem orientação, porque...

E: A pessoas não são bem educadas, né?

A1: Não.

E: E para essa vítima quais são as consequências dessa violência?

A1: No atendimento aqui?

E: Não, na vida dela...

A1: Ah, trauma, né? Fica traumatizada por muito tempo.

E: Demora a voltar ao convívio social normal...

A1: Demora, demora.

E: E teria alguma forma de prevenir essa violência, de evitar que ela aconteça?

A1: Eu acho que deveria ter mais orientação.

E: Para quem?

A1: Para a família. Na escola, para eles também, para eles ficarem orientados. E ter menos, né?

E: Ensinar o que seria uma violência, no caso.

A1: É. Tinha que ter mais orientação

E: E aqui no CEME, como é que se estrutura o atendimento, como é que funciona? Quais são os procedimentos que são realizados? Como é que funciona o atendimento para essa pessoa?

A1: Então, a maioria, quando acontece, eles vem da Santa Casa, porque já fez profilaxia lá. Daí eles vem para cá e a gente agenda. Assim, procura-se ficar no máximo... aglomerando... Tudo muito silencioso esse atendimento. Então, a gente agenda ou liga para a médica. Ela vem no dia atender, sabe? Mas a gente respeita bastante esses casos.

E: E aqui é realizado o que? A continuação da profilaxia?

A1: A continuação, ai tem um atendimento até 6 meses, que a dra. faz. Acompanhamento, até 6 meses.

E: Mas elas continuam?

A1: Continua, faz todo o tratamento. Até a dra. dar alta. E as vezes fica por mais tempo, né?

E: Mas é grande esse número? Porque existem pesquisas que dizem que as pessoas normalmente desistem, no meio do processo, elas desistem de continuar.

A1: Sim, também tem.

E: Acontece muito isso aqui?

A1: Acontece.

E: Por n motivos, né, trauma, a pessoa não quer ficar revivendo aquilo...

A1: É. E a família também não acha importante, acha que percebe que a criança tá bem. E para não mexer mais na história... Acredito que seja isso também.

E: Mas isso bem recorrente, ou é igual a quantidade de pessoa que vem, continuam vindo, e a quantidade de pessoas que desistem?

A1: Não. Tem mais que desiste do que vem.

E: Desiste ao longo do processo... E como que você definiria a sua pratica nesse local? O que você faz nesse local?

A1: O que eu faço? Eu procuro assim... Sigilo, né?

E: Não, não só em relação às vítimas. Mas qual...

A1: O que faço? Eu só agendo e passo para a dra. o caso. E oriento sobre receita, medicamento.

E: Mas quando ela chega, ela vem da recepção aqui para você, ou ela já vem direto?

A1: Ela já vem direto, me procura.

E: E quais aspectos facilitam ou dificultam?

A1: Quais?

E: O que facilita ou dificulta a sua pratica aqui, você prestar esse atendimento?

A1: Ah, o que dificulta? Então, é a necessidade de algum material que a gente não tem, né?

E: Que material? Como assim?

A1: Tipo... Material assim, as vezes você... Vamos supor, o paciente chega e não é o horário da médica, né? Ai a gente tem que ficar ligando para a médica para ver se ela pode vir, você entendeu? Esse é um pouco da dificuldade, mas mesmo assim a gente consegue consertar.

E: E existe alguma coisa que facilita o atendimento para você atender essa pessoa?

A1: Não... É que quando é eu e a dra., a gente trabalha bem, sabe? A gente se comunica bem. Ai graças a Deus, eu conheço um pouco, que eu sei que a violência se ela não tiver a profilaxia... Ai... É grave até para os funcionários, então, eu procuro sempre tá deixando a criança e a família, tipo, encaminhada. As vezes ela chega, ó a dificuldade, chega da Santa Casa não agendou. Ai precisa pegar o medicamento, naquele dia para começar a tomar. Então eu vou pego a receita dela, converso na farmácia, você entendeu? Ai ela cede o medicamento, no outro dia a dra. faz um protocolo lá dos medicamentos. Então...

E: Seu papel é fundamental no atendimento dessa pessoa. E para você qual o papel da saúde no atendimento das vítimas de violência sexual. Qual a importância da saúde nesse atendimento?

A1: Então, é que ela se sinta bem, né, que tenha um bem estar. E a gente procurar passar pra ela que ela vai ficar bem desse problema, mas só ter paciência e tomar o medicamento certo, né. E procurar atendimento, psicóloga...

E: Como profissional de... esse centro de referência aqui em São Carlos para atender vítimas de violência sexual... Então, como profissional desse serviço, como é que você se sente ao atender, você se sente bem, você se sente... tem uma palavra que a dra. usou que foi recompensada, você se sente recompensada? Ou você se sente que as vezes você não sabe lidar algumas situações? Como é que você se sente?

A1: Não, eu me sinto bem de estar podendo passar o que eu sei para eles. Para eles se sentirem bem também. Então, eu gosto muito... nossa... E é isso, entendeu? Muito bom.

E: Como se realiza o processo de notificação? Quando... notificação dessa violência para os órgãos de saúde, no caso, como é que se realiza? Você faz parte dessa notificação?

A1: Então, é a dra., quando não está notificado a dra. faz. Só que é assim, como na maioria eles vem da Santa Casa, então, eles já... ai a Santa Casa, no caso a enfermeira já falou: olha, eu mando uma notificação para vocês no CEME, eu mando uma para a vigilância. E fica com uma lá. Então, ela faz a notificação. Ai, então, a gente pega e deixa o nosso guardado aqui, porque o da vigilância foi, entendeu? E ai quando não tem a dra. faz e a gente manada para vigilância.

E: Entendi. E você chegou a receber alguma formação especifica para trabalhar com as vítimas de violência sexual?

A1: Eu tive sim, curso de capacitação quando eles fizeram, mas eu não estou lembrando o ano. Mas eu fiz sim.

E: A dra. M falou que o ambulatório iniciou aproximadamente há 12 anos, que foi o tempo que ela disse que você trabalhou com ela. Foi nesse início ou foi depois?

A1: Não, foi depois, mas teve uma capacitação lá no CREAS.

E: Ai você recebeu essa capacitação, mas você não recebeu nenhuma outra depois? Ou só essa?

A1: Não, só essa.

E: Você não consegue lembrar quando foi não, né?

A1: Não, faz tempo já, mas eu lembro que foi no CREAS e foi sobre violência, o do gênero lá, né? Violência de gênero. Foi.

E: Teve algum caso que chegou aqui que chamou mais a sua atenção? Alguma situação que chamou mais a sua atenção? Ao longo desses 12 anos de atendimento.

A1: Chaga assim, quando a gente vê uma criança, né, tipo dois anos com doença sexualmente transmissível, que é o HPV que já vem. Então, a gente fica sim, chateada, né?

E: Mas existe algum caso? Você não chega a esquecer caso...

A1: Não, esquecer não. A gente esquece. Na verdade, eu procuro fazer o certo aqui dentro, que depois que eu sair para fora, eu não levo nada daqui. Eu tento resolver tudo aqui dentro, né? Ai lá pra fora "tchau!", eu esqueço. Mas ai, no outro dia, a gente volta de novo o assunto, mas deixa... Não, não tem trauma desse serviço não.

E: Não, não é trauma. É só algum caso que marcou muito você, que quando você pensa, você sempre lembra desse caso. Não relação a ter algum trauma nesse caso.

A1: Não, não.

E: E você tem..., a partir dos atendimentos que você faz, você tem alguma ideia de mais ou menos quantos casos passam por aqui? Uma média?

A1: Ultimamente estava vindo muito, né. Nossa, estava atendendo assim: 10 por semana!

E: No último ano?

A1: Nos últimos tempos, agora. Nos últimos anos.

E: Nos últimos anos? É porque junto com essa pesquisa, eu também peguei dados da segurança pública para saber quantos foram notificados na polícia, no caso. E teve realmente um aumento de casos de violência sexual desde de 2011. Então, você acha que desde 2011...

A1: Aumentou.

E: Aumentou o atendimento que você realiza aqui?

A1: Aumentou.

E: É basicamente isso. Eu só preciso saber qual é o seu cargo e a sua formação profissional. Você trabalha há 12 anos aqui? Ou mais?

A1: Faz 18.

E: Mas com o atendimento às vítimas?

A1: Com as vítimas foi já no começo, faz 12 anos. Foi quando a dra. veio, ai eu já comecei a trabalhar com ela.

E: Você parou há quanto tempo mais ou menos?

A1: Foi agora, foi janeiro... fevereiro!

E: Ah, foi agora nesse ano?

A1: Quatro meses.

E: E a formação e o seu cargo?

A1: Então, eu sou auxiliar de enfermagem, né. E sou formada, eu sou enfermeira, mas não sou concursada, né?

E: Então, você exerce o cargo de auxiliar de enfermagem?

A1: De auxiliar de enfermagem.

E: Era isso, A1. Muito obrigada!

**ENTREVISTA 4. AUX. DE ENFERMAGEM 2 DA PRIMEIRA INSTITUIÇÃO. 28/05/2018, 15H30.****E: Entrevistadora; A2: Auxiliar de enfermagem 2.**

E: Qual a sua formação profissional, A2?

A2: Auxiliar de enfermagem.

E: E o seu cargo aqui é?

A2: Auxiliar de enfermagem.

E: E você está atendendo há quanto tempo no ambulatório de sexualidade?

A2: 5 meses, mais ou menos. Do começo do ano pra cá, janeiro, fevereiro que eu acho que comecei, então, 5 meses mais ou menos.

E: Eu vou iniciar com as perguntas, você se sinta à vontade para responder o que você se sentir à vontade para responder e se quiser esclarecer mais alguma coisa ou falar mais além das perguntas também pode se sentir à vontade para isso. Na sua percepção o que é violência sexual?

A2: Ah, eu acho que todo e qualquer tipo de agressão tanto palavras em mal dizer, como fisicamente. Acho que é isso.

E: A violência sexual? Não é a violência como um todo que eu estou perguntando, é a violência sexual.

A2: Ah, só a sexual? É a agressão, o uso da força do parceiro não está afim e a pessoa forçar ela a fazer algo que ela não quer, é isso daí. Ou como já vi alguns casos de pessoas que são induzidas à bebida, à droga ou à bebida e são abusadas, nesse sentido, eu acho.

E: Na sua percepção também quem são as principais vítimas dessa violência a partir do seu atendimento aqui?

A2: Jovens e crianças, jovens e crianças.

E: Jovens adolescentes e crianças?

A2: É. Não só adolescente, mas até uma certa idade: estudantes e crianças. Pessoa de mais idade, assim acima dos 30, 40 já é menos.

E: Então, você está falando jovens até uns 20 e poucos?

A2: Até uns 25 anos, 28 por aí. Para mim assim, nessa fase de idade são mais propicias a ser abusadas sexualmente. E crianças.

E: Mas aqui, você realiza o atendimento mais de meninas crianças, até 14 anos, ou mais pessoas até os 20 anos, 20 e pouco anos? A partir dos últimos tempos que você atendeu.

A2: Eu acredito que eu recebi mais adolescentes, dos 14 aos 25 anos por aí.

E: E você sabe dizer quem são essas vítimas, essas pessoas que sofreram a violência, por exemplo: quando são crianças, você disse que a maioria são meninas; quando são adolescentes, também são meninas? Elas são estudantes, ou elas, quando são adultas, a maioria é solteira ou casada, se ocorre casos de chegarem pessoas transgênero aqui. No atendimento que você já realizou, quem são essas principais vítimas?

A2: Adolescentes, mulheres, estudantes e não estudantes, que eu já peguei, né. Tanto estudantes como não estudantes.

E: Mas essa violência que elas sofrem é dentro da família, ou fora da família, por desconhecido? Você tem essa...

A2: Teve da família, né, e teve acho que mais fora da família. Teve na rua, num passei, entendeu?

E: E a partir do que você entende como violência sexual, você acha que existe uma causa da violência sexual? Se existe, quais seriam essas causa para ela acontecer?

A2: Essa é uma pergunta um pouco difícil, porque cada um tem uma maneira de ver, de avaliar, né? Então, eu acho que tudo depende assim... Nada justifica o erro, certo? Deixar bem claro, o que eu acho assim nada justifica o agressor, a violência do agressor. Mas ambas as partes as vezes a gente vê ou ouve falar, a gente observa que as pessoas também se... principalmente as meninas em fase escolar, na faculdade, elas não são tão assim... Eu não sei, acho que vai muito da criação de casa e da família... dessas meninas como se comportar. O comportamento delas, então eu acho que tudo isso ajuda a... tem probabilidade de ter mais, entendeu? O homem... Eu quero dizer assim, uma menina mais levada, mais assim... a roupa dela, o traje de roupa que ela usa. Não que justifique, não é isso. Só que eu acho que tudo é uma...

E: Leva a acontecer...

A2: Leva, tem mais probabilidade de acontecer, entendeu? E agora quando é adultas na casa... no seio da... Ai eu acho que ai vai a convivência, né? A gente não sabe a convivência de cada um o que é. E os casos que eu observei, normalmente, assim, eu fico observando, eu vejo assim: talvez se essa menina fosse um pouco mais, né? Na educação familiar, tivesse tido mais orientação, tivesse tido é... Porque não é proibição que eu falo, não é esse jeito de proibir, mas no jeito de orientar ela: como se portar, como se vestir, né? Principalmente na rua, na escola, né? Eu acho que tudo ajudaria um pouco, né? Tudo isso colaboraria para que nada acontecesse, né? Então, não sei, é uma pergunta muito complicada essa. É uma pergunta muito difícil, né?

E: E quais são as consequências dessa violência de uma forma geral, não só para a pessoa que sofre, mas para a família, para...?

A2: Ah, é trauma, um trauma... uma coisa assim, um trauma, uma dor, para quem. Eu imagino que para quem sofreu, e tanto para família, fica uma dor assim que não.... que ela ameniza, mas ela não some, jamais ela vai sair. Porque que já conversei com pessoas que já aconteceram na adolescência da pessoa e hoje essa pessoa tá com bem mais idade, bem mais velha e ela lembra daquilo e ela sofre ainda, né? Já passou, já teve as consequências, mas assim, até na data de hoje ela sente aquilo, ela sofre, ela não quer lembrar, não quer ficar lembrando. Então, é um trauma muito grande, uma dor que ameniza, mas nunca amis vai se acabar da mente da pessoa.

E: A M. comentou que, eu acho que foi aqui, não sei se foi em outro momento que ela atendeu, que já chegou casos de pessoas de 53 anos que tinham sofrido a violência na infância, mas só veio a chegar aqui muitos anos depois.

A2: Sim... muitos anos depois, a gente teve casos aqui assim. Depois foi ver, foi lá atrás que sofreu, que ficou calada, que não falou nada... E vem vindo com isso. E isso tem um certo problema na vida da pessoa, interfere, né? Na vida amorosa, na vida familiar, quer queira, quer não acaba interferindo.

E: E é possível prevenir essa violência? Existe alguma forma de prevenir essa violência?

A2: Eu acho que existe: com educação. Tanto na educação familiar, que é a que eu falei lá atrás. Na educação familiar, como na educação da sociedade no todo, de todo o mundo. Mas isso ai vem lá de casa, tem que começar lá em casa. Vai pra escola, tem todo um círculo para se formar... Eu acho que através da educação só.

E: Precisa de uma educação dessa família para educar essas pessoas...

A2: Essas pessoas, e na escola depois chega... quando chega na escola a professora, normalmente os professores também ajudam nessa formação, nessa educação. As professoras ver alguma coisa e já falar com a família, falar com a criança, com a menina. E depois o adulto normal também, tá sempre batendo nessa tecla, né? Eu acho que a forma é essa.

E: Desculpa, em qual tecla? De respeitar o próximo?

A2: Sim, de respeitar, de como se portar, de como, né? Tanto nas redes sociais, como no diálogo. Tem tudo isso. Eu acho que tudo isso leva... né?

E: Ajuda a prevenir?

A2: Ajuda a prevenir. Porque eu acho assim se uma menina começa a se insinuar muito também, né? Então, tem tudo isso. Então, eu acho que na conversa, na sociedade, onde quer que ela esteja. Ela tem que saber se portar, conversar, né? Até onde ela pode ir, até onde ela não pode. Então, isso vem tudo de onde? Lá atrás, na escola, na casa, né? Na família, na escola, na adolescência dela ali na escola e depois vai indo, né? Eu acho que é um processo, né?

E: É um processo contínuo...

A2: Contínuo! Eu imagino que seja assim, a minha...

E: Eu não posso dar minha opinião agora...

A2: É, eu sei, eu entendo...

E: Como se estrutura aqui no CEME, como se estrutura o atendimento as vítimas de violência sexual? Como é que funciona o atendimento: ela chega aqui e aí ela faz o que depois? Ela chega até você e entrega o que?

A2: Normalmente, as vezes quando elas vem, elas vem já passaram pela Santa Casa. Vamos supor elas tem o primeiro atendimento, as vezes no pronto socorro na Santa Casa. E outras não, outras chegam... elas vem com o papel da Santa Casa, com o encaminhamento que foi recebida, que foi orientada, que foi medicada em um primeiro momento e tal. E tem as que chegam que aconteceu e não sabe como agir primeiro, então vem aqui buscar primeiro. Aí a gente dá orientação pra ela, primeiro vai passar pra médico, com doutora agora para orientar direitinho, vão fazer... Tem as que são orientadas a fazer o boletim, conforme é feito o boletim de ocorrência, tudo... É assim que a gente recebe.

E: Mas, quais são os... tem que fazer a profilaxia, inicia na Santa Casa e aí você continua aqui. E como é que é realizado, ela recebe uma medicação aqui ou ela recebe medicação para tomar em casa?

A2: Sim... ela recebe... pra tomar em casa. A doutora vai receber ela, vai dar as orientações, vai pra passar... Aí ela pega, normalmente a doutora já vai as vezes até com ela na farmácia. Já pega e já orienta ela como ela vai tomar. É tomado em casa, não toma aqui, não vem tomar aqui.

E: E daqui ela também é encaminhada pro atendimento psicológico ou ela realiza aqui?

A2: Sim. É e escolha da pessoa, a gente tem a psicóloga nossa, né? Que é a psicóloga doutora P., que atende lá em cima no CAIC, que ela faz parte do programa e tem... aí vai da pessoa, tem pessoas que as vezes quer procurar ajuda psicológica particular da confiança dela e tem as que aceitam do programa, né?

E: Entendi. Eu acho que já perguntei isso, que é: quais são os procedimentos realizados aqui? É basicamente a profilaxia que são todos os medicamentos que ela toma e o atendimento psicológico no CAIC, mas ela é encaminhada daqui...

A2: Isso, ela é encaminhada daqui...



E: E só acontece no CAIC esse atendimento?

A2: Só. A não ser que ela queria procurar uma psicóloga da confiança dela, aí ela procura em outro lugar.

E: Entendi. E como funciona sua prática profissional aqui? Como é que eu explicaria melhor essa pergunta? Como vocêalaria como funciona a sua profissão... não é a sua profissão...

A2: O meu atendimento as vítimas?

E: Isso. Não só as vítimas especificamente, como você definiria o seu atendimento de forma geral aqui? Como é que funciona a sua prática profissional aqui? Você trabalha só naquela... entregando os encaminhamentos, pegando os encaminhamentos, orientando elas de alguma forma... Como é que funciona?

A2: Não, eu faço o primeiro atendimento. Eu recebo o encaminhamento, dependendo como é... há casos e casos. Então, conforme é o caso, se é uma emergência, eu já entro em contato com a médica, se não é o momento que a médica tá aqui. Se a médica não tá, mas a pessoa já está medicada, já foi... já teve um primeiro atendimento na Santa Casa, eu agendo, vamos supor, pro dia seguinte ou o mais rápido possível, pro dia seguinte. Ou então se a pessoa falar: amanhã eu não posso vim; eu agendo a data mais próxima. Vou ver o dia que ela pode estar vindo. Agora, se ela não teve esse primeiro atendimento na Santa Casa ou teve mas tá, ou ainda tá se sentindo muito mal, ela tá muito mal, ela quer conversar, ela precisa... Então, eu vou acionar a médica, vou chamar ela para ver, aí ela vem até fora do horário. Entendeu? Para dar esse primeiro atendimento. E aí ela passar com a médica, normalmente tem exames depois, para preencher alguma coisa, guias... Então, aí volta comigo, né? Eu oriento ela, ela aguarda, aí ela volta comigo, aí eu vou orientar sobre exames, sobre as... né? E agendar o retorno para ela o mais rápido possível. É assim que eu faço. Mas eu não trabalho só com isso...

E: Eu sei, eu sei que você não trabalha só com isso... E o que que facilita e o que eu dificulta esse seu atendimento? Se você trabalhar com... no ambulatório, existe algo que dificulte, por exemplo, você pode se sentir as vezes desconfortável em algumas situações...

A2: Sim, aqui muito. Aqui o ambiente não tá preparado para receber essas pessoas ainda...

E: Ah, e isso dificultaria...

A2: Dificulta, porque de repente a pessoa chega, né?, como já aconteceu de chegar, que a pessoa vem chorando, ela vem debilitada por causa do trauma, pro causa... Eu não tenho um lugar específico para atender essa pessoa, né? Eu tenho que... porque as vezes aqui é outros atendimentos, então o setor tá lotado, entendeu? tá muito cheio. Então, fica todo mundo assim querendo saber o que aconteceu, o que que é, o que que não é. Você tenta, por mais que você tenta pôr a pessoa num cantinho quietinha, oferece uma água, uma água com açúcar. Você quer levar ela para algum lugar, todo mundo já fica: que que aconteceu com aquela pessoa que tá desse jeito... E como tem aqui, então, quem entende sabe... Pode falar: ah, fulano deve ter acontecido alguma coisa... né? Então, eu acho assim o espaço aqui onde a gente tá, o ambiente que a gente tá aqui não é propício para isso. Totalmente, eu acho que não é. Já foi falado, já foi conversado, mas até agora.. O que eu acho é que essas pessoas tanta, né, da violência como dos outros casos que são os trans, elas precisa... Não é que eles precisa ser separado, ele tem que ter um local aconchegante pra eles, não é? A pessoa chega aqui, ela precisa ter uma sala, um lugar de aconchego para ela chorar sossegada, para ela reclamar, para ela... né? Não em um balcão, entendeu? É difícil eu receber uma pessoa que sofreu uma violência em um balcão cheio de gente junto comigo. Você concorda?

E: Anram.

A2: Eu se fosse, Deus me livre, espero que nunca aconteça comigo, com a minha família, né, com parentes da gente, mas assim... Eu ficaria muito chateada, porque é uma dor, é um sofrimento que: é seu! Né? Você tá passando, não é para se expor, assim, a sua vida, seus...Né? Então, eu acho que o lugar nosso aqui não comporta.

E: Isso dificultaria...

A2: Dificulta. É o que mais eu sinto quando eu falo com a dra. M, que é o que eu mais sinto dificuldade é isso. Não em trabalhar com pessoa, em trabalhar com a papelada, em preencher papel, jamais. Isso para mim... eu amo, eu adoro o que eu tô fazendo. Só que assim, o lugar me constrange, eu não tenho nem como perguntar muito. Você não tem nem como perguntar, porque as vezes precisa falar, né? Sofreu uma violência, teve... se foi só física, assim... chegou as vias de fato, não chegou...E você fica num ambiente que é difícil você perguntar essas coisas, então é assim é... É muito complicado.

E: E existe alguma coisa que facilita? Ou não?

A2: Como assim?

E: Que facilita você atender essas pessoas que sofreram violência sexual, existe algo que facilita? Por exemplo, você tá falando que o local dificulta, porque não é um local privado onde a pessoa vai se sentir à vontade para poder relatar, mas existe alguma outra coisa que facilitaria, ou não? Você não acha...

A2: Ah, a adaptação do local, né? Se eles fizessem a adaptação do local mais apropriada, claro, facilitaria bastante meu trabalho, né? Por que ai você recebe a pessoa, você pode... senta, né? Tem água aqui... Não, eu tenho que sair daqui correndo e buscar água longe para ela, né? Então, assim, dá muito... Então, se tivesse um local apropriado com uma sala com alguma... com uma água, um lugar para ela sentar, relaxar. Porque no meu do público, ela não relaxa, ela fica tensa ali, né? Então, não tem como. Então, eu acho assim... o lugar ajudaria muito, o lugar apropriado, ajudaria muito o trabalho.

E: E qual o papel do serviço de saúde como um todo, não só o CEME, ou não só a Santa Casa, da saúde como um todo no atendimento dessas vítimas de violência sexual? Qual a importância da saúde, do atendimento de saúde para essas vítimas?

A2: Ah, muito importante, né? porque precisa do serviço, tanto na parte da profilaxia, do tratamento pós o trauma, como o psicológico. O tratamento da pessoa, tanto físico, como mental. Eu acho que é muito importante, né? Precisa ter o atendimento, né?

E: E, como profissional desse serviço de referência, que aqui é um local de referência, assim como a Santa Casa, para atender essas pessoas vítimas de violência sexual, como é que você se sente ao atender essas vítimas? O que você sente ao atender?

A2: Ah, revolta, né? Você fica... quer queira, quer não, você acaba se envolvendo. A gente fica revoltado, chateado, porque mais uma vítima, né? E por amis que você tenta não levar para casa, não se envolver, mas você acaba se envolvendo: será que a pessoa ficou bem? Será que a pessoa tá...? Como ela tá passando? As consequências disso tudo na vida daquela pessoa, né? Então você quer quer quer não acaba sentindo alguma coisa, então, a gente sente muita revolta, muito... né? Você fica chateada, depende como é o assunto, como é a pessoa, você acaba se envolvendo, você acaba se emocionando junto... Então, é isso...

E: Nesses anos... Não foram esses anos, no caso foi a E. que foram anos, você está há alguns meses. Mas nesses meses, teve algum caso que marcou você? Que chamou a sua atenção, que você sempre lembra dele quando, não sei, quando chega um novo caso, algum caso que marcou você nesses meses?

A2: Ah, já teve assim... mas eu lembro de todos. Você: ah, lembra aquela criança assim, assim... lembra aquela jovem, assim, assim... Então, você lembra, fala: foi mais ou menos isso... Mas assim, um em específico... Não tem, porque mesmo antes de eu trabalhar com isso, eu já estava aqui no setor, então, eu estava por perto da E. Então, eu sabia, a gente acabava presenciando alguma coisa, acabava vendo, ficava sabendo. Mas, assim, mas era assim... não tem assim, todos para mim são importantes e iguais, entendeu? É a mesma, todos são, né?

E: Mas é só o que marcou, né? Porque nós sabemos que todos são...

A2: É então, mas não tem um assim em específico. E eu fico assim, eu né... ainda não, espero nunca ter.

E: Desculpa, eu só perguntei quanto tempo você estava atendendo no ambulatório. Mas aqui no CEME, você trabalha já há quanto tempo?

A2: Ah, aqui no CEME, principalmente aqui nesse canto, eu já tô há... acho que 16 anos, 16, 17 anos. Faz tempo.

E: Então, você acompanha o trabalho da E. já há...

A2: Sim, a gente... eu tô por perto já faz tempo, entendeu?

E: E como se realiza o processo de notificação dos casos atendidos aqui? Notificação para a saúde, no SINAN, no caso para você notificar essa violência?

A2: É a dra. M que faz essa notificação, então, eu não sei... é via internet, acho que ela tem. Eu não, acho que deve ter algum. Eu não sei, como é que ela faz, porque quem é que faz a notificação ao... é a dra. M. Ao serviço de saúde é ela que entra em contato, que segue em frente. Eu dou só o primeiro atendimento aqui, né?

E: E você recebeu alguma formação específica para trabalhar no ambulatório da prefeitura ou você procurou alguma formação?

A2: Não, não recebi...

E: Por enquanto não...

A2: Eu procuro tá sempre lendo, tá sempre observando, internet... TV, quando sai alguma coisa, alguma reportagem, alguma coisa, eu tô sempre atenta. Mas assim, eu nunca tive específico a isso. Não, nunca tive.

E: Não ofereceram ainda?

A2: Não.

E: Porque também tá bem recente...

A2: É...

E: Você uma percepção se os casos aumentaram do começo do ano para cá? Se diminuiram? Ou ideia de quantos atendimentos você realizou? Só uma lembrança, nada específico...

A2: Então, do tempo que eu tô só nessa, trabalhando só nisso daí... Eu não sei se aumentou, não, eu acho que tá dentro assim...

E: Mas, mais ou menos quantos atendimentos por mês, você acha que você faz?

A2: Ah, difícil, porque tem meses que as vezes tem mais, um mês tem menos... Sempre aparece... porque tem os casos que são recebidos na Santa Casa e não vem para nós, a gente tem que entrar em contato, mas a pessoa não vem, então é complicado... Ah, sempre tem uns 3, 4 casos assim...

E: Mais ou menos por mês...

A2: Por mês...

E: Então, é isso, A2.! É isso a pesquisa!

**ENTREVISTA 5. PSICÓLOGA 1 DA PRIMEIRA INSTITUIÇÃO . 29/05/2018, 10H30.****E: Entrevistadora; P2: Psicóloga 2**

E: Bom dia, P2!

P2: Bom dia!

E: Eu preciso saber antes de tudo quanto tempo você trabalha com o atendimento psicológico a essas vítimas?

P2: Bom, a gente trabalha desde 2002, então já dá uns 16 anos mais ou menos.

E: É que a dra. M1 falou uns 12 mais ou menos...

P2: É que é oficialmente, né? Oficialmente o projeto, o programa existe na secretária, no Ministério da Saúde desde 1999, já existe o primeiro protocolo de atendimento as vítimas de violência, né? Mulheres, crianças, adolescentes e os seus agravos em relação ao evento da violência sexual em especial. E já existe desde 1999, a gente teve a formação em 2002. A gente atende, mas oficialmente foi desde o final de 2005.

E: Certo, e você atende, sempre foi nesse local?

P2: Não, antes éramos todos juntos no mesmo lugar, que era o centro municipal de especialidades, tanto que a plaquinha da oficialização do programa tá lá. Mas, a gente não tem exclusividade de atendimento. Então, eu atendo aqui no CAIC, que é o centro de atendimento de infecções crônicas, o ambulatório de sexualidade e o PAVAS, que é o programa de atendimentos as vítimas de abuso sexual, que é esse programa que a gente tá falando.

E: E as pessoas que passam pelo CEME, lá no PAVAS, elas vem fazer aqui...

P2: Depende, depende.... Porque a busca, ela é espontânea. Então, ela pode vir de todo lugar, de toda a unidade de saúde que tem porta aberta. Então, se é uma condição de violência que exige profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, ela vai... a pessoa, né, dentro de 72 horas, se ela busca o atendimento, ela vai direto pro SMU da Santa Casa. Entendeu? Ai recebe toda profilaxia e de lá já faz o agendamento com a dra. M1 para sequência do atendimento profilático. Isso nesse cenário, né? Então, ai, vamos dizer assim, ela dá continuidade, dra. M1 encaminha pra mim. Então, esse é o fluxo. Ou se a pessoa tá em risco de vida, risco de morte, na verdade, risco de morte, ela tem a referência da secretaria de cidadania, onde ela tem a casa abrigo, tá? Ou se ela vem depois de 72 horas, ai, dependendo do lugar onde ela busca ajuda, pode ser encaminhado para mim ou para dra. M1. Tanto faz. E ai a gente vai dar sequência, com certeza, se vier para mim eu estou encaminhando para ela e vice-versa.

E: P2, o que você entende por violência sexual?

P2: Violência sexual?

E: Sexual.

P2: Então, é a imposição da satisfação sexual de alguém sobre alguém forçadamente, ou seja, de maneira impositiva, que pode ser por agressão direta, né? entendeu? Vamos dizer assim, um estupro; normalmente, a pessoa tá sofrendo ameaça ou risco de morte, né? Ou quando é criança ou adolescente existe todo o processo de sedução, entendeu? Então, grande parte, ela não é... vamos dizer assim: uma agressão direta, ela é, vamos dizer assim, camuflada, ela é uma agressão, de qualquer maneira existe o estranhamento da vítima no sentido de não querer, mas muitas vezes ela é submissa ao processo em função do, vamos dizer assim, dessa imposição desse adulto com a criança normalmente, ou de um homem contra uma mulher.

E: E na sua percepção a partir dos atendimentos que você realizou, quem são as principais vítimas?

P2: Ah, a grande maioria, tipo 90% são mulheres, meninas, crianças do sexo feminino e, na mesma proporção, os agressores são homens ou adultos jovens em relação ao sexo oposto, assim, a mulher, a criança ou...

E: Mas em relação a faixa etária? Passa mais mulheres, adultas no caso, ou adolescentes...

P2: Olha, esse dado, ele é corrompido, porque com criança a gente sabe de alguma coisa por obrigação de lei a gente tem que denunciar. Então, aparece muito mais, entendeu? Mas as mulheres, vamos dizer assim, a gente tem os dados da violência, né? “A cada 11 minutos um estupro acontece...”

E: Junto as entrevistas, eu estou realizando também uma estatística sobre os casos denunciados a Secretaria de Segurança e nesses dados entre 2011 e 2016, tem muito mais casos contra crianças e adolescentes denunciados, né? A gente não sabe quantos acontecem na população inteira...

P2: O Ministério da Saúde fala que nem 10% chegam as vias de denúncia...

E: É por isso que eu estou tentando entender se essas pessoas que chegam a denunciar, se possivelmente elas chegam a pedir ajuda aqui...

P2: Muito difícil, elas chegam a denunciar quando existe uma obrigação, que nem a profilaxia, que existe um fluxo no Município há 13 anos, né? Então, “antes de 72 horas, vai pro SMU da Santa Casa fazer a profilaxia...”, então, mas não é a obrigação de denúncia, entendeu? Então, as vezes segue tratamento, recebe atendimento, mas não denuncia. Agora, na questão da criança e do adolescente é aquilo que eu te falei: é obrigação de lei, então, ninguém fica quieto. Agora, a mulher adulta, ela tem a opção de denúncia. A gente pode recomendar, a gente pode encaminhar, mas muitas não realizam, por quê? Porque grande parte desses agressores são parceiros íntimos. Então, ou é familiar, ou é vizinhança ou é o próprio marido.

E: Mesmo as mulheres adultas...

P2: Mesmo as mulheres adultas.

E: A gente sabe que as crianças, normalmente, é no seio familiar que essa violência acontece.

P2: Mas com as mulheres também. Tanto que nós temos a lei do feminicídio. Entendeu?

E: Entendi.

P2: Tá... Porque são parceiros íntimos, quer dizer: ou são atuais ou ex-parceiros. Então, a gente sabe e o Ministério da Saúde fala que nem 10% chegam as vias de fato de denúncia e nem de tratamento. Em termos de mulheres, como elas tem a opção, o que que acontece psicologicamente? Psicologicamente a pessoa não quer pensar sobre, ela quer fazer desaparecer e uma das formas de fazer desaparecer é não buscar nada, não buscar ajuda nem nada. E o que a gente assiste, por exemplo, dos encaminhamentos, das unidades de saúde, dos CAPS, a pessoa está lá no processo profundo de depressão, tá com transtorno de... Assim, um transtorno importante, de humor, de personalidade, de sofrimento, de ansiedade, e aí o que que acaba acontecendo? No levantamento de história de vida nesses atendimentos, acontece sempre uma história de violência e muitas vezes violência sexual.

E: A doutora M1 relatou para mim que ela já viu casos lá no PAVAS de mulheres depois da casa dos 50 anos, chegando relatando uma violência que aconteceu na infância, que aconteceu durante a adolescência...

P2: Sim, porque, na verdade, muitas vezes essa violência ela nunca foi relatada para ninguém – que é isso que eu te expliquei, as vezes a pessoa quer fazer desaparecer, e aí o que que acontece? A pessoa vai acumulando aquilo, vai, vamos dizer assim, escondendo aquilo de si mesma sem digerir, sem tratar. E aí ela acontece de, vão dizer assim, desembocar em alguma coisa, né? Então, eu brinco que é assim uma caixinha de pandora. A gente não consegue trancar, entendeu? Vai escapar de alguma forma e

muitas vezes vai escapar exatamente nesse transtorno mental, afetivo-emocional, que a pessoa vai apresentar como sintoma. Então, muitas vezes os médicos não se atentam para isso. Ah, vem o sintoma, a pessoa tá largada lá na cama em um quarto escuro. Ah, então nós vamos dar antidepressivo, nós vamos dar isso, nós vamos dar aquilo. E sem tirar a história, e aí essa história vem depois, quando existe outros atendimentos. Por exemplo, num CAPS, lá tem atividade de terapeuta ocupacional, da própria psicologia e aí a pessoa vai ganhando força para soltar essas informações. Mas aí quando chega nesse ponto é muito complicado a gente resgatar o processo de saúde, né? Entendeu?

E: Entendi. E quais seriam as possíveis causas dessa violência?

P2: Olha, na verdade, se você for olhar é na própria formação de gênero que a gente tem na nossa sociedade, onde existe uma supremacia masculina. E os dados oferecem isso, né, de parte dos agressores são homens e as vítimas são do sexo feminino. Então, o que que acaba acontecendo? Eu penso que essa formação de gênero, ela transforma as diferenças em desigualdades. Entendeu? Tanto que a gente tá falando de supremacia masculina. E aí quando existe essa relação, já o conflito já está estabelecido. E aí para acontecer uma coisa, vamos dizer assim, que seja no nível de agressão, no nível de violência, que aí a gente vai falar de violência física, patrimonial, moral, psicológica, sexual... Entendeu? Aí eu coloco todas numa mesma condição, sendo que as mais, vamos dizer assim, contundentes, que é, tipo assim, aparece, né? Então, tá com olho roxo, tá... né? Assim, quando aparece é porque essa estrutura de desigualdade de conflito, ela já vem acontecendo há muito tempo. Tanto que a gente fala de ciclo de violência. A gente fala dos estressores, né? Que são esses, que eles vão se acumulando, existe a explosão que é a ocorrência da violência e muitas vezes após essa explosão existe a fase de lua-de-mel, que é amansar tudo, pedir desculpas, “nunca mais vai acontecer”, e aquela coisa, aquela coisa... E aí volta ao estado inicial dos estressores, que vão se acumular de novo, vai explodir de novo. Cada vez que esse ciclo acontece, a violência fica mais contundente.

E: Mas, no caso das crianças e dos adolescentes, esse ciclo também se repetiu?

P2: Olha, esse ciclo, na verdade, não... Assim, existe outras coisas envolvidas quando é criança ou adolescente, né? Porque quando você fala de duas crianças fazendo a mesma coisa, a gente vai ter que descobrir qual foi a motivação. Mas, quando existe uma pessoa mais velha, sobre uma criança e uma adolescente, existe aí um transtorno, que a gente chama de pedofilia, né? Que é uma parafilia. É um transtorno da questão da sexualidade, tá classificado no CID10, que é a satisfação sexual de alguém sobre alguém de maior submissão, de maior controle. Entendeu? E alguns desejos sexuais distorcidos. Assim, como é que eu vou me satisfazer? As vezes, você vê um adulto, um avô abusando de uma neta. Como é que você pensa em uma coisa assim? Então, você percebe que em todo o processo existe, vamos dizer assim, uma distorção mesmo, geral, do vínculo afetivo. E muitas vezes você também ouve o seguinte, que pessoas abusadoras... Entendeu? De pesquisas nessa linha, vamos dizer assim, as pessoas abusadoras tem um histórico de abuso, ou seja, distorceu o que é o vínculo afetivo, vínculo de proteção, vínculo de acolhimento, de acolhimento, vamos dizer assim, de proteção mesmo, né? E aí, isso daí se perdeu, né? Como esse processo aconteceu, a gente pode tentar algumas teorias de explicação, mas o fato é esse. Que existe uma distorção por completo do que é o vínculo afetivo. E como é que se satisfaz desejos sexuais, entendeu?

E: Entendi. Então, diante disso quais seriam as possíveis consequências dessa violência?

P2: As consequências são devastadoras, né? Porque, vamos dizer assim, a partir da criança, se a gente for falar da criança, a criança, vamos dizer assim, ela tem a sexualidade desde que está dentro da barriga da mãe. Então, essa sexualidade ela é aflorada, ela é prazerosa, ao mesmo tempo tem um sentido de errado, entendeu? Então, tudo isso, é... assim... Se mistura, e tem uma ambivalência entalada: eu amo, tenho medo, odeio, rejeito. Tudo na mesma pessoa, você imagina o pai abusando de uma filha, né? Entendeu? Então, é o cara, ele é protetor, ele é provedor, ele oferece afeto... Tudo dentro dum clima de abuso. Então, é uma confusão de sentimentos muito forte. Ou, então, a esposa: ah, é meu marido. Ele tem todo esse em volta, assim, essa aura de coisas boas e ao mesmo tempo ele é uma pessoa que se impõe de uma maneira que é aviltante perante a estrutura do indivíduo, no caso da esposa. Ela ama e odeia, então fica isso o tempo inteiro e quanto mais tempo fica, mais a relação neurótica se instala e

mais a distorção de quem sou, como me defendo, como me protejo. Então, são mulheres que adoecem e não conseguem sair dessa relação. Então, o que a gente ouve assim nas... em locais menos preparados, tipo delegacia da mulher, alguns locais aonde tem essa aura machista também, né? “Ah, mulher de malandro, gosta de apanhar”, “vai e volta, vai e volta”, mas existe uma série de coisas que a tornaram refém, tanto nesse sentimento, quanto no próprio processo de estruturação da sociedade, o cara é provedor, é pai dos filhos, ela não tem para onde ir, é ameaçador, “ó, se você sair, eu vou te achar, vou te matar”. Então, essas histórias que a gente ouve, né?

E: Quando eu... Eu fiz um estágio em um juizado, eu não sou daqui, eu sou de Fortaleza, no juizado da violência contra a mulher de lá, e a minha professora costumava dizer sempre que ele não é só o agressor, ele é o pai dos filhos dela. Ele é o marido ou o ex-marido dela. Então, é complicado, porque a gente ouvia isso e ela buscava explicar para gente essa questão, né? Que é complicado ara vítima, porque ele não é só a pessoa que agride ela, ele é muito mais do que isso.

P2: Exatamente, exatamente. E muito confuso, muito ambivalente. E aí, a pessoa, ela adoce de fato, entendeu? Eu atendi uma senhora que ficou casada 30 anos com um agressor. Se você visse os braços dela, ela tinha riscos de faca, cortes, como se ela tivesse se auto mutilado, mas era ele que fazia isso. “Ah, você não vai me obedecer?": tchum! “Ah, você vai sair de casa?": tchum! “Ah, você...”, entendeu? “Ah, se você não fizer, eu vou matar seu filho!”, como se o filho não fosse dele, entendeu? E ao mesmo tempo não deixava ela trabalhar, ela ficava confinada em casa. E, assim, não tem oxigenação. Todo agressor faz isso também. Ele envolve a pessoa como se fosse num invólucro, numa coisa que ela não tem contato lá fora. Então, ela não tem como se informar, nem como pedir ajuda, nem como ouvir algo diferente que possa dar um insight de tomar uma providência na vida, entendeu? Ai chega na delegacia da mulher é agredida de novo, porque além de contar tudo as pessoas de lá são sarcásticas, dão sorrisinho, desacreditam. Como acontece com as crianças quando falam “meu pai tá me abusando”, a mãe fala “magina!”. O que que é isso? Ou alguém... Então, é assim, a violência sexual ela tá, vamos dizer assim, de certa forma, não dada as providencias, porque, vamos dizer assim, a nossa estrutura não permite essa visibilidade dela e uma definição, né? Porque definimos. Tá, tem tantos lugares ai culturalmente que se casam com crianças de 8 anos, é uma cultura diferente, embora eu não concorde, mas é uma cultura muito diferente. Agora, na nossa cultura, existe uma quebra de regra, entendeu? E essa quebra de regra precisa ser visível, para que se tome as providencias necessárias.

E: E é possível prevenir essa violência? Existem meios de prevenir essa violência?

P2: Então, são várias formas, né? Então, tem a punição, regra definida criminal. Existe essa definição filosófica do que que é a formação do ser, né? O que que é um ser em desenvolvimento? Tem a formação de gênero, né? Quem é quem nessa altura da vida? E, então, eu acho que tem ser algo nessa linha de formação. Quer dizer assim é busca da igualdade de gênero, é busca do, vamos dizer assim, do respeito as diferenças, né? Então, isso é uma coisa muito mais demorada, muito mais de formação mesmo, de filosofia. Tem as coisas de punição, então, nós temos a lei Maria da Penha, o ECA, que são ações afirmativas assim, tipo, “isso não pode!” ponto, né? E para isso tem que ter consequências. E tem também toda essa estrutura intersetorial, porque a gente precisa falar a mesma língua, entendeu? Infelizmente, essas redes elas vão e voltam. Nós tivemos já uma rede montada aqui, ne época, o que há uns 8 anos atrás ela foi desmantelada. A gente tinha todo mundo junto. Guarda Municipal, Defensoria, DPM, a saúde, a educação...

E: Tudo no mesmo local?

P2: Tinha um grupo de representantes que montava essa...

E: Eram interligados...

P2: Isso! E a gente era referência, dentro do setor, né? Cada representante era referência do serviço, do programa de atendimento a vítima de abuso, né? Entendeu? E aí, assim, isso é uma outra forma de enfrentamento, tá? O outro enfrentamento é você instrumentalizar a vítima, entendeu? Então, por exemplo, existem vários programas hoje de formação de crianças nas escolas, né? “Ninguém põe a mão

em mim!”, “Ninguém põe a mão ali” e aquela coisa de entender o que é o corpo, a proteção. Quem protege, quem desprotege, para quem que a gente conta. Então, a gente ensinar as crianças e adolescentes a fazerem isso e as próprias mulheres, né? Na sua formação, tipo, na sua instrumentalização. Então, já tivemos um curso que é sempre dado todo ano, chama: Promotoras Legais Populares. Então, é uma instrumentalização, quer dizer... Então, são várias frente pra gente poder ter um controle sobre isso, né? Porque eu acho que assim, zerar, nós não vamos. Mas eu acho que se a gente tiver um controle a gente tem como enfrentar diretamente e rapidamente.

E: E no caso, porque você falou que normalmente e isso a gente também tem a partir de dados, essa pessoa que violenta a outra, ela já foi em algum momento vítima dessa violência. Como é que é o processo? Como é que funciona o processo de tentar evitar que essa pessoa repita esse ato?

P2: Então, na verdade, eu acho que da mesma forma, eu acho que é a visibilidade. Então, por exemplo, uma criança que foi abusada ela precisa ser tratada, entendeu? Por que? Porque o germe da confusão na questão de vínculo afetivo o que significa amar alguém? O que, assim... Qual a natureza desses sentimentos? Como é que ele se traduz na realidade? Qual que é o comportamento vinculado a isso, né? Entendeu? Então, assim, a criança que foi abusada precisa disso, de ser tratada, tá? Porque com as mulheres violentadas, a não ser que seja uma coisa pontual, tipo uma bala perdida, né? Teve um estupro, andou sozinha na... Já tivemos esse atendimento, e esse atendimento a pessoa tem muito muito mais resiliência para o enfrentamento do que uma coisa continua.

E: No caso, a chance dela conseguir se recuperar é muito...

P2: É muito maior, muito maior. E se tiver um apoio familiar de recepção do acontecimento, de aceitação, de cuidado, de, vamos dizer assim, de olhar a pessoa não como culpada do que aconteceu, mas, assim, tipo, foi uma vítima mesmo. Então, se você tem toda a estrutura familiar em volta de apoio é muito mais fácil a recuperação. Assim, esquecer jamais, né? Foi um trauma, mas existe, vamos dizer assim um processo de superação mais viável.

E: O fato da sociabilidade da família com...

P2: Já tivemos isso. Olha, eu tive, ano passado, eu acho que atendi três casos, inclusive uma tinha marido, entendeu? E o cara foi muito legal. Eu tive até que segurar ele, sabe? No sentido de que ele queria sair atrás, achar...Entendeu? Mas, ele estava ali para proteger a esposa. Então, ele não rejeitou ela, ele não... E ai, faz toda a diferença, né?

E: P2, como se estrutura o atendimento das mulheres em situação de violência sexual aqui no município de São Carlos?

P2: Olha, o fluxo que a gente tem é um pouco disso que eu te contei.

E: Desculpa, eu falei mulheres, mas é de vítimas...

P2: De vítimas, né? Tá, nós temos dois setores que trabalham razoavelmente juntos, as vezes dá certo, as vezes não, por conta de que a rede foi desmantelada, né? Tá, então, sou eu, a dra. Cláudia, dentro da secretaria de saúde, né? Com vínculo com a Santa Casa. Então, tem um fluxo da saúde. Qual que é o fluxo da saúde? Menos de 72 horas, SMU Santa Casa, todo processo profilático e de observação e de atendimento às lesões, né? Toda essa coisa que a gente não tem como dimensionar, existe lá dentro da Santa Casa um local privativo, onde a pessoa pode ser examinada e atendida, né? E dado todas essas profilaxias. Existe o plantão de boletim de ocorrência no SMU, então, a gente estimula que a pessoa faça.

E: Na própria Santa Casa, ela pode fazer então?

P2: Ela pode. Ela pode. E existe, a gente se antecipa ao Instituto Médico Legal, porque muitas vezes o Instituto Médico Legal, que de outra secretária de estado, que é da Justiça, nem sempre ele atende o que a gente solicita. Então, existe hoje um programa, o protocolo também atende a questão, vamos dizer



assim, de coleta de vestígios. Ou seja, se a pessoa tá apta a... assim, se as lesões permitem, porque conforme a lesão, você tem que sair correndo, né? Teve uma que teve traumatismo craniano, como você vai coletar vestígio? Entendeu? Tá. E aí, tem a coleta de vestígio, que é esperma, assim... Aí depende da parte médica que eu não... assim, eu não tenho detalhe, mas assim vai coletar e armazenar vestígios de secreção genital, vai fazer, vamos dizer assim, toda a avaliação de lesões. Isso tudo registrado que isso mesmo que a pessoa não faça o boletim de ocorrência na hora, ela tem um tempo para fazer. E aí, todos esses dados serão colocados dentro do processo, entendeu? E as vezes tem secreção lá armazenada, então, tem processo de transporte e o IML vai fazer análise de genética, essas coisas de DNA, né? Então, existe essa parte da Santa Casa na urgência do atendimento, a partir de 72 horas e depois que sai da Santa Casa existe um acompanhamento médico durante um ano com a dra. M1. Então toda, vamos dizer assim, o atendimento e o tratamento e além disso encaminha para mim. Quando é acima de 18 anos, que é o que eu atendo, eu não posso forçar a pessoa a vir. Então, ela vem se ela quiser, mas aí a dra. M1 vai tá dando todo o suporte de encaminhamento. Então, se ela permanece com a M1, eu fico tranquila, porque uma hora ela vai chegar pra mim, antes de chegar doente, né? E quando é criança e adolescente, existe o CREAS que é o serviço social, mas de atendimento psicológico, de TO, para criança e adolescente. Por que lá? Porque lá eles tem não só oferecem o atendimento, mas tem um vínculo muito estreito com o Conselho Tutelar, que é o que as vezes garante a permanência no atendimento.

E: A M1. falou que, com ela, elas fazem um atendimento de até um ano, mas disse que normalmente completam seis meses no máximo. Aqui também acontece isso?

P2: Olha, eu consigo, por exemplo, tivemos um aborto legal agora recentemente. Uma pessoa que foi estuprada pelo... com o boa noite cinderela, mas foi num outro local, né? Entendeu? Então, a gente fez tudo o que a gente podia por ela, mas ela não quer nem saber da gente. Você entendeu? Ela não quer nem saber. Ela quer esquecer. Ela quer esquecer, passou pelo aborto também.

E: Isso acontece de forma...

P2: Muito comum, com mulheres. Muito muito muito comum.

E: Mas a dúvida é: elas chegam a vir e depois elas no meio do processo não querem mais ficar lembrando daquilo...

P2: Não querem mais ficar lembrando aquilo, você entendeu? E vão embora, e vão embora, infelizmente. Tem algumas pessoas, como eu falei, que tem uma estrutura familiar favorável. Então, elas tem como enfrentar mesmo que não seja com acompanhamento profissional, né? Elas tem como enfrentar e superaram de alguma forma. Mas, uma boa parte, a gente sabe que vai sumir, vai aparecer nos CAPS da vida e vão ser encaminhadas em algum momento já adoecidas.

E: E quais são os procedimentos realizados aqui? No caso o atendimento psicológico, então, não tem nenhum procedimento médico. Então, como é que funciona?

P2: Aqui comigo, não. Aqui é psicoterapia.

E: Então, como é que funciona?

P2: São atendimento individuais, que eu procuro fazer o mais frequente possível, né? Semanais, que a pessoa fica com um vínculo no setor, então, ela pode ligar mesmo que não seja em hora de terapia. E, assim, qualquer esclarecimento, qualquer atendimento, encaminhamento, ou suporte nesse sentido, né? De a pessoa sentir-se melhor. Então, muitas vezes, a gente tem que encaminhar para um atendimento psiquiátrico, onde a pessoa tem que ter alguma, por exemplo, se ela entra num processo de estresse pós-traumático. Ela entra num clima de ansiedade generalizada, que ela não dorme, não come, não trabalha, não consegue conversar, então, existe a necessidade de um medicamento. Então, a gente tende a... só que tudo isso é avaliado com a pessoa, o tempo todo, porque uma das coisas da humanização no atendimento é isso, ela tem autonomia. Então, a autonomia, o respeito, a vontade, ele é respeitado o

tempo todo. Inclusive lá na Santa Casa, se a pessoa não quer deixar coletar vestígios, se a pessoa não quer tomar as profilaxias, né? Entendeu? Infelizmente, eu não posso forçar.

E: Mas, isso é em relação as mulheres adultas ou também em relação a criança?

P2: Não, não. Criança, não. Criança e adolescente, é diferente.

E: Independente da vontade do responsável.

P2: A gente tem que fazer.

E: Entendi. Porque foi uma coisa que eu questioneei a dra. M1, em relação, por exemplo, porque eu sei que a saúde tem que notificar os casos, ela não identifica essas pessoas, mas ela tem que notificar.

P2: Isso.

E: E ela deixou bem claro que quando é criança, a denúncia tem que ser realizada...

P2: Tá, mas uma coisa é denúncia, outra coisa é notificação...

E: Sim, exatamente. Mas quando é criança a denúncia tem que ser realizada...

P2: Obrigatoriamente.

E: Mas quando é a mulher adulta, a saúde só pode notificar o caso que ocorreu não fazer a denúncia.

P2: Isso, exatamente. Porque as fichas de notificação vão para as estatísticas da saúde. Mas, assim, tanto que a gente esclarece: a notificação é só interna. E depois que vem para notificar, a gente não consegue, nem eu consigo rastrear o nome. Só a pessoa responsável pela digitação.

E:Disso, eu estava ciente. E como é que funciona a sua prática de atendimento aqui? Como é que você descreveria?

P2: Eu não entendi.

E: Eu tenho que reformular essa pergunta. Como é que funciona o seu atendimento aqui? Como é que você descreveria o seu atendimento? O atendimento que você presta aqui nesse local.

P2: Então, ai já é a psicoterapia. Então, já é um procedimento técnico, você entendeu? De formação. Então, o que que significa? Tentar compreender, vamos dizer assim, o que a pessoa... quem é a pessoa, o que ela sente, o significado dos acontecimentos na vida dela, inclusive do traumático. E, vamos dizer assim, fazer a análise contextual/situacional de toda... desse ser no mundo. Entendeu? Com tudo isso que acontece com história de vida, né? E ai é traçar, porque eu sou só uma facilitadora, mas eu instrumentalizo a pessoa para ela processar a análise e para gente traçar objetivos. E esses objetivos agente planeja como conseguir. A minha orientação teórica é cognitivo/comportamental. Então existe...

E: Dentro da psicologia...

P2: Dentro da psicologia. Tem várias orientações... Então, a questão da instrumentalização da pessoa é a base nossa, né? Em termos dessa orientação teórica, não que as outras não tenham, mas são metodologias diferentes. Essa é bem mais objetiva e a pessoa tentar, sabe, assim, o que fazer para superar a questão. Ou para colocar ela dimensionável para continuar vivendo.

E: Desculpa, P2. A sua formação é aqui na UFSCar?

P2: Não, eu sou formada pela PUC de Campinas. Sou formada em 79. Eu tenho quase 40 anos de formação e tenho 3 especializações oficialmente. Uma é a sexualidade humana, formação em atendimento em violência e toda a estruturação para eu atender aqui, que é o Centro de Atendimento de Infecções Crônicas.

E: Entendi. E quais aspetos facilitam ou dificultam você prestar esse atendimento aqui?

P2: Olha, a estrutura da secretaria de saúde, ela é muito precária. Você tá vendo a sala que você está sendo atendida, é a sala que eu atendo. Entendeu? É tudo muito médico centrado. Tanto que a gente não tem autoridade como profissional não-médico a fazer encaminhamentos, por exemplo. Marcação de consulta, eu tenho que pedir uma assinatura... é que assim a gente tem um vínculo mais próximo, que é um grupo pequeno, então, os médicos daqui, eles tem uma facilidade de aceitar nossa autoridade muito maior. Eu não sei em uma Unidade Básica o que que aconteceria, né? Mas aqui a gente ainda consegue essas facilidades, né? Entendeu? Ah, se eu não puder assinar, o médico assina, nem lê o que eu pedi, entendeu? Assim, de confiança, de vínculo de confiança.

E: Mas seria então mais o local...

P2: Uma estrutura. É estrutura e a situação de rede... a situação de rede é uma... assim, o SUS sem rede, não é SUS.

E: A M1. falou, acho que foi... faz uma semana que eu conversei com ela, e ela falou que naquele dia havia sido votado na Assembléia para ser... Nossa, esqueci a palavra, mas era para o PAVAS se tornar institucional e não...

P2: Ah, não... Nós fomos na audiência pública no dia 21 agora...

E: Ah, então era isso...

P2: Na verdade, não tinha como votar ali, porque não somos nós a votar. Mas a gente foi esclarecer o que que significa. Considerando que essa rede já teve, já desmantelou, já teve... Aquela coisa. Então, a gente queria que isso virasse lei. Lei municipal, entendeu? Onde a gente tivesse essa rede institucionalizada.

E: Mas o processo ainda continua, né?

P2: Tem um vereador que tá encampando. Mas a gente depende dos outros vereadores endossarem. Então, ainda tem a redação de um projeto um pouco mais abrangente. Até porque tem outras coisas envolvidas, né? A gente tem que ter medicação disponível, a gente tem que ter, assim... como que eu posso dizer? É um fluxo, vamos dizer assim, aonde todo mundo é obrigado a seguir. Porque nós temos um fluxo faz 13 anos. E vou dizer uma coisa, até hoje tem gente fazendo coisa errada, até hoje! A gente faz duas capacitações por ano, a gente conversa com quem a gente pode, mas as pessoas parecem que não interiorizam.

E: Acho que é um processo difícil para essas pessoas até elas interiorizarem. Essa capacitação é realizada pelo município? Com as pessoas...

P2: Pelo município, por nós. Assim, o SUS é cheio de protocolos, entendeu? Então, a gente é obrigado a revitalizar esses protocolos, cada tempo. Então, a gente estabeleceu, pelo menos, duas vezes por ano a gente conversar sobre isso. Entendeu? Com a rede. Com os locais lá.

E: Eu pergunto isso, porque eu estava olhando também a situação de Araraquara. E lá eu não encontrei fluxo. Eu sei, porque eu não cheguei a conversar com ninguém lá de dentro, mas São Carlos, eu encontrei facilmente na internet o fluxo disponível, caso a vítima quisesse saber para onde ela deveria se dirigir. E, em Araraquara, eu não encontrei.

P2: Então, porque aqui a gente teve no... antes do Altomani, que eu acho que foi o Barba. Tinha uma moça, a Raquel Auxiliadora, ela é pedagoga, ela é responsável pelas promotoras legais populares que acontece até hoje lá no sindicato dos metalúrgicos, que antes acontecia na rede, tá? E ela é uma pessoa muito capacitada e líder, né? Então, ela é uma pessoa que ela conseguiu reunir vários setores e ela dava conta de liderar esse grupo, entendeu? E conseguiu muita coisa para São Carlos, no sentido de verbas para poder implantar, né? Então, foi muito legal, né? E, infelizmente, se a gente tem alguma coisa hoje

é por causa dela, tá? Porque: “ah, tá personalizada a rede?” Sim! Porque não deu tempo disso se entranhar na rede, né? Então, tinha que ter alguém... É aquela coisa da ação afirmativa, precisa de lei Maria da Penha? Não deveria, mas vai existir até o momento em que as pessoas consigam saber o limite de ação, né? Entendeu?

E: E qual seria o papel do serviço de saúde e assistência no atendimento a essas vítimas de violência sexual?

P2: Então, assim, eu acho que na verdade é o cuidado, né? O cuidado, vamos dizer assim, especializado, aonde a pessoa, embora, tenha sofrido esse tipo de violência, ela seja protegida o suficiente para não sofrer mais nenhuma. Entendeu? Tá assim, a gente ser alguém que vais interromper o processo, né? O processo de violência. Então, por exemplo, olha, ela sofreu um estupro, mas não vai ficar grávida, não vai ter HIV, não vai... Sabe assim, alguma coisa que a gente barrasse, né? E na medida do possível a gente ser alguém, né? Ser um instrumento aonde a pessoa pudesse resgatar a vida, resgatar a si mesmo, regatar o seu processo de vida. Então, a gente ser esse ser que vai fazer alguma coisa de bom, né? Num drama tão pesado, né?

E: E como profissional desse serviço de referência como você se sente realizando os atendimentos?

P2: Olha, todo mundo me pergunta isso fala assim: nossa, eu não dou conta; eu não tenho estômago para atender essas coisas. Eu falo assim: olha, a melhor coisa que acontece é você ser um profissional que vai ouvir, que antigamente eu atendia criança também, né? Então, eu atendi uma menina de 9 anos que era sequencialmente estuprada pelo padrasto e aí ela desenhou uma história em quadrinhos com as figuras com uma perfeição que você não tem noção. E a mãe saiu na defesa dela, graças a Deus. E ela chegou para mim, tanto que eu fui testemunha no processo, o cara foi condenado e eu anexei dentro do relatório essa história em quadrinhos, que é algo assim que dá uma angustia, que você não tem noção. Ela desenhou a glândula do pênis, o pênis ereto, bolsa escrotal com todos os pelinhos, com toda... Você entendeu, ela viu, ela viu... e lógico que sofreu a violência, né? E aí, foi trabalhando com ela nessa perspectiva de instrumentalização, tal, tal, tal, tal, tal... Aí chegou a diretora da escola, me ligou que ela deu um soco na cara do moleque dentro da escola. Eu falei: bom, não é para acontecer isso, mas ela tá reagindo vamos ver o que aconteceu, né? Tá, aí ela... foi toda história, ela falou assim: é que a minha psicóloga me disse que ninguém põe a mão em mim se eu não quiser. Aí eu falei para a diretora: diretora, eu não posso tirar isso dela, ela precisa modular, sem dúvida. Ela não pode sair batendo em todo mundo, mas é isso que eu ensinei para ela que ela aprendeu e interiorizou e isso eu não vou tirar de maneira nenhuma. Que se ela tivesse isso, talvez, ela não tivesse sofrido tanto tempo o abuso que ela sofreu, entendeu? Entendi. Então, assim, isso traz uma satisfação pessoal/profissional muito grande, quer dizer você fez parte do processo da pessoa se emancipar, entende? Então, é isso que é a satisfação de trabalhar nisso! Mas do que lógico, olha a violência, eu não gosto, né? Lógico que não, mas eu estou olhando a pessoa, não a violência. A pessoa dentro da violência no processo de superação.

E: Você falou que atendeu por um tempo crianças e adolescente e por quanto tempo?

P2: Na verdade, foi só nos dois primeiros anos do...

E: Do PAVAS?

P2: Do PAVAS. Por quê? Porque depois o CREAS já foi institucionalizado e instrumentalizado em termos de profissionais. E aí já... Mas a M1 continua. Ela continua atendendo todo mundo.

E: Ela falou.

P2: A gente dividiu um pouco, porque é o que você tá vendo, a minha estrutura não permite atender criança. E aí, você vai se especializando, porque é um outro universo. Criança e adolescente...

E: E como se realiza o processo de notificação nos casos atendidos, você...

P2: Aonde chegou.

E: Então, normalmente, aqui é um dos últimos locais a chegar...

P2: Vem depois.

E: Ah, então não é feito...

P2: Não, é feito ou lá com a M1, grande parte das vezes. Ou na Santa Casa. Quando vem para mim, já vem como segundo atendimento. Então, já foi feita a notificação.

E: E o que é feito em caso de gestação decorrente de estupro?

P2: Como assim?

E: Quando ocorre o estupro e... você e a M1 falaram que só teve um caso. Quando ocorre o estupro e disso gera uma gestação...

P2: Ah, tá! Olha, aconteceu, na verdade, dois casos, né? Um há muito tempo atrás, não vou me recordar quantos anos. Mas assim, foi uma mulher de 41 anos que no processo psicológico dela, ela desagregou a origem da gravidez. Entendeu? Então, ela assumiu com o filho, introduziu na família e, então, a gente não teve nenhuma consequência de serviços, né? Ela não quis abortar, não quis dar para adoção, não quis nada, né? Então, ela quis o bebê. Então, beleza. É filho dela, ponto. E essa outra moça, agora recente, porque, assim, o processo de profilaxia é muito bom. Você entendeu? Realmente, quando dá... assim, quando a pessoa busca rapidamente não tem consequências dessa natureza. Entendeu? Então, e a gente só teve esse caso agora, porque a pessoa foi fazer um congresso no exterior e foi lá que ela foi agredida. Ai foi uma história, boa noite cinderela... E ai ela chegou aqui e percebeu a falta de menstruação. Ela demorou um pouco para nos procurar, assim, tipo uma semana, porque ela foi escarafunchar na memória se era gravidez do namorado, se não era... Sabe, assim, fez muito aquelas confusões, ai ela chegou na M1. Ai a gente fez todo o processo, né? A identificação, a idade gestacional, tudo ali bonitinho, né? E ela preferiu interrupção da gravidez. Mas foi só um caso. E que bom que deu tudo certo, porque a gente duvidava de São Carlos. A gente duvidava que algum médico em São Carlos faria.

E: Mas deu tudo certo fazer?

P2: Deu tudo certo. Foi, assim, tipo em 5 dias resolveu tudo.

E: Que bom. Uma outra questão, se você tem ideia de mais ou menos quantas pessoas passam por você?

P2: Olha, aqui hoje... é muito menos. Quando a gente tinha rede, eu tinha uma média de 60, 70 pessoas em atendimento, em processo de atendimento. Hoje, eu tenho 2, 3... É, porque não existe uma estrutura que favorece, né? Então, tipo, olha, “não, precisa, vamos atender”, porque só tem a M1 lá. Entende? Tá, então e o CRM, que é o Centro de Referência da Mulher, que hoje é CREAS é tudo, é idoso, é criança... Antes não, tinha o CRM nessa rede.

E: O CRM aqui funciona no CREAS?

P2: É, é tudo lá. E ai, o que que acontece? Lá tinha grupo de apoio, grupo de profissionais. Então, para elas virem fazer o atendimento psicológico era muito decorrente, era uma coisa, tipo, fazia parte do processo. Entendeu? Hoje não, hoje tá um aqui, outro lá. Então, a pessoa tem que se deslocar o tempo todo. Ai isso vai prejudicando... ai a pessoa, já com vontade de esquecer, desiste.

E: Então, era isso, P2! Eram essas as perguntas.

P2: Então, tá bom! Então, beleza!

**ENTREVISTA 6. ENFERMEIRA 1 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 02/07/2018, 14H39.****E: Entrevistadora E1: Enfermeira**

E: Como que funciona o atendimento aqui?

E1: Como o fluxo é bem grande, existem pacientes que dão entrada de diversas maneiras. O que acontece, assim... três tipos de fluxo que eu já atendi, aqui quando vem pra mim na triagem, é... ou ela vem encaminhada da UPA, normalmente da UPA da Vila Prado. Então ela já passa lá por um médico, o médico faz uma carta, né. Um receituário esclarecendo o que ocorreu, ai vem a mãe, o pai, o responsável, a avó... com a criança ou como adulto, enfim, com o paciente que vem vítima de abuso. Da entrada, pega a ficha de atendimento. Da entrada aqui comigo... ai eu esclareço, faço a triagem, verifico os sinais... Converso o máximo do básico, ai eu já encaminho essa paciente até a sala onde é a sala que fica mais reservado. Sempre procuro fazer isso... Ou é a salinha onde é que a gente fala que fica a salinha de inalação, que é os pacientes que vão fazer inalação. Ou a sala onde fica a avaliação pro “oftalmo”, ou um dos consultórios, normalmente o consultório dois também fica bem isolado... A gente dá prioridade pra isolar essa vítima junto com o acompanhante, pra não deixar exposto pros outros pacientes também, e ficar mais confortável pro médico tá conversando com a família e com o paciente, examinando. Então eu encaminho lá, ai quando eu já encaminhei esse paciente, eu já fiz a ficha, ai eu já aviso o enfermeiro do pronto socorro, que é o enfermeiro que fica ali responsável, ou do apoio, se tiver o do apoio no plantão, que é o do apoio ao corredor, ou o da sala de urgência, pra que ele acompanhe todo esse trajeto do paciente, pra que não demore muito o atendimento. Entendeu? E já procuro avisar logo o médico de plantão, ou do consultório 3, ou do consultório 4... pra que ele saiba onde tá esse paciente.

E: E fica um médico de plantão?

E1: Isso, fica dois médicos de plantão. E essa enfermeira que eu aviso, ela abre o protocolo de entrada... que é o protocolo, que é a notificação de adulto. Então, conforme a paciente, ela abre esse protocolo, faz o relatório e tudo o mais. Então essa é a parte que eu encaminho, ai pra tá falando a parte de medicações ou de exames de colher, é mais com a enfermeira da urgência, que é a enfermeira que cuida ali... ou a do apoio, por que a gente tem um esquema, que também a gente comunica o médico, eles também tem dúvida do que tá prescrevendo e proceder, por que assim... é, existem médicos e médicos. Tem médicos, se for mulher, ele prefere que o G.O. avalie, então ele não examina a paciente aqui, ele pede uma avaliação do ginecologista. Se a paciente estiver estável, assim, acompanhada da família e tiver (inaudível), ele pede até pra ela se dirigir num comunicado entre médico a médico, assim, o plantonista liga pro G.O. e fala da paciente aqui, ai ele encaminha a paciente lá pro G.O., lá pra maternidade. Ai a maternidade já tá ciente, o G.O. já está ciente, ele avalia a paciente lá e e retorna aqui pra gente, por que a medicação, onde vai pegar, é aqui, na farmácia daqui. E a... o sangue, os exames que vão colher, vão ser todos aqui na Santa Casa.

E: Eu falei com a M1, lá do CEME, que ela faz a continuação do atendimento, ai ela me passou qual eram as medicações. Ela passou o protocolo na verdade... Isso basicamente eu queria entrevistar você, pois você faz parte da triagem... pra fazer parte da pesquisa. Isso é pra entender como funciona o fluxo aqui na Santa Casa.

E1: As vezes o paciente entra, ou ele vem encaminhado da UPA ou ele vem já do IML e já vem com carta do médico lá do IML. Por que, as vezes, depende... as vezes a família não sabe pra onde ir, “ah, nós vamos pra UPA ou vamos pra Santa Casa”, vai direto pra delegacia, o delegado acho que de lá liga pro médico do IML e ele é avaliado já com cartinha do médico do IML. Quando o paciente já vai pro IML, já é avaliado com carta, a carta que vem do IML, do médico plantonista, ai não precisa passar com o G.O., se for o caso dessa mulher... Não precisa passar por que o médico já examinou. Mas se for criança, em todos os casos, internasse a criança, pro pediatra acompanhar no dia seguinte... pra ver se não vai dar reação em alguma medicação e tudo o mais. E ele examina e faz também a anamnese que ele tem que fazer, se for criança. (risos de nervosa por responder a pesquisa)

E: Então eu vou iniciar o questionário... Qual a sua formação, E1?

E1: Eu sou enfermeira.

E: E você trabalha aqui a quanto tempo?

E1: Aqui na Santa Casa eu já trabalhei quatro anos como auxiliar de enfermagem, aqui no Pronto Socorro. E sai, ai fiquei três anos fora e retornei já vão fazer quatro anos e meio, de novo. (risada nervosa)

E: E você trabalha sempre aqui na triagem?

E1: Não, já trabalhei nos setores... conheço todos os setores, por que anteriormente, há três anos atrás, a gente ficava com mais setores... Bloco b1 primeiro, bloco b 2... Todos os outros blocos, então eu trabalhei em todos os setores, praticamente.

E: É bem grande...

E1: Só centro cirúrgico que eu só dava suporte, depois da meia noite, quando eles precisavam... E central e materiais, eu nunca trabalhei.

E: É... e o que você entende por violência sexual?

E1: Então, é complicado falar, assim, né... é... uma coisa que você fica a mercê, assim, do que o outro paciente vai te expor né. Eu procuro não, assim, envolver, assim expor, quem fez, ou chegar a expor o paciente o que aconteceu, eu descrevo o que foi que aconteceu, nada disso... entendeu?

E: Não, é que eu queria saber o que é violência sexual pra você. O que seria uma violência sexual...

E1: Ah, é uma não permissão daquilo que vai te... te levar a fazer alguma coisa que você não queria fazer.

E: Você foi respondendo a minha outra pergunta (risos)...

E1: (risos)

E: Uma das perguntas sobre, a partir do que você atende aqui, quem chega mais? Quem são as principais vítimas que mais chegam aqui na Santa Casa?

E1: Olha, ao longo desses anos, eu observei mais criança, adolescente, acho que só... adolescente acima de 12 anos, assim, de 15 anos. E é mulheres, assim, né, mas a faixa etária até uns 25 anos. Não mais...

E: E bastante criança ou...

E1: Sim, criança.

E: Não tem, assim, o tanto de mulheres que chegam é o mesmo de crianças? Ou tem mais criança sendo atendida?

E1: Mais criança que eu vejo.

E: É... e pra você quais seriam as causas da violência?

E1: Ah, é complicado dizer, assim, pra você... Eu acho que um pouco de algo, assim, entre os parentes... eu vejo muito também é que o pai só cuida, ou a mãe só cuida e não tem o outro. Ou é a avó e os pais não estão, por N motivos. Eu vejo... não é um núcleo familiar pai e mãe e a criança, sempre tá assim... as vezes também a tia, por que os pais não estão.

E: A criança está numa situação de vulnerabilidade então? Ela só tem um cuidador...

E1: Isso, é. Ela só tem um cuidador ou aquele que, talvez, não é a mãe... ou é a mãe e a mãe tá sobrecarregada com os outros filhos, e ai acaba também, assim, não dando aquela atenção, né... 24 horas e deixa, talvez, pro mundo criar né... Por que eu vejo muito que é o coleguinha, que é um cuidador, eu digo cuidador parente, né. Eu vejo muito isso.

E: E as consequências dessa violência, quais seriam?

E1: Ah, eu acho que o isolamento, né. A criança, talvez, no início não percebe que em si foi violada, né. Mas, eu acho que o isolamento dela, assim, do mundo e da carência de conversar... se ela já era fechada anteriormente e aquela pessoa o fez isso, imagine na cabecinha dela. Ou daquela mulher... ou daquela pessoa, daquela adolescente, ou qualquer um que caia nesse meio. Alguém assedia alguém que venha a abusá-la, fica aquele sentimento de isolamento.

E: Você falou das consequências no âmbito do psicológico, mas e as consequências físicas?

E1: Ah, então...

E: Eu sei que são várias e elas podem acontecer ou podem não acontecer. A M1, estava falando, por exemplo, que dos casos que ela atendeu lá no PAVAS, até hoje não teve nenhum caso de... de gestação ou de HIV, no caso a profilaxia é muito bem feita aqui na Santa Casa.

E1: É, isso é verdade. A gente procura sempre atender esse paciente o mais rápido possível. Por que, eu imagino assim... eleja vem encaminhado de uma unidade que demorou aquele X horas, assim, não é o mínimo... "ah, meia hora chegou e foi feito o procedimento, né". Então, aqui não tem que esperar muito né... Já tem o protocolo, tudo certinho, então tem que ser bem rápido mesmo... pra não ficar exposto, por que é muita gente... Tem no corredor, assim, as vezes fica assustado por que tem muito adulto do lado, né. Enfim...

E: Aqui, quando a vítima chega, ela passa primeiro pela recepção...

E1: É, as vezes ela chega também encaminhado, mas vem de ambulância com o SAMU e, as vezes, eles passam pra gente. Então dá entrada pela entrada aqui do SMU interno, ai a gente já atende. Ou se não, se vem por aqui, as vezes a recepcionista ela vem até a gente e comunica que tal pessoa tá ali, desse jeito, ai a gente dá prioridade, se tiver muito cheio. Por que a família já vai assim “olha, aconteceu isso”, mas vai que é aquela assim... expõe também. Ai a recepcionista vem de um jeito, ai elas já entendem e vem até mim e já falam “olha, aquela senha, se tá muito cheio, é da paciente que tá aguardando ali”, ai já falo que já vou chamar... pede pra entrar, peço pra aguardar aqui, peço pra aguardar ali, já chamo, já encaminho... pra ficar o mais isolado possível. Pra não ter contato com nenhum outro, pra não expor ela a outras perguntas, a outros questionamentos.

E: Entendi. É... E seria possível prevenir essa violência? Existem formas de prevenir essa violência?

E1: Ai, eu acho que não. É, vai muito assim... é... é aquilo que eu te falei, muitos dos casos é por conta de abandono, abandono de carinho, de diálogo, ou vai muito “é amiguinho” e ai você fica a mercê de conversa, de diálogos de outras pessoas que vão te acolher mas no fim estão querendo te abusar, te maltratar. É muito complicado, por que as vezes é um parente, muitos casos é, então você fica assim “ah, meu tio, ou então meu primo, não vai fazer isso comigo” e acaba ocorrendo.

E: Você falou que as vezes a criança não reconhece a violência e... saiu recentemente uma pesquisa, eu achei interessante, por que falava que as crianças não reconheciam as vezes quando era violência, elas demoravam um tempo pra entender que aquilo era uma violação contra ela.

E1: É verdade. Acho que por conta de não saber que aquilo é errado, que o mostrar o corpo é errado. Por que normalmente ela, ah, vai tomar banho, é a mãe que dá o banho, então ela expõe muito o seu corpo mas pro pai, pra mãe que vai dar banho, pro vô. Ai quando ela expõe o corpo pra alguém que vai te machucar ela acha que isso é, entre aspas, o normal, né. Então é importante que a mãe fale “olha, a mãe, o pai, pode ver seu corpo mas não outras pessoas, é errado” e só com essas palavras já... a criança já ia ver, “nossa, é errado. Mas então por que a outra quis me ver ou quis me tocar diferente? Se não era meu pai, minha mãe que tava ali comigo”... É complicado.

E: É... você já explicou isso na minha primeira pergunta, como se estrutura o atendimento aqui na Santa Casa, como funciona o atendimento aqui... mas você já explicou. É... e quais são os procedimentos realizados? Você sabe informar?

E1: Ah, o protocolinho, né? Então, a gente tem uma folha que a gente segue um protocolo e normalmente a gente mostra até pro médico, que ela fica anexada junto com a notificação. Então, é... tem as medicações, todas elas descritas, tem também caso se a paciente também é gestante, penalidade, menores, tem os exames que são pra tá colhendo e... as medicações que a gente vai tá liberando no dia também, por que final de semana a gente libera, por exemplo, se aconteceu numa sexta-feira, a gente libera até segunda-feira a medicação pra que ela vá depois na humanidade, né. E... durante a semana a gente libera uma medicação, administra a medicação pra que ela venha a tomar, né...

E: Ai ela fica tomando aqui e voltando?

E1: Não, a gente entrega, orienta a fazer a administração e tudo certinho, assim no pai, o responsável, pra tá tomando até a data que vai ser no PAVAS, né... que é onde ela vai tá pegando as outras doses. E... por que não fica pronto, assim, no resultado imediato né. Então mesmo que ela tome a medicação, se ela não for ficar internada, então ela vai com essa medicação, agora se ela for ficar internada, ai a unidade da internação vai administrar pra ela, no local...

E: Entendi... É... e como você descreveria a sua prática aqui. Como você presta o atendimento?

E1: Presto o atendimento...?

E: Como funciona o seu trabalho aqui nesse local?

E1: Ah sim... eu trio os pacientes, faço a triagem. Chamo eles, faço a abordagem da queixa principal, anoto as observações, né... faço umas observações de exame físico e visual, se for o caso, verifico os sinais vitais, se estão alterados ou não... (interrupção) “Pode entrar” Você não quer parar?

(INTERRUPÇÃO PARA ATENDIMENTO)

E: É... eu tinha parado de perguntar... como é que funcionava o atendimento aqui. E você estava explicando que passava por aqui

E1: É, pegava a senha na recepção, ai eu trio, faço a triagem... igual eu fiz aqui, no paciente que você viu. Ai depois eu encaminho... tem dois tipos: ou eu encaminho ele pra sala de espera e ele faz a ficha no atendimento e aguarda o médico chamar no painel ou eu classifico e encaminho ele... faz a ficha, mas



eu encaminho ele pra aguardar dentro do corredor. Então eu mesmo avalio se o paciente vai aguardar na sala de espera ou aqui, na parte interna.

E: Entendi...

E1: Depende muito dos casos, assim... se é corte, já entra, se é mais urgente assim, já deixo lá, já vou lá comunicar o médico que aquele paciente está mais grave, assim... por que... eu fui comunicar o médico, normalmente eu não comunico o médico, mas eles faz troca né, a noite, assim, na madrugada. Então, as três da manhã vem, é outro médico, então eu tenho que comunicar ele que tem consulta... ai ele fica reservado e eu vou lá e comunico ele que tem consulta.

E: Ah, entendi. É... e quais aspectos facilitam ou dificultam o seu trabalho aqui? Em relação a atender as vítimas de violência sexual.

E1: Hum... Eu acho que o que mais dificulta, assim, como a gente... assim, eu no meu plantão me preocupo o máximo expor e também a autoridade, ao máximo, que venha num atendimento rápido e... uma resolução rápida também (outra pessoa sai da sala “tchau!”). Então, assim, é... o que mais dificulta, eu acho que talvez seja os exames, que demoram um pouco pra ficarem prontos... e talvez já chegou casos em que a paciente ficou esperando 3 horas e meia por conta dos exames ficarem prontos, por que daí o médico não internou pro especialista... por que o especialista examinou, se for o caso, que era uma mulher... então o que mais dificulta é os exames, que talvez se o ginecologista desse alta, os exames assim... da hepatite, são os mais demorados, agora os outros... HIV é rápido, tipo assim, 30, 35 minutos fica pronto, então esse resultado a gente já passa, a médica já vê, mas os outros exames demoram, assim, um pouquinho mais... então, expor ela a ficar 3 horas, 3 horas e meia aqui no pronto socorro, esperando esses exames... eu acho que não é um feedback legal, entendeu? Eu acho que poderia simplesmente esses exames ser encaminhado lá no PAVAS, ter um acesso mais rápido a esses exames, assim, online... talvez do laboratório (inaudível) que é daqui da Santa Casa. Pra que esse exame fosse pra especialista, já que a paciente foi dado alta pra ela, o clínico deu alta, o plantonista deu alta né... E o ginecologista já deu alta... quando é uma criança, normalmente se colhe e já encaminha pro setor, então fica mais confortável. Agora, passar no pronto socorro, três horas e meia, quando isso aqui tá muito cheio de gente, ai é chato. É complicado.

E: E qual é o papel do serviço de saúde diante da violência sexual?

E1: Ah, eu não sei, assim... Eu sou mais de pronto socorro, de atendimento, ham... rápido, assim né. Eu digo em termos de fluxo aqui, né. Agora não sei em relação ao que é feito lá fora... você fala em relação a psicólogo?

E: Não... o papel, por exemplo, da Santa Casa no atendimento dessas vítimas, qual a importância da Santa Casa.

E1: Ah sim... tem muita importância por que é uma carência, né, assim... o paciente fica carente, a vítima fica debilitada, querendo saber o que o seu corpo já foi violentado, que ocasionou isso pra ele... Então, eu acho que é uma prioridade bem... bem, assim, importante, que se faça isso, né.

E: Aqui na Santa Casa e depois encaminha...

E1: Isso.

E: É... e como você se sente ao atender essas vítimas? Aqui, nesse local. Aqui... na Santa Casa.

E1: Ah... eu gostaria, assim, que tivesse... estrutura, né. A gente tá numa reforma, agora, assim... mas eu queria que tivesse uma sala específico, entendeu? Onde ela pudesse ficar acompanhada, junto com o seu parente ali sentado, confortável, que não tivesse muito contato com outros pacientes nem com outros acompanhantes... Por que o fluxo é muito grande durante o início do plantão. Queria que ela... “ah, mas você diz assim, uma sala, né”, não, uma sala que aguarde outras pessoas que seja mais específico pra isso.

E: Que seja um pouco mais reservada, né.

E1: Isso, um pouco mais reservada.

E: Eu já tive a oportunidade de vir aqui quando estava um pouco mais lotado...

E1: Por que a gente coloca o paciente na sala de inalação, só que daí daqui a pouquinho tem que colocar inalação no paciente ou outro paciente tem que usar a sala por outro, por N motivos, e ai retira aquele paciente dali, põe no corredor, expõe ela, expõe o paciente, sabe... fica um empurra-empurra que ela não fica só naquele local.

E: Entendi...

E1: E também assim... exames, assim, exame que é feito, lá na maternidade... acho que o ginecologista da maternidade devia vir aqui, né... eu acredito que ele deveria vir pra não expor a paciente de ter que tá indo lá.

E: E contando a história novamente pra recepção, pra ser atendida...

E1: É, pra depois tá voltando aqui, fazendo todos esse rodízio pra tá vindo aqui de novo.

E: Entendi... É... e como se realiza o processo de notificação? É você que realiza esse processo?

E1: Não, é a enfermeira da urgência, por que eu não posso parar o meu atendimento, tenho... limite, né. Limite de 10 minutos por atendimento, eu não posso parar, ficar... a espera não pode passar de 10 minutos. Então, eu tenho que sempre tá passando pro outro enfermeiro pra ele dar continuidade. Não posso abandonar aqui (risos).

E: Por que é um processo demorado, né? O processo de notificação...

E1: É, é bem longa. A notificação é.

E: E você recebeu alguma formação específica? Eu sei que aqui não é um local específico, que aqui é uma... uma emergência. Então é tudo que chega aqui que você atende... mas, é mais no sentido de você receber alguma formação ou você fez alguma formação, curso...

E1: Não, eu já fui em palestras, né. Mas não que tenha uma formação, uma especialização, nesse tipo de atendimento... mas, eu me sensibilizo por que eu já tive parentes, já tive... dos dois lados, infelizmente. Então, é... eu sinto, assim, sabe... com esses pacientes eu sinto que é uma carência muito grande, assim... eu acho que deveria ter... assim, não agilidade, tá bom sim, mas eu não sei se depois... ham, tem assim, um cuidado, um psicólogo, um atendimento mais específico pra tá acompanhando.

E: Entendi... E, eu não sei se é o caso daqui E1, mas... ah, o que é feito em caso de gestação decorrente desse abuso? Você sabe...

E1: Eu não tenho contato depois...

E: É por que aqui é só emergência, então não alcança né...

E1: Eu realmente não tenho contato, pra saber, assim... essa explicação do que acontece.

E: E você tem ideia de quantos casos chegam, em média?

E1: Não... por que o meu plantão é só 12h, né...

E: Mas, nesse plantão que você... que você...

E1: No caso, um só. Nunca tive casos de chegar dois..

E: Não... É, tipo, por semana... chega um, dois...

E1: Ah... eu não tenho um parâmetro, daí teria que conversar com a D., né. Talvez ela tenha um fluxograma de quantos chegam. Pois pode ser... ela pode puxar pelo diagnóstico e poder ser que tenha esse dado... pois como agora tem que colocar tudo computadorizado, né. Ai ela pode ter esse dado...

E: Ah, eu vou falar com ela depois... Mas é que eu queria saber como é que pra você que presta esse atendimento, entender... pra você enquanto profissional como é que é prestar esse atendimento... como é que é trabalhar nesse local, é...

E1: Assim, eu adoro, né, urgência e emergência. Quando... eu já trabalhei em setor clínico, paciente fica muitos e muitos dias, assim, eu não me vejo assim, eu gosto mais de... de resolução, mais assim... então, começo, meio e fim, você vê a melhora do paciente e vai de alta, ou tá ruim, vamos internar, pra dar continuidade, coisas de... dessa resolutividade, né.

E: Eu vou parar aqui, a gravação... obrigada, E1.

**ENTREVISTA 7. TEC. DE ENFERMAGEM 1 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 02/07/2018, 16H40.****E: Entrevistadora; TE1: Técnico de enfermagem 1.**

E: TE1, qual a sua formação? Você trabalha com o que aqui na Santa Casa?

TE1: Eu sou formada em técnico de enfermagem, comecei a trabalhar já faz uns quatro meses, já. Eu trabalhava na área da saúde, mas não em área hospitalar.

E: E você trabalha a quatro meses aqui na Santa Casa?

TE1: Isso. Aqui já.

E: E... você tava comentando que até agora só teve um caso.

TE1: Isso, que eu ajudei, que eu presenciei, foi um caso só, de violência sexual.

E: Certo... pra você, o que é a violência sexual? O que seria uma violência sexual?

TE1: Ah, eu acho, assim, contra mulher, contra criança, violência sexual seria o abuso em si, né. Além da agressão que eu acho um absurdo, e... a violência que eles praticam contra a vontade da pessoa, no caso...

E: Seria feito contra a vontade?

TE1: Seria feito contra a vontade ou, assim, não só contra a vontade... por que tem gente que vai, né, na empolgação, chega na hora, não quer, e a pessoa por achar que você já está ali, você é obrigada, sendo que você não é obrigada. Você tem o direito de querer ir embora. A minha opinião é essa.

E: É... você disse que atendeu só um caso. Então eu não sei se essa pergunta se aplica muito a você, mas... na sua percepção quais são as principais vítimas? Existe uma vítima principal, uma vítima que acontece com mais frequência?

TE1: Ah, a que eu peguei, o caso que eu peguei, já era de uma moça de quase uns 22 anos, eu acho. Mas, assim, eu acho que não tem uma idade. Eu acho que... por que tem caso de criança que eu já ouvi falar, tem caso de gente mais velho, mulher mais velha, né. Mas, assim, o que eu atendi foi uma moça que tinha mesmo 22 anos. Mas eu acho que não tem muito uma idade certa não.

E: É geral, né?

TE1: Eu acho que é geral.

E: E quais são as possíveis causas? Existe uma causa pra essa violência, pra ela acontecer?

TE1: Olha, essa moça que eu atendi... não teria uma causa, uma justificativa. O cara simplesmente abordou ela meio dia e atacou ela, no caso dele. Tipo assim, ela nem teve tempo de... foi uma rua escura e... escura não, rua deserta, né. Conforme ela me contou. Então não tem assim, um... e não justifica, as pessoas falam assim "ah, a roupa da pessoa". Não, era um dia meio frio, ela tava de calça, blusa, então eu acho que roupa também não justifica e você ser atacado com violência. Mas... ela tava com uma roupa normal e ele atacou ela em pleno dia, era meio dia, a hora que ela falou que foi atacada. Eu acho que sai da pessoa, índole da pessoa de que já sai de casa, por exemplo, pra fazer isso, cometer isso.

E: Não tem uma causa, né? Não sei, o Y. tava falando que primeiro ele não consegue entender, né. Eu também me sinto assim diante da violência, eu não consigo entender...

TE1: O que leva a pessoa a fazer... a pessoa é louca? Tá, ela é louca. Mas como que ela fica aguardando a oportunidade, como que ela raciocina a hora certa pra atacar, como ela sabe que aquela hora ninguém ia ver? Então, ela não é tão louca assim.

E: Unrum. E ele tava falando que ele acredita que na verdade que é um transtorno, exatamente... um transtorno por que ele não acredita que...

TE1: Então, se for ver, as vezes a pessoa raciocina até mais rápido que a gente, né. Por que ela fica esperando a oportunidade pra atacar. Então, seria mais...

E: Mas isso se aplicaria também no caso das crianças?

TE1: Então, de criança é... eu acho que a pessoa já é meia má índole, por que ela vai seduzindo a criança, vai agradando. Por que criança se você não agrada, ela não vai, ela vai sair correndo, ela vai embora. Mas, assim, já começa, que nem eu já ouvi história de gente que... senhor, que levava bala, chocolate. Ai, assim foi começando o abuso. Ou na própria família, que também não tem explicação, o cara do nado começa a ameaçar, que vai... ah, bater no pai, na mãe, e ai a criança tem medo de contar. Eu tive uma amiga que ela falava que ela tinha 6 anos e o tio dela, que era casado com a tia dela, não tem uma explicação... ele ia na casa dela e começava a abusar dela. E ela não gostava e tinha vergonha de falar,

e ele... e tipo assim, quem olhava pra ele, ele era melhor pessoa do mundo. Amável, doce... ai você vai esperar o que? Então, eu não sei explicar o que leva uma pessoa a fazer isso.

E: É... e as consequências dessa violência? Quais são?

TE1: Ah, eu acho que é bem desastroso, pra mente da pessoa... eu acho que é uma coisa que você vai carregar pro resto da vida. Então tem que ter uma ajuda, por que... é uma coisa que foi feita contra a sua vontade, alguém violou o seu corpo que, pra gente... pelo menos pra mim é uma coisa sagrada, que é seu, você faz o que você quer, não o que os outros querem que você faça. Eu acho que tem que ter um acompanhamento sim, tem que ter uma ajuda, por que... se fosse eu acho que eu ia ficar meio doida, meio (inaudível).

E: É uma coisa que eu não consigo nem imaginar...

TE1: Não, eu não consigo. Por que na hora assim, eu falo assim que eu não sei qual seria a minha reação, eu ia ficar meia doida ali.

E: É... mas e as consequências físicas? A gente normalmente pensa nas consequências psicológicas porque são sempre... elas continuam pro resto da vida.

TE1: É, são piores... físicas eu acho que física tem gente que se machuca, tem gente que já não, né, a pessoa... mas assim tem uns que agride, outros já, eu acho que tem medo e fica paralisado, então já não reage tanto. Mas eu acho que alguns se machuca e feio, pelo o que a gente ouve falar. E outros já nem tanto, né. Então eu acho que é o caso... eu não sei explicar direito.

E: Tudo bem! O que eu quero é ouvir você, não quero uma... não existe uma respostas certa. É... e seria possível prevenir essa violência? Existem, não sei... por educação...

TE1: Olha, eu acho que hoje em dia, como as pessoas debatem muito, eu vejo muita gente debater e fala que “ah, você é feminista, você é isso, você é aquilo” e, não, eu acho que a gente tem que... que nem, assim, vem da que nem eles falam cultura do estupro, eu acho que assim, que vem de ensinar já, por que muito caso, você vê em festinha, o cara embebeda a menina pra sair com ela. Então... vamos ensinar a respeitar, ó... não é não, por que muita gente tem mania, eu já fui em festa e tal, se você fala não o cara continua insistindo e pega no seu braço... eu odeio isso, você quer me deixar louca é você pegar no meu braço e falar “não, vamos conversar”. Se eu to falando não, é não, né? Então... eu acho que seria mais da educação mesmo. Não é assim, eu acho que é que nem eles falam, vamos ensinar os homens a respeitarem as mulheres, a prevenir, do que pensar assim “ah, é estupro, então vamos, castração química, não sei o que lá”. Muitos casos, pode ser de doença, a pessoa já tem aquela mente, mas em outros casos que a gente vê falar, é... a pessoa cria oportunidade, que nem eu falei pra você, o cara embebeda a menina pra sair com ela. Como assim a menina bêbada, caída ali, você vai aproveitar da situação? Então eu acho que tem que... conscientizar as pessoas, explicar melhor, sei lá, e... não deixar acontecer chegar nesse ponto.

E: Explicar mais o que seria respeito, né? Eu fico pensando como é que funcionaria isso pras pessoas que praticam abuso contra criança...

TE1: Então, abuso contra criança eu já acho uma coisa muito medonha! Por que eu não consigo imaginar, uma pessoa olhar pra uma criança e ter um desejo sexual, por que é uma criança... parece uma boneca. Eu assim... fico horrorizada. As pessoas falam assim “ah, por que fulano casou de novo e o marido dela abusava da criança”. Como assim você vai abusar de uma criança? Se a criança gosta de você, você tá é... traindo ela, você ta traindo a família. Então eu acho, nesse ponto, eu acho que é doença, eu acho que não tem uma explicação, assim, plausível, pra você falar assim “Ah, não, coitadinho. Ele abusou, mas ele não..” Não, ele sabia. Por que ele vai premeditando, ele vai pegando a confiança da criança, por que criança se ela não gostar, ela sai berrando, sai gritando, não fica com você né... Mas a maioria dos casos que a gente ouve, a pessoa tratava bem, a pessoa isso, a pessoa aquilo. Então... eu acho que, nesse caso, a pessoa é meia doente, sim. Meia não, inteira né. Por que como que você vai ter atração por uma criança?

E: É, é bem complicado esses casos... É, e você sabe quais são os procedimentos realizados aqui, quando chega a vítima?

TE1: Olha, o que eu sei é que... fez, foi feito o exame, tudo. Ai a doutora chamou a ginecologista também pra fazer, ai tem os exames que faz, né, de sangue, que tem HIV, ai tem a se sífilis... fez o HBCG também que é o de hepatite. Ai tem as medicações, são várias medicações, tanto via oral quanto intramuscular. Ai, dai eles fazem esse procedimento, é um protocolo já que eles usam pra fazer com todo mundo,

independente da pessoa... eu não sei se criança é a mesma coisa, que criança já é menor. Talvez a quantidade de remédio seja menor, mas exame, essas coisas, eu acho que é tudo igual.

E: Mas você não participa desse procedimento de medicação?

TE1: Não, então, a gente aplica a medicação conforme o médico manda.

E: Mas você aplica?

TE1: Isso, aplico a medicação.

E: Então você faz o acompanhamento... É, ah... a T., não sei se você sabe quem é, é a enfermeira que tava no turno anterior... eu tava conversando com ela... eu cheguei aqui 5:30... eu tava conversando com ela e ela explicou que quando é vítima menor, elas são obrigatoriamente internadas, por que elas são menores de idade.

TE1: Ah, sim, sim.

E: Então é você de acompanha... quando chega, fica internada, é você que acompanha?

TE1: É, por que quando se vier a internação da criança, a medicação já é feita toda aqui mesmo. Por que o médico já dá a medicação pra fazer, pelo... vamos supor, como se fosse outro internado. Acho que até aguarda vaga pra subir. Então, se for demorar muito pra ela subir pro setor, a medicação já é feita aqui.

E: Entendi.

TE1: Agora, se ela já for pro setor, então eu acho que já faz direto lá. (interrupção) Já faz direto lá, por que quando é adulto é feito aqui, né.

E: A medicação...

TE1: Isso.

E: É... E como você presta o atendimento aqui? Como funciona o atendimento que você presta aqui? É mais ou menos o que tava perguntando... em que parte você fica, como é que funciona...

TE1: Ah, sim... aqui é a parte da medicação. Então, que nem eu falei pra você, ela vai passar no médico, aí o médico vai fazer a prescrição, vai fazer os exames, vai pedir. Aí, a hora que ela vem a gente chama o paciente e... conversa com ele, pega, faz o exame... E aí, a hora que for fazer toda a medicação, por que tem medicação que o médico pede, no caso, que fica ali na farmácia. Como é caso de abuso, então não são todas que ficam aqui. Eu tenho que falar que vou buscar na farmácia e tal, aí eu volto e explico a medicação que eu tô dando pra ela.

E: Entendi.

TE1: Conforme a prescrição que ele fez. Tem... eu acho que, uma vez que eu fiz teve bezetacil, teve... acho que antibiótico, teve várias medicações que eles dão.

E: E você sempre fica aqui na medicação?

TE1: Sempre aqui na medicação.

E: É fixo os locais que os profissionais ficam?

TE1: Nesse plantão é. Nesse plantão...

E: Nos outros você não sabe, né?

TE1: Nos outros eu não sei.

E: Você sempre fica nesse plantão?

TE1: Sim, sempre fico nesse.

E: É... E o que facilita ou dificulta você prestar esse atendimento?

TE1: Como assim?

E: O que dificulta você prestar atendimento a vítima? O que seria... o que atrapalharia você prestar o atendimento a vítima ou o que facilitaria? Por exemplo, a T. falou que o que dificultaria é, ah, o atendimento dela, é a falta de privacidade, que ela acha que a sala é muito aberta...

TE1: Ah sim, fala assim, por... pela pessoa, não pela gente?

E: Não, pra você. Na sua percepção, o que atrapalha a prática do seu atendimento, você prestar aquele atendimento... ou o que facilita.

TE1: Pra pessoa?

E: Pra você que presta o atendimento. Pensando na pessoa também, mas pra você mesmo, enquanto profissional.

TE1: Ah, eu acho que é... seria o espaço mesmo, né. Eu acho que tem hora que não tem espaço pra todo mundo, que nem o caso da pessoa que vem de estupro, eu acho que ela tá mais sensibilizada, ela fica no meio de todo mundo aqui. Então, eu acho que nesse caso, acho que teria que ser uma coisa a parte, mais separado, eu acho que seria bem melhor. Por que até a pessoa se sentiria melhor, mais confortável, por

que... querendo ou não você tá mais sensibilizada, aí você fica no meio desse monte de gente, todo mundo conversando. Querendo ou não, chega uma hora, hora de lota, parece um mercado de peixe, né. Todo mundo falando alto, conversando... Então eu acho que é isso, o que dificulta seria esse... bastante gente misturado no meio das pessoas.

E: E pra você qual é a importância da... do serviço de saúde como um todo pro atendimento da vítima de violência?

TE1: Ah, eu acho que tem que ter, por que... a primeira coisa que ela pensa na cabeça é, tipo, eu vou hospital né... Por que tá (inaudível), tem doença sexual, tem um monte de coisa, então a pessoa, eu acho que ela tem que ser atendida, tipo assim, não ficar, por que como eu te disse, ficar esperando... eu acho que é um caso que você já deveria, a pessoa, ter o direito de passar na frente. Não na frente de enfartado, essas coisas, mas o direito de ser atendido mais ágil sabe, mais rápido... por que enquanto você tá ali, você tá pensando um monte de coisa, né, um monte de besteira.

E: E como você se sente ao atender essas pessoas?

TE1: Eu como pessoa ou como profissional?

E: Ambos, por que é difícil a gente separar...

TE1: É, por que assim, como profissional a gente tenta fazer com que ela se sinta melhor, é... a gente conversa, se ela quer falar a gente escuta. No dia mesmo que eu atendi essa menina, você vê que ela tava assim meio aérea, aí eu perguntei pra ela o que tinha acontecido, aí ela começou a contar, né? Se ela não contasse também, tudo bem. Mas, ela começou a contar e eu fiquei escutando... tanto que eu sei que ela, como ela falou, que era de dia e tal, por que ela começou a contar. Acho que a pessoa fica tão assim, e eu deixei ela falar, contar. E ela assim, só de tomar a medicação, vamos supor, eu ia fazer a medicação nela, ela chorava. Eu acho que ela falava “aí tá doendo” e começava a chorar, eu acho que não era tanto da medicação... por que tem medicação ali intramuscular que não dói. Eu acho que ela tava tão sensibilizada... que nem ela começou a chorar, ela falou assim “ah, eu to chorando” e eu falei “pode chorar”. Mas eu acho que não era nem da medicação que ela tava chorando, que nem uma das meninas brincou falando “nossa, ela tá gritando” e eu falei “ah, deixa, deixa”. Mas é tipo assim, né, ninguém sabia né, por que achava estranho a menina chorando dentro da sala por que ia fazer a medicação. Mas eu falei “ah, não, não é nada, ela tem medo”, no dia eu falei. Mas como pessoa, eu vejo esses casos, me revolta. Eu tenho raiva, me dá raiva. Eu falo assim que... na minha cabeça violência sexual é uma coisa que eu, não sei, eu não admito... é uma coisa que eu acho assim, de outro mundo, entendeu? Então, é muito estranho isso.

E: É... Você disse que era técnica de enfermagem, você recebeu alguma formação ou você já assistiu alguma palestra, procurou alguma formação, sobre assunto.

TE1: Não, eu leio, eu leio sobre o assunto. Hoje em dia todo mundo, é muita informação na internet, né? Que nem a cultura do estupro, muita gente defende, outras falam que não existe, que é coisa da cabeça de feminista... só que é que nem eu te falei, é... que nem assim, a pessoa tem que ensinar, tipo, desde criança: “ah, não quer, não quer, não insiste, não enche”, por que tipo assim, tem gente que fala “ah, não quer mas se você insistir”, que nem eu falei pra você, dá uma bebida que ela fica mais alegre... então hoje em dia eu vejo muita coisa que você vê na internet, é muita informação, só não se informa quem não quer, né? Mas eu vejo muita gente falando sobre o assunto.

E: E você é feminista?

TE1: Não sei (risos).

E: É que você falou mais de uma vez (risos)...

TE1: Não sei, eu acho que a gente tem o direito de escolher o que a gente quer. Não acho que eu seja radical, por que tem coisa que eu acho que é muito radical, mas assim... se eu quero fazer uma coisa, eu vou fazer, não interessa se você acha que tá certo ou não. Mas também não vou fazer uma coisa que pode te prejudicar ou me prejudicar, entendeu?

E: Unrum. Pensando no próximo.

TE1: É, exatamente. Mas eu acho que tem... que cada um tem direito de fazer o que quer, de escolher o que quer. Não é por que você vai falar assim “Ah TE1, não faz isso, que não é bom”. Não, eu tenho que ver se é bom pra mim e também se não vai te prejudicar, mas... tipo aquela história, eu não sou obrigada, né (risos).

E: Unrum. É... é isso TE1.

TE1: Então tá bom.

E: Muito obrigada!

**ENTREVISTA 8. TEC. DE ENFERMAGEM 2 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 02/07/2018, 18H26****E: Entrevistadora; TE2: Técnico de enfermagem 2.**

E: Você não vai ser identificado, seu nome vai ser modificado, tá?

TE2: É, as outras pesquisas fazem isso também.

E: TE2, qual a sua formação? Você é técnico de enfermagem, enfermeiro?

TE2: Sou técnico.

E: E você trabalha a quanto tempo aqui? Na Santa Casa.

TE2: Que eu voltei faz sete anos.

E: Faz sete anos que você trabalha aqui? Nesse setor?

TE2: É, nesse setor.

E: Na medicação, você sempre tá aqui?

TE2: Sempre.

E: E nesse turno também? Por que eu tava falando com a TE1 e ela falou que sempre trabalha nesse turno.

TE2: É, tá certo. São 12 horas, né.

E: É, você sempre trabalha nesse?

TE2: Sempre, só nesse aqui, por que é plantão fixo, né.

E: Ah, é plantão fixo?

TE2: É plantão fixo.

E: Eu pensava que podia...

TE2: Ah, revezar? Não, não.

E: Não, é fixo?

TE2: É fixo.

E: Tá, então, é... O que você entende por violência sexual?

TE2: Ah, violência sexual seria um... como eu vou explicar? Espera...

E: Lembrando que não tem uma resposta correta, eu tô tentando entender o que... como funciona o atendimento, o que os profissionais pensam, é só isso que eu quero entender, não se isso é certo ou se isso é errado... Aqui não existe isso, de resposta certa.

TE2: Como... explica de volta?

E: Não, não existe uma resposta certa. "Ah, essa é a resposta certa que eu tenho que dar pra essa pergunta".

TE2: É, por que cada um tem uma forma de...

E: Exatamente, é isso que eu tô querendo entender: Como é que funciona, como é que vocês pensam, como é funciona o atendimento aqui... por que em locais, funciona diferente dependendo do local, o atendimento. Então é isso que eu tô querendo entender.

TE2: Então (inaudível) teria também, um desacato com a gente, uma... difamação, e também... é que tem muita gente que já sofreu agressão física, né, aqui mesmo trabalho e não como paciente e sim com o acompanhante, por que o paciente, é por que assim... você dá um desconto por que é desorientado e tudo, entendeu? Então... Não tem como. Mas, o que agride mais a gente seria... seria os acompanhantes, né.

E: Mas o que eu queria entender é o que você entende, o que é uma violência sexual? Não que alguém aqui tenha sofrido. Eu quero saber o que você entende de... sobre violência sexual. O que é violência sexual pra você?

TE2: É força uma coisa, assim... sem você querer.

E: Forçar, hum, vamos dizer... o ato sexual contra outra pessoa? Ou forçar a outra pessoa a fazer algo que ela não queira?

TE2: É, que ela não queira, é.

E: Então isso seria violência sexual, na sua concepção?

TE2: É, isso seria.

E: É... e você já prestou algum atendimento a essas vítimas aqui? De violência sexual?

TE2: Não, a gente presta segundo a etapa. Por que a primeira, quem é o enfermeiro, né?

E: Não, eu sei. Mas chega aqui na medicação... por que tem que tomar a medicação.



TE2: É, e a gente medica.

E: E já aconteceu de você atender alguma pessoa?

TE2: Ah, já, já.

E: E de acordo com o que você atendeu, você tem ideia de quem é mais vitimado? Se não crianças, menores de idade, se são mulheres... ou se são homens. Quem é que é mais vitimado por violência sexual?

TE2: As crianças, eu acredito.

E: Você atendeu mais criança?

TE2: É, foi mais criança.

E: É... e você acredita que existe uma causa?

TE2: É, algum distúrbio que a pessoa tem, né? Por que não é possível, né.

E: Mesmo no caso dos homens adultos? No caso de mulheres adultas? Ou com crianças... você acredita que em todos esses casos seria um distúrbio?

TE2: É, seria um distúrbio, não muda nada... com criança ou com adulto, né.

E: Mas, você acha que não existiria alguma outra explicação pra essa pessoa... praticar essa violência? Que não fosse um distúrbio... se a pessoa não tiver um distúrbio, o que seria a causa dessa violência? Ou você acha que normalmente é distúrbio?

TE2: É, por que é assim... não seria uma... desavença, ou alguma coisa que a pessoa, talvez, aquilo ali só pra prejudicar a família, mas a pessoa é uma pessoa normal. Acho que não teria assim... ela tem um distúrbio, ela tem que ter um tratamento pra...

E: Pra essa pessoa não voltar a fazer isso?

TE2: É, pra não voltar a fazer essa...

E: E quais são as consequências dessa violência? Tanto pra vítima... Se você não entendeu o que eu perguntei, você pode pedir pra repetir, tá?

TE2: Não, não, não. É que, pra vítima, é bem mais difícil, né? Por que a vítima não está acostumada com aquilo, que nunca sofreu... então ela vai ter um problema sério pro resto da vida, entendeu? Mesmo ela não tentando lembrar, ela nunca vai esquecer o que aconteceu... e o adulto já não, se for uma pessoa que já tá acostumada a fazer isso, então pra ela vai ser o de menos, né?

E: Não entendi. Mesmo pra vítima adulta? Você tá falando de quem praticou?

TE2: Eu tô falando da vítima e de quem praticou.

E: Ah, entendi. Mas em relação só a vítima... só a vítima, quais são as consequências só pra vítima?

TE2: É, então, é isso, a pessoa, quer dizer, vai ter um distúrbio pro resto da vida, por que nunca mais esquecer aquilo. Ela vai tentar não lembrar, mas esquecer jamais esquece. É feito um tratamento encima dela pra... tentar minimizar, mas...

E: E pensando nisso, tem como prevenir a violência sexual? Teria uma forma de prevenir essa violência? De evitar que ela aconteça?

TE2: Então, com a criança... ai você tem que redobrar os cuidados, por que é o que eu tô te dizendo, tem os parentes, né? Que as vezes vem aqui que foi tio, foi primo, que abusou... Então, quer dizer, você tem que cuidar assim da vítima, da criança e o adulto, de repente, que nem... uma moça veio aqui uma vez, ela tava procurando serviço, ai o cara parou, ela foi dar informação, o cara pegou ela, pois no carro e... eu nunca vou entender.

E: Ah, a TE1 contou isso.

TE2: É, então não tem como, entendeu? Por isso que é difícil...

E: Tentar prevenir?

TE2: É, prevenir. Entendeu?

E: E por meio da educação, não seria possível? Ou você acha que não? Por exemplo... no caso dessa, do... dessa mulher adulta, ou no caso das crianças mesmo. Educar pra entender que não pode fazer aquilo.

TE2: Não, mas ai você vai educar quem? A vítima ou a pessoa que?

E: Não, o agressor, a pessoa que praticou a violência.

TE2: Não, por isso é que...

E: Não agora, eu não tô pensando...

TE2: Depois que fez...

E: Depois que fez. Eu tô pensando antes... educar a pessoa pra ela entender que ela não pode fazer aquilo, que aquilo ali...

TE2: É o errado.

E: É errado e que ela tá desrespeitando a outra pessoa.

TE2: É, teria que fazer um tratamento, tipo assim que a pessoa... mas em casa ou, tipo assim, usuário de droga, quando ela quer parar de usar, o que ela faz? Ela em que vai ter que procurar o tratamento. Então é ela quem se manifesta e fala “olha, eu quero parar que eu não aguento mais”, então quer dizer, ai você tem como trabalhar encima da pessoa... e a pessoa violentador, já não. Esse, quer dizer, vai ter que parar e procurar um tratamento. Por que a gente nunca consegue saber, se é ou se ele não é, né?

E: Mas, mesmo antes? Eu tô pensando em... em desde pequeno.

TE2: Ah, então, é de casa. Então teria que fazer um tratamento em casa, então tem que se... por que é a criação da pessoa, né?

E: Unrum... E quais são os procedimentos que você realiza aqui? Quando chega uma pessoa aqui na medicação e ela tem que tomar a medicação, quais são os procedimentos que você... você só faz a medicação?

TE2: Eu não, eu só faço a medicação.

E: Mas você acompanha essa pessoa de alguma forma? Na continuação dessa medicação...

TE2: Não, a gente só faz a medicação aqui. Passa com o doutor e a enfermeira responsável, ai ela conversa com a vítima, tal e tal, o doutor diz o que vai ser feito, faz as medicações, e ai ela vem aqui na salinha da gente, né? A gente medica ela, né? Ai depois...

E: E ela fica sendo medicada?

TE2: É, ela fica aqui sendo medicada até ser liberada. Ai depois ela vai procurar o tratamento que é do...

E: Sei...

TE2: Tem um lugar aqui que eles fazem um acompanhamento.

E: É o CEME? É o PAVAS, né?

TE2: É, por que o CEME é o Centro de Especialidades, né?

E: Então é o PAVAS?

TE2: É, mas o PAVAS é separado, é em outro lugar agora, né? Mas não é PAVAS que eles falam, é... como... é um setor onde faz todo o acompanhamento, né?

E: Ah, então eu não sei. Eu conheço só o PAVAS.

TE2: Hum...

E: É... e como funciona o seu atendimento? Essa é uma pergunta que eu tenho que reformular... Como é que... como é que você presta o seu atendimento? O que você faz aqui dentro da Santa Casa?

TE2: Como assim?

E: Enquanto profissional, o que você... como é o seu trabalho aqui?

TE2: Não, a gente... como se diz? Com a vítima que você tá falando ou com o outro?

E: Não, de forma geral. Como funciona o atendimento, como é que você trabalha...

TE2: Em que sentido você tá falando?

E: O que... você faz a medicação, mas você faz alguma coisa além disso? Você acompanha as pessoas, sei lá, você dá alguma orientação, sobre como... se ela tiver que continuar a tomar a medicação?

TE2: Ah, sim, sim...

E: Como é que ela faz...

TE2: Então, a gente dá uma orientação, né? E ai orienta procurar o outro lugar que ela tem que procurar depois do tratamento, e... a gente conversa, as vezes a pessoa quer conversar, desabafar um pouco, ai a gente... quando é assim a gente fica...

E: Eu acho que o local que a pessoa mais passa tempo é aqui, né? Por que a medicação demora.

TE2: Não, então...

E: Ou não? Eu to equivocada?

TE2: Não, não. Demora algumas medicações, (inaudível) principalmente. Mas, as vezes, a pessoa só toma a medicação intramuscular e já vai embora.

E: Ah, entendi.

TE2: Então a gente orienta, “ó, você tem que continuar tomando essa medicação ou você... não melhorou? Você tem que procurar o CEME, Centro de Especialidades ou o postinho da sua casa pra fazer o acompanhamento”, entendeu?

E: Entendi... É... e o que facilita ou dificulta você prestar atendimento as vítimas de violência sexual? Tem algo que dificulte ou facilite? (silêncio) Por exemplo, a T. tava comentando comigo sobre o, a dificuldade que ela tem em relação ao espaço. Ela acha que deveria ter um espaço mais reservado pra atender a vítima.

TE2: É, isso seria o certo, pra assim... pra gente poder conversar com a pessoa e também o setor que a pessoa fica isolada, não aqui no meio, por que... de repente alguém conhecido vê, entendeu? Ai quer saber o que é. A gente não fala nada, mas... com... as vezes vai conversar com a pessoa, “o que você tá fazendo aqui?”. Por que é assim, mistura todo mundo aqui, “ah o que você tem, o que você não tem?” “Ah, eu tô com dor. Cai, torceu o pé” “Mas como você caiu?” A pessoa quer investigar, entendeu? Ai se a pessoa tá tomando medicação ali e tá aguardando avaliar, ai pessoa já fica constrangida, quer dizer, não tem como...

E: Então isso dificultaria você... o seu trabalho, junto... pensando na vítima de violência sexual, isso dificultaria o seu... o atendimento que você presta pra ela? O fato de não ter um local..

TE2: Um local adequado?

E: Um local adequado, um local reservado... isso seria uma dificuldade?

TE2: Então, pra gente, tipo assim, não. Seria mais pra vítima, né? Por que a gente medica, tipo assim, é uma medicação normal... pronto, o que mais? Ai quer dizer, você não vai poder ficar conversando com a pessoa, né? Por que as vezes a pessoa quer desabafar, conversar com a gente e você não pode conversar, por que? Pros outros do lado vai...

E: Unrum.

TE2: Entendeu? Então a gente só faz a medicação e... e só, né. Não dá pra acompanhar.

E: E qual a importância do serviço de saúde como um todo, pensando não só a Santa Casa, mas a Santa Casa, junto com o CEME... a saúde como um todo, pra... qual a importância dela no atendimento dessas vítimas? (silêncio) Qual a importância da saúde pra... pra essas vítimas procurar atendimento?

TE2: Então, agora a gente tá tendo uma boa... como é que chama? Então, a vítima (inaudível), por que é tudo rápido o que tem aqui, a medicação que tem aqui é rápido, depois o tratamento lá no CEME...

E: Não, mas eu quero saber o que você acha... Qual a importância? Entende? Eu não acredito nesse negócio de quem tem mais formação, melhor, sabe melhor como é que funcionam as coisas. Então, eu quero saber o que você acha... que tem, qual a importância do serviço de saúde... pra atender, essas vítimas?

TE2: Então, é que o tratamento é tudo rápido. É isso que eu tô falando.

E: Ah tá.

TE2: Entendeu? Antigamente não, antigamente a pessoa ficava com precon... com cisma de ir nos lugares, entendeu? Por que o que é que vai? O que vão fazer comigo? Se todo mundo vai ficar sabendo que eu fui abusado ou não... então agora tá tendo respaldo. Então a pessoa faz no lugar certo, adequado, e a pessoa... conversa, é tudo medicada rápido, entendeu? Não tem que “ah, tem que passar aqui, tem que passar ali, passar acá”.

E: Aqui o atendimento funciona mais rápido?

TE2: Mais rápido, né? A pessoa chegou e... a enfermeira já fala com o médico, o médico já chama ela logo, então já entra a enfermeira e a família, tipo assim da vítima junto. Ai já conversa, quando é criança, né? Ai o doutor tudo...

E: E é tudo feito aqui na Santa Casa?

TE2: Isso.

E: Todo esse atendimento é feito aqui na Santa Casa?

TE2: É tudo aqui na Santa Casa.

E: Ai só depois é encaminhado?

TE2: É, depois que o doutor vê, medica aqui, dá as primeiras medicações, né. Primeiro tratamento... ai depois encaminha pros órgãos competentes.

E: E como é que você se sente atendendo essas vítimas? O que você sente? Você se sente impotente? Você sente raiva? Ou você sente... se sente feliz por estar prestando esse atendimento, propiciando um atendimento, uma oportunidade de prevenir qualquer doença que ela poderia ter adquirido? Como é que você se sente?

TE2: Eu sinto assim... chateado por que, o que acontece, e se fosse um parente da gente? Se fosse um parente, ai como vai ser essa pessoa daqui pra frente? Ela tinha uma vida normal, daqui pra frente como

vai ser? Quando é criança, quer dizer, cresce com aquela... e quando é uma pessoa casada, uma mulher, entendeu? Tem sua família, tem seus filhos... como vai ser o tratamento dela em casa agora? Será que eu peguei alguma doença, será que eu não peguei? Será que vai manifestar alguma doença daqui pra frente?

E: Mas você... qual o seu sentimento em relação a atender? Quando você tá atendendo, você... o que você sente? (silêncio) Você entendeu o que eu tô... o que eu tô querendo saber?

TE2: Não, isso aí tá meio confuso.

E: Por exemplo, eu me sinto feliz de tá realizando essa pesquisa, por que eu tô tentando entender como é que funciona o atendimento e se tiver algo que... que não esteja bom e entender como é que pode melhorar e vai... vai propiciar essa melhora pra quem vai prestar o atendimento, que é você e pra quem vai receber o atendimento, que é a vítima. Mas eu me sinto triste, ao mesmo tempo, por que eu vejo os dados da violência e eu vejo como existe violência sexual tanto contra criança, como adulto, e eu me sinto triste em perceber essa violência... em ver como são vários casos. É isso que eu queria entender, como você se sente ao prestar o atendimento.

TE2: É, então... eu presto, assim, a gente fica triste, magoado, do acontecimento... por que? Quando é alguma coisa, tipo assim, um infarto e tal, que a pessoa tá morrendo e você consegue reverter o quadro, você fica feliz por que? Você conseguiu salvar uma vida, entendeu? E ali o que acontece? Você fica magoado por que você vê, imagina a consequência que a pessoa vai ficar, o futuro dessa pessoa. Então isso, quer dizer, você não pode fazer nada...

E: Então você se sente impotente?

TE2: É, você não pode fazer mais nada. O que você pode fazer é aquilo, medicar e tudo... mas daqui pra frente, como diz? A deus dará. Por que já pegou uma doença... a doença não vai dar agora, entendeu? É se medicar pra precaver, mas futuramente e se? Entendeu? É isso que a gente fica magoado por causa disso, né.

E: Entendi... E você recebeu alguma formação específica, fora a sua formação em técnico de enfermagem? Aqui dentro da Santa Casa? Não sei, assistiu uma palestra, alguma coisa do tipo, pra atender as vítimas de violência sexual?

TE2: Então, sempre tem algumas palestras pra gente, né.

E: Sempre tem esse tipo de formação pra vocês?

TE2: Sempre tem, há vários... (interrupção)

E: É... você lê alguma coisa pra tentar se informar, ou só as palestras que...

TE2: Então, palestra e as vezes tem livros que você lê, um folheto explicativo... então a gente sempre tá...

E: Ah, então era isso.

TE2: Opa! (risos)

E: Obrigada.

**ENTREVISTA 9. TEC. DE ENFERMAGEM 3 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 02/07/2018, 18H41.****E: Entrevistadora; TE3: Técnico de enfermagem 3.**

E: Qual a sua formação, TE3?

TE3: Eu sou técnica de enfermagem.

E: E você trabalha a quanto tempo aqui na Santa Casa?

TE3: Tem onze meses, daqui 15 dias faz um ano. Dia 17 faz um ano que eu tô aqui.

E: Que você tá trabalhando aqui... E você teve algum caso, já, que você atendeu aqui?

TE3: Teve um caso só, de uma moça, já adulta, que relatou que ela tava entregando currículo na cidade e foi abordada e... estuprada num terreno baldio, mas ela não demonstrava... as atitudes dela, sabe? Ela não tava... Eu não entendi o por que de ela ter vindo, por... ela tava bem. O namorado dela dai a pouco chegou, eles ficavam conversando, se beijando, namorando... e ela sendo vítima de abuso.

E: Entendi.

TE3: E foi só esse o caso que eu presenciei... ai foi feita toda a medicação necessária...

E: E depois ela foi encaminhada para outro local?

TE3: Sim, sim. Foi feito todo o protocolo com a enfermeira, tudo, ai ela foi encaminhada. Não sei se ela deu continuidade ao tratamento...

E: Isso é bem difícil de saber, né?

TE3: É.

E: É... TE3, o que você entende por violência sexual? O que é violência sexual?

TE3: Eu acho que é todo ato que não tem o consentimento das duas pessoas. Todo ato erótico, explícito... tudo que... que envolve a sexualidade sem que uma pessoa queira, eu acho que é isso.

E: Entendi. E... você disse que só atendeu um caso aqui, mas você tem uma percepção de... de quem seria a principal vítima, ou teria uma principal vítima? Se são mais crianças, se não mais adultos...

TE3: Eu creio que são mais adultos.

E: Que são as principais vítimas de violência sexual?

TE3: Eu acho que são mais adultos. Todas que eu fiquei sabendo que veio aqui pra Santa Casa, foi mais adulto. Criança não tinha... nunca vi não.

E: Nunca viu?

TE3: Não. Já vi notícias, mas aqui dentro da Santa Casa nunca fiquei sabendo.

E: E você... você tá trabalhando há 11 anos técnica... desculpa, 11 meses como técnica de enfermagem ou você já trabalhou algum outro tempo em outro lugar?

TE3: Não, eu nunca trabalhei. Só aqui.

E: É... e quais são as causas dessa violência? Existem causas pra violência?

TE3: Eu creio que não. Eu creio que é a má índole do agressor. Eu acho que não tem classe social, não tem... não tem nada. Eu acho que é a pessoa que já... que é ruim. Eu creio que não seja por ser negro, por ser pobre, não. É qualquer um que... que pode afetar alguém, pode machucar alguém.

E: E quais são as consequências dessa violência?

TE3: Nossa... eu acho que pra vítima é... a vida inteira, né? Eu acho que ela vai ficar com aquilo a vida inteira. Que ela... eu acho que eu surtaria, eu não... não conseguiria viver mais.

E: Eu tava falando pra TE1 que eu não sei, eu não consigo imaginar qual seria a minha reação...

TE3: Eu acho que eu... eu não sei, também. Eu acho que eu abandonaria o mundo, eu acho que eu nunca mais sairia de casa, eu acho que eu ficava totalmente abalada.

E: Mas, é... pensando não só nas consequências psicológicas... sempre a gente pensa nessa, por que são as que carrega pra vida toda, né?

TE3: Anram.

E: Mas e as consequências físicas, por exemplo, quais seriam?

TE3: Do caso de uma gravidez?

E: Pode ser de uma gravidez... O que seria, pra você, as consequências, dessa violência?

TE3: Eu acho que além psicológicas, eu acho que o maior medo é uma doença, né? Um HIV, eu acho que seria o pior de tudo. Uma gravidez. Por que carregar um filho, sendo vítima de um estupro, deve ser a coisa mais terrível do mundo. A criança não tem nada com isso, mas... você vai olhar ali, você vai... passar um filme na sua cabeça. Nossa, deve ser muito horrível. Deve ser... a pior coisa do mundo.

E: Não consigo nem imaginar... É... E seria possível prevenir essa violência?

TE3: Não!

E: Não tem forma de...

TE3: Não! Por que tem dentro de casa. Tem pai que mexe com filho, com filho biológico. Padrasto, primo... não tem como prevenir. É a índole do agressor mesmo.

E: Mas, não sei, é... Mesmo com a educação, por exemplo? Tentando educar a pessoa para... para entender que ela não pode fazer aquilo e que ela tem que respeitar o outro e...

TE3: Eu acho que não.

E: Você acha que não tem efeito?

TE3: Não. Eu acho que vem... eu acho que a pessoa já nasce predestinada a ser ruim, eu acho que a pessoa já nasce com essa índole. Mesmo tendo a melhor educação, o melhor meio social, mas se ela tiver que fazer, ela vai fazer.

E: Entendi. E... quais são os procedimentos que você realiza, aqui na Santa Casa, com as vítimas?

TE3: Medicação... coleta de material pra mandar pro laboratório, medicação, a gente mantém essa pessoa longe das outras, meio que... não isolada, mas, assim... reservada. Pra ela não ficar... sempre tá chorando, né. Então a gente deixa meio que reservado e... procede do jeito que o médico pede.

E: Ai vocês prestam... medicam normalmente aqui ou em outro local?

TE3: Não. Sabe ali na salinha da inalação?

E: Sei.

TE3: A gente deixa elas ali.

E: Quer dizer, eu sei e não sei, por que...

TE3: Passando aquela porta de madeira.

E: A TE1 comentou comigo que manda pra lá.

TE3: É. Ai ela fica ali com a porta fechada. Que nem essa menina que foi atendida, ficou ali com o namorado, ele ficou ali com ela... E a gente tenta não tocar no assunto. E depois vem... eles chamam o assistente social que vem, conversa com ela, tudo... tudo separado, tudo só eles, entendeu? Pra não ficar expondo muito.

E: Unrum. É... e como... Como você trabalha aqui? Como funciona o seu atendimento? Aqui na Santa Casa... o que você faz aqui?

TE3: Então eu...

E: Pensando de forma geral, não só no atendimento as vítimas de...

TE3: Ah tá. Então, não... o paciente chega, ele é consultado, ele chega com a prescrição, eu vejo o que precisa, o que o doutor prescreveu... e faço a medicação e aplico.

E: E qualquer coisa você também dá uma orientação?

TE3: Sim, sim. Acaba perguntando, se tem algum remédio de uso contínuo, que ele não entendeu o que o médico falou, ai a gente ajuda... Mas é mais isso. A gente pega a prescrição e faz o que tá pedido.

E: Entendi.

TE3: Se é um curativo... o que for. Tá?

E: Tá... é... e o que facilita ou dificulta você prestar atendimento a vítima de violência sexual, aqui, na Santa Casa?

TE3: Eu acho que a falta de espaço. A falta de espaço por não ter uma sala... mais preparada pra isso, um lugar... Eu acho que só, por que quanto a medicação... eles já chegam e já são...

E: Então isso facilitaria?

TE3: Sim.

E: A existência do protocolo facilita pra medicar? Esse protocolo que diz quais são as medicações que essa pessoa tem que tomar... então isso já facilitaria pra vocês?

TE3: Eu creio que sim, que ela já chegaria, falaria que foi abusada e... já coloca num am... na sainha separada, já faria... o protocolo sem o médico atender. É, eu acho que daria sim. Ficaria mais rápido.

E: Unrum. E... é, no seu entendimento, qual a importância da saúde, como um todo, no atendimento pra essas vítimas?

TE3: Ah, eu acho que faz toda a diferença, né? Faz toda a diferença. Ela já vai chegar... traumatizada. Ela sendo bem recebida, bem atendida. Por que acaba... a pessoa acaba... a maioria se culpando. "Foi culpa minha. Fui abusada por... por tá usando essa roupa"... eu acho que no acolhimento faz a... a diferença.

E: Pra vítima?

TE3: Sim, pra vítima. Um acolhimento, uma... mostrar pra ela que não foi culpa dela, e...

E: O que aconteceu...

TE3: É, o que aconteceu.

E: Entendi... É, e como você se sente prestando esse atendimento? Qual o sentimento que você tem prestando o atendimento a vítima?

TE3: É difícil... a gente tem que fazer uma cara assim, de paisagem, né? Mas eu tenho muita dó. Eu tenho por que eu poderia estar no lugar dela... por ser mulher, por... eu tenho medo. Mas, assim, a gente tem que manter a postura e fazer o que é necessário, dar o suporte necessário, sem demonstrar.

E: Unrum... mas, você... só sente pena ou você sente, se sente... não sei, impotente...

TE3: Sim.

E: Ou você... teve uma médica que eu entrevistei, que ela falou que ao tempo que ela se sente impotente, ela também se sente feliz por estar prestando o atendimento.

TE3: Por tá podendo ajudar... sim! Sim, é uma mistura de sentimentos, né? Muito grande...

E: E você...

TE3: Por que eu tenho medo de ser um dia vítima, mas também por tá ajudando, por tá...

E: Você sente tudo isso ao mesmo tempo?

TE3: Sim! É uma coisa muito estranha (risos).

E: É, sentimento é uma coisa muito estranha.

TE3: É (risos), uma hora você tá triste e outra você já tá feliz, por ela tá viva, né? Mesmo machucada, mesmo tendo uma consequência grande... mas tá feliz por ela tá viva, por ela ter uma família, por ela ter um... uma vida pela frente, né?

E: É... e você recebeu alguma formação específica... pra prestar, pra atender vitimas de violência?

TE3: Não.

E: Ou você lê alguma coisa, ou você...

TE3: Não, é no dia-a-dia.

E: Ou você... nenhuma? Nem palestra, nem nada?

TE3: Não (tsc, tsc), nunca vi não.

E: E... você disse que só teve um atendimento, um caso, mas... é... já chegou algum caso aqui, depois da pessoa chegar, é... gestante e isso ser decorrente de estupro. Já chegou algum caso?

TE3: Ah, que eu saiba não. Comigo não.

E: E você sabe qual o andamento que é dado quando chega?

TE3: Não sei te falar isso não...

E: Ah, então, é isso.

TE3: É isso? Então tá (risos)

E: Muito obrigada!

TE3: Imagina!

**ENTREVISTA 10. ENFERMEIRA 2 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 02/07/2018, 18H35.****E: Entrevistadora E2: Enfermeira(o) 2**

E: Deixa eu colocar aqui... Pode ficar tranquila... e se você não entender alguma pergunta, você pode...

E2: Ah, não...

E: É que eu to reformulando algumas perguntas... É, E2, você trabalha a quanto tempo aqui na Santa Casa?

E2: Aqui na Santa Casa eu trabalho há dois meses, mas eu trabalhei aqui na Unimed, cinco anos, aqui dentro da Santa Casa.

E: Aqui na Santa Casa...

E2: Aqui na Unimed, mas agora eu trabalho pra Santa Casa mesmo

E: Mas você trabalhou sempre na parte do pronto socorro...

E2: Não, no setor clínico.

E: E qual é a sua formação?

E2: Eu sou enfermeira.

E: É... e agora você trabalha de enfermeira aqui?

E2: Isso.

E: Tá... e o que você entende por violência sexual? O que é uma violência sexual...

E2: Pra mim é qualquer... um toque, não precisa ser necessariamente o ato, em si, eu entendo que qualquer coisa que me toque, até verbalmente, até... as vezes um jeito que a pessoa fala com você, ou uma palavra, eu acho um abuso sexual... (alguém abre a porta e fecha quando vê que tem gente na sala)

E: E você já atendeu algum caso aqui na Santa Casa?

E2: Aqui não, mas eu atendi uma menininha lá na pela Unimed. Na verdade, a gente ficou meio assim se era abuso sexual ou não, por que a menininha falava que o tio já havia mexido nas partes íntimas dela, mas pela análise médica não havia nenhum tipo de ato em si, não aconteceu... mas foi o que eu trabalhei foi isso.

E: Foi isso... né? E você... tem uma percepção de quem são as principais vítimas? Se tem uma vítima que é acometida com mais frequência? No caso, não sei... menores ou adultos, ou são acometidos pela violência de forma igual...

E2: Eu acho que o menor, ele é acometido maior...

E: Então você acha que tem mais casos?

E2: Eu acho.

E: E quais seriam as causas dessa violência? Existem causas para a violência sexual?

E2: Ah, eu acho que é a loucura do outro que pratica. Pra mim é uma mente insana, eu... pelo menos tento acreditar nisso, pra não gerar o ato de violência na hora que você atende. Muitas vezes... eu nunca atendi, mas já chegou casos aqui que chega tanto a vítima, quanto o acusado.

E: Chega aqui?

E2: Chega. Já chegou uma vez, é... a gente fica sabendo, né? Chegou a criança e a população pegou e espancou e veio também. Então a gente tem que saber separar, o que também é uma situação difícil... então eu tento sempre tratar como uma mente doente, por que eu não vejo como uma pessoa, fala pra mim que com uma criança de 7 anos, ah... seduziu ele. Não consigo imaginar isso...

E: E... não sei, pensando no caso de uma mulher adulta, também seria uma mente doente?

E2: Eu penso, sempre uma mente doente... Sim, uma mente doente.

E: E as consequências dessa violência, quais seriam?

E2: Pro... pra vítima?

E: Pra vítima.

E2: Ah, deve ser um tormento psicológico gigante. Eu não consigo nem... nem imaginar o que uma pessoa que sofreu um abuso, eu... tenho pânico disso. Eu sempre falo que nós mulheres sofremos mais por que, o homem se acontece alguma coisa, um assalto, uma coisa... ele apanha. A gente apanha e é abusada sexualmente, então eu não... não sei nem mensurar. Acho que deve ser uma coisa... não sei, eu acho que fica com nojo de tudo, eu... pelo menos, o que a gente vê na televisão o que as mulheres relatam, né? Que fica com medo, fica com nojo, que muitas vezes... ou se tem um parceiro, pode acontecer, de ficar mesmo com ele... Deve ser uma coisa pavorosa.



E: É, eu acho que deve ser bem difícil mesmo... E as consequências físicas? Quais seriam? Eu to pensando físicas, no sentido do corpo mesmo...

E2: De machucar, você diz?

E: É, de machucar, de doença... de gravidez...

E2: Nossa, imagina, você ficar grávida de uma pessoa que te estuprou, pegar uma doença, um HIV, hepatite... a pessoa pode te machucar literalmente, por que muitas vezes é um sexo brutal, tanto vaginal quanto anal, as marcas devem... você apanha, por que a pessoa normalmente tenta se defender, né? Pelo menos um adulto, né. Uma criança eu acredito que é uma pessoa mais vulnerável, né... então, de repente, ela fica mais acuada... Uma mulher adulta normalmente tenta se defender. Imagino que marcas pra vida, né? Meu deus...

E: É possível prevenir a violência sexual?

E2: Olha... eu não sei te responder. Eu sempre penso numa mente doente, então eu acho que de repente, uma mente tratada (risos) pode ser que se previna, né. Mas, realmente, eu não...

E: Mas... não havendo uma forma, por que as vezes a gente não sabe quem é uma “mente doente” ou não né...

E2: É por que eu não acho que a sua roupa justifique ou qualquer coisa que você faça justifique, o ato do... do homem chegar, ou qualquer pessoa chegar e querer abusar de você, de passar a mão em você, de qualquer forma não... eu acho que é... não sei, se existe uma forma de prevenir, não sei.

E: Tudo bem... É... e como funciona o atendimento aqui na Santa Casa?

E2: Então, eu nunca peguei um atendimento. Então, pra mim também vai ser novidade quando eu pegar. Eu sei que tem um protocolo que a gente... ai vai preencher, ah... tem uma notificação que a gente preenche, coleta os exames, ai quando é desconhecido, normalmente... um abuso de desconhecido, a pessoa, sei lá, foi embora e a pessoa não sabe quem é, então vai entrar com todas as medicações. Não é fácil, por que são medicações que trazem consequências, principalmente vinte e oito dias de remédios fortes, então... não é fácil.

E: Nossa, eu não sabia que era tanto tempo...

E2: São vinte e oito dias de medicação e... quando você não sabe quem... quem fez o ato, tem que tomar de qualquer forma e ai são náuseas, teve uma funcionária nossa que tomou também, não devido a abuso, foi por que se perfurou e o paciente era HIV positivo, e ela falou que não sabe nem explicar... são dois remédios por dia durante vinte e oito dias. É bastante tempo.

E: Bem pesado, né?

E2: Mas, ah... o psicológico, né. A gente de segunda a sexta ainda tem o psicólogo, por exemplo, acontece de madrugada de fim de semana, a gente não tem... eu acho importante.

E: Ah, tem um psicólogo aqui?

E2: No SMU não, mas tem na casa, né. Se a gente precisar, a gente chama.

E: Ah, entendi.

E2: Eu, no caso, chamaria... se acontecesse agora, por exemplo. Se chegasse uma vítima agora, eu provavelmente chamaria... mas a gente não tem esse atendimento 24h por dia. Por que eu nunca abordei uma pessoa assim, então eu não sei como... eu agiria, como agir... a pessoa não quer conversar, não quer falar, então...

E: É, é difícil você... e é difícil você sabe como é que vai reagir...

E2: Vai reagir (risos) por que eu nunca peguei também... quando eu peguei lá a criança, ela já estava internada fazia dois dias, então eu fiquei sabendo o caso depois, então eu já peguei no... andando, a situação... e era uma situação meio de, não só de violência sexual, tinha violência doméstica, ela estava com os dois bracinhos quebrados, é uma situação que gera... raiva. Não... em mim pelo menos, gerou raiva. Você olha pra aquela mãe, sabe, você fala... você vê que a mãe não era culpada, mas ela era conivente com a situação...

E: E você...

E2: Você fala “meu deus”, né. Uma criança de três anos nessa situação, mas enfim...

E: É, é muito difícil.

E2: A gente não tá pra julgar ninguém, né.

E: É... E como você... como é o seu trabalho aqui na Santa Casa?

E2: O que eu faço aqui?

E: É.

E2: A gente faz... bom, hoje a minha função é ser enfermeira aqui do corredor. Eu cuido aqui dessa ala aqui no fundo que é a medicação, que são pacientes teoricamente mais tranquilos, que vem tomar a medicação e ir embora e eu cuido ali da área que a gente chama de laranja, que ficam as macas, que são os pacientes que vem de SAMU. Eu que recepciono todos os pacientes de SAMU. E a gente é organizacional, né. O enfermeiro organiza, lidera a equipe... o atendimento na assistência, é mais assistencial aqui.

E: Tá... E o que facilitam ou dificulta, você... você ainda não atendeu, mas o que você acha que facilitaria ou dificultaria você atender essa vítima, aqui na Santa Casa.

E2: O que me facilitaria?

E: Ou dificultaria...

E2: Olha, muitas vezes eu acho assim, o fluxo que nós temos aqui seria uma dificuldade maior, pois as vezes a pessoa merece uma atenção maior, uma coisa... só que ela não vai tá em risco de vida. Então... vou me colocar numa situação em que a mulher chegue sem risco nenhum de vida, só mesmo pelo ato... as vezes, um trauma, uma coisa, sei lá, quebrou um braço nessa situação... ela não vai morrer, então, se chegar outras pessoas que necessita de atenção, eu não vou poder dar essa atenção pra ela, então eu acho que...

E: Que isso dificulta?

E2: Isso, pra mim, dificultaria, eu acho.

E: Mas você disse que chamaria o psicólogo, então você faria alguma coisa...

E2: Sim, eu tentaria fazer o que eu posso. Eu chamaria o psicólogo...

E: Então como é que você acha que isso poderia ser resolvido? Por que como pronto socorro é esperado que você dê prioridade pra quem tá com risco de vida.

E2: Isso... na verdade, eu não sei te responder. Eu acho que a psicóloga já ia ajudar bastante, ela ia dar aquela... o nosso atendimento seria realmente o que: você vem, você vai fazer a medicação, você vai medicar e pronto. Ai eu acho que o seguimento depois seria mais... de repente “ah, preciso de uma internação”, então eu acho que o acompanhamento clínico lá dentro seria mais importante, mais eficaz que o nosso a princípio. Por que o nosso é notificar e começar a medicação, a princípio.

E: Unrum... E como funciona a notificação?

E2: É uma folha.

E: Ai você vai...

E2: A gente escreve. Se você quiser eu te mostro, tem aqui. Eu te dou um também.

E: Eu gostaria, pra entender como funciona.

E2: Terminando aqui eu te dou uma.

E: Mas, assim, você entrevista... entrevista não, você vai conversando com a pessoa e vai anotando?

E2: Eu nunca fiz uma notificação dessa. Na verdade eu acredito que seria igual meio as outras notificações, a gente coloca o local onde foi, os dados da pessoa... essas coisas.

E: Entendi... E qual seria a importância... na verdade, qual seria o papel do serviço de saúde no atendimento a vítima? Qual a importância do serviço de saúde pra atender essa vítima?

E2: Ah, é muito importante, por que... eu coloco toda a equipe multiprofissional, então vai nós da enfermagem, os médicos, o psicólogo, eu acho que é muito importante pra vítima se sentir, depois do ato, pelo menos se sentir segura dentro daquele ambiente, a princípio. Então eu acho bem importante...

E: E como você se sente? No caso, você não tem como dizer como se sentiria, pois você nunca atendeu nada aqui, mas... No caso da menininha, que você falou, como... qual foi o sentimento que você teve?

E2: Impotência, de você não poder fazer nada pra tirar aquilo... Por que ela não... a gente não escolhe ficar doente, a gente não escolhe nada, mas acontece, de repente você cai, você quebra um braço, você pega uma pneumonia, acontece... mas assim... você ser abusada, assim... eu me sinto um lixo, na verdade, por que isso pode acontecer comigo a qualquer momento. E a gente tem que ficar... a gente vive numa situação hoje que a gente... por exemplo, eu não posso usar um shorts por que se não ele vai vir aqui e vai querer abusar de mim, na praia... ou numa balada, muitas vezes na balada a gente sofre bastante, eu acho. Você vai numa festinha, você tá com uma saia, uma coisa e o cara quer passar a mão em você. É uma coisa tão... eu me sinto impotente, assim, eu me sinto mal, realmente, com a situação, de... não poder...

E: Não poder...

E2: Não poder ajudar, sei lá. A vontade que dá é de bater na pessoa, então por isso que eu não sei qual vai ser a minha reação na hora. Eu não sei dizer... por que eu nunca peguei assim, o que eu peguei uma vez foi um menininho que apanhou do padrasto... do namorado... nossa, ele acabou com o menino. O menino tem dois anos... eu tinha vontade de saber se eu queria bater na mãe ou no moço, por que criança, tinha dois anos, gente, ela não merecia aquilo... Então é uma coisa de... dá vontade de pegar e levar pra casa comigo, sabe? O mundo tá precisando de mais amor, mais deus no coração.

E: É... e você recebeu alguma formação específica aqui na Santa Casa ou durante a sua formação, ou você assistiu alguma palestra...

E2: Na Santa Casa não, aqui a gente nunca teve nada. Na faculdade, eu sei que tive, mas eu não vou falar pra você que eu lembro por que faz tempo que eu me formei, mas a gente teve aula sobre isso, a gente teve matéria sobre psicologia, também como abordar em N situações, mas aqui... aqui não.

E: Então era isso, E2.

E2: Tá bom. Você fez com todo mundo aqui do fundo?

E: Eu fiz.

E2: Tá, deixa eu ver se eu acho uma folhinha.

**ENTREVISTA 11. ENFERMEIRA 3 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 03/07/2018, 5H38.****E: Entrevistadora E3: Enfermeira(o) 3**

E: E3, eu sou a E. Eu estou fazendo esta pesquisa. Se você se sentir desconfortável em algum momento, você me avisa, tá bom? A gente pode parar a gravação, a entrevista... tá certo? Primeiro, eu queria saber a quanto tempo você trabalha aqui na Santa Casa?

E3: Vai fazer três anos.

E: Você trabalhou sempre nesse setor? Do pronto socorro?

E3: Não, eu trabalhei na UTI Neonatal.

E: Você tá nesse setor a quanto tempo?

E3: Dois e meio.

E: Dois anos e meio?

E3: Unrum.

E: E a sua formação é de enfermeira?

E3: Eu sou enfermeira, especialista em saúde pública e especialista em neonatal também.

E: E você... você trabalha como enfermeira aqui na Santa Casa, também?

E3: É, enfermeira.

E: É... E o que você entende por violência sexual? O que é violência sexual?

E3: Ah, são todos os maus tratos feitos a qualquer pessoa, independente do sexo, de psicológico, físico. Tortura física, psicológica, emocional, né? Eu entendo como violência sexual. Só de você tá abordando... uma cantada, uma coisa assim que a pessoa se sinta desconfortável, é uma violência, né? Até chegar ao ato mesmo, dito, propriamente dito...

E: Tá certo... E a partir do seu trabalho, você... pra você, quem são as principais vítimas? Você acha que são mais crianças, são mais adultos?

E3: Eu tenho atendido mais crianças. É... mulher, as vezes demora, as vezes ela não vem direto aqui, ela demora um pouco mais pra falar, mas crianças...

E: E você tem ideia de quantos casos chegam em média?

E3: Não, não tem, mas... faz tempo que não vem.

E: Faz tempo que você não atende?

E3: É, faz um mês.

E: É... eu tive acesso aos dados da SSP e lá mostra que é um caso por mês, mesmo, né.

E3: E as vezes é o conselho tutelar que trás, aí a mãe que fala que viu alguma coisa, né? Ai vem com a criança, né... nem sempre a criança vem só com o conselheiro, vem com o responsável... um mês, mais ou menos, a última.

E: E você sabe dizer quem são essas pessoas, em situação de violência, que você atende?

E3: Então... mulher, assim, faz muito tempo que eu não pego vítima mulher. Já peguei homossexual, duas vezes, travesti... apanhou bastante, também foi estuprada. Criança e criança pequena mesmo, menina... vem meninashas.

E: Geralmente menina?

E3: É, menina. Menino eu nunca peguei. Eu nunca vi... aqui comigo não.

E: E.. normalmente a mãe vem junto...

E3: A mãe.

E: Normalmente a criança sofreu um abuso pelo parente?

E3: Pelo parente... é... pelos os que eu tenho atendido é, era pai, padrasto, né? E tio...

E: A maioria dos casos?

E3: É, pegou, né? Meio suspeito, assim... foram mais pai, padrasto e tio. Masculino. Eu nunca peguei mulher, sabe?

E: É... e você acha que existem causas pra violência?

E3: Em criança não, né? Em criança, que eu peguei, foram crianças pequenas, né? Não teve meninas assim, maiores... adolescentes... eu peguei, assim, criança de quatro, cinco anos, aí... a causa é a vulnerabilidade delas mesmo, né? Que não tem como se defender, né? Por que uma pessoa maior já, dependendo de como é abordada, já consegue sair, né?

E: E as consequências dessa violência, quais seriam?

E3: As crianças chegam muito assustadas aqui. Por que é muita gente examinando, passam por vários atendimentos... as vezes passa por médico, passa por perito, ela chega aqui assustada... é o psicológico, né? Eu acho que é bem..

E: Aqui não é o primeiro lugar que ela passa ou...

E3: Depende. Depende... se ela for primeiro num postinho, de dia, por exemplo, ela vai ser examinada lá. Ai... depois encaminha pra cá, ai vai pro corpo de delito, ginecologista atende, ai... ai fica muita coisa, a criança já fica um pouco mais assustada, né? Ai depois interna, ai vai... todo o atendimento de novo. Não é uma coisinha muito... as vezes eu acho meio... não tem uma rotina fixa, assim... eu já trabalhei em posto, onde a criança chega e eu tive que olhar. Junto com o ginecologista, antes de chamar a polícia, por exemplo. Então eu tive que avaliar antes, olhar primeiro, depois o ginecologista junto, depois a gente chamou a polícia, depois foi trazido pra cá, deve ter sido trazida, na época, pra cá. Então são vários trauminhas, passa por várias situações além dela... se ela foi abusada mesmo, ela já foi abusada antes, ela já tá, né... com aquela visão, né? Que ela, né... eu acho que é mais o trauma mesmo de passar por muitas mãos, assim... ela fica bem assustada.

E: E é possível prevenir essa violência? De alguma forma...

E3: Ah... até é, mas eu acho que esses... esses relacionamentos desse país, se separam com filho, são muito instáveis, ai são muitos parceiros... as vezes fica bem... uma, uma cama... um nível, né, de classe social um pouco mais baixo...

E: A criança fica mais vulnerável?

E3: Fica mais vulnerável... Prevenir? Na cabeça do adulto, né, de estar expondo essa criança a qualquer pessoa. Talvez não conheça, deixa com qualquer pessoa. As vezes precisa trabalhar e deixa com qualquer pessoa, deixa com alguém... escolinha, veio um caso, uma vez aqui, que o pai que trouxe que na escolinha, chegou a criança com a vagina sangrando e foi na escolinha, mas assim... na hora a gente olhou e viu que não era assim, um abuso... de repente foi limpar, um cocozinho, alguma coisa, sangrou e o pai já veio, já sabe, né? Gera aquele desconforto todo com a criança, fica todo mundo examinando e as vezes nem foi isso, sabe?

E: Entendi.

E3: Confuso... as vezes os pais inocente, as vezes, achando que vem uma coisa e aqui é outra. Não querem falar... “Não, mas, eu vim por que... mas não foi isso que aconteceu” e muda o assunto, quando chega perto do médico, sabe? Quer defender alguém também. Tem muito... você fica assim, olhando, e fica assim “ih”... é complicado.

E: Eu não tenho ideia de como funciona o fluxo aqui... eu não tenho muito acesso ao...

E3: O... eles não chegam de porta pra mim. Assistente social que trás quando é criança. Mulher, as vezes que apanha, espancamento, assim, chega de SAMU. Muitas vezes chega alguma coisa de porta, de mulher, apanhou do marido, mas nem foi tanto abuso, as vezes é mais violência doméstica, né... você fala: “foi abusada?” e ela diz “não, só apanhei. Ele deu uma paulada” ou alguma coisa assim... tem muito que entra aqui de porta. Mas elas vem sempre de SAMU, ai entra por trás aqui e eles trás aqui pra mim. Ai quando eu vejo que é uma violência diferenciada, né, abuso, ai eu já isolo em algum lugar, já fala com o médico separadamente pra não ficar expondo, por que é muito cheio aqui, né...

E: É, a T. falou que sim.

E3: É muito difícil, as vezes nem tem sala...

E: Coloca na inalação, né?

E3: Coloca no 7, tirando o (inaudível)

E: E você sabe como se estrutura o atendimento aqui? Como é que funciona o atendimento?

E3: Pra abuso, pra vítima?

E: Isso.

E3: É, passa aqui na triagem, eu faço a ficha de triagem de enfermagem, né... entrevista, ai eles vão ali na recepção por trás ali e faz a ficha administrativa, isso cai lá no consultório médico. Enquanto isso a gente já isolou o paciente na sala 7, né, o médico vai na sala discretamente examinar, ai depende... ele examina, ai o que a paciente relata... se for criança ai a gente liga pro pediatra. O pediatra pede pra internar, o ginecologista vem avaliar...

E: Entendi. E você sabe quais são os procedimentos que são realizados?

E3: Não... não tenho acesso depois de internação, eu não sei te falar. São coletados alguns exames, né... de sangue, pra ver essa parte de HIV, sífilis, é.. hepatite, que são rápido né. Se tiver algum coleta, se

tiver coleta de secreção, né, algum material que traga... as vezes trás alguma roupa íntima, assim... já chegou caso da mulher trazer calcinha, ai pega e guarda isso pro perito depois. Agora internado, eu já não vou saber te falar... A gente trabalha a noite, ai a gente interna, de manhã não sabe a rotina do dia, muito, né...

E: Não, eu sei que aqui é outra coisa que acontece lá dentro.

E3: Aqui dentro eu sei, eu não sei lá dentro do hospital. Depois que interna a gente não sabe...

E: Criança não é internada aqui nesse setor?

E3: Não, ninguém fica internado aqui, quando é violência assim. Depende pra internar... se for um caso leve, avalia e manda pro IML ou pro perito no outro dia, criança não vai embora, né... A gente interna mesmo.

E: E como você... como funciona o seu trabalho aqui? Como é ele aqui? O que você faz...

E3: Eu.. meu trabalho é prioridade aqui, é porta de entrada, eu pego de porta. Então, na verdade, eu avalio tudo que entra. É um trabalho muito, muito... de muita responsabilidade. Eu tenho que avaliar o que chega, meu olho é o primeiro olho... Então as vezes o médico vem questionar... aqui a gente divide o paciente pra ser avaliado pelo cirurgião, plantonista, só, é o que eu avalio, plantonista e cirurgião é o que eu avalio, por enquanto... e, as vezes, eu avalio uma dor abdominal e vem o médico e fala “não é pra mim”, ai eu tenho que saber como é essa dor... se ela teve dor abdominal, diarreia, vômito... ai não é pro cirurgião, é intoxicação alimentar. O nosso olho de porta tem que ser o melhor possível, né. Então é difícil um funcionário novo ficar aqui, de cara, por que ele não tem olho ainda, né? São mais sintomas, tem que avaliar direitinho, o que você vai colocar que é uma emergência pra entrar, quem você vai colocar pra esperar uma hora ainda, então assim... nosso trabalho eu acho que é o olho do, a primeira, o olhar do hospital tá aqui, tanto no bom atendimento, na recepção que você faz, quanto no diagnóstico mesmo.

E: Entendi... e existe alguma coisa que facilita ou dificulta o seu trabalho com as vítimas de violência?

E3: Eu acho que vem, já vem muita gente encima, muita gente querendo saber coisa que não precisa saber, sabe? Desde quem trás, entendeu? As vezes o próprio conselho não tá preparado, ai trás, ai faz... converse paralelo sabe? Abre umas hipóteses assim, que deixa no ar, umas coisas que não precisava ser feita. Olha, quando eu chego aqui, eu já fecho a cara, pra quem ta acompanhando, sabe? Não fico perguntando muita coisa... as vezes eu nem pergunto tanta coisa por que fica quatro, três, juntos. Vem o conselheiro junto, ai vem a mãe, ai entra polícia junto, quer todo mundo saber, as vezes eu tiro alguém... e elas querem ficar junto, pra ouvir o que a gente tá falando, também por que elas tem que anotar, então eu... eu acho que mais...

E: É comum isso?

E3: É, quando é criança, elas entram junto. Não adianta. Elas não deixam a mãe junto, junto... sozinha com a criança não.

E: É sempre tanta gente?

E3: Ah, é que é a guarda municipal que trás, vem em dois, ai a conselheira vem junto, ai vem a mãe, por exemplo, com a criança. Já vem avó e um tio lá fora, que já tá tumultuado o negócio, dependendo do caso... a mãe já avisou um tio, já avisou um outro vô, ai vem todo mundo, ai já começa a querer tumultuar... a gente tem que segurar, por que as vezes já quer saber quem foi, as vezes é alguém que conhece ou não, elas vem muito quietinha, mas vem a guarda, ai a gente tem que pedir pra aguardar... eles ficam sempre junto, não deixa sozinho, em nenhum momento eles não deixam a criança com a mãe. Por que as vezes a criança foi trazida mas a própria mãe é envolvida, não é as vezes o cara que tá em casa... entendeu? Teve um caso que o pai, a criança dormia no meio, o pai e a mãe, de pai e mãe mesmo, ai a mãe trouxe... a mãe trouxe, a criança, a mãe confusa, sabe? Tomava uns remédios, uns negócio, falava umas coisas nada haver... ai prenderam o pai. Prenderam o pai e já levaram o cara, por que o vizinho denunciou, não sei... Coitado não devia. Ai não sei o que deu no final. Não era ele. Você entendeu? E a criança tava sem calcinha, e o rolo... um povo tão confuso, assim... por fim, prenderam o homem e não era o homem... entendeu?

E: Entendi.

E3: Então é complicado. E esse povo fica encima, ai um fala uma coisa, o outro fala... ai você tem que atender aqui e já deslocar e levando pra frente, pra não deixar muito... e eles só vão embora, a guarda só vai embora a guarda municipal depois que interna.

E: Mas a guarda acompanha?

E3: São dois. Uma guarda e um guarda. Eles ficam dentro aqui, junto. No atendimento... Por que as vezes eles falam uma coisa pra guarda e falam outra coisa pro médico, ai não pode... ai a assistente social quer ouvir, o que você tá falando, por que ela precisa acompanhar... ai ninguém segura. Só as vezes é que fica quatro aqui, né? A mãe, a criança e a assistente social. A guarda fica aqui na porta.

E: Entendi... é mais tumultuado em caso de menor?

E3: Sim, menor. Quando é adulto, assim, mulher... por que homem as vezes, não vem nunca, não peguei aqui... Vem polícias. Dependendo se pegou o cara, trás o cara também. Se foi pego em flagrante, eles trazem o cara também pra passar pro corpo de delito pra levar preso, antes de ir preso.. Ai a melhor tá ali falando e o homem tá passando aqui, separado. Quando é assim, mulher, eles não ficam assim muito, encima, não. Mas quando é criança fica mais tumultuado.

E: Entendi. Eu não tinha ideia de que era tão tumultuado...

E3: Dentro mesmo eles não ficam, mas eles aguardam ali na porta, a guarda, né.... Mas a conselheira o tempo todo junto, ela não deixa sozinha.

E: Eu acho que é o procedimento, né.

E3: Mas tumultua por que, as vezes, no caso chega parente... não é sempre, né? Mas... é mais isso. Atende aqui, ai passa pra cá, ai fica na sala 7, o tutor... ou a gente leva na sala, depende. Leva, o doutor já examina, já leva pro pediatra, já colhe exame aqui mesmo, se tiver que dar algum remédio já dá aqui... um antibiótico, entendeu? Ai já interna. Não fica muito parado aqui muito tempo não. Por que é muito tumultuado aqui, é muito movimento. E o pessoal fica encima, parece que percebe... vê a guarda, vê alguém, vê alguma coisa...

E: É que chama a atenção, né?

E3: Ai começa a rabiar, entendeu? As pessoas... ai você não tem muito controle, ai você tem que tirar logo. Mas é mais...

E: É... e pra você, qual a importância do serviço de saúde pra atender essas pessoas que são vítimas de abuso?

E3: Ah, eu penso assim... tem que ter, é o principal. É um serviço prioritário, né? Por que... tem que passar por nós aqui, não tem jeito. Tem casos que são leves... é que criança é assim, mais chocante... Mas o espancamento que teve de um... de um travesti, ele chegou, que foi abuso sexual mesmo e tal, tava bem machucado... e dilacerado, sabe? O cara.. Então ai você vê, tem que passar pela gente... a emergência foi cirúrgico, ai não teve como... deslocou prótese mamária, sabe? Foi... Então tem que ser aqui, tem que ter nós pra poder atender, né? Prioritário o nosso trabalho. E mais importante de todos, por que é a gente que avalia tudo pra tá vendo, né? Pra dar todo o seguimento, né... Tanto social, psicológico... É nós, né? É o nosso relatório... O meu ambiente, por exemplo, eu classifico... por isso que eu tenho que escrever direitinho, minha classificação é a primeira, depois tudo que vai a mais lá, é a partir da minha, então eu não posso ter nada de... errado, né? Eu vejo todos os sinais vitais que é a minha parte, eu não faço exame físico, aqui eu não posso fazer, mas sinais vitais eu faço aqui. Né?

E: E como você se sente ao atender essas vítimas?

E3: Ah, eu sou bem profissional, assim... eu não me sinto mal, não. Eu acho que eu to acostumada já. Você fala se sentir assim como?

E: Ah... uma das enfermeiras me relatou que ela sentia, se sentia impotente se não conseguir ter evitado que aquilo acontecesse... só que...

E3: Não, eu não me sinto impotente. Eu me sinto importante, de tá ajudando agora.

E: E outra me relatou que se sentia feliz de tá proporcionando aquele atendimento...

E3: Sim, é... impotente, é claro que a gente tem a pena, quando é uma criança, por exemplo. Eu tenho muita pena, por que, né... mas eu não iria conseguir evitar aquilo. Uma situação em que a gente vive hoje, eu não consigo evitar. Eu consigo evitar na minha casa, no meu vizinho, na minha família, ficar atento... isso só melhora a nossa visão pra... pra nossa, pro nosso mundo ali, né, mais próximo ali, mas tão longe... eu não consigo. Então eu me sinto importante de ajudar, impotente não.

E: É, é bem diferente os sentimentos que as pessoas sentem... eu acho que talvez elas pensem que elas podem mudar...

E3: Como? Não, não tem... eu posso mudar um nível menor, né? No meu convívio, né? Por que quantas vezes pode acontecer, né? A gente não sabe, né... Tanto é que você vendo isso, você fica com o olho diferenciado pra sua casa, pro seu convívio... o olho muda. Tudo você já dá uma crescidinha no olho, já fica mais atento, ó... qualquer queda, a criança bate a cabeça, vem aqui, vamos supor. Tem uma criança

de dois anos, então cai da escada, bate a cabeça, vem numa situação grave, já... ai olha, aconteceu isso aqui, vamos evitar isso, isso e isso. Caiu da bicicleta, o moleque, sei lá... de 13, 14 anos, um traumatismo, eu sei. Então a gente começa a evitar esse lado, você começa a ver, começa a ficar mais atento... ai você já vai ver. Então não é impotente, eu acho que é importante. Não que... não que a gente quer que aconteça, mas...

E: Não, eu entendi... Você não tem como evitar uma coisa que não tá no seu poder, né.

E3: É, não tem...

E: É, e você não realiza o processo de notificação aqui. É realizado lá dentro, né?

E3: Não, eu sei. Eu que anoto, que faço. As meninas não dá tempo de fazer.

E: E você sabe me explicar?

E3: A gente pega a ficha e notifica pra vigilância, tem uma ficha específica...

E: Ai você...

E3: Na hora que termina o atendimento (interrupção). Entrou dois pacientes... eu tenho que parar.

E: Ah, tá bom. (interrupção) Então, você tava falando sobre como funciona a notificação.

E3: Então, a gente tem o formulário, né... E, eu pego o nome aqui, já marco o nome aqui... por que as meninas demoram e as vezes não conseguem fazer lá, por que os enfermeiros ficam lá na urgência... ai a gente combinou assim, nesse plantão sou eu que faço aqui. Ai na hora que termina o atendimento, eu pego a fichinha e faço tudo.

E: Ai a partir da fichinha você consegue fazer tudo direitinho?

E3: Consigo, por que eu já entrevistei aqui... ai o medico vai fazer lá, ai eu consigo pegar pra ficha e a ficha da recepção também. Por que ai eu pego todos os dados, cartão SUS, tem que pegar e respondo... Ai vai dar andamento, não finaliza a ficha ai. Se a criança internou, ai vai dar andamento. A SCIH segura a ficha e dá andamento, conforme a gente vai internar...

E: A SCIH é o que?

E3: É o serviço de controle de infecção hospitalar.

E: Ah tá.

E3: É... ai as meninas ficam com essa ficha e elas encaminham lá pra vigilância. Ai quando tem alta daqui, põe a alta hospitalar, data e encaminha a ficha.

E: Entendi.

E3: E fica separado. Ai fica com elas, o procedimento é elas que acompanham, durante o dia...

E: E, você relatou que... você tem formação em... você tem especialização em...

E3: Em saúde pública.

E: Mas o hospital deu alguma formação... específica?

E3: Deu pra mim aqui. Manchester. Aqui é classificação Manchester. Esse treinamento de porta.

E: Ah... o treinamento de porta? Mas eu tava falando em relação a ter... a atendimento a vítimas de abuso.

E3: Não. Tsc tsc

E: Não teve nenhum tipo de formação?

E3: Não.

E: Essa pergunta eu não sei se se aplica a você, por ser atendimento de porta, mas... dos casos que você atendeu, teve algum que chamou mais a sua atenção?

E3: (silêncio) Esse travesti, assim... eu achei bem... violento. Por ser um homossexual, assim... pelo o que ele relatou. A prótese fora do lugar, o cara bateu nele, entendeu? Estuprou, teve laceração... anal, bem forte, enfiou... deve ter sido alguma coisa bem... foi cirúrgico. Eu não gostei muito desse caso não, fiquei bem... mas chateada. Criança eu tenho dó, tudo, mas é coisa que você que né... não tem assim, as que eu vi, não era assim, ah, rompeu alguma coisa, machucou forte. Era uma coisa que já vinha, a criança as vezes vai falando... “ah, mãe, não sei o que”, né? Não... nada muito grave. Eu fiquei bem chocada desse travesti... Eu acho que bateu, assim, com um pau... a prótese dele saiu do lugar, machucou todo dele, ai... tsc... fiquei morrendo de dó, não gostei...

E: É...

E3: Por que eu acho que se procurou o cara, você procurou, não tem que bater, sabe? O trabalho dele, a opção dele, tem que respeitar, né? Eu... não sei o que fazer, fico morrendo de dó. Esse foi um dos casos mais graves, os outros eu acho que...

E: Era isso, então.



**ENTREVISTA 12. TEC. DE ENFERMAGEM 4 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 3 DE JULHO DE 2018, 12H57.****E: Entrevistadora TE4: Técnica(o) de enfermagem 4.**

E: Primeiro eu queria agradecer você ter aceitado participar da pesquisa, TE4. É... eu queria saber a quanto tempo você trabalha aqui na Santa Casa. No setor de pronto socorro especificamente...

TE4: 4 meses?

E: Aqui no pronto socorro? Mas você já trabalhou em outro setor da Santa Casa?

TE4: Não.

E: É a primeira vez que você tá trabalhando aqui?

TE4: Unrum.

E: E qual é a sua formação profissional? Você é enfermeira... você...

TE4: Técnica.

E: Você é técnica? E você trabalha como técnica aqui?

TE4: Hoje eu sou auxiliar, eu termino meu curso amanhã. (risos)

E: Ah, parabéns! É... desculpa, eu não sou da área da saúde, então eu não entendo como é que funciona a diferença entre técnico e auxiliar... você pode me explicar?

TE4: Olha, quase que não tem diferença. É só o nível salarial mesmo.

E: Ah, entendi.

TE4: Mas... no, na prática não.

E: Ah tá. Obrigada! E... TE4, eu queria saber o que você entende por violência sexual, por abuso sexual... o que é violência sexual...

TE4: Ah... qualquer gesto, toque... entendeu? Não precisa nem... o ato em si. Mas tipo, sabe? Mexer, pegar... não precisa ser... feito o ato, mas... qualquer tipo de agressão.

E: E... você trabalha há 4 meses aqui, então não sei se você já atendeu algum caso... aqui na Santa Casa. Mas, a partir do que você estuda, a partir de toda a sua vivência, você tem uma ideia de quem seria a principal vítima? Existe uma principal vítima? Quem é mais atingido por essa violência... Se é criança, se é adulto...

TE4: Então... a gente escuta falar muito de criança, entendeu? Eu nunca... em especial, nunca peguei nenhum caso, mas se houve falar muito, até aqui nos corredores e tal... Já peguei caso de... de jovem, até uns 6, 7 plantões atrás. E... mas só assim, ela disse que tinha sido abusada, é... oralmente, entendeu? E fez todo o procedimento...

E: Mas você não tem uma percepção de quem... de quem... de quem seria mais vitimado?

TE4: Dos casos que aparecem aqui, são mais crianças.

E: São mais crianças?

TE4: São mais crianças, os que aparecem aqui. Até por que o jovem... recua um pouco, né? Fica mais envergonhado. Eu acredito. Por isso não aparecem tantos...

E: Entendi. Ah, e... o turno é fixo, né? Eu não sabia que o turno era fixo.

TE4: Sim.

E: É por que eu achava que vocês... eu acho que é melhor pra vocês o turno ser fixo, pra vocês se programarem... por que 12 horas, pra mim, é bastante tempo. Você ter que ficar no local... (risos) É... então você só atende a noite?

TE4: Só.

E: Então é só os que chegam a noite?

TE4: Isso. Das 19h da noite as 7h da manhã.

E: Da manhã... entendi. É... você atendeu quantos casos, até agora?

TE4: Só um mesmo.

E: Só um? Durante os quatro meses que você tá aqui?

TE4: Unrum.

E: E você sabe dizer quem são essas pessoas? Como é que eu posso explicar... Se elas são crianças, se elas são mais meninas, ou meninos, se elas... quem pratica o abuso contra essas crianças, se são adultos, se são mais homens ou mulheres, quem pratica o abuso... nesse sentido.

TE4: Olha, nos casos que a gente vê por aqui, é o que eu tô de falando... geralmente é criança que foi molestada em casa... por alguém mesmo da família. E no caso dessa moça que eu atendi, ela faz USP, mora na faculdade, entendeu? E disse que um cara que também mora, que... abusou dela.

E: Entendi... A gente acha que não, mas isso é bem comum.

TE4: É.

E: Dentro da universidade...

TE4: Sim, em festas e depois eles vem pra cá...

E: Eu cheguei a conversar com uma moça do... do CEME, era a enfermeira do CEME. E... ela tava falando pra mim que tem alguns casos que chegam lá, são assim. São universitárias que... quando não são crianças, são universitários que aconteceu em algum... dentro da universidade, em algum momento. E... eu não sabia disso. Foi uma descoberta pra mim. É... Existem causas pra violência? Pra essa violência... existe alguma causa?

TE4: Ah, eu acho que é... no meu conceito. Isso ai é pessoa que tem a cabeça fora do lugar, por que tipo, você abusar de um... de uma criança, tipo, isso é muito absurdo. Entendeu? Você pegar uma mulher a força? Não tem nem nexos. Pra mim é... é um problema mental, no meu conceito.

E: É um problema da pessoa que abusa da outra?

TE4: Que abusa. Sim.

E: E quais são as consequências da violência? Pensando na vítima agora... quais seriam as...

TE4: Ah, além do psicológico, né? Que fica muito abalado. Corre o risco das doenças transmissíveis, entendeu? Tudo bem, chega aqui, a gente faz toda a coleta de toda o material, medica, entendeu? Faz exames... mas sempre tem aquela dúvida, né? Por que... você não sabe quem mexeu com você. Você não sabe a índole, da onde vem, tal tal e tal... então, vai chegando aqui e é feito todo o procedimento de colher exames, principalmente HIV, doenças sexualmente transmissíveis... faz a medicação, entendeu? Pra cortar qualquer efeito, mas... eu acredito que é um baque bem grande, além do psicológico. Até sair o resultado, por que tem resultado que não sai na hora.

E: Eu acho que isso acaba agravando o psicológico também, esse...

TE4: Sim. Né?

E: Se você pegou alguma coisa ou não...

TE4: Então.

E: TE4, você acha que é possível prevenir a violência? Ou teria alguma forma de prevenir a violência? De evitar que ela aconteça?

TE4: Ah... em alguns casos eu acho que teria como.

E: Por exemplo?

TE4: Ah, agora tipo, no caso de uma criança que não sabe nem o que tá acontecendo... como é que ela vai prevenir? Agora, tipo, nesses casos que eu te falei... eles chegam aqui falando de festas de faculdade, talvez, não sei, se não tivesse dando bola, se não tivesse lá na festa, se não tivesse do jeito que eles chegam aqui... entendeu? Bêbados e... usando drogas, não sei. Eu não tô falando que é por-cause-disso, não. Mas, será que se você não estivesse nesse estado, não seria menos vulnerável? Entendeu?

E: Entendi.

TE4: Quando no caso de criança, eu acredito que é apenas problema mental mesmo de quem tenta... ou de quem faz o ato.

E: E, você... como é que funciona o atendimento as vítimas, aqui na Santa Casa? Como é que é feito o atendimento?

TE4: Eles passam pela triagem, ai vem, passa com o médico, conta o caso, o médico faz os exames... é... o primeiro exame, né? Que é de... toque, esses negócios ai. Pergunta, bla-bla-bla, o primeiro atendimento, ai pede exames de sangue, sabe? Ai são colhidos tudo, entra com a medicação, entendeu? E só é liberado... assim, tem muitos exames que não saem no dia, que só vai sair depois de 12 horas, mas... a maioria sai, entendeu? E só é liberado depois de todo o processo aqui. E depois eles continuam com o acompanhamento, entendeu? Sai daqui e eu acho que vai pro CEME, pro atendimento psicológico... entendeu?

E: É, vai pra lá... E, quando sai da triagem, passa direto com o médico e depois que passa com vocês?

TE4: É, depois que passa com a gente.

E: Entendi.

TE4: Sem prescrição a gente não pode fazer nada.

E: Entendi... é... eu to vendo ainda como eu vou entrevistar os médicos.

TE4: (risos)

E: E você sabe quais são os procedimentos, quais são as medicações que são... que são dadas, ou se depende do que o médico... manda.

TE4: Eu sei que tem... é tipo um coquetel, mas não sei te dizer o nome das medicações certinhas. Entendeu? Mas é um coquetel que, tipo assim, quando fala abuso, já sabe que tem que tomar aquela medicação.

E: Mas é só... e todos os exames que você falou, né? Tudo é realizado em conjunto...

TE4: É. Tem tipo um... ah, é tipo um cronograma certinho pra você seguir, sabe? Você entra com os exames...

E: Ah, entendi. Que é tanta coisa, que fica no papel pra vocês saberem o que seguir...

TE4: É, pros médicos, né? Pra gente já vem tudo num papel, na prescrição, bonitinho. Ai, eles... é tudo certinho. Por que tem que ser colhido todos os exames, não pode ser esquecido. E tem que entrar com as medicações pra tentar evitar, né? Algum...

E: Eu tava falando com a médica do CEME, e você tá falando de entrar com todas as medicações... e ela me deu a informação de que até hoje, dos 10 anos que ela atende no CEME, ninguém contraiu HIV depois... por causa do atendimento que vocês dão, que vocês entram com a medicação rapidamente, então... ninguém, no acompanhamento que elas fazem, ninguém contraiu HIV... o que é muito bom, tá funcionando o trabalho.

TE4: Né?

E: E como é que é o seu trabalho aqui? Pensando de forma geral. Você trabalha como? O que você faz aqui na Santa Casa?

TE4: Ah, eu trabalho aqui no pronto atendimento, no pronto socorro. Entra desde fase de medicação, de exame, entendeu? Acompanhar o paciente, prestar os cuidados... essa... tanto na urgência, quanto paciente mais grave que chega aqui pela... tal-tal-tal, até na medicação, num simples... dor de cabeça, um abuso, como um todo.

E: É bastante coisa.

TE4: É bastante.

E: É... e o que facilitaria ou dificultaria você atender as vítimas de abuso? Alguma coisa facilita... pensando no ambiente, no ambiente aqui da... do hospital. Teria algo eu facilitaria ou dificultaria? Ah... uma, uma enfermeira relatou pra mim que o fato de ter muita gente atrapalha, é... atrapalha o andamento da... das coisas. Tem muita gente envolta da... da pessoa.

TE4: É, pode ser. Quando é adolescente, jovem... eles estão querendo contar, passar as informações corretas, entendeu? Já poderia facilitar bastante. Mas ai ou fica envergonhado, ou por o pai ou a mãe tá acompanhando... eles não falam, entendeu? Acho que isso, talvez, dificultaria. Mas não pro nosso lado, pro lado médico... (risos)

E: É, mas eu to pensando no sentido de dificultar o trabalho de vocês, entendeu? Uma relatou pra mim que é o ambiente, achava também que as vezes a pessoa não queria falar ou ela se sentia desconfortável e ela também se sentia desconfortável, por causa que o ambiente era mais aberto, não era tão fechado e ela achava que tinha que ser um local mais reservado pra pessoa.

TE4: É, talvez. É por que aqui, na verdade, quando você entra no consultório e a porta é fechada, é como a gente aqui. O que tá sendo falado lá fora ou o que tá sendo falado aqui dentro, lá fora não se escuta, entendeu? E... não sei, não vejo isso como um atrapalho não.

E: Não, né?

TE4: Não.

E: E... pra você, qual a importância da saúde, dos serviços de saúde como um todo, pra atender essas pessoas?

TE4: É o suporte, né? É um dos suportes que ela tem. É, na verdade, a primeira porta que se encontra... por que por mais que você chega na sua casa, que você conta, você desabafa, você não tem nenhum... respaldo nenhum. A partir do momento em que você chega aqui, entra em contato com os médicos, conta o que aconteceu certinho, entra com os exames, entra com a medicação, você tem um alívio, né? Então eu acho que é muito importante. Entendeu?

E: Eu esqueci de perguntar... quando você relatou que tem adolescente que... que as vezes não quer falar. Quando acontece isso, o que é feito?

TE4: Ah, os médicos vão conversando...

E: Vão conversando, chamam o psicólogo?

TE4: Isso. São encaminhados. Em todos os casos são encaminhados, não tem jeito.

E: Entendi.

TE4: Eles são, mas eu não sei se seguem em frente. Mas são instruídos a sair daqui com... com um encaminhamento, pra ir pro CEME. Entendeu?

E: Entendi. É... e como é que você se sente ao atender as vítimas de abuso? Você... é uma pergunta meio complicada, eu to reformulando... você se sente feliz por tá proporcionando aquele atendimento, aquela pessoa?

TE4: Não.

E: Ou você sente alguma outra coisa?

TE4: Eu não, não tenho felicidade, por que assim, não... é... é algo que não precisaria acontecer. Entendeu? É diferente de um acidente, uma doença. Você atende, ajuda, entendeu? E você se sente melhor por que a pessoa melhorou. Esse é uma coisa que não deveria acontecer, não precisaria desse atendimento.

E: Unrum.

TE4: Entendeu? Se as pessoas tivessem... na cabeça que... fazer o mal pro outro, pra que, né? E... como eu tenho filha também, é bastante preocupante. Entendeu? É... complicado a situação, é bem preocupante. Por que você... tá num... tá..

E: Você pensa... o que você sente então? Você pensa na sua filha...

TE4: É, preocupação. Muita preocupação. Entendeu? Por que a gente tá mundo, pode acontecer com a gente, pode acontecer com os nossos, entendeu? Eu sou uma pessoa, assim, eu não acredito nessa frase de "ah, ele não sabe o que tá fazendo". Não defendo isso aí, não. Então... é um ato que eles fazem que pode acabar com muita vida.

E: É. Acaba mesmo com a vida da pessoa...

TE4: É...

E: E... você falou que amanhã está se formando em auxiliar.

TE4: Em técnica.

E: Isso. Em técnica. Auxiliar você já é. É... você recebeu, mas aqui na Santa Casa, você recebeu alguma formação pra... específica, pra atender as vítimas de abuso?

TE4: Não.

E: Não recebeu nenhuma?

TE4: Não.

E: É... e você disse que atendeu só um caso, mas... você ficou pensando nesse... na verdade, a pergunta é se teve algum caso que você... que você não esqueceu. Algum caso que... que marcou você. Que você atendeu... algum caso que marcou, que você não esqueceu e que... você lembra daquele caso.

TE4: Não... até por que a moça estava muito tranquila. Eu acho que ela foi mais pega no flagra do que... sido abusada. Mas, no caso, ela tinha entrado como sido abusada, então... a gente trata como abusada. Mas não, por ter sido só um caso, não...

E: Não?

TE4: Não, nenhum.

E: Tá bom, era isso. Obrigada!

TE4: Tá bom.

**ENTREVISTA 13. ENFERMEIRA 4 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 03/07/2018, 8H21.****E: Entrevistadora E4: Enfermeira(o) 4**

E: E4, bom dia. É... você trabalha a quanto tempo aqui na Santa Casa?

E4: Na Santa Casa, são (contando)... vai fazer 15 anos.

E: Sempre foi aqui no Pronto Socorro?

E4: Não. No Pronto Socorro vai fazer uns dois anos.

E: E você é enfermeira...

E4: Eu sou enfermeira. Agora eu sou enfermeira...

E: Mas você atuou como...

E4: Eu entrei como técnica e depois da faculdade passei como enfermeira.

E: Entendi. É... O que você entende por violência sexual? O que é violência sexual pra você?

E4: Ah... é uma agressão, é... não só que engloba o sexo, mas assim... é... pode ser verbal, pode ser só... um sinal de malícia... é isso.

E: E... (interrupção) É... a partir do que você atendeu aqui na Santa Casa, quem são as principais vítimas?

E4: Como eu comecei a atender mais essa parte de violência sexual depois que eu vim pra cá, né, por que assim, antes eu não tinha quase contato... por que eu trabalhei em setor cirúrgico, no setor clínico. Mas depois que eu vim pra cá, que eu percebi, assim, mais criança que são vítimas, que vem pra gente. A maioria é criança e do sexo feminino.

E: E... do sexo feminino, mas você sabe dizer se elas são abusadas por quem, como é que esse tipo de família... você consegue dizer quem são essas crianças...

E4: Pelo histórico que a gente colhe, assim, mais é... são pessoas da família mesmo, que cometem. Conhecidos da família, as vezes da própria família. Geralmente são conhecidos... pouco dos que, assim, eu atendi, foi de desconhecidos. Acho que eu atendi uns dois, só. Aconteceu na rua, assim, a pessoa foi atacada e violentada...

E: Mas esses também foram crianças ou eram pessoas adultas?

E4: Esses dois casos que eu me lembro que peguei de desconhecido, eram adolescentes.

E: Entendi...

E4: E acontece muito, assim... hum... estudante que vem pra cá, que veio de uma festa, e ai não se recorda também com quem foi, entendeu? E acha... as vezes nem sabe ao certo se foi, se teve o ato assim, do abuso mesmo, sexual, no caso. Mas... a maioria que vem é pessoas que sabem quem é, que é conhecido da família ou que é da própria família.

E: Entendi... E a partir desses dois anos que você atende aqui no pronto socorro, você tem ideia de quantas pessoas passaram por aqui? Ou, não sei, em um mês, você atendeu... quantas pessoas.

E4: Então, é bem relativo... assim, tem mês que comigo, eu faço 12 por 36, tem mês que eu acabo não atendendo... como é 12 por 36, eu acabo trabalhando 15 dias no mês, né. Então acaba que não vindo nenhum, tem mês que acontece isso... Agora, tem mês que vem em média um, dois casos. É bem... relativo assim.

E: Eu tô com os dados do... da Secretaria de Segurança e também o número de denúncias é mais ou menos isso. Eu tô perguntando só pra tentar entender se as pessoas que vão fazer o boletim, elas também passam por aqui.. ou se elas passam por aqui e vão fazer o boletim, por que as vezes a pessoa não continua, né, o processo...

E4: Geralmente, tem mais casos assim... primeiro atendimento vem aqui. Ai a gente tem que fazer todo o processo de orientação, pra tá fazendo o boletim de ocorrência, ai é tudo feito aqui né... que a gente já... já pega aqui, né. Pra dar continuidade até, depois do atendimento... o tratamento, as vezes das DST's... mas, tem casos também... a última vez, o último caso que eu atendi foi uma criança que veio com o encaminhamento do IML já. Pra atendimento aqui, pra.... pra iniciar a assistência medicamentosa.

E: Aqui é que faz...

E4: Então ela já tinha feito tudo. Já tinha feito o boletim de ocorrência, já tinha passado pelo IML, mas as vezes é o contrário. As vezes vem aqui, como primeiro atendimento, primeira busca de ajuda.

E: Entendi. E... você sabe... você acha que existiriam causas pra essa violência? Alguma causa...

E4: Olha, por ser mais criança, eu acho que é mais a vulnerabilidade, sabe. Não tem, assim, falar um por que que... como é mais criança, eu acredito que seja por isso, por incapaz mesmo.

E: E o adulto? Você saberia...

E4: Não entendi.

E: Pela pessoa adulta... você tá me dizendo que quando a pessoa é menor é por causa da vulnerabilidade.

E4: Então, esses poucos casos que eu peguei de pessoas adultas também acaba sendo assim, por falta de defesa, mesmo, da pessoa. Por ser desconhecido, até né. Eu acho que é mais fácil assim, pra um desconhecido, pra um adulto acho que é mais fácil ser um desconhecido do que uma pessoa da família, uma pessoa conhecida. Eu penso, assim... Né, por que eu acho que a pessoa conhecida é mais fácil de você, um adulto, né... se livrar, né, dessa pessoa. Então eu acho que acaba sendo a falta de defesa mesmo, mas... eles não... não falam, assim, pra gente, o por que, se é por um motivo de aparência....

E: E quais são as consequências dessa violência? Quais seriam as consequências da violência?

E4: É, eu acho que mais psicológico mesmo. Acho que vai ser um trauma psicológico... eu nunca peguei um caso, assim, de ferimentos, né, assim... da pessoa vir aqui machucada fisicamente. É... teve um caso de um adulto que veio, que eu me lembro que veio comigo, que tava... que foi agredido fisicamente antes do ato sexual, tava machucado assim... teve soco, tapa, né. Mas... a maioria não vem, assim, com ferimentos. Esse último caso que eu te falei de uma criança que veio com encaminhamento do IML, ela tava com ferimento na genitália. Era uma criança e acabou machucando, né. Mas... se você olhar assim, pra pessoa, você não vê nenhum ferimento. Eu acho que a pessoa vem mais é pelo trauma psicológico.

E: E, pra você, é possível prevenir, de alguma forma, essa violência?

E4: Ah...

E: Evitar que ela aconteça, é nesse sentido... Se existem meios de evitar que ela aconteça.

E4: Eu acho que pode sim. Ficar assim... a família ficar mais de olho nessas crianças, ficar mais atentas no convívio com outras pessoas. Eu acho que dá pra ter um pouco mais de cuidado, eu acho que dá.

E: E no caso dos adultos? Você acha que tem alguma forma? Por que a criança, a gente sempre vê... ela é mais vulnerável, ela não sabe se defender... mas no caso do adulto?

E4: Ah, eu acredito que dê também. Que nem, a gente pega esses adolescentes que vem de festas... eu acho que dá pra eles terem um pouco mais de cuidado pra evitar isso, sabe? Não consumir exageradamente o... bebida alcoólica, que acaba facilitando... é, uso de drogas, e... as vezes eles saem, assim, de madrugada, chega aqui, como eu trabalho de manhã, eu já peguei casos da pessoa vir logo de manhã por que passou a noite toda em festa, aí foi embora de madrugada, ficou pra rua de madrugada, eu acho que dá pra evitar um pouco assim...

E: Evitando essas situações de vulnerabilidade, é isso?

E4: Isso, isso...

E: É... e você pode me explicar como é que se estrutura, como é que funciona o atendimento aqui...

E4: Então, se chega uma pessoa que... que tenha a suspeita ou a confirmação da violência sexual, a gente já tria ela como uma situação de urgência, que já entra dentro da unidade, não aguarda lá fora, a gente já passa, é... o caso pro médico que tá de plantão e faz, né, a notificação... aí ela é atendida pelo médico, ele solicita, é... avaliação de G.O., né, de ginecologista, e... entra já com o protocolo de medicação, já sai daqui com todas essas orientações, com medicação, e... a orientação feita pela enfermeira lá dentro, também, daqui do pronto socorro, já com encaminhamento pra... pra... pra outras unidades, fora, né... CEME.

E: E os procedimentos que são realizados? Quais são? Você sabe me dizer ou não?

E4: Ah...

E: Eu sei que existe um protocolo, né.

E4: Tem, tem um protocolo, né. Mas aí é feito mais lá dentro, pela enfermeira, aí eu não sei te dizer o passo-a-passo certinho.

E: Pois é, por isso eu tava falando que talvez você não saiba...

E4: É, eu não sei te dizer ao certo qual que é o protocolo que eles seguem lá dentro, mas o fluxograma é esse mesmo que eu te passei. Entra, tria, já entra como urgência, já entra, já passa pela consulta com o clínico aqui, aí ele não vai examinar, acredito que ele não examina, ele chama o ginecologista, faz a solicitação de avaliação do ginecologista, e... tem essa parte do... do protocolo de violência lá que tem que preencher, as medicações que tem que ser fornecida pra ele. Mas assim, não sei te dizer... é com a enfermeira lá dentro.

E: Nem sobre a notificação você sabe dizer como é?

E4: Eu sei que tem a notificação que é feita, né, lá com o enfermeiro lá dentro. Mas eu também não sei te dizer o que é que tem nessa notificação. Já vi ela, mas como eu não... não é comigo, eu não preencho, então acaba que eu não sei te dizer o que é que tem nela, nessa notificação.

E: Não tem problema... e, é... como é que é o seu trabalho aqui na Santa Casa?

E4: Então, eu tô ficando só aqui na classificação (interrupção)... Então, eu tô ficando só na classificação, eu classifico o paciente, se vier com essa queixa de violência, de agressão sexual, né, violência sexual, eu já trio ele como urgência, pra dar atendimento mais rápido possível, até por conta das medicações, né, que tem que iniciar o quanto antes e... é isso, né, eu não tenho, assim, muito contato lá dentro. Depois que o paciente entra não consigo mais ter muito contato.

E: E como é que você se sente atendendo essas pessoas?

E4: Ah... dá um choque, né, na gente. Principalmente quando é criança, a gente fica muito, assim, chocada, né... de vê assim, ah... é muito triste, uma situação assim... constrangedora, dá assim... é bem difícil, quando é criança, principalmente. É difícil de aceitar isso.

E: É... eu imagino.

E4: Principalmente, assim, quando é caso que acontece dentro da família... nossa, é... pior ainda, a gente...

E: Eu não consigo imaginar a minha reação...

E4: É, é difícil. Nós, assim, eu sou mãe, eu tenho criança, então é bem... bem difícil.

E: É... e o que facilitaria ou dificultaria você prestar o atendimento aqui, pra essas pessoas? O que pode facilitar... você... teve gente que relatou que o que dificulta é, aqui você tem um local mais fechado, mas é não ter um local mais reservado...

E4: É, parece que tem um projeto agora com essa reforma, de ter um local apropriado pra tá atendendo essas vítimas. Então, eu acho que o que dificulta é isso mesmo, o fato de... de não ter um... um local mais reservado pra esse tipo de atendimento.

E: E tem alguma coisa que facilita? Não sei, algo que você acha que facilita você atender... Que torna mais fácil atender a pessoa.

E4: Eu acho que é até ter mesmo um local mais apropriado pro atendimento dessas vítimas, pra... um profissional mais próximo até, por que a gente não tem aqui o ginecologista de plantão, a gente tem só o lá da maternidade, então as vezes tem que... acaba que tendo que encaminhar essa vítima pra lá, né... fica, a pessoa já tá abalada, fica... né, se expondo com mais pessoas... eu acho que é isso.

E: E... pra você qual é a importância do serviço de saúde no atendimento da pessoa vítima de abuso?

E4: Ah, eu acho que é o atendimento mais importante né... a pessoa não tem pra quem ela... outro, outro atendimento pra quem ela vai pedir ajuda, né. Eu acho que é até mais importante que ir lá, fazer o boletim de ocorrência e... e tentar um... uma pena pra essa pessoa que cometeu esse crime. Eu acho que aqui ela vai fazer... a busca da... da ajuda pro, pro fato assim de doença que ela pode tá adquirindo e pro psicológico também, né. Aqui ela vai se abrir, ela vai... ela vai conversar, vai contar, as vezes é uma coisa que aconteceu que ela não pode contar lá fora e aqui a gente tem as outras áreas que a gente pode tá também ajudando, né, outros profissionais que podem tá ajudando ela...

E: E... como é que... você recebeu alguma formação específica pela Santa Casa pra atender as vítimas de abuso ou...

E4: Não, não.

E: Nenhuma?

E4: Não, nunca teve assim... nenhum treinamento, nada.

E: Específico, né?

E4: Não.

E: E existe algum caso que você lembra, que assim... um caso que chocou, que você lembra e que... não sei, ficou marcado.

E4: Assim, todos os casos ne...

E: Mas, assim, não sei... alguma situação que marcou você...

E4: Acho que todos os que acontecem com criança (risos). Não tenho assim, eu não vou dizer "ah, assim, no mês passado teve um e", assim, eu vou lembrar desses mais recentes... mas todos quando vem choca a gente, né, marcam a gente, principalmente quando é criança. Acho que dá um... ah, não sei, acho que pela inocência, né... pela falta de... todos eu acho que chocam. Eu nunca peguei nada tão trágico,

fisicamente. Mas, assim... é trágico a questão psicológica né... Então, a gente acaba se chocando sim, com essas situações...

E: Era isso, E4. Obrigada.

E4: Então tá bom (risos).



**ENTREVISTA 14. ENFERMEIRA 5 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 03/07/2018, 9H40.****E: Entrevistadora E5: Enfermeira(o) 5**

E: Vou colocar aqui... é... bom dia. Você trabalha aqui na Santa Casa há quanto tempo?

E5: 28 anos.

E: Nossa, quanto tempo! Mas você sempre trabalhou aqui no Pronto Socorro ou... trabalhou em outro setor?

E5: Não, sempre trabalhei aqui.

E: No pronto socorro... e você trabalha em que cargo aqui na Santa Casa?

E5: Como enfermeira.

E: Sempre foi como enfermeira?

E5: Fui coordenadora também.

E: Aqui do Pronto Socorro?

E5: Isso.

E: É... e o que você entende por violência sexual? O que é violência sexual pra você?

E5: Pra mim violência sexual é toda agressão que existe contra uma mulher, assim... é... um beijo roubado, um toque que não foi autorizado, é uma violência.

E: E a partir dos atendimentos... desses vinte e oito anos, é bastante tempo... aqui na Santa Casa, você acha que quem são as principais vítimas? Ou quem chega mais aqui na Santa Casa?

E5: São as mulheres...

E: Mas chegam mais crianças ou mais adultos, ou é sempre do sexo feminino e...

E5: Não... chegam crianças e adultos, é... crianças bebês, crianças ali por volta entre 5 a 10 anos, jovens, né... mulheres mesmo, da parte adulta. É... como que eu posso te falar? Eu acho que dos 18, assim, a faixa mais assim... dos 18, vou ser mais abrangente, dos 18 aos 40 acho que o que a gente mais atende. Que eu pego, assim... que calha de vir no meu horário. Não que não seja, que apareça... a gente ouve falar também de outras, é... crianças. Graças a deus eu pego muito menos no meu horário.

E: E essas pessoas... é, você sabe dizer, eu não sei... por quem elas são abusadas, quando são crianças, ou quando são adultos...

E5: Olha, adultos... é... eu já peguei indo pra serviço, pessoas desconhecidas, é... estudantes em festa. É... crianças, alguém... padrastos, alguém da família, primos, é... normalmente alguém ligado a família, bebês, vamos dizer assim, ou crianças um pouco menor, alguém que normalmente acaba sendo parte da família, ou... ou alguém muito próximo a família que conhece a criança.

E: Mas quando é adulto se inverte?

E5: Se inverte, é mais desconhecido... normalmente é festa de estudantes, essas coisas assim.

E: Entendi...

E5: Entendeu? E também tem, ah... alguns casos que é o ex-marido, o namorado, entendeu?

E: Unrum. E... quais seriam as possíveis causas dessa violência? Existe uma causa pra essa violência?

E5: Olha... ultimamente, é... tem as pessoas que são agredidas por roubos, né, que entram nas casas e acabam fazendo essas situações. É... o que eu posso te dizer, assim? Ah... as últimas vezes que eu tenho pego, foi estudantes em festas, tá? E... entra droga no meio, então acaba vindo esse tipo de situação... E pessoas que são roubadas, que entram na casa e acabam fazendo esse tipo de situação, de violência.

E: E as consequências dessa violência, quais seriam as consequências dessa violência pra pessoa que sofreu o abuso?

E5: Ah, chegam aqui... tem umas que chegam desorientadas, né. As vezes chegam no dia seguinte, não sabendo dizer direito o que aconteceu, e... angustiadas. Outras não sabem descrever o que aconteceu, por que tavam em festa, não sabem descrever... E, as que... as que se lembram, que chegam a... chegaram as vias de fato, nossa... é indescritível a situação. É horrível. Horrível mesmo.

E: E existe alguma forma de evitar essa violência, pra você? De tentar fazer com que ela não aconteça...

E5: No caso de roubo, seria a segurança, né. Por que... peguei pessoas que estavam indo pro trabalho, e foram empurradas pra terreno baldio. Então, não tiveram segurança no horário de... de ir pro trabalho. Isso aconteceu no... no período da manhã. Agora, é... criança, é um... é um negócio familiar, entendeu? Como é que... eu não sei se, como que eu poderia dizer? Fica difícil você falar "se os pais, se a mãe tivessem...", por que é tão envolvente, é... as vezes é amigo com outro amigo, um amigo maior, entendeu? Que acaba, é... cometendo esse ato com uma outra criança. Até a criança falar com a mãe,

entendeu... descobrir, também leva um tempo. Eu não sei qual seria a forma de... de abordar uma criança, por exemplo. Ah... no caso adulto, o adulto fala. O adulto, ele... ele mostra numa situação de medo, ele aponta o que tá acontecendo, mas com relação a criança eu acho muito difícil... até você chegar, tem que ter muito tato pra você chegar com uma criança. A não ser depois que aconteceu, aí você vai atrás, mas até você conseguir chegar nessa criança pra saber o que aconteceu? É difícil.

E: É... e como funciona o atendimento a pessoa que sofreu o abuso, aqui na Santa Casa?

E5: Quando ela vem, normalmente... ela vem, já vai... ultimamente, existe todo um cerco, vamos dizer assim. A pessoa vai pra polícia, da polícia ela vem aqui. Ou se ela vem aqui primeiro, a gente já faz todo o atendimento, na... faz o protocolo de antirretrovirais, colhe os exames, já... é... encaminha pra fazer o boletim de ocorrência, aí depois ela vai na delegacia da mulher, faz o exame de... de médico legista, né, ou o médico legista vem aqui. Mas, aí o primeiro passo é cuidar mesmo da saúde... ou seja, fazer todos os exames e entrar com todos os retrovirais e... por exemplo, no caso da criança ela é internada, pra fazer todo o procedimento lá.

E: A criança é obrigatoriamente internada?

E5: Normalmente a gente costuma internar a criança pra ficar até mais fácil de abordar a situação.

E: E quais são esses, você sabe dizer quais são esses exames que são feitos... as medicações que são...

E5: Nós temos um protocolo aqui, é... deixa eu ver se... São exames pra sífilis, pra hepatite, pra HIV, HPV e... se forem mulher tem a pílula do dia seguinte, né? Eu acho que é basicamente isso mesmo....

E: É... e como é o seu trabalho aqui na Santa Casa? No que... você trabalha em que área, você faz o que na área que você trabalha aqui?

E5: Eu tô trabalhando na urgência.

E: E você atende os casos que chegam na urgência...

E5: Isso.

E: Lá na sala de emergência, na sala vermelha?

E5: Anram. É basicamente isso... a gente atende todos os pacientes que entram em urgência, né. Não necessariamente só na sala vermelha, mas os pacientes que tão... que tão... se eu não tiver na sala vermelha, eu tô pra cá na medicação, então, todos os pacientes que estão...

E: Nesse setor da urgência...

E5: Isso.

E: E o que facilita ou dificulta você atender essas vítimas, aqui na Santa Casa? Tem alguma coisa que facilita... ou dificulta, atrapalhe, você atender ela...

E5: Não... muitas vezes é o emocional, né? Por que querendo ou não, você... você acaba se envolvendo, né? O psicológico... você se coloca no lugar, é uma coisa muito... é um impacto muito grande, né? E... as vezes você até, assim, você... quando o caso é muito impactante você... dá uma balançada também. Então, assim... não interfere no processo, né. Mas assim... o emocional da gente também é abalado.

E: É... não sei, teve algumas enfermeiras que relataram que a ausência de um local mais reservado, atrapalhava...

E5: Ah sim, nesse sentido sim. Por exemplo, a gente... quando a gente recebe a paciente, você tem que colocar ela numa sala mais adequada, né, mesmo pra preencher o... a notificação, por que são várias perguntas muito íntimas, né? Então você não vai fazer isso no meio do corredor, né? Na hora que a polícia chega pra fazer a... a, o boletim de ocorrência, a gente sempre procura deixar a paciente num lugar mais privado, né. Pra não ficar no meio do corredor, por que a gente... puxa, é uma coisa meio constrangedora. Então a gente sempre tenta puxar pra uma sala onde fique mais é... que não tenha tanta gente.

E: Mais reservada, né?

E5: Exatamente.

E: É... qual a importância do serviço de saúde, pra você, qual a importância do serviço de saúde no atendimento dessa vítima?

E5: Acho que é tudo... principalmente no primeiro atendimento. Por que é no primeiro atendimento que você vai, é... iniciar um protocolo que talvez, você não sabe por quem que foi, qual foi a procedência que fez essa violência com ela... então vai iniciar um protocolo de antirretrovirais que pode ser importantíssimo por resto da vida dela, se não começar no horário adequado, você vai perder a hora ouro... você tem até que 72h pra isso. E... isso pode trazer consequências irreparáveis que depois não dá pra correr atrás.

E: E... como é que você se sente atendendo essas vítimas de abuso? Você... eu não sei, o que você sente ao atender elas? Você falou que as vezes se envolve, dependendo do caso... é algo que tem como você evitar, você se chocar, por exemplo...

E5: Ah, principalmente quando é criança, né? Você fica assim, coração balança, né. Mas, assim, você tem que fazer e tem que fazer por que é pelo bem daquela pessoa, e... ah, é que as vezes você fica... é... vamos dizer, assim, as situações em que a pessoa se encontra, houve crueldade também. Né? Então pra gente... choca muito. Então assim... ver o estado da pessoa, o emocional da pessoa com que você tá lidando é muito... fica muito lábil, né? Ai você tem que ir com muita... muito tato, pra não ter mais agressão encima daquilo que ela sofreu. Por que... na hora que você tá preenchendo o protocolo por escrito, você tem que trazer toda a lembrança do que ela sofreu, né? Por que não envolve só medicações, protocolo... existe também uma conversa, existe o protocolo a ser preenchido, e isso traz a tona todas essas lembranças que ela acabou de passar.

E: E... essa era a próxima pergunta... como é que era o processo de notificação... é, a partir do atendimento que ela tem com você ou ela tem com o médico... como é que funciona?

E5: Ela tem com o médico, o médico prescreve todas as medicações e exames. Muitas vezes, é... como eu disse, as vezes acontece de uma festa, as vezes por um roubo em que um desconhecido entrou em casa, que a pessoa não esperava, ou indo pra um serviço, então ela não sabe por quem ela foi abusado, né? Então ai a gente tem que colher todos os exames e você não tem o paciente fonte, por isso você tem que entrar com o protocolo rapidinho. E... tem todo o contexto aonde aquilo é uma coisa inesperada, ela tava caminhando, tava dentro da casa dela, e... nunca aconteceu, pelo amor de deus. E você, na hora que você tá preenchendo, você fez as medicações, deu o atendimento médico... o atendimento de enfermagem, agora vamos sentar e preencher o protocolo, por que você tem que fazer essa medicação, né? Então nessa notificação você vai trazendo à tona todas as lembranças...

E: Da pessoa... É, normalmente são os enfermeiros que fazem essa notificação?

E5: Normalmente são.

E: É... e você recebeu alguma formação específica pra, você recebeu alguma formação pra atender aqui, as pessoas vítimas de abuso?

E5: Sim, sim. Tinha... quem iniciou o trabalho foi a Dra. M., né?

E: Isso, eu conversei com ela.

E5: Que ela montou uma equipe lá no Centro de Especialidades, junto com a P2.

E: Também conversei com ela...

E5: Isso, então tinha... tinha toda, ainda tem, só não sei se continua sendo as mesmas pessoas. Tem toda uma estrutura por trás, né. Sai daqui a gente já encaminha depois pra lá, que é o PAVAS, ai eles dão continuidade ao trabalho que a gente começou aqui.

E: E ai elas dão formação aqui? Pra essas pessoas, pra vocês?

E5: Da continuidade do tratamento?

E: É, pra dar continuidade no tratamento...

E5: Não, eu nunca fiquei sabendo.

E: E... existe algum caso, alguma situação que chegou e ficou, marcou muito você? Que você atendeu...

E5: Sim, teve uma menina assim que... ela tava chegando da escola e... ela voltou pra casa pra buscar uma blusa. Mudou o tempo, no meio do dia. E na hora que ela voltou pra casa, tinha alguém no portão esperando ela... E... jovem, e o cara empurrou ela pra dentro de casa e ameaçou ela com uma faca, e... ai, abusou dela, fez ela desfilar dentro de casa e ela tava sozinha... Me marcou bastante.

E: A Dra. M. me contou um caso muito parecido com esse, que foi um que marcou bastante ela também. Ela disse que era uma menina de uns 13 anos e ela tava sozinha em casa... Não sei se é o mesmo.

E5: Essa tinha 18, ela era estudante da... da federal.

E: Era isso, E5.

E5: Ah (risos).

E: Obrigada.

**ENTREVISTA 15. ENFERMEIRA 6 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 03/07/2018, 14H26.****E: Entrevistadora E6: Enfermeira(o) 6**

E: É... E6, a quanto tempo você trabalha aqui na Santa Casa?

E6: Dez meses.

E: Há dez meses... e você sempre, todo esses dez meses você trabalhou aqui no pronto socorro?

E6: Isso.

E: E você atua em que área? Você é enfermeira...

E6: Sou enfermeira.

E: Aqui no pronto socorro?

E6: Aqui no pronto socorro.

E: É... E o que seria violência sexual pra você? Um abuso sexual...

E6: É a tentativa, o ato sexual em si, né? E... ah, as carícias, né, não permitidas.

E: Isso seria violência sexual pra você... E você... a partir do que você... Você atendeu muitos casos aqui, nesses dez meses?

E6: Ah, um pouquinho. Um pouquinho. Sempre tem...

E: E a partir desses atendimentos que você fez, quem seriam as principais vítimas?

E6: Adolescentes e crianças, também. Foi o que eu mais atendi.

E: Menor? Normalmente é (de) menor os adolescentes?

E6: Veio crianças, crianças mesmo, menores de 12 anos, veio um pouquinho. Veio os adolescentes... e tem bastante paciente mental, que... também é difícil de acreditar, por que eles são fora da realidade, né? Então, as vezes, é e não é verdade, né. É muito difícil de atender esse tipo de pessoa. A gente abre o protocolo, né, por que é o que eles relatam pra família... a gente abre o protocolo mesmo assim, mas são pacientes difíceis né...

E: Mas chegam mais adolescentes e crianças aqui?

E6: Isso.

E: A partir do que você atendeu...

E6: É, do tempo que eu to aqui, sim.

E: Tá... E... Quem seriam essas crianças? Elas são a maioria do sexo feminino? Ou do sexo masculino?

E6: Feminino.

E: Quem abusa dessas crianças, dos adolescentes...

E6: Então... pessoas próximas. As vezes namorado da mãe ou um tio, ou um vizinho, pessoas próximas da criança.

E: No caso dos adolescentes também? É... acontece isso?

E6: Também.

E: E você tem ideia de quantas pessoas você já atendeu?

E6: Não sei te dizer ao certo.

E: Nem ao mês? Não sei... uma pessoa ao mês, chega mais ou menos.

E6: Pelo menos uma vez por mês, vem.

E: E quais seriam as possíveis causas dessa violência?

E6: É o abuso mesmo, por ser pessoa próxima. As vezes o pai ou a mãe não acredita, de início, na criança. Por acreditar que a pessoa ser próxima, ela não faça isso. É, mas... a maioria que trás ou é a avó, ou é a tia, que trás a criança ou adolescente.

E: E no caso do adulto?

E6: Do adulto, ele vem de demanda espontânea.

E: Mas qual seria a possível causa dessa violência no adulto?

E6: Bebida. Ou então a droga. No lado mais dos adultos que eu atendi, bebida.

E: Tanto de ambos ou só de um?

E6: Da pessoa violentada.

E: Ah. E... quais seriam as consequências? As consequências dessa violência pra pessoa.

E6: Psicológicas, principalmente.

E: Mas... e quanto as consequências físicas? Quais seriam?

E6: Então, as crianças... elas... pela idade, talvez, ela não se lembre ao tempo, dos anos. A não ser que ela vá fazer uma análise, procurar entender o por que dela ser daquele jeito, creio eu. Agora o adulto, ele vai lembrar, né... Vai lembrar. Tanto fisicamente, como psicologicamente, vai ser um trauma pra ela.

E: E... é possível evitar que essa violência aconteça? Existe alguma forma de evitar que ela... que não tenha?

E6: Não sei te dizer essa forma.

E: Mas... você acha que não tem? Como... Ou você acha e não sabe, é...

E6: Eu não sei, é difícil a gente falar como a gente pode evitar. Quanto a criança...

E: Eu não to pensando em vocês, em vocês profissionais evitem. Eu to pensando como um todo. Uma forma de evitar que essa violência aconteça.

E6: É o que eu to falando. Eu acho que, assim... quando é mãe ou pai, orientar a criança... “ó, não aceite nada de estranho. Não vá com estranho.” Só que os pacientes que eu vejo, criança ou adolescente, que estão vindo, eles são violentados por pessoas próximas... são as pessoas que você menos imagina que vá fazer isso... ela tá te alertando sobre o estranho, mas ela não tá te.. alertando sobre a pessoa próxima. Que é o que a gente imagina que a pessoa não vá fazer. Então é meio difícil a gente falar, como é que a gente vai evitar isso? O que a gente pode falar, eu se eu fosse mãe, falar “ó... estranho ou não, nunca deixe encostar em você. Não deixe. Ó, não pode fazer isso. Isso é errado. A pessoa fez ou vai fazer, grita.” Né? Eu como mãe faria isso. Alertava o meu filho, a criança ou o adolescente. Agora o adulto... É difícil, né? Por que eles sabem o que eles estão fazendo. Infelizmente, as vezes, pela bebida a pessoa vai se aproveitar da pessoa que está bêbada, pra se violentar...

E: E como é que funciona o atendimento as vítimas aqui?

E6: Aqui elas entram na classificação, né... a partir do momento que faz a classificação, a classificadora comunica a gente. Por enquanto a gente não tem a sala do abuso... né? Que a pessoa fica, é... sem contato com os outros pacientes. Ai a gente coloca, se aqui não tem ninguém, a gente trás pra cá, pra ficar um ambiente mais isolado. Ou na inalação, ou na nossa copinha, em último caso. Né, mas tá fazendo a salinha do abuso.

E: É...

E6: Tá fazendo, lá na classificação, do lado, vai ter a salinha do abuso. Que assim que ela... passa com a classificadora, ela já entra na salinha do abuso, ela não precisa vir pra cá.

E: Que legal saber disso.

E6: Ai a gente aciona a polícia, comunica o médico, né. Dali já começa todo o protocolo pra gente já fazer... exames, medicação.

E: E quais são os procedimentos realizados? Quais exames, qual..., os remédios.

E6: Os exames, é... HIV, o da hepatite, sífilis, é... acho que só esses dai. E a medicação é o protocolo mesmo.

E: Que indica o que tem que fazer, né?

E6: Isso.

E: E... você trabalha a dez meses aqui... como é que o seu trabalho aqui? Você, ah... A E4 relatou que ela trabalha nesse corredor aqui. Então ela não fica só na sala vermelha, mas... quando não ta muito cheio lá, ela ajuda aqui no medicamento... você faz esse mesmo processo?

E6: Isso. Nós somos em cinco enfermeiros no PS. A classificadora, a enfermeira da sala amarela, a enfermeira da sala vermelha, a enfermeira do apoio e a enfermeira da medicação. Ambos, todo mundo se ajuda. É mais difícil a classificadora sair, né? Por que como é ela sozinha pra fazer a classificação de todos que chegam, pra ela é mais difícil. Mas... nós quatro, nós nos ajudamos. É o que a E4 falou, não necessariamente a E4 fica dentro da sala vermelha. Quando dá pra ajudar, ou a gente tem dúvida, ou tá precisando de ajuda, as vezes a gente pede ajuda, um ajuda o outro.

E: Então...

E6: Todo mundo se ajuda.

E: É... e o que facilitaria ou dificultaria você atender essas vítimas de abuso aqui? Não sei, o espaço físico...

E6: O espaço físico que já tá fácil isso por que já tá fazendo.

E: Então isso... era a dificuldade que agora vai... vai ser resolvido?

E6: Vai ser sanada. Por que... quando, as vezes, ah... o caso chega no horário de pico, a gente não tem onde colocar. Que é o que eu falei, se aqui não tem ninguém, a gente coloca aqui, mas se tiver aqui, a

gente coloca na inalação, se tiver gente na inalação, a gente coloca na copinha. Mas a copinha não é um lugar propício pra isso, né... e a gente tá sanando isso com a salinha do abuso, que tá fazendo.

E: É... e pra você, qual é a importância do serviço de saúde pra atender a essa vítima?

E6: Ah, é super importante, né? Por que... é um laço pra onde ela pode procurar. Muitas vezes ela não procura ajuda por vergonha ou não fala, por vergonha, e... como é que eu vou fazer? O que aconteceu comigo... os adultos que vem, eles se sentem envergonhados, pra eles é mais difícil. É importante, que a gente ter... criar um vínculo com ele e falar “ó, não. A culpa não é sua. Vamos te atender, o que tiver que fazer, a gente vai fazer.” Mas... é importante pra eles e é difícil pro paciente. Principalmente o adulto.

E: E... como você se sente ao atender essas vítimas de abuso? Quando você realiza o atendimento, o que você sente...

E6: Quando é criança eu sinto raiva. (risos envergonhados) Eu sinto muita raiva.

E: É, é comum sentir raiva.

E6: Eu acho... o cúmulo, o absurdo, o... eu tenho o meu pensamento como ser humano, não o profissional... a ser humano E6, lá fora, o que eu faria... é, eu fico com muita raiva. Agora com o adulto, eu já sou mais fria, já sou mais fria... Eu consigo atender sem ter aquele sentimento... de raiva... não, eu consigo ser fria e atender. Vamos atender e pronto. Vamos dar o que ele precisa.

E: Entendi. É... e você... como é que funciona o processo de notificação aqui?

E6: A gente tem a notificação, a nossa pastinha. A gente faz a notificação e tem também a orientação do PAVAS, pra encaminhar pro PAVAS. Então a gente já faz toda essa orientação, ou com o responsável ou com o paciente.

E: E você recebeu alguma formação pra... uma formação específica pra atender a vítima de abuso?

E6: A gente teve um treinamento recentemente, por que mudou um pouquinho o protocolo das medicações, então... a gente teve o treinamento... recente.

E: Mas, tem mais de 6 meses, esse...

E6: Não, tem menos. Tem menos... acho que foi mês passado.

E: É... to perguntando isso por que algumas pessoas disseram que não receberam e elas estavam a menos tempo aqui... por isso eu to perguntando se foi há mais de seis meses. É... e existe algum caso que... que marcou você, que você atendeu e que... que marcou você.

E6: Não... o que eu mais me lembro são dos pacientes psiquiátricos, tem um rapaz que... mas é o que eu te falei, eles estão num mundo fora da realidade. Então, é difícil de... saber o que é verdade e o que não é. Mas que me marcou, assim... não. Eu tento, quando eu saio daqui, é uma coisa que eu levo pra minha vida sobre o meu trabalho, eu saio daqui, eu esqueço. De tudo. Então eu tento deletar tudo que aconteceu no dia... pra não levar pra casa... esse tipo de coisa.

E: Era isso... obrigada!

**ENTREVISTA 16. ENFERMEIRA 7 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 03/07/2018, 10H00.****E: Entrevistadora E7: Enfermeira(o) 7**

E: Eu queria saber primeiro há quanto tempo você trabalha aqui na Santa Casa...

E7: Eu vai fazer seis meses.

E: Que você tá trabalhando aqui?

E7: É.

E: E você trabalha em que cargo?

E7: Como enfermeira.

E: Aqui nesse setor?

E7: É. Quando eu cubro folga... é sempre aqui no SMU, mas quando eu to de cobertura, as vezes eu fico na amarela, as vezes fico no apoio...

E: Entendi. É... e o que seria, pra você, violência sexual? O que seria um abuso sexual?

E7: Pra mim já começa desde o assédio moral. Entendeu? Por que... pode... por mais que não tenha envolvimento físico, mas as vezes o jeito como você fala... pra mim isso já é um abuso. Entendeu? Por que eu posso me sentir ofendida, dependendo do jeito que você me falar, se for uma palavra meio ofensiva... ou do jeito que for me abordar. Dependendo de como for... então, pra mim, dai já... já é um abuso.

E: É... e você tem atendido muitos casos aqui?

E7: Ó, de quando eu to aqui... não, não muitos. Eu peguei de criança mais, eu acho. De quando eu to aqui, duas crianças passaram, eu acho. Umas três vezes, eu peguei, abuso sexual.

E: Então, na sua percepção, elas seriam as principais vítimas? Ou... quem são as principais vítimas dessa violência? Mais as crianças...

E7: É. Eu peguei mais criança, né... com suspeita. Não sei se depois foi confirmado ou não, mas tinha suspeita de abuso. Uma adolescente, já tinha uns 20 e poucos anos que... ela falou que sofreu violência sexual, abuso sexual mesmo, na rua e tudo... o dela era confirmado. Agora as duas crianças eram só suspeita mesmo.

E: E quem eram essas crianças? Quem praticava o abuso contra elas ou quem é essa pessoa adulta que praticou o abuso?

E7: Era sempre alguém mais próximo, né. As vezes, “ah, fica na casa da minha prima, o marido da minha prima que...” Entendeu? Ou um tio, sempre alguém próximo da família, assim, conhecido.

E: No caso do adulto também?

E7: Não. Da... da moça que aconteceu foi uma pessoa estranha. Diz que ela tava andando na rua e... abordou ela, colocou ela no carro, acabou levando ela pra um lugar longe, deserto e... aconteceu.

E: E... você acha que existem causas pra essa violência?

E7: Eu acho que a pessoa que pratica isso não deve ser muito bem, não, da cabeça, né. Eu acho que a vítima não tem culpa nenhuma. Tem gente que “ah, mas é que tava com tal roupa e não sei o que, não sei o que”. Na minha opinião, eu acho que não tem nada haver.

E: Então seria o...

E7: O próprio agressor.

E: Seria a causa?

E7: Sim.

E: É... e quais seriam as consequências dessa violência?

E7: Um trauma psicológico tremendo. Por que... se fosse comigo eu não sei se eu ia conseguir lidar. Eu acho que eu ia ficar com... eu acho que eu ia ficar com nojo de mim. Não sei. Eu acho que eu ia querer tomar banho sem parar e... não sei. Não sei se eu teria psicológico o suficiente pra lidar com uma situação dessa.

E: E, no caso, as consequências físicas?

E7: Como assim, você fala...

E: No corpo mesmo. Sem pensar no psicológico, quais seriam as consequências pro corpo da pessoa... não sei, ela pode pegar uma doença?

E7: Sim, também. Por isso que eu falo, já afeta o psicológico. Por que você imagina, você não sabe quem é que é, você nunca viu na vida, você não sabe de onde é que é essa pessoa... veio... entendeu?

Você não tem antecedente nenhum, né. Ai já... tanto... psicológico surta, né? Tanto pela situação, como... poder ter alguma coisa, pegar alguma doença.

E: E... é possível evitar essa violência? Existe alguma forma de evitar que ela aconteça?

E7: Assim... eu penso que sempre a gente tem que tá falando, principalmente com as crianças, criança pequena, né... quando eles já conseguem entender, não deixar gente estranha... né? Por a mão em tal lugar, dar uma orientação. É o que pode ser feito. Mas evitar, evitar, mesmo, assim...

E: E no caso dos adultos? Tem alguma forma de evitar?

E7: Ah, no meu ponto de vista, eu acredito que não.

E: E... como é que funciona o atendimento a essas vítimas aqui?

E7: Aqui? Normalmente, quando chega lá na classificação de risco, a gente tenta assim... não expor a pessoa, né. Por que é constrangedor, né. E... se ainda não comunicou a polícia, as vezes a gente tem acionar a polícia. É feito o... um... notificação de violência sexual aqui, que a SCIH tem o controle disso... se teve mesmo a confirmação do abuso, ai já entra com medicação, todas essas coisas... exames...

E: E quais são esses exames que são feitos... a medicação que é dada?

E7: A medicação geralmente é do, de HIV, né? Por que não sabe quem é que foi, no caso se não souber quem foi, se houve mesmo, tem que já entrar com a medicação de... o coquetel, né? E os exames que são feitos é de hepatite, de HIV também, essas medicações também...

E: Os exames do protocolo, né?

E7: É, do protocolo.

E: É... e o que facilitaria ou dificultaria você prestar o atendimento? Pra essa pessoa...

E7: O que dificultaria é... que nem eu falo, as vezes o trauma psicológico é muito grande, as vezes ela não consegue nem conversar com a gente. Que nem essa moça que aconteceu, ela tava assim... aparentemente tranquila, mas eu não sei como é que é a cabeça dela do jeito que tava. Ela conversou, tudo, contou, explicou. Mas tem gente que não leva tão, assim... então as vezes a comunicação dificulta, né. Que nem a mãe da criança também... falava, mas chorava muito, por que, assim, você imagina a situação?

E: E pra você qual é a importância do serviço de saúde no atendimento a essa vítima?

E7: Ó, eu acho que é a base. É o início. Por que é a gente que, né, vai dar o primeiro suporte, tudo, vai encaminhar... por que depois tem que ter o acompanhamento durante um tempo com essas vítimas... se precisar de um apoio psicológico também, assistente social, essas coisas... é tudo pelo serviço de saúde.

E: Então o serviço de saúde seria de extrema importância pra atender essa vítima?

E7: Sim, os exames e tudo. É o primeiro atendimento, vai ter que ser feito, né? Tudo por aqui.

E: E como é que você se sente ao atender essas vítimas? O que você sente?

E7: Eu fico assim, ah... a gente fica... não é incomodada, fica... como que eu posso dizer? Fico triste de... de ver que a sociedade tá numa situação dessa, entendeu? De chegar a ter que violentar uma mulher ou uma criança, ou... entendeu? Por que não... não passa. Não consigo pensar... as vezes a gente pensa que nunca vai acontecer com a gente. É sempre assim, mas... ou as vezes acontece com alguém próximo, ou algum conhecido, é constrangedor. Eu me coloco no lugar que eu acho que não... é igual eu falei pra você, eu não sei qual seria a minha reação. Eu não sei se eu teria psicológico suficiente pra lidar com uma situação dessa...

E: E você... como é que funciona o processo de notificação? Desses casos... como é que é feito?

E7: A gente tem um impresso que a SCIH que... que trás pra gente, não só de violência sexual como de outras coisas também, ai a gente vai fazendo. Nome, ou do que foi... todos os dados.

E: Normalmente são os enfermeiros que fazem?

E7: É, os técnicos também, mas geralmente é a gente.

E: E é depois do atendimento ou é enquanto tá fazendo o atendimento?

E7: É, se a gente já puder ir fazendo durante o atendimento, que ai a gente tem que relatar que nem... colocar uma historinha, de como que foi tudo... então é bom assim, tem que ter contato com o paciente. Por que se tiver alguma dúvida, alguma coisa que a gente, as vezes não tem no prontuário eletrônico dele, então a gente pergunta tudo durante o atendimento.

E: Então é como se fosse um boletim de ocorrência, que tem que explicar direitinho como é que foi?

E7: É. Ai é a SCIH que depois recolhe essas notificações.

E: Pra fazer a estatística, né?

E7: Unrum.



E: É... e você recebeu alguma formação pra... atender as vítimas de abuso?

E7: Não.

E: Nenhuma formação específica?

E7: Não, não. Assim... eu só fui orientada quando eu entrei aqui... no tempo meu de experiência, eu fui orientada pelas meninas mais velhas, né, que já tem mais experiência de casa, como é que funcionava...

E: E tem algum caso que ficou marcado pra você?

E7: Mais as crianças mesmo, que é mais difícil... não que da moça não tenha ficado, mas criança parece que são mais frágeis, né, então...

E: Esses são os que te marcam mais, né?

E7: É.

E: Era isso, E7. Muito obrigada!

E7: De nada...

**ENTREVISTA 17. ENFERMEIRO 8 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 02/07/2018, 15H34.****E: Entrevistadora E8: Enfermeira(o) 8**

E: F., qual a sua formação?

E8: Enfermeiro.

E: Você é enfermeiro. E você trabalha aqui na Santa Casa a quanto tempo?

E8: Na Santa Casa eu comecei agora em maio, faz dois meses.

E: É... eu já conversei com a T. sobre como funciona o fluxo de atendimento aqui. Então, eu acho que seria repetitivo você me explicar o que ela já me explicou (risos). Então, eu vou pular essa parte. É, o que você entende por violência sexual? O que é violência sexual pra você?

E8: É em relação ao que acontece, né. Então, o que a gente trata como violência sexual é tudo que vai passar dos limites da criança ou do adolescente, mesmo que seja o adulto, em relação a essa parte sexual. Não necessariamente penetração, né... Tudo que for relacionado a essa parte sexual que passe dos limites da pessoa, que a pessoa não aceite continuar com aquilo.

E: E a partir dos atendimentos que você presta aqui, quem chega mais?

E8: Olha, como eu sou novo aqui, eu não peguei na Santa Casa atendimento de violência sexual. Peguei em outra unidade, em Rio Preto, e o maior fluxo eram com crianças. Crianças, mas... adultos eu não peguei nenhum, mas crianças até 10, 12 anos, foi o que eu peguei mais.

E: Então desde maio que você tá aqui. É desde maio que você tá aqui, né?

E8: Maio.

E: Nós estamos em julho, tem dois meses.

E8: É, dois meses.

E: Ah, então você não pegou ninguém ainda.

E8: Não, que eu peguei não. Mas o que eu vi que passou aqui em plantão foi criança.

E: E o seu turno normalmente é pela manhã?

E8: Isso, das 7 da manhã as 7 da noite.

E: E... como você... pra você, quais seriam as causas dessa violência? Existem causas?

E8: Não consigo imaginar, assim, causas da violência sexual. O que, quando eu escuto, a primeira coisa que eu penso é em relação a transtorno psiquiátrico, né. Eu não consigo entender... por que que uma pessoa faz abuso com uma criança ou com outra pessoa. Então, a causa que eu penso primeiro é questão de transtorno.

E: Mas nada além disso? Do psicológico, no caso.

E8: É, alguma coisa relacionada a isso. É a primeira coisa que eu penso na hora que eu vejo algum caso.

E: E as consequências da violência?

E8: Pra pessoa que foi violentada, eu acho que... abala muito o psicológico, né. A pessoa não consegue mais viver, é... 100% como antes. Apesar de fazer tratamento, fazer acompanhamento, eu acho que sempre tem esse trauma, esse medo de contar, é... alguns pacientes que eu atendi, já teve assim... é... crianças que não queriam atendimento de homens, então (eu) não conseguia fazer atendimento com ela. Por medo, né, por que ela tinha medo de acontecer alguma coisa. Então, assim, (eu) acho que esse trauma por mais que a pessoa faça acompanhamento sempre vai ter. Sempre vai ter esse bloqueio, né, com a pessoa que seja do mesmo gênero do abusador. Eu acho que a principal consequência é esse trauma, esse medo que a pessoa leva pro resto da vida.

E: E é possível prevenir essa violência?

E8: Olha, não sei questão de prevenção, mas acho que... é... na convivência, né, que geralmente as maiores vítimas de abuso acabam sendo dentro de casa, né, com familiares ou pessoas muito próximas. Então eu acho que nesse caso, não é questão de prevenir, é questão de atenção, né. As vezes acontece alguma coisa, a criança tem medo, mas o familiar que tá ali percebe que a criança tá diferente, tá mudada, e acaba não aprofundando no assunto, né, pra saber se tá acontecendo alguma coisa. Então, prevenir eu não sei se tem como prevenir, mas, pelo menos, um atendimento mais precoce, acho que acaba sendo mais fácil de acontecer se a pessoa que convive com alguém que foi vítima de abuso, começar a perceber a alteração de comportamento, né. A pessoa acaba ficando mais retraída, não conversa tanto, muda, né. Uma pessoa acaba mudando o comportamento, né. Eu acho que tendo essa atenção de perceber essa mudança e tentar investigar o por que da mudança, poderia ajudar no atendimento mais rápido.

E: E evitar que se repita, né.

E8: E evitar que se repita.

E: No caso das crianças principalmente.

E8: Sim.

E: E como se estrutura o atendimento... É, desculpa, quais são os procedimentos que são realizados aqui? Quando chega a vítima...

E8: Ah, então, eu sei que, é... vai passar pela classificação de risco, né. As vezes vem com o SAMU, as vezes acaba vindo de meios próprios, mas passa na classificação. A gente abre toda a ficha de atendimento... né, tenta colher o máximo possível da história. A gente visualiza os sinais vitais da pessoa, pra ver se não tá com nada alterado... as vezes a pressão, alguma coisa. Esse atendimento... é... o acompanhante, ou a pessoa, finaliza essa ficha na recepção e ai vai passar por atendimento médico. E ai toda a equipe multiprofissional vai fazer parte do atendimento dessa pessoa, né. Por que... a pessoa que vem pra cá, pro pronto socorro da Santa Casa, ela já... é um atendimento pontual, né. Então ela não vai ser acompanhada pelos profissionais do pronto socorro. Só que aqui é o atendimento inicial e daqui a gente dispara, é... o atendimento vai, é... encaminhando os atendimentos pra profissionais que vão acompanhar essa vítima de abuso. E ai tem toda essa questão, né, de... polícia, é... assistente social, psicólogo... que acaba entrando também no atendimento, que não são profissionais que a gente tem aqui no pronto socorro.

E: Aqui no próprio pronto socorro pode ser feito, não sei, a denuncia a polícia, por exemplo? Ou vocês encaminham a pessoa pra que ela vá?

E8: É, quando é criança, né, geralmente tem um responsável. Então o responsável, é... tem que solicitar, né. A gente orienta... ah, e quando é adulto a gente orienta esse adulto do que ele pode fazer ou deixar de fazer, né. E... e ai geralmente eles que pedem pra acionar a polícia, acionar, as vezes assim né, no caso, assistente social. Então a gente orienta e vai dando apoio pra pessoa. A gente não pode tomar a frente da... da vítima.

E: E como funciona o seu atendimento nesse local?

E8: No geral?

E: Isso. No geral.

E8: No geral, aqui eu sou o enfermeiro da classificação de risco. Então, comigo os pacientes vão ter o primeiro acesso, o primeiro contato, e ai eu vou fazer uma avaliação clínica, né... então ele vai trazer a queixa pra mim e eu vou avaliar ele, né, clinicamente falando, focando nessa queixa dele. E ai, conforme a minha avaliação, eu classifico esse paciente como paciente não urgente, pouco urgente, urgente, muito urgente ou emergência que é o paciente que já vai pro atendimento prioritário.

E: Na classificação de risco, né? (interrupção, pessoa entra e sai da sala) É... e o que facilitaria ou dificultaria você prestar esse atendimento aqui?

E8: Essa questão de facilidade, é.. o que eu enxergo é que... eu acho que ajuda é a questão da privacidade, né, que a sala a gente tem como trancar as portas, acaba tendo... eu, se for final de semana, vai ter só um profissional que é o enfermeiro. Durante a semana, normalmente, são dois profissionais da enfermagem, que é um enfermeiro e um técnico... então é uma coisa que acaba ficando restrito. Então, é assim... tem como a gente preservar esse ambiente, pra esse ambiente ficar é... mais tranquilo, pra pessoa se sentir a vontade de conversar, né... e explicar o que tá acontecendo, pra gente poder disparar esse atendimento, né, lá pra dentro, pra passar por uma consulta com os médicos, avaliação e tudo.

E: E teria alguma coisa que dificultaria?

E8: Acho que o que dificulta no pronto socorro, é... a questão da equipe. Por que... nesse tipo de caso é muito importante o atendimento multiprofissional e aqui a gente não tem, por exemplo, assistente social, não tem o psicólogo... é... a gente tem o médico, que... geralmente não tem uma formação, é... especializada no assunto. O enfermeiro, que também, as vezes, é um enfermeiro mais generalista ou não teve contato com esse tipo de vítima... e os técnicos de enfermagem, né. Então essa é a equipe que a gente conta no pronto socorro. Então eu acho que é essa a dificuldade, da equipe multiprofissional. (interrupção, pessoa entra e sai da sala)

E: E na sua percepção, E8, qual o papel dos serviços de saúde no atendimento a essas vítimas? Qual a importância dos serviços de saúde?

E8: É... no geral, pensando no geral, em toda a equipe de saúde, é... o atendimento inicial a essa vítima, a essa pessoa, é... ver que ela tem onde se apoiar. Por que eu acho que é um tipo de atendimento que é

muito mais psicológico, né, assim... a pessoa, as vezes, pode chegar com dias do abuso, né... então, não necessariamente vai ter alguma coisa alterada no exame dessa pessoa, né.

E: Mas ela não pode fazer a profilaxia, né?

E8: Sim, é.

E: Eu estive no CEME, desculpa interromper você, é que eu estive lá... e eu tava conversando com a M1 e, apesar de os índices aqui não tem nenhum caso de HIV ou nenhum caso de gestação decorrente de abuso, depois que passa as 72h não pode mais... fazer, né? Por que não adianta, a medicação não surte efeito.

E8: É, esse é... eu acredito que seja uma das dificuldades do atendimento, por que a pessoa as vezes fica com medo ou vergonha de ir procurar atendimento, e ai não tem essa parte da profilaxia, né... assim, não tem como, quando passa o tempo da, do atendimento inicial pra essa profilaxia e não tem mais o que ser feito nesse sentido. É... mas é importante o atendimento inicial mesmo, é mais de apoio, né... e de orientação. Por que as vezes a pessoa sofreu esse abuso, mas não sabe nem o que fazer, nem como agir, nem que profissional que ela tem que procurar... não sabe, as vezes, os riscos que ela tá correndo, né? Se for uma criança, por exemplo, que não conta... que geralmente a criança não conta pro responsável, o que tá acontecendo, ela não tem noção do risco que ela tá correndo, né... então eu acho que o principal do atendimento é nesse sentido de orientação e, principalmente, de orientação também pra quem tiver junto, pra... acho que a gente pode falar também da prevenção, não que seja uma coisa que eu acredito que dê pra prevenir, mas pelo menos a pessoa consegue... é... observar os sinais mais precocemente. Então ai consegue ajudar no atendimento mais rápido.

E: É... e como você... você disse que aqui não atendeu nenhum caso, mas você já chegou a atender em outros locais.

E8: Sim.

E: E como você se sente, enquanto pessoa que tá prestando atendimento a vítima de violência sexual?

E8: Olha, eu atendi crianças, né. Então o primeiro sentimento é o sentimento mais de impotência, de você querer fazer mais e não conseguir, por que já aconteceu o abuso e a criança tá com medo, é... tem assim, agora, como pessoa falando, tem a questão do sentimento de raiva, né... de não entender por que que aconteceu isso, principalmente quando é criança, né, que foi o que eu atendi. Mas, o atendimento, inicial como profissional é mais o sentimento de impotência e, as vezes, ficar preso e não poder fazer a mais do que eu to prestando ali...

E: Não poder oferecer a equipe multiprofissional, né?

E8: Sim, sim.

E: É uma coisa que é bem recorrente na fala das pessoas que eu entrevisto... É... e como se realiza o processo de notificação? Você sabe como se realiza?

E8: Eu nunca peguei, assim, a parte da notificação. Né... por que o meu atendimento foi mais assistencial, onde eu tava, e aqui eu não peguei nenhum caso. Então eu não sei te falar exatamente como é feita a notificação...

E: A T. disse que normalmente quem faz é enfermeira...

E8: É, as notificações, no geral... é... eu sei que essa questão de abuso, de violência, quem faz é a enfermeira. (interrupção)

E: E você chegou a receber alguma formação ou você procurou alguma formação durante a sua graduação, não sei, pra esse tipo de atendimento?

E8: Como na graduação é uma formação mais generalista, a gente acaba passando, né... a gente acaba estudando, não aprofundado, sobre todos os assuntos... e conversa sobre a questão do abuso, mas nada aprofundado. Tanto que na graduação eu não tive nenhum atendimento a vítima de abuso. E na... na especialização também acabei não tendo contato com vítima de abuso. Então é uma coisa que... que a gente acaba tendo como uma formação generalista. A gente conversa, mas não aprofunda, não...

E: Entendi... É... eu acho que é só isso. Obrigada, E8.

E8: Por nada.

**ENTREVISTA 18. ENFERMEIRA 9 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 04/07/2018, 05H55.****E: Entrevistadora; E9: Enfermeira(o) 9**

E: Bom dia.

E9: Bom dia.

E: Há quanto tempo você trabalha aqui na Santa Casa?

E9: Aqui na Santa Casa faz... nove meses.

E: Nove meses? E você trabalha em que cargo aqui?

E9: Eu sou enfermeira.

E: E você tem formação de enfermeira também, né?

E9: Isso...

E: É... e o que você entende por violência sexual?

E9: É... violência sexual? É... pelo menos assim, o que chega pra gente, é qualquer tipo de abuso, de contato, né, físico, que a pessoa se sinta agredida e que tenha... assim, não sei, acho que entra tanto com relação sexual quanto se for apenas, assim, uma agressão que a mulher se sentiu... ou mesmo o homem né. Homem com homem, ou criança, que aqui as vezes a gente também recebe.

E: E... quem seria a principal vítima?

E9: Olha, o que mais chega pra gente é mulher, assim, numa faixa etária jovem, até adolescente... até uns 20 poucos anos e criança. Criança também chega bastante.

E: E essas pessoas são agredidas por quem?

E9: Olha, tem casos de desconhecidos... as jovens, normalmente, são desconhecidos, na rua, e criança, normalmente, é algum familiar, algum parente próximo.

E: Entendi. E você sabe me dizer quais seriam as possíveis causas da violência?

E9: Olha, causa... de casos que eu já peguei, dessas jovens... é, assim... é caso de tá andando na rua, a noite, e... passa alguém e... violenta. E criança, já pegamos caso de primo que abusa... de padrasto, então assim... de criança não sei muito bem, por que assim, como a gente não tem o contato com o abusador, não dá pra saber muito bem o motivo dele, né?

E: Então, mas o que eu queria saber era o que você acha... de qual seria a causa...

E9: Ah... eu acho que de menina na rua, é infelizmente a cultura que a gente tem ainda, né? De tá sozinha na rua a noite e o cara... mal caráter não pensa duas vezes, né? E da criança, é... é muito difícil você pensar um motivo, né... por que criança não tem nenhuma conotação sexual, nada... é um ser que não tem ainda isso. Então, assim, é uma coisa que revolta a gente e sinceramente eu não consigo pensar um motivo, muito assim, por que fazer isso com uma criança.

E: É... e pensando agora nas consequências dessa violência, quais seriam as consequências?

E9: Ah, eu acho que seriam muitas, assim, parte psicológica, né? Da pessoa abusada... por que fica um trauma, né. Muitas vezes, além do abuso tem uma violência, tem uma... além dela ter essa... essa agressão psicológico, sempre tem uma lesão, tem um machucado, alguma coisa assim. Então fica, né? Acredito que gera um trauma psicológico, muito grande.

E: E os traumas físicos, quais seriam?

E9: Olha, geralmente o que a gente vê são... é... lesões, né? Região genital, sangramentos... que nem, criança normalmente os pais percebem por tá machucado, ter alguma lesão estranha, a criança referir dor na região e também casos de... regiões, meninas que nem essas que são pegadas na rua, de... regiões roxas, né, de pegar, machucar, de ficar roxo.

E: E como é que funciona o fluxo de atendimento aqui? É... quando chegam, como é que funciona o atendimento?

E9: Olha, normalmente, chega e ela é triada. Ai, depois que ela é triada, abriu a fichinha, a gente tenta deixar ela num lugar mais reservado, então se a gente tem alguma salinha, a gente deixa ela mais separada... já passa o caso pro médico e ai a gente já tem um protocolo, das medicações, dos exames que a gente pede, tudo. O médico já prescreve, a gente faz tudo aqui e ai ela ainda passa por uma avaliação ginecológica. Então, dai o ginecologista da maternidade normalmente vem avaliar essa menina, pra ver a parte ginecológica, essa criança e tal... Se é criança, normalmente interna na pediatria, pra continuar. Se é adulto, ai faz os exames tudo, se não tem nenhuma... consequência, assim, nada que precise ficar internado, é liberado.

E: Entendi. E... quais são os procedimentos realizados? No caso, qual é a medicação, ou quais são os exames que são feitos?

E9: Olha, as medicações são os... já entra com antirretroviral, medicação da pílula do dia seguinte, no caso de menina, né. Antibióticos pra prevenção de outras, da parte de hepatite, de... eu acho que é mais isso. E os exames são isso também, de HIV, de hepatite, faz o teste de gravidez quando é menina, é tudo a parte de doenças sexualmente transmissíveis né.

E: E o processo de notificação? Eu sei que tem uma fichinha... Como é que funciona esse processo?

E9: É, normalmente, nessa fichinha a gente preenche todo as características, né? Pessoa, idade, onde mora, mais ou menos... e ai a gente tem um campinho pra por como foi, mais ou menos uma historinha, né, do que aconteceu. Então normalmente a gente dá uma conversada com a pessoa, pra ver como que foi, o que aconteceu, e ai faz essa notificação.

E: É... e como você descreveria o seu trabalho aqui?

E9: No geral?

E: É, no geral, com o que você trabalha aqui... Por exemplo, você trabalha aqui na emergência ou na medicação... é mais ou menos isso.

E9: É, agora quando tem bastante gente eu fico mais aqui, na sala de urgência, mas a gente acaba... fazendo tudo. Então a gente pega aqui, na sala de urgência, que chega as coisas mais graves... também ajudo ali na medicação, que são os casos mais simples, assim, que só precisam de uma medicação, uma coleta de exames... e normalmente esses casos de abuso é mais ali na parte da medicação, não entra aqui na sala de urgência. E ali na sala amarela também, que são os pacientes internados mais graves, né... Então nos três a gente ajuda um pouquinho em tudo (risos).

E: Entendi (risos). E... é, o que facilitaria ou dificultaria o atendimento a essas pessoas?

E9: Pra essas pessoas... olha, eu acho que o que facilitaria seria se a gente tivesse, talvez, por que assim... queira ou não, a gente tenta deixar elas num ambiente mais reservado, mas a gente não tem mesmo um fluxo tão... elas ficam, as vezes, no meio, passa pelo... talvez fosse uma coisa mais rápida pra que, por que já teve um trauma, então... pra que esse atendimento seja mais agilizado, né... pra resolver logo. E dificultar, as vezes, que nem, ginecologista vai atender, eles não querem vim da maternidade até aqui. Então isso dificulta. Por que as vezes a gente tem que levar essa menina pra lá, pra ela passar por exame, ai examina e volta cá... então isso, as vezes, dificulta um pouquinho.

E: É... e pra você qual seria a importância da saúde, no atendimento dessas pessoas?

E9: Ah, eu acho que assim... a importância é de... ela já tá passando por um momento difícil, né? Então, eu acho que a parte da saúde, a gente tem que tentar, assim... fazer o máximo possível pra que ela não tenha consequências, sequelas, nem nada assim muito grave, que leve pra uma coisa pro resto da vida, né. Então... eu acho que a importância nossa é fazer tudo o mais rápido possível, pra prevenir possíveis complicações ai, né.

E: Pra pessoa... E como é que você se sente ao atender essas pessoas? Nos casos que você já atendeu...

E9: Ah... eu acho que assim, a princípio a gente fica meio, você não sabe como agir, por que você não sabe como a pessoa tá com relação aquilo. Pra abordar... que nem, a gente tem que perguntar como que foi, como... então assim, a princípio, até você vê como que a pessoa... por que tem gente que chega muito tranquila, já pegamos caso... e tem gente que é complicado, né. Então, eu acho que assim... a princípio a gente tem um receio, mas ai você vai sentindo como que a pessoa tá com relação aquilo, pra ver como é que você vai conseguir abordar, né. Mas, a princípio, eu tenho um certo receio sim de saber como... chegar, né.

E: Mas, eu não sei... qual o seu sentimento? Você sente alguma coisa? Eu sei que tem essa relação de afastamento por que... não há nenhum tipo de envolvimento com o paciente e quem tá tratando, mas... não sei, você sente alguma coisa quando vê casos assim?

E9: Ah, eu penso assim... dá um pouco de revolta, né? Por que aconteceu aquilo, principalmente quando é criança, a gente fica... como, por que... todos os casos, com certeza, uma... indignação, né, com a situação.

E: É... e você recebeu alguma formação específica pra atender pessoas que são vítimas de abuso?

E9: Não, até o momento não. É só o pessoal mesmo passa a respeito da notificação, como funciona o protocolo e tal, orienta essas questão de deixar a pessoa mais reservada e tudo... mas treinamento mesmo, não.

E: E... existe alguma forma de evitar que essa violência aconteça?

E9: Ah, eu acho que forma, é uma questão que é assim... tem formas, mas eu acho que é muito difícil ainda, por que eu acho que é muito cultural, então é acho que é uma coisa que com o tempo, talvez, o ensinamento desde criança pra que essa cultura mude e... que isso se torne uma coisa que todo mundo entenda que não é o certo, né. Mas eu acho que isso é bem difícil.

E: Mas a mudança seria mais por uma questão cultural?

E9: É.

E: E, por último... existe algum caso que ficou marcado, não sei, algo que você... quando chega alguém, você sempre lembra daquele caso, por exemplo.

E9: Olha, eu acho que por sorte, até hoje eu não peguei nada assim muito... marcante, assim, sabe? Dos casos eu acho que peguei uns dois, três casos de meninas, mas que elas chegaram muito tranquilas, não foi nada assim muito revoltante e... criança eu acho que não peguei quase nenhum, então assim... por enquanto não tive nenhum que... realmente marcou e foi impactante e você fala “Nossa, não sai da cabeça”, sabe? Não peguei nenhum caso muito absurdo, assim...

E: Era isso, E9. Obrigada.

E9: Que é isso (risos).

**ENTREVISTA 19. TEC. DE ENFERMAGEM 5 DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO. 04/07/2018, 6H34.****E: Entrevistadora; TE5: Técnico de enfermagem 5**

E: Bom dia, TE5. Você trabalha a quanto tempo aqui?

TE5: Aqui na Santa Casa eu trabalho... eu trabalhei há sete anos e meio, né. Ai sai um tempo, fiquei só na ambulância de uma outra empresa e retornei em dezembro do ano passado aqui nesse setor, de urgência e emergência.

E: Então...

TE5: Antes era clínica, era setor clínico do (inaudível). Era um setor mais... bem diferente daqui.

E: Você tá a quantos meses então no pronto socorro?

TE5: No pronto socorro, dezembro do ano passado.

E: Vai fazer um ano ainda.

TE5: É.

E: Tá. E você atua como técnica de enfermagem aqui?

TE5: Técnica de enfermagem, isso.

E: E você trabalha sempre aqui no setor da medicação...

TE5: Sempre na medicação e as vezes no... apoio, as vezes nas macas, as vezes na urgência, emergência, a gente dá uma revezada.

E: Entendi. E o que você entende por violência sexual?

TE5: Uma violência sexual é você... você... alguém cometer um ato que você não queira no momento, é uma violência. Não só fisicamente, as vezes verbal também.

E: Seria uma violência sexual dependendo da forma como a pessoa...

TE5: Exatamente. Até a forma da pessoa falar tá te... uma violência sexual pra mim.

E: É... e a partir das pessoas que já chegaram aqui, quem seriam as principais vítimas?

TE5: As pessoas que mais chegam aqui são adolescentes.

E: Mas ai chegam mais...

TE5: Mulheres.

E: Adolescentes e meninas?

TE5: Não são muitos que chegam. Pelo menos do tempo que eu vim pra cá, foram uns dois casos que eu presenciei e eu acompanhei tudo certinho.

E: É, o fluxo é mais ou menos... eu tive acesso aos dados da SSP e... de quem chega denunciando na polícia, o fluxo é mais ou menos esse, um por mês.

TE5: É... é bem pouco mesmo.

E: E... quem é que normalmente é o abusador dessa pessoa?

TE5: Os dois casos que eu tive contato, assim... foi dois indivíduos desconhecidos, que eram inclusive (inaudível).

E: Que eram?

TE5: Morador de rua.

E: Ah.

TE5: Que (inaudível), não sabe daonde veio, tudo o mais... a menina que relatou, bem consciente, assim... ela tava saindo do curso, na verdade, e esses dois indivíduos abordou ela e acabou cometendo um... a violência sexual mesmo. E o outro caso... não consigo recordar se foi tio, parente... eu acho que foi parente, também e acabou contando pra mãe, quando a mãe chegou...

E: E era uma criança?

TE5: Era uma adolescente também.

E: Ah tá. E... você so atendeu dois até agora, mas você tem ideia de quantos chegam? Fora os que chegam no seu plantão?

TE5: Olha, não é muito não. Por que... o pessoal acaba passando o plantão pra gente, ai a gente acaba sabendo mais ou menos por cima. Mas o tempo que eu tô aqui, acho que foi esses dois casos mesmo.

Ninguém comentou ou se teve, as pessoas não comentaram, se teve outro caso, assim, de estupro, não...

E: E quais seriam as possíveis causas pra essa violência?

TE5: As causas...

E: O que levaria ela a acontecer...



TE5: É, assim... os cuidados, no caso, eu acho que os dois casos, eu achei... o último agora, por que os dois suspeitos eram morador de rua, ela na verdade era pra tá dentro do curso e ela não estava. Ela tava fora com as amigas... as amigas foram embora e ela retornou sozinha, como se estivesse saindo do curso pros pais buscar ela. Na verdade, nesse percurso todo ela foi sozinha... então, talvez, se tivesse dentro da sala de aula, talvez... talvez não, ia acabar não acontecendo.

E: E no caso da criança?

TE5: No caso da criança, é... se eu não me engano, eu não sei ao certo assim, por que a gente pegou só a parte da medicação mesmo e tal, mas na conversa a gente acabou não pegando tudo, mas provavelmente ficou olhando enquanto a mãe tava ausente, deixava lá um tempo brincando, mas não tinha criança nem adolescente da faixa etária dessa moça. Então, assim, já vinha de um tempo já, não foi uma primeira vez.

E: Então era uma situação mais de vulnerabilidade?

TE5: Isso. Total. Medo... que ameaçava e tudo o mais...

E: E as consequências dessa violência, quais seriam? Pensando não só o psicológico, mas o físico...

TE5: Ah, o físico é... o psicológico não, você nem tem o que falar, né. A criança, o adolescente mesmo fica... fisicamente é... as partes íntimas, machuca mesmo. As vezes pega uma adolescente que é até virgem, nunca se relacionou e acaba cometendo o ato, imagina, com duas pessoas... ao mesmo tempo. As vezes chega sangrando pra gente... a gente que já entrar com o curativo, conversar... “não, tá tudo bem”, mas fica em choque... é complicado.

E: E seria possível evitar que essa violência aconteça? Alguma forma de prevenir?

TE5: Uma forma de prevenir... não tem uma receita, mas o que eu penso é: evitar, a gente sempre fala, os pais, nós, fala “Evita falar com estranho. Evita não mentir. Para de mentir. Se não vai pra escola, não tá afim de ir pra escola, liga pro pai ou a mãe vem te buscar”, essas coisas evitam muito. Que a mentira em si, os pais sabe aonde tá, aonde que passou. Não mudar o percurso... sabe? Eu acho que isso aí é muito importante também, os pais ser muito amigo também dos filhos... principalmente de adolescente que é uma faixa etária que quer... achar que é mocinho, já entende, já “ah, to fazendo cursinho. Já sei o que eu quero da vida” e não é bem assim. E são tudo criança... você vê, quando chegam aqui você vê que são crianças de 15, 13, 14 anos, mas você vê que não sabe de nada... ai vem, chora, mas ai já foi. Então, se falar a verdade, talvez, pro pais... acontece uma vez. Já vê onde tem aquela maldade, os pais conversar bastante com os filhos, mas eles saber aquela maldade, ah “olha, tá olhando estranho pra mim, mãe. Esse tio tá olhando estranho pra mim”. Então já... já dá uma barreira, já evita bastante coisa. Eu acho... que evita. Eu falo, por que eu também tenho filhos pequeno e eu converso com eles, eu falo, falo bastante “olha, vê coisa”, minha filha tem 7 anos de idade, eu já falo com ela, a respeito. “Olha, ninguém pode mexer na sua calcinha, filha. Ninguém pode te ver trocando de roupa. Ó, filha, quem pode é a mamãe, nem o seu pai pode mais. Você sabia? O seu pai não pode dar banho e enxugar você, só a mamãe. Por que a gente é menina”. Eu explico assim pra ela. Por que, infelizmente, o mundo hoje em dia tá... você tem que já dizer de pequenininho já, a realidade da vida, do mundão fora... não tem jeito, né.

E: Entendi... e como é que funciona o atendimento a essas pessoas que chegam aqui?

TE5: Ah, assim, normalmente já chega com a policial feminina, vem um policial masculino. As vezes não também, as vezes demora um pouquinho, as vezes vem dois policial feminino, conversa com a família... juntamente com a família da vítima. Isso menina, ou vice-versa. Ai conversa bastante, ai o médico passa... é, vem conversa com a mãe, conversa o que aconteceu... ai o médico já pede no sistema todos os exames que ele quer que colhe, os... os medicamentos que é pra entrar já, com algum tipo de medicamento, coquetel... pra já buscar na farmácia, a gente para assim, fica uma turma, um pessoal que já tão sendo atendido e uma só, normalmente, eles já pegam, ou eu ou outro funcionário, pra ficar só na sala individual com essa...

E: Ah, então ela não toma a medicação aqui?

TE5: Não, ela fica assim, mais... isolada, pra não ficar com medo, tá chorando... policial perto, as vezes tem gente que pergunta, então a gente quer evitar ao máximo que as pessoas ficam perguntando, o que aconteceu e tal... então a gente põe normalmente nessa sala aqui, que é oftalmo, que é um horário... normalmente nesses horários não tem mais oftalmo atendendo, mesmo se tiver a gente põe em outro consultório, nunca põe junto. Nunca põe.

E: E... quais são os procedimentos? Você sabe quais são os procedimentos que são realizados?

TE5: Os procedimentos que normalmente pede são exames de sangue, laboratoriais, né. Exame de sangue eles pedem completo, entra com coquetel já, de medicamentos... e se for menina, normalmente já vai pra maternidade, as vezes... por que acontece da menina tá atrasada, menstruação atrasada, a gente fica meio em dúvida, fica meio em dúvida, aí o médico prefere que leve pra maternidade. Que foi a última que aconteceu agora... ela já tinha namoradinho, já. Então... aí tava atrasada, não sabia... e ficou aquela coisa, aí a gente mandou pra maternidade. Só que aí veio um moço da prefeitura, vem de carro, busca nós duas, leva ela até lá, passa o plantão junto com a mãe dela, familiar, passa o plantão lá, explica o que aconteceu, fica lá em observação... nisso eu volto, retorno normalmente como eu tô aqui.

E: E ela continua lá?

TE5: Ela fica lá junto com a mãe.

E: E de lá ela é encaminhada pra outro local?

TE5: Não, ela fica lá. Ela fica lá e... por que aí entra assim, suspeita de gravidez, né... aí aguarda os exames tudo lá. As vezes os exames dão uma coisa, o resultado dá negativo... tudo lá e depois libera.

E: Entendi. E... como é que é o seu trabalho aqui? O que você faz? Você trabalha só na medicação? Você falou que trabalha majoritariamente na medicação, mas você trabalha em outros setores... ou você trabalha só aqui?

TE5: Só aqui. Só que nós da Santa Casa, é, a gente trabalha... é pra Santa Casa. Eu sou contratada pra esse setor, só que se tiver um desfalque muito grande, no setor clínico... a gente tem que disponibilizar pra poder ir e ajudar esse setor também. Então a gente não é do setor, é da Santa Casa. Por que a Santa Casa, de repente, sei lá, na maternidade, “ah, tá faltando muita gente” e aqui estiver mais tranquilo, é um pouco difícil, mas pode acontecer, e a gente poder dar um apoio, a gente vai pra lá e aonde precisar... Não tem essa...

E: Entendi. É... e o que facilita ou dificulta você atender essas pessoas? O que... não sei, o que tem aqui no ambiente da Santa Casa que facilita ou algo que atrapalhe você atender? Por exemplo, não tem... mais de uma pessoa relatou que não tem uma sala específica pra essa pessoa ficar, você tem vê uma sala que tá vazia...

TE5: Exatamente. Tem que ver, por que o que acontece, depende do horário... não aconteceu comigo, mas... pega o horário de pico, o horário que tá lotado, suturando, toda a sala fazendo eletrocardiograma, você vai por essa criança onde? Esse adolescente ou essa vítima onde? E, querendo ou não, as pessoas são curiosas... as pessoas querem saber, tem gente que fica perguntando, quer saber, acompanha... então a gente tenta preservar essa, esse cliente no... sabe, o máximo assim, por que é difícil... a gente se põe no lugar da pessoa. Agora... fácil, assim, eu acho que... eu, pensando pro lado de mulher, que eu atendi os dois casos foi mulheres, o fato de ser mulher, acho que a adolescente se abre mais, assim, sabe? É diferente. Tanto que quando chega policial feminina, ela já fica diferente. Ela fica menos... né? Desinibida, assim...

E: Fica mais tranquila, né?

TE5: É... bem mais. Eu acho que é a parte mais fácil. E a gente vai conversando, vai se entendendo... mostrando que ela não foi a única. Que ela fez certo, tem que correr atrás, denunciar, isso mesmo. Então ela sabendo, vai pegando confiança. Eu acho que é a parte mais...

E: Mais fácil né?

TE5: É, mais fácil.

E: A dificuldade é mais ou local?

TE5: O local mesmo, infelizmente. A gente dá um jeitinho, mas as vezes... pode ser que não aconteceu comigo, mas pode ser que aconteça aqui de...

E: De não ter o lugar?

TE5: De não ter, dependendo do horário, né?

E: E... qual seria a importância, qual é a importância do serviço de saúde no atendimento pra essas vítimas de abuso?

TE5: A importância é que, exatamente, a gente medica, né? A gente que já entra com o medicamento, a gente que colhe o sangue, já vai pro laboratório, já entra no laboratório de urgência, então assim... a parte de enfermagem, assim, é essencial. Pra que... corra tudo no protocolo certinho. E também, querendo ou não, a parte psicológica, por que a gente também entra nessa parte também... de conversar, de “ô, vai tomar remédio pra isso, por causa disso, disso e disso”. Explicar certinho, do nosso jeitinho,

pra que a adolescente entenda, né. É difícil, mas a gente tem que explicar. Mas é... eu acho muito importante a enfermagem...

E: Como um todo pra... atender essa pessoa?

TE5: Pra atender, tudo. Tudo, tudo. Até psicologicamente, se a gente puder ajudar.

E: E... como você se sente ao atender essas vítimas? Enquanto profissional? Você... o que você sente?

TE5: Como profissional...

E: É, não só como profissional, mas como pessoa. Por que não tem como você fazer uma separação...

TE5: É, uma separação, não tem como. Eu me sinto assim, puxa vida, né? É uma mocinha, igual minha filha, tá saindo do cursinho também. E ai, se fosse minha filha? Então a gente se põe no lugar da mãe, se põe... então a gente tenta ter uma cabeça em ordem, pra gente também não, “não vão atrás”, por que a gente fica com vontade mesmo. Passa na cabeça, “meu deus, como é que é esse andarilho, quem é que esse...” Não, a gente tenta não botar pilha na coisa, né? Tentar acalmar a menina, que o importante é ela entrou pra gente, é paciente. A gente tem que esquecer um pouco o que aconteceu e fazer o nosso trabalho, que é medicar, que é acalmar, que é explicar... né? Mas, é difícil, eu passo com quem...

E: Querendo ou não você acaba, pode não ser na hora, mas você pode sentir, pensar em alguma coisa...

TE5: Exatamente. Pode acontecer com a gente também, da gente tá saindo, nossa... mulher. Nem uma criança, um menino, a gente dá um... passa na cabeça, um filme, assim... nossa, mas por que, né? O mundo tá muito cruel, né. Mas, infelizmente, estamos propícios, né?

E: Infelizmente. E... você sabe como se realiza a notificação dos casos que são atendidos aqui?

TE5: Ai já mais ou menos, é mais com a enfermeira chefe do setor. Elas tem uma pasta, um protocolo que elas seguem, que elas assinam, faz um... assino todos os... os tópicos lá, que tem que fazer... parte por parte. Eu não sei te dizer como que é, mas elas tem uma pasta lá, uma folha que elas tem que fazer a notificação.

E: Das pessoas que eu já entrevistei, também não é todo mundo que sabe como é que funciona, por que é bem específico, né? O papel...

TE5: Anram. É.

E: E você recebeu alguma formação específica pra atender essas pessoas? Não a sua formação enquanto técnica, mas uma formação, uma palestra, alguma coisa da Santa Casa pra atender as pessoas que são vítimas de abuso...

TE5: Não, não.

E: Nenhum? Até agora que você tá aqui no pronto socorro?

TE5: Não.

E: E... existe algum caso que, no caso esses dois, que ficou marcado pra você? Ou que, não sei, você lembra assim...

TE5: Ah, ficou bastante. Dessa mocinha que veio, saiu da escola, do cursinho, né? Ela se machucou, toda roxinha, teve várias marcas no corpo... eu me choquei, assim...

E: A adolescente que estava saindo do cursinho?

TE5: Unrum.

E: Eu acho que é isso, então (risos).

TE5: É isso? (risos)

E: Obrigada!

**ENTREVISTA 20. ENFERMEIRA 10 DA PRIMEIRA INSTITUIÇÃO. 04/07/2018, 8H16.****E: Entrevistadora; E10: Enfermeira(o) 10.**

E: Bom dia! Há quanto tempo você trabalha aqui?

E10: Aqui, três meses.

E: No pronto socorro?

E10: No pronto socorro.

E: E qual é a sua formação?

E10: Eu sou enfermeira.

E: Você trabalha como enfermeira... E o que você entende por violência sexual? O que seria violência sexual pra você?

E10: Violência sexual eu entendo como qualquer tipo de abuso, mesmo que ele não seja... como ato sexual... pode ser com objeto, pode ser alguma coisa direcionada ao órgão sexual, seja vaginal, seja anal, seja... ou até mesmo oral. Isso causa algum trauma na pessoa, mesmo que ele não seja manifestado na forma direta, né... que ele pode ser, tipo, descoberto por terceiros e isso chega até nós de alguma forma. Então, eu entendo dessa forma uma violência sexual propriamente dita.

E: E a partir do que você sabe sobre violência sexual, quem são as principais vítimas? Quem é mais acometido pela violência?

E10: Ah, atualmente eu acho que tá geral. Você tem a violência sexual que você não conhece, tipo, a mulher ou o homem mesmo pode sofrer um abuso andando na rua, um desconhecido vem e aborda, leva pra algum lugar. Você tem familiares, pessoas muito próximas que abusam de idosos, de crianças, né... de filhos que já não são tão crianças, já estão numa idade mais avançada... mas eu vejo que hoje em dia, do pouco que se escuta na mídia, não existe mais uma faixa etária. Infelizmente, chegou num ponto que isso acontece até entre marido e mulher. Desde que o momento não seja respeitado como sendo da sua própria vontade, ele acaba se tornando uma violência sexual.

E: E você só atendeu um caso até agora?

E10: Até agora só esse. Só um caso que era uma investigação... não era um caso de chegar de falando “foi evidenciado mesmo”, algo mais grave... ou uma pessoa tivesse falado “olha, eu sofri um abuso”, que era uma criança de dois anos.

E: Nossa... e tem mais ou menos quanto tempo esse caso?

E10: Tem uns dois meses.

E: E tinha alguma suspeita de quem era o agressor? Ou você tem uma ideia de quem são os principais agressores dessas pessoas?

E10: Olha, não tem como eu falar principal por que a mãe falou que as únicas pessoas que tinham contato com a criança, era a família do pai, quando ela ia pra casa do pai, que seria avô e pai, por isso. (interrupção)

E: (troca de sala para realização da entrevista)

E10: Inclusive a própria mãe não tava acreditando que pudesse, por que quem fez a denúncia foi tipo a... a pessoa que trabalhava na escola, que verificou o sangramento atípico em região vaginal da menina. Ai a desculpa que a mãe deu naquele dia, quando ela apresentou a carta, por que a menina era receitada. Então ela nem tava associando uma coisa com a outra... e a mãe era muito jovem, se a mãe tivesse 20 anos, era muito.

E: Entendi. Mas, fora esse caso específico, no que você vê na mídia, por exemplo, você tem uma ideia de quem seria o agressor?

E10: Não, não consigo imaginar... Por que foi pouca informação. E como a criança não fala, fica mais difícil ainda...

E: E... quais seriam as possíveis causas dessa violência? Pensando como um todo, não só pra criança, mas na violência sexual como um todo.

E10: Olha... eu acho que toda... assim, essa é a minha visão. Toda pessoa que ela pratica um ato desse, ela tem algum distúrbio psicológico, mesmo que ele não seja reconhecido a nível social. Ele pode ter... ser uma pessoa boazinha, ele pode trabalhar, pode ser uma pessoa normal pra sociedade, mas ele tem algum tipo de distúrbio, onde ele encontre... é... prazer em alguma situação atípica. Por que relacionamento, um marido que pega uma esposa a força, ele tem um sentimento de posse muito grande... e eu considero isso um distúrbio, não respeitar o próximo. Mesma coisa um estuprador, mesma

coisa. E na questão pai, avô, tio... na minha concepção é inadmissível, mas na da pessoa que tá praticando não, então tem a E10... aquela percepção generalizada, né? Que todo mundo fala “ah, mas tem que matar o estuprador”, mas por outro lado eles precisam de tratamento.

E: Unrum... e as consequências dessa violência, quais seriam?

E10: Eu já sofri. Não propriamente um abuso completo... então eu falo que as consequências são muito difíceis, principalmente por que eu era criança. Então você passa por medo de contar pra mãe, ah... medo... você... eu falo que pela faixa etária, você fica muito triste, você fica chocado. Por que quem era pra você confiar, seu mundo cai... você não tem. E aí pra uma criança, a fase até ela conseguir diluir isso e superar, é muito difícil. Se consegue com apoio, sozinho? Não consegue, tá? Precisa realmente de um apoio maior. Ahn... eu não tive. (interrupção) Assim, eu não tive, então até hoje algumas coisas relacionadas ao meu relacionamento hoje, eu sofro por algo que eu tive no passado, que me bloqueia, que não é tão bom ou tão natural como deveria ser. Inclusive os medos que você tem que com os seus filhos... você passa a não confiar mais nas pessoas. Então eu tenho muita dó de quem passa por um processo desse... eu falo que graças a deus tem que pessoas que eu vejo que ficam muito piores do que eu fiquei, mas eu vejo que... é muito triste, é dolorido. Mesmo você tendo sofrido uma agressão, você mesmo se... não é que você se pune, mas você busca os porquês que você não encontra. Então eu tenho muita dó de quem passa por um... por uma agressão em qualquer faixa etária. Mesmo, sei lá, dois anos de idade, não vai lembrar de muita coisa, mas vai traumatizar ela pro resto da vida, vai causar sérios problemas pra essa criança. Um idoso... já viveu demais? Poxa, um idoso que não fala, mal sai da cama... como que ele lida com isso no fim da vida? Como ele que não consegue se expressar lida com isso? Então, eu tenho essa concepção e eu morro de pena das pessoas que passam por algum tipo de abuso.

E: É... obrigada por se abrir comigo! E você acha que existe alguma forma de evitar essa violência? De prevenir, que ela não aconteça?

E10: Olha, a prevenção eu acho difícil. Por que? Dificilmente você tem os agressores tendo consciência da doença deles, entre aspas, né... desse distúrbio psíquico, e procurando ajuda. Se você tiver... eu não acho, deve ser muito pequena as pessoas que procuram e falam “olha, eu tenho um distúrbio que eu sinto prazer em X”, você não encontra. Dificilmente você vai encontrar um estuprador, ah... confesso que fale “eu me arrependo do que eu fiz”. Então eu acho muito difícil de conseguir. Eu falo que os pais podem ficar mais atentos ao que tá acontecendo ao seu redor, isso com relação a idosos e os filhos, aliás, com crianças e os filhos com os idosos. Quem você contrata como cuidador?! Se tá num abrigo, se tá acontecendo alguma coisa diferente... por que mesmo sem falar, os olhos entregam. Então você consegue ver quando um idoso tá desesperado através do olhar, quando ele não quer escutar a voz de uma pessoa. Mesma coisa é criança, quando ela se distancia muito de uma pessoa, quando ela não quer, quando ela chora... são alguns sinais de que alguma coisa tá acontecendo. Pode ser que você não consiga, ahn... como é que eu vou falar? Você pode não conseguir que aconteça um primeiro, mas você consegue evitar que continue acontecendo, entendeu? Por que o primeiro contato ou os primeiros contatos, dificilmente você vai conseguir chegar em quem tá praticando, logo de cara, mas daí a continuidade, a impunidade, são coisas completamente diferentes.

E: Unrum... e no caso dos adultos? Teria... não teria alguma forma então? Pensando nesse sentido, de quando a pessoa tem esse... esse distúrbio, ela não procura ajuda... No caso de um desconhecido...

E10: Não, na verdade a vítima pode tá denunciando, pode tá fazendo esse tipo de... né, faz um boletim de ocorrência tal. Mas eu acho que a pessoa que pratica, dificilmente...

E: E E10, como é que funciona o atendimento aqui? Como é que funciona o fluxograma de atendimento das pessoas que chegam aqui?

E10: Olha, eu nunca peguei. O que disseram é que é pra gente ser o mais discreto possível, tá? Na hora da classificação, fazer uma classificação diferenciada. E manter toda a privacidade do que tá acontecendo, inclusive com o médico. Então, por enquanto, não tem uma sala específica pra vítima de abuso... como o pronto socorro tá em reforma, vai ter uma sala específica, a gente vai tá avisando esse médico, a gente avisa o pessoal da cirurgia geral. Então a gente tria, né, classifica, não manda de novo lá fora, avisa o pessoal da cirurgia geral e vai colocar essa pessoa num local diferenciado, e vai tentar agilizar todo o atendimento na questão da prevenção de DST's e tal, pra tá entrando o mais rápido possível com os protocolos, mesmo que não tenha sido ainda concluído que... que aconteceu ou não. Isso pra preservar a saúde dessa pessoa que chegou. Mas, é... ainda não tem esse local específico, como você pode ver...

E: Mas fora esse local, como é que funciona o atendimento?

E10: Passa na triagem normal, vai passar na classificação de risco, aí a gente já chama o profissional, né, o médico... e aí já vai pro atendimento.

E: Certo.

E10: Aí ele avalia, pede os exames. Aí, eu só não tenho acesso, não tenho a informação, se já entra com o atendimento psicológico... embora eu sei que existe psicólogo de plantão no hospital. Então, eu imagino que a partir do momento que realmente fale “foi”, que a gente vai ter essa liberdade de tá acionando o psicólogo, mas eu ainda não tive nenhum caso pra confirmar. Se por acaso acontece, aí eu já peço a informação pra minha coordenadora, pra alguém que tá aqui a mais tempo.

E: Tá bom... e você sabe dizer quais são os procedimentos que são realizados ou como você não teve acesso você não...

E10: Não, eu não sei. Eu não sei qual que é o protocolo, né, alguns mais graves a gente sabe que o pessoal já entra com... ah, faz o teste de HIV, essas coisas, mas rotina eu sei que o pessoal faz, quando já é uma coisa mais evidenciada, não quando é que nem no caso dessa menininha que era só uma investigação, ainda. Quando a pessoa fala “sou, fui vítima”, então alguns médicos já entram já com algum tipo de protocolo, já, com medicação. Mas ainda não peguei nenhum, não posso falar coisa errada (risos).

E: (risos) Não tem nada errado aqui. É... e como é que funciona o seu trabalho aqui na Santa Casa? Pensando em como você atua... é só na sala amarela ou você fica...

E10: Não, não. Eu atuo... na classificação de risco eu fico só no horário de almoço, então eu cubro o horário de almoço do pessoal da classificação de risco. Então eu fico lá normalmente uma hora, aí eu fico na triagem... eu fico tanto na sala amarela, que são a parte de semi intensiva, tá? São pacientes que são estabilizados na sala de urgência, depois vem pra mim até aparecer uma vaga de UTI, ou quando sai vaga acrosa a gente manda esse paciente pra um hospital de destino onde vai ter suporte... Fico no apoio, que é o corredor, onde chegam as SAMUS, as macas, né... Quem tá no corredor, pega essa parte toda de medicação, atendimento, então aí você faz todo o acompanhamento de... raio-x, exames laboratoriais, vê se o médico já vai ficar com o paciente, se vai internar, se não vai... se vai só medicar e vai pra casa... esse trâmite todo eu faço. E o horário de almoço da sala de urgência, vermelha, eu cubro também, é uma hora de sala de urgência.

E: Tá... então você fica em vários locais, aqui no pronto socorro.

E10: Isso. No pronto socorro. Eu fico em todos no pronto socorro.

E: E... é, você já falou um pouco sobre isso, mas o que facilita ou dificulta você atender essa pessoa, aqui na Santa Casa?

E10: Esse tipo de vítima?

E: Isso.

E10: Eu acho que mais a minha inexperiência, por que não peguei nenhum caso que teve alguma continuidade maior. Como naquele do plantão... eu estava no setor fechado, eu estava no amarelo, estava cobrindo horário de almoço. Então naquele dia me limitou só a triar e todo o restante ficaria a responsabilidade pro apoio. Então a gente pega, tria, avisa o enfermeiro do apoio, ele vai dar esse fluxo todo. Naquele dia eu só triei e fui pra sala amarela, então não acompanhei o desfecho, né, da situação. Se eu estivesse no apoio, aí naquele dia a hora que me passasse essa responsabilidade, eu já iria me informar melhor e iria tomar todos os... todo o trâmite, aprender como lidar com uma situação dessa.

E: Mas além disso, você tinha comentando sobre a falta de um local mais fechado. Isso seria uma dificuldade também?

E10: Na verdade não é uma dificuldade, é uma preocupação da instituição em atender essa vítima com... mantendo a privacidade dela, tá? Por que a gente sabe que esse tipo de vítima, bem ou mal, ela fica muito exposta. Não somente, ahn... aos profissionais da área da saúde que esse tipo de coisa se alastra, como quem tá esperando atendimento. Como tem muita gente aqui fora e as vezes demora um pouquinho, até o resultado do exame ficar pronto, eles ficam três horas aguardando. Ele vão conversando, “o que você tá fazendo aqui?”. E aí, as vezes, a pessoa que tá aguardando atendimento, acaba falando, “ah, aconteceu isso comigo”, aí vira tipo... né, um comentário e acaba sendo constrangedor pra pessoa que tá aguardando atendimento. As vezes nem tão, dependendo, a vítima, que as vezes quem tá comentando nem é a vítima, pode ser um parente que tá indignado com a situação, alguma coisa assim. Então a preocupação é da instituição em manter a privacidade dessa pessoa, não

deixar ela em contato, pra esse tipo de situação não acontecer... né, então é uma preocupação da instituição. Eu, por enquanto, até onde eu sei, os índices aqui são baixos, de... de violência, que chega. Pelo menos durante o dia são baixos, eu não sei a noite como é.

E: Denúncia, sobre esse dado... denúncia junto a polícia, a média é mais ou menos, uma por mês. Tem mês que tem mais, tem mês que não tem nenhuma, mas é uma por mês, mais ou menos.

E10: Então é bem baixa mesmo, né?

E: É. E... qual a importância do serviço de saúde pra atender essa vítima? Pra você, na sua concepção, qual a importância?

E10: Ah, eu acho extremamente importante. Não só na parte da saúde dela, tá? Na prevenção de doenças, mas, como a gente fala mesmo, em equipe multidisciplinar, você tá falando de psicólogo, de terapeuta, você tá falando de cirurgião em alguns casos, que precisam de uma cirurgia plástica, ou precisam de um procedimento pra salvar a vida dessa pessoa... por que aqui nessa instituição eu não vi, mas eu já vi em outra instituição que eu trabalhei, uma criança que chegou com... abdômen agudo, por conta de uma violência sexual. Ele era abusado e não falava por que era uma criança, quando o médico avaliou, ele chamou a família e falou “isso aqui é um abuso”. Então é de extrema importância pra vida do... do paciente, na verdade, dessa pessoa que sofre o abuso. Não somente então... é uma equipe toda trabalhando pra essa pessoa. Então você trata o físico, depois você vai tratar o emocional, as consequências que isso vai acarretar pra essa pessoa pro resto da vida. Ele precisa desse suporte. E uma vez que ele foi procurar o... a saúde, se você souber direcionar bem, ele vai ser bem apoiado, em todos os sentidos. Ele vai ter o apoio de psicólogo fora daqui, ele vai ter encaminhamentos... ele não vai ser simplesmente abandonado. Teve apoio só aqui... ele vai sair por que ele sabe que ai fora é mais lento pra você conseguir um acompanhamento com psicólogo, mas a gente consegue agilizar algumas coisas... desde que você venha no atendimento médico. Então facilita muito.

E: E, enquanto profissional, como é que você se sente ao atender essas vítimas?

E10: Olha... a gente se sente... a gente acaba sentindo a fragilidade da vítima junto. Por que... você também não tá aqui pra julgar a situação, você tá aqui pra fazer o que você pode pra melhorar a qualidade de vida dela. E você sabe que desde um toque na mão, até... essa não exposição, vai fazer toda a diferença. Então, não tem como a gente falar assim... tem gente que fala “ah, eu sinto raiva”... não é nem raiva, a gente se sente fragilizado junto. A gente vê o quanto isso pode acontecer com qualquer um, então todo mundo tá, assim, é... muito vulnerável a uma situação dessa. Ninguém mais tá seguro, infelizmente... tá seguro na sociedade. Infelizmente não tá.

E: Infelizmente mesmo... E você sabe... você nunca atendeu, mas você mais ou menos como se realiza o processo de notificação?

E10: Só um minutinho... Não, eu tô olhando por que eu tenho reunião às 8:00. Não, o processo de notificação eu sei. Por que a parte de notificações em geral, é feita por nós enfermeiros do pronto socorro. Então todo tipo de notificação pode ser feito por nós. Tem uma pasta, aqui na sala de medicação, no apoio, que a gente tem que notificar a vigilância epidemiológica, né. Então quando tem uma vítima de abuso, existe lá uma folha que a gente vai preencher. Junto dela tem os exames que foram colhidos, os resultados que saem mais rápido, a gente consegue tá colocando, né, já que normalmente a gente encaminha pra SCIH e eles que vão, depois, encaminhar pra vigilância. Então essa ficha, ela é muito fácil o acesso dela... a gente, quanto mais rápido a gente preencher e agilizar também, é melhor pra dar continuidade no atendimento da pessoa fora daqui.

E: Entendi... é... e você chegou a receber alguma formação específica pra atender esse tipo de vítima?

E10: Não. Formação específica pra abuso, não. Na graduação a gente teve uma aula sobre abuso, mas nada muito assim... uma disciplina toda, isso não.

E: Tá. E... e existe algum caso que você... eu sei que você falou que aqui na Santa Casa só teve um que você viu, mas ao longo da sua trajetória como um todo, como enfermeira, existe algum caso que você sempre lembra dele quando chega alguém novo?

E10: Não, esse que eu vi em Porto Ferreira, dessa criança de 9 anos, me marcou muito. Por que ai, envolveu mais pessoas... então essa que eu comentei que tava com abdômen agudo já. Então ai... por que depois ele ficou hospitalizado, precisou de... (interrupção, pessoa entra e sai da sala). Ele precisou interromper o trânsito intestinal, ficou com bolsa de colostomia... ai veio assistente social... ai a assistente social do hospital fez (inaudível), veio o... como é que é o nome? De quem cuida... o conselho

tutelar veio. Então assim, era uma criança de 9 anos recebendo a visita de pessoas estranhas, que tinha que tocar nesse assunto de alguma forma, sem lembrar ele o tempo todo....

E: É bem difícil.

E10: E a gente ficou sabendo do contexto todo, e depois eu vi ele depois de seis meses, voltando pra fazer a cirurgia pra religar o intestino... então eu tive um contato um pouco maior. Sempre vou me lembrar dessa história. Principalmente pelo olhinho dele, era uma criança extremamente educada, era uma criança que você via que ele era inocente... não era aquela criança de 9 anos que você fala assim, mais esperto, mais safo, entendeu? Não, ele morava no sítio, confiava na pessoa... a família confiava na pessoa. Então eu vi, assim, eu fiquei bastante... fiquei triste por ele. Foi uma que realmente me chocou bastante... e não teve resolução até hoje.

E: Era isso, E10. Obrigada.



**ENTREVISTA 21. ENFERMEIRO 11 DA PRIMEIRA INSTITUIÇÃO. 06/07/2018, 9H51.****E: Entrevistadora; E11: Enfermeira(o) 11.**

E: Bom dia, E11. Há quanto tempo você trabalha aqui na Santa Casa?

E11: 5 anos.

E: Você trabalha em que cargo?

E11: Como enfermeiro padrão.

E: Você é formado em enfermagem?

E11: Isso, formado em enfermagem.

E: É, E11. O que você entende por violência sexual?

E11: Bom, seria... uma questão abusiva, né? Uma violência com termos de agressão... tanto físico, como emocional, como mental.

E: É... e na sua percepção, a partir dos atendimentos que você faz aqui na Santa Casa, quem seriam as principais vítimas?

E11: A principais vítimas (são) mulheres e crianças.

E: Seriam principalmente mulheres e crianças, é isso?

E11: Isso.

E: E você saberia dizer quem é o principal agressor?

E11: Na maioria das vezes seriam, é, pessoas próximas... como acontece com padrastos, né, cunhados, irmãos ou... adultos já não... já foge um pouco do padrão. Seria mais em termos de pessoas conhecidas.

E: Quando é criança ou quando é adulto também?

E11: Não, ai já é... ai já diverge. Quando é criança, sempre é alguém conhecido, quando adulto não.

E: Ai varia mais?

E11: Varia mais, é mais variante.

E: Ai tem desconhecidos e conhecidos, depende do caso?

E11: Sim, é muito relativo.

E: É... e você tem ideia de quantos casos chegam em média aqui? Ou você já atendeu, não sei, por mês, você atende um caso?

E11: Ah, é bem esporádico. Tem períodos que é bastante, mas tem alguns que não. Bastante que eu digo é um ou dois, querendo ou não, foge do padrão, pra acontecer... Mas tem mês também que não ocorre.

E: Você não atende nenhum?

E11: Não, mas também, as vezes, vem encaminhado de alguma instituição, que já é feito uma notificação lá. Então assim... a gente não notifica mas, querendo ou não, a gente acaba atendendo também.

E: Unrum. As vezes vem da UPA, né?

E11: Isso.

E: É por que uma das enfermeiras explicou que quando passa pela UPA, é a UPA que faz a notificação.

E11: Que faz a notificação... a gente só faz o atendimento.

E: Entendi. E... é sempre isso? Ou só quando vem da UPA?

E11: Não, as vezes vem direto pra cá, né? Ai a notificação quem faz somos nós.

E: E... quais seriam as possíveis causas dessa violência? O que faria ela acontecer?

E11: Pra mim é... psicossocial, psicológico... (risos), a pessoa que tem um certo transtorno, né? Igual da outra vez que eu tinha falado pra você, pelo o que a gente acompanha... de três pessoas, duas tem problemas psiquiátrico. Então eu acho que acontece muito devido a isso.

E: Independente de ser com caso de criança ou casos de adultos? Normalmente, quando chega aqui, é relatado que o agressor tinha algum problema, ou você nota isso...?

E11: Não, na verdade, o agressor a gente acaba nunca conhecendo, né? Sempre quem vem é alguém que tá próximo da pessoa, que vem junto, ou não, mas o agressor a gente acaba, assim, não tendo um contato.

E: Mas a pessoa que vem junto, ela relata?

E11: Relata, isso.

E: Tá... e quais seriam as consequências dessa violência?

E11: Em termos do... pro paciente? Pra pessoa?

E: É, pro paciente.

E11: Ah, é bem drástica, né? Eu acho que... inicialmente, do início até futuramente da... da vida. Pra criança eu acredito que seja pior ainda, né, e pra adulto pra você conseguir carregar isso, no sentido de “por que? O que eu fiz?” esse tipo de coisa...

E: E pensando em termos psicológicos tem essa questão, mas e em termos físicos? Quais seriam as consequências pro corpo físico?

E11: Ah... diferencia bastante. Você pode ter problemas com relação a saúde, né... devido a isso que entra com o protocolo, com essa referência, pra não ter nenhum agravante, quando a gente consegue pegar no primeiro ato, ne, que seria um acontecimento imediato. Mas tem casos também que chegam aqui que é depois de 15, 20 dias. Então já não consegue mais fazer... algo específico pra isso, né? Então é... contar muito com a sorte, ne, e com (inaudível) ai...

E: E como seria possível evitar que essa violência ocorresse? É possível evitar que ela ocorra?

E11: Eu acredito que não, né... por que, por todos esses tipos de campanhas que são realizadas, incentivos e... continua chegando, ne, é um pouco difícil. É difícil entender a mente humana, né. As pessoas são um pouco complicadas (risos).

E: E... você acredita que... que então não tem como, não haveria um meio efetivo de evitar que essa violência...

E11: Eu acho que haveria meios efetivos a partir do momento das pessoas, assim, de quem elas conhecem, como conhecem, né... por sempre ser pessoas próximas, só que é uma questão que não é sempre que você conhece a pessoa da forma que você pensa. As pessoas vivem dessa forma. Hoje em dia casa em uma semana e vão morar junto... então é complicado dizer, com essa referência, por que cada um tem uma concepção né...

E: Então, pensando assim, seria melhor... como é que eu posso dizer? A pessoa ter mais cuidado na forma como se ela se relaciona?

E11: Com certeza. Sim, e de como é feita uma abordagem, né.

E: Um adulto ou pensando num adulto responsável por uma criança...

E11: Nos dois.

E: Nos dois casos?

E11: Com certeza.

E: É... e como é que se estrutura, como funciona o atendimento aqui na Santa Casa? No pronto socorro...

E11: Quando a... a criança ou o adulto chega, a gente isola ela em algum local específico, né? E vai dar um primeiro atendimento. O médico vai conversar, explicar a situação... e nós chamamos a psicóloga. Ai a psicóloga faz todo o acompanhamento junto com a gente. Em casos de crianças também precisa da assistente social, de tá junto, pra poder dar encaminhamento posterior. A gente faz o protocolo de... de medicações retrovirais, se der alguma alteração, né, sanguínea. E depois tem um seguimento... que depois...um exemplo, colhe hoje e depois, outro dia, você faz uma nova coleta, e depois de seis meses outra e depois de um ano outra pra dar acompanhamento ai.

E: Pra saber se teve alguma coisa?

E11: Isso. Se teve alguma coisa e acompanhamento com o psicólogo.

E: E o psicólogo e a assistente social, eles ficam de plantão ou eles atendem...

E11: Eles ficam de plantão aqui dentro.

E: Mas eles só atendem de segunda a sexta?

E11: De segunda a sexta. Só que tem o plantão externo também. Não psicólogos, mas assistente social. A gente pode entrar em contato com eles...

E: Mas eles são aqui da Santa Casa?

E11: Da Santa Casa.

E: Eu pergunto isso porque eu vou tentar conversar com eles também...

E11: Ah sim.

E: É... e quais os procedimentos realizados? Você falou que são colocados retrovirais, é, mas além disso, que exames são feitos? Ou que medicação é...

E11: É, são todos os anti HBS, né? Hepatite A, B, C, HIV, né. E se for o caso de ser uma pessoa que seja... é, mulher, na verdade, em período fértil, seria o que, seria a contracepção, que é realizado.

E: O HBS é?

E11: Hepatite A, B e C.

E: Ah, se refere as hepatites?

E11: Todas as hepatites.

E: Ah tá. Eu não sabia... É... e aqui na Santa Casa, você trabalha em que locais? Você trabalha sempre aqui no pronto socorro... ou...

E11: Na verdade, eu trabalhei em todos os setores aqui. O único lugar que eu nunca trabalhei foi a UTI Neo.

E: Onde?

E11: UTI Neo. Lá eu nunca trabalhei, mas de restante... cirúrgico, pré, pós, clínico.

E: Mas agora você tá trabalhando...?

E11: Há dois anos, aqui na urgência.

E: Aqui na urgência... e você trabalha em que setores dentro da urgência?

E11: Na sala vermelha.

E: E como é que é o seu trabalho lá?

E11: Todos os pacientes que são graves, que chegam, vem direto pra mim. Eu já trabalhei nessa parte externa também, que seria esse apoio, que seria os pacientes que chegam pra serem atendidos com medicações rápidas e... sala amarela que seria uma CTI. Triagem também. Praticamente todos, aqui dentro, eu já trabalhei também... nesse setor de pronto socorro.

E: Mas agora você fica mais na sala vermelha?

E11: Fico mais na sala vermelha, isso.

E: E... o que facilita ou dificulta, pra você, atender essa pessoa que chega?

E11: Fluxo de pessoas que estão junto. É... por que todo mundo quer saber, todo mundo quer brigar, todo mundo quer xingar... e pra nós é ruim por que, assim, pra gente não dá pra acreditar 100% no que a pessoa tá falando, a gente não sabe o contexto... a história sempre tem dois lados, né? Então, esse aqui eu acho que é o maior problema. Acontece bastante.

E: Tem muita gente junto, né?

E11: Muita gente envolvida, muita gente falando e a gente precisa saber, assim, uma história específica. E as histórias são divergentes também, em certos momentos...

E: Mas em todos os casos... quais são os casos que normalmente isso? De ter muita gente?

E11: Na verdade, a maioria.

E: Por que eu sei que quando é menor tem que ter o...

E11: Um responsável, isso.

E: Um responsável, aí a polícia normalmente vem, aí tem a pessoa do conselho tutelar...

E11: É, só que o conselho tutelar não vem aqui, né?

E: Ah tá.

E11: A gente encaminha, né, pro conselho tutelar. Ou chama, informa o caso... assim por diante. Só que as vezes tem o... quando é criança, por lógica seria o pai e a mãe, né, só que aí tem a polícia que vem fazer... Imagina, você tá numa sala que você tem o psicólogo, o enfermeiro, um médico, dois policiais, pai, mãe, então assim... é difícil.

E: É, eu imagino que seja.

E11: As vezes não que chega, não que seja todos juntos, mas assim, entra um, sai outro, entra um, sai outro, entra um, sai outro. Então é complicado.

E: A sala não fica calma, pra poder conversar com a pessoa...

E11: Não fica. Até a nossa estrutura, de momento, não está pronta pra isso, né. Estão reestruturando pra isso.

E: A... eu esqueci quem foi, mas uma das enfermeiras comentou que aquela sala que tá sendo feita ali na frente...

E11: Vai ser pra isso. Isso.

E: Então essa também seria uma das dificuldades? A falta de um local...

E11: Sim, claro.

E: Tá... e qual a importância da saúde pra atender essas pessoas? Pensando os serviços de saúde como um todo... Pra você, qual seria a importância?

E11: Pra atender a pessoa que foi lesada, você diz?

E: Isso.

E11: Olha, eu acho que é fundamental. Eu acho que... pra pessoa, pra ela poder dar uma continuidade de seguimento na vida dela, né? É... tem muitos casos que a gente... não só aqui, mas na própria televisão,

né, que a gente consegue ver que posteriormente a pessoa consegue ter uma vida normal. Mas pra isso ela precisa ter um acompanhamento.

E: Não só...

E11: Não só da saúde, ne.

E: A saúde física, mas a saúde emocional?

E11: A saúde emocional e mental, eu acho que seria o principal foco.

E: Então essa é a principal importância da...

E11: Sim.

E: Da saúde... por que quando a gente pensa saúde, não é só corpo, né...

E11: Não, nem um pouco... tem que ser um contexto geral (risos).

E: É... e como é que você se sente enquanto, quando atende essas pessoas? Você sente alguma coisa ou...

E11: Ah, na verdade, eu sinto assim... triste, decepcionado, por que podia ser alguém, uma pessoa da minha família, né, alguém próximo. E você percebe que é um distúrbio, né, do que eu conheço, tá? Não sei se isso realmente seja um fato (risos). Mas é um problema de cabeça mesmo, né... ainda mais do tipo da história que vem, como que aconteceu, então... ou até de ter a mãe que... ela sabe, mas não fez nada com a pessoa, não denunciou, então é um pouco complicado...

E: Mas, é... pensando na mãe, você acha que ela também teria algum problema, ela saber ou ela suspeitar e mesmo assim ela não...

E11: Não, já teve caso de saber.

E: E não faz nada?

E11: Não. Não denunciou... já teve casos que esposas que referem que foi... que teve um abuso sexual contra você e também não quis falar pro marido, então... é uma questão muito de cabeça.

E: E... como se realiza o processo de notificação? Quando chega primeiro aqui...

E11: Bom, quando chega, a gente... depois de fazer toda essa abordagem com o médico, com o psicólogo e assim por diante, a gente vai... é... sentar com a pessoa, a gente vai conversar. Tem uma notificação específica que tá relatando todos os dados dela. É... esses dados são encaminhados pra secretaria de saúde, ne, pra ela fazer um balanço, um gerenciamento pra saber... os locais daonde que tá na cidade, assim, as vezes, por exemplo, pode chegar de acontecer “ó, teve três casos no Aracy, por exemplo”, então não é uma coisa assim normal... é uma coisa, assim, muito específica. Como que só lá tá tendo e nos outros casos não tem, na cidade, então pode ser alguém, assim, pra ter uma investigação...

E: Unrum.

E11: A gente vai por essas bases, né.

E: Ai vocês... é por que uma enfermeira me deu o papelzinho da notificação em branco, pra eu dar uma olhada, mas eu não tive tempo de dar uma olhada nele todo. Quais são as partes que tem que...

E11: As partes a gente coloca tudo específico, tudo o documento da pessoa, nome, onde ela mora, nome da mãe... né, setor e região, isso quem controla é a SCIH, ne, daonde que tá. Se a pessoa, ela ficou hospitalizada, se ela...

E: Ah, qual medicação ela tomou...

E11: Isso. Se ela teve uso de medicação, se ela teve alta imediata, se ela foi encaminhada pro PAVAS... A partir do... mas a maioria do que acontece que eu pego aqui, não precisou tomar medicação inicialmente e já é encaminhada pro PAVAS, né, que faz esse controle ai, né, posterior.

E: Entendi... não é medicada por que chega muito depois, né?

E11: É, não... as vezes ela chega, por que é assim... faz os exames, não deu nada, deu tudo negativo.

E: Ah entendi.

E11: Então acaba sendo liberado e faz o que, o acompanhamento.

E: Certo, entendi. É... e você recebeu alguma formação específica pra atender...

E11: Quanto a isso não, é a própria rotina do pronto socorro, né. Que já tinha as notificações que nós mesmos fazíamos e essa como já uma notificação, a gente tá dando seguimento junto, né... (risos)

E: Uma das enfermeiras relatou que... que ela não recebeu uma formação específica, mas quando ela chegou, ela recebeu uma orientação de como era o procedimento da... de outro enfermeiro que já trabalhava a mais tempo aqui.

E11: Ah, é... é isso que a gente faz. Um treinamento, assim... na verdade é algo informal. Nunca a gente foi treinado pra fazer específico isso, né...

E: Unrum.... É, e existe algum caso que você sempre lembra quando chega um novo caso? Alguma coisa que...

E11: Olha, eu acredito que não, por que... praticamente assim, o que eu vejo são muitas coisas todos os dias, então a gente acaba se adaptando a isso, então já não... não tem um caso, assim, específico, quanto a isso, né... Ah, na verdade teve sim. É... teve um caso que ocorreu... é, bem lembrado. Não faz muito tempo. Uma pessoa de Descalvado, acho que era de Descalvado, é... ela teve um abuso sexual com quatro... quatro homens, eu acho, ou cinco, com a participação do marido, na frente da criança, foi todo um...

E: Nossa.

E11: É. A criança de nove meses, alguma coisa assim. E ele achou que ela não ia acordar, mas depois ela acordou e reconheceu todos eles, né. Mas eu não sei qual foi o fim da história aí, mas ela reconheceu e eu acho que conseguiu prender todos eles, inclusive o marido (risos). Que participou disso...

E: E ela veio ser atendida aqui?

E11: Sim, veio ser atendida aqui.

E: Eu não tenho essa informação, por isso eu to perguntando... mas você sabe dizer se em Descalvado não tem um local pra atender ou ela chegou só a atender aqui?

E11: É que na verdade, foi atendido aqui por que ela teve um TCE, ela foi espancada e estuprada.

E: Entendi.

E11: Então ela teve que vir pra cá...

E: Que o centro de referência, é um centro maior...

E11: É uma referência, né? Por que você viu que aqui a especialidade de neuro é aqui.

E: Eu não sabia, a especialidade de neuro é aqui em São Carlos?

E11: É, São Carlos atende cinco regiões, na verdade, né. São Carlos e os municípios que estão externos... seria Descalvado, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Ibaté e Analândia, né, que a gente é referência desses... cinco municípios.

E: Quando é uma coisa mais séria, então...

E11: Quando é um caso cardiológico, neuro, ortopedia, alguma coisa que não tenha lá, nessa instituição, é regulado pra cá.

E: Entendi. Então, as vezes... eu to perguntando isso por que eu tenho os dados da secretaria de segurança...

E11: Anram.

E: Só que nem sempre a secretaria de segurança, ela tá se referindo ao município de São Carlos. Então, esse caso, ele já veio de outra cidade...

E11: Veio de outra...

E: É por isso que, as vezes, a quantidade de atendimento que teve aqui, pode não bater com a quantidade de denúncias que tem pra cidade.

E11: Não, por que aí diverge... por que assim, as vezes ela deu entrada lá, ela deu a entrada como abuso, ela pode ter dado a entrada como TCE. É de acordo com o agravante naquele momento.

E: Entendi.

E11: Né... então ela já veio entubada, já tava com o colar cervical, então ela veio pra essa parte neurológica. Por que seria o que, o mais agravante.

E: Entendi, aí depois que...

E11: Depois a gente já sabia, quando ela chegou, mas aí depois que deu o seguimento pra isso. Primeiro assim, o principal era a vida, a sobrevivência dela, aí posteriormente que foi dar o... quando ela chegou, estabilizou, aí que foi fazer o restante das questões de violência, né, de abuso.

E: Mas é notificado as duas coisas, ou foi notificado primeiro...

E11: Aí tem que notificar os dois. Tem que notificar a agressão e abuso, os dois.

E: Entendi. Era basicamente isso que eu tava tentando entender como é que funcionava...

E11: Entendi.

E: E... é isso, E11.

E11: Não, tranquilo.

E: Muito obrigada!

E11: Imagina, o que é isso.