



AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Roberta Matassoli Duran Flach¹
Ludmila Fontenele Cavalcanti²
Rejane Santos Farias³

Introdução

O presente trabalho apresenta os resultados parciais da pesquisa avaliativa que tem como objetivo avaliar os serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual (uma das expressões da violência de gênero) no Estado do Rio de Janeiro. Assim pretendeu-se analisar a incorporação dos parâmetros sugeridos na Norma Técnica de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual (Ministério da Saúde, 2005) pelos serviços; analisar as percepções dos profissionais de saúde inseridos nos serviços e dos gestores das unidades onde os serviços estão situados.

O modelo recomendado pelo Ministério da Saúde, através da Norma Técnica (Ministério da Saúde, 2005), na prevenção da violência sexual contra a mulher, vem sendo consolidado através dos núcleos, que são responsáveis pelo acolhimento e acompanhamento às mulheres em situação de violência sexual.

Desse modo, essa pesquisa, pioneira no Estado do Rio de Janeiro, insere-se nos esforços de contribuir para melhorar as respostas dos serviços de saúde aos grupos beneficiários, corrigir os rumos e reorientar as estratégias de ação na atenção às mulheres em situação de violência sexual, como parte do processo de planejamento.

Atenção em saúde às mulheres em situação violência sexual

A atenção da saúde pública voltada para as violências perpetradas contra as mulheres está relacionada às conseqüências que este fenômeno acarreta à saúde da mulher. A violência perpetrada contra a mulher causa morte e incapacidade com maior prevalência entre as mulheres em idade reprodutiva; acontece nas diferentes etapas do ciclo de vida; anula a autonomia da mulher e mina seu potencial como pessoa e membro da sociedade. E, não menos importante, provoca repercussões intergeracionais.

¹ Assistente Social, especialista, Escola de Serviço Social da UFRJ e SESDEC, e-mail: matassoli@gmail.com.

² Professora, doutora, Escola de Serviço Social da UFRJ, e-mail: ludmario@terra.com.br

³ Assistente Social, Escola de Serviço Social da UFRJ, e-mail: rejanes_farias@yahoo.com.br.



A violência sexual contra a mulher, uma das expressões da violência de gênero, é relevante na sociedade, tanto pela sua alta incidência como pelo seu impacto na saúde sexual e reprodutiva. Diferentes pesquisas apontam que uma entre quatro mulheres pode vivenciar a violência sexual perpetrada por parceiro íntimo⁴, e quase um terço das adolescentes vivenciaram sua primeira experiência sexual forçada (WHO, 2002).

A violência sexual praticada por parceiro íntimo é comum em diferentes regiões. No caso brasileiro, 10,1% das mulheres em São Paulo e 14,3% na Zona da Mata pernambucana relataram já haver sido forçadas fisicamente a ter relações sexuais quando não queriam, ou forçadas a práticas sexuais por medo do que o parceiro pudesse fazer, ou forçadas a uma prática sexual degradante ou humilhante (Grupo Brasileiro do WHO *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*, 2002).

Como parte de um processo internacional e nacional mais amplo no campo dos direitos humanos e da saúde pública, em 1998, o Ministério da Saúde criou a Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual com o objetivo de propor e acompanhar o desenvolvimento de políticas específicas sobre o problema, vinculadas à Área Técnica de Saúde da Mulher e subordinadas ao Comitê Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência. A partir daí, também em 1998, foi publicada uma Norma Técnica denominada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” que vem sendo atualizada e utilizada como instrumento importante para o aprimoramento das ações de saúde. Esse documento prevê que as unidades com serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos devam estar capacitadas para o atendimento aos casos de violência sexual, portanto, no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

A Norma Técnica vem sendo traduzida para os serviços de saúde dos diferentes municípios sob o formato de protocolo, ou seja, um plano escrito que define, para uma realidade específica, os procedimentos que devem ser seguidos para identificar e responder apropriadamente às vítimas de violência sexual.

O modelo recomendado pelo Ministério da Saúde privilegiou as ações de caráter emergencial, que acaba por favorecer a identificação de violências sexuais cometidas por estranhos, com ampliação gradativa das discussões em torno do tema da violência sexual de modo a abranger ações mais amplas de prevenção.

⁴ A literatura vem adotando a denominação *violência sexual perpetrada por parceiro íntimo* no sentido de enfatizar o predomínio da violência sexual praticada por marido ou parceiro íntimo, em que as vítimas estão envolvidas emocionalmente com quem as vitimiza e dependem economicamente deles.



No Estado do Rio de Janeiro, como em demais localidades, inexistiu uma avaliação acerca das ações de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência sexual. Esse fato está associado à recente implementação destas ações, à expressão do desenvolvimento democrático do país e à cultura avaliativa ainda frágil na área das políticas públicas⁵.

Em virtude da magnitude e do impacto da violência sexual, sua prevenção requer ações eficazes e capazes de impactar favoravelmente a realidade vivida pela população feminina. Nesse sentido, as intervenções devem ser estudadas para produzir um melhor entendimento sobre o que, em que diferentes cenários, é eficaz para prevenir a violência sexual e para tratar as vítimas (Cavalcanti, 2005).

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

Compreender o que contribuiu para o êxito dos serviços, o que possibilita seu alcance e questionar seus limites, através de uma avaliação útil, ética e tecnicamente adequada, subsidia a correção de rumos e a re-orientação das estratégias de ação na prevenção e assistência às mulheres em situação de violência sexual. A avaliação como um processo de aprendizagem pode subsidiar os profissionais e os gestores dessa política pública a realizarem escolhas mais consistentes em relação aos rumos de suas iniciativas (Minayo et al, 2005).

Percurso metodológico

Pretendeu-se adotar a pesquisa avaliativa entendida como o processo sistemático para determinar até que ponto um programa ou intervenção atingiu os objetivos pretendidos (Aguilar e Ander-Egg, 1994; Sessions, 2001). Para Contandriopoulos et al (1997) a pesquisa avaliativa é uma forma de julgamento sobre os resultados de um projeto/ programa, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Trata-se de um procedimento realizado depois da ocorrência de uma intervenção. Um dos tipos de análise da pesquisa avaliativa refere-se à análise estratégica, que aborda a pertinência da intervenção, se a intervenção diante do problema é a mais adequada.

⁵ Na América Latina, são raros os programas que aprofundam seus esforços avaliativos, a maior parte deles restringe-se apenas à descrição das discrepâncias entre o realizado e o programado, e entre os recursos implementados e as coberturas alcançadas.



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

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

Foram adotados os seguintes instrumentos na coleta: a) documentação institucional (relatórios institucionais, fichas padronizadas para atendimento, prontuários, bancos de dados disponíveis nas unidades de saúde); e b) entrevista do tipo semi-estruturada com consentimento livre e esclarecido, uma vez que a fala dos atores sociais é uma via importantíssima para se chegar ao conhecimento do cotidiano. As entrevistas, baseadas em roteiro, foram realizadas com os sujeitos sociais da investigação, os profissionais de saúde inseridos nos serviços e os gestores das unidades onde os serviços estão situados (amostra baseada na diversidade e no acesso). O roteiro utilizado nas entrevistas teve uma função orientadora de modo a garantir maior flexibilidade e liberdade no discurso como também assegurar a abordagem de todos os temas considerados essenciais, possibilitando comparação entre os sub-grupos pesquisados.

A construção de indicadores confiáveis, capazes de medir as ações dos serviços na atenção às mulheres em situação de violência sexual, levou em conta a complexidade da violência sexual e a dificuldade na obtenção de informações nesse contexto. Assim, para a construção dos indicadores tomou-se como referência a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” (Ministério da Saúde, 2005).

O universo da pesquisa maior correspondeu aos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual situados nas diferentes regiões do Estado (Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense, Serrana, Baixadas Litorâneas, Médio Paraíba, Centro-Sul Fluminense, Baía da Ilha Grande). Para esse trabalho serão apresentados os resultados referentes à



caracterização dos 14 gestores, sendo 8 da Baixada Litorânea e 6 da Região Serrana, e 39 profissionais de saúde, sendo 22 da Baixada Litorânea e 17 da Região Serrana.

A análise dos dados vem buscando estabelecer uma compreensão do material empírico articulando-o às diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e às políticas públicas voltadas para a atenção às mulheres em situação de violência sexual.

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

Neste sentido, para a análise dos dados quantitativos foram realizadas estatísticas descritivas, como frequência, cruzamento de dados e construção de tabelas. Para a análise dos dados qualitativos, obtidos através das entrevistas semi-estruturadas, foi adotada a análise de conteúdo na modalidade temática que permite identificar a presença de determinados temas denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (Bardin, 1977; Minayo, 1994). Com esta técnica, pode-se caminhar, também, na direção da *descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado* (Minayo, 1994, p. 74).

Busca-se descobrir as idéias centrais (núcleos de sentido) que compõem a comunicação⁶. Assim, as etapas realizadas são: a pré-análise (leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação de hipóteses e objetivos), exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Caracterização dos sujeitos pesquisados

Segundo os gestores, os setores da secretaria municipal de saúde que coordenam o atendimento às mulheres em situação de violência sexual são o Programa de DST/Aids seguido do Programa de Saúde da Mulher nas duas regiões. Isso pode ser explicado pela trajetória organizacional destes dois programas e pelo fato destes já terem como suas atribuições a coordenação de ações e estratégias voltadas para a atenção à saúde da mulher e a realização de procedimentos profiláticos. A atenção terciária é o nível mais apontado pelos profissionais de saúde

⁶ A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo (Minayo, 1994, p. 208).



como coordenador da atenção a saúde das mulheres em situação de violência sexual. Isso pode ser explicado devido a pouca incorporação desse tipo de atendimento pela atenção básica.

A atenção terciária possui, não só a infraestrutura adequada para realização do atendimento (salas de atendimento, ambulatórios especializados, laboratórios para realização de exames, medicação adequada), um quadro funcional os profissionais necessários para realização deste tipo de atendimento (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) em conformidade com o que está previsto na Norma Técnica (Ministério da Saúde, 2007).

Apesar de a maioria dos gestores e profissionais entrevistados não saber precisar a data de implantação dos serviços, um segundo grupo afirma que a data de implantação varia entre 2001 a 2005 e entre 2006 e 2010. Esses períodos se relacionam com a gradativa implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2001); da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Ministério da Saúde, 2001) e com as revisões da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra as Mulheres e Adolescentes (Ministério da Saúde, 2005; Ministério da Saúde, 2007) norteadoras das ações de prevenção e atenção à saúde das mulheres em situação de violência.

A composição e a quantidade de gestores e de profissionais de saúde variam em cada região. Essa variedade pode ser atribuída à trajetória diferenciada na organização desses serviços em cada uma das regiões, com conseqüente envolvimento diferenciado das categorias profissionais. A maioria dos gestores possui formação médica.

No entanto, observa-se que há relativa predominância de enfermeiros, seguida de médicos, psicólogos e assistentes sociais na composição da equipe de saúde, cumprindo o que preconiza a Norma Técnica (Ministério da Saúde, 2007). *É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos (as), psicólogos (as), enfermeiros (as) e assistentes sociais. Entretanto, falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico (a) – não inviabiliza o atendimento.* (Ministério da Saúde, 2007, p. 13). Vários desses profissionais acumulam a função de chefia de equipe, de serviço e de supervisão.

A necessidade indispensável do médico nesses serviços deve-se ao exercício de atribuições privativas no atendimento logo após a violência como, por exemplo, no trato das lesões caso ocorram, na profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis (DST/Aids), na identificação da gravidez e intervenções necessárias em decorrência da gravidez, além da prescrição dos medicamentos (Mattar, 2007). Os serviços devem atender as mulheres em situação de violência



sexual em regime de plantão de 24 horas e, no caso dos serviços avaliados, com exceção dos médicos e dos enfermeiros, os profissionais de saúde não trabalham em regime de plantão.

Tanto gestores quanto profissionais das duas regiões sugeriram a participação de outros profissionais de saúde que podem contribuir para a qualificação do atendimento, como farmacêutico, nutricionista e odontólogo.

A concentração tanto de gestores quanto de profissionais de saúde do sexo feminino pode estar relacionada aos anos de estudo dedicados de forma diferente pelos sexos e a inserção do sexo feminino na área da saúde. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres que tem 11 anos ou mais de estudo são superiores a quantidade de homens com o mesmo tempo de estudo. O fato de haver mais mulheres ocupando cargos de gestão aponta uma mudança de postura nos serviços públicos de saúde municipal, mesmo considerando que são serviços dirigidos ao público feminino.

Cabe ressaltar que a existência de uma divisão sexual do trabalho baseada na atribuição da prática do cuidar ao sexo feminino dentro dos serviços de saúde é histórica e naturalizada, pois se fundamenta na construção cultural do papel da mulher como portadora de maiores habilidades no que se refere aos cuidados de saúde. Observa-se, assim, que o campo de trabalho da área da saúde vem se caracterizando como um lugar de concentração de trabalho feminino.

A idade dos entrevistados concentra-se na faixa etária entre 46 e 50 anos. Sobre a naturalidade, a maioria é natural do Rio de Janeiro. Isso pode ser explicado pela proximidade entre local de nascimento e a oferta de concursos públicos municipais, além da disponibilidade de cargos de gestão na área de saúde.

Quanto à situação conjugal, optou-se por adotar a informação auto-declarada (solteiro, casado, divorciado, união estável, viúvo). A maioria dos gestores se declarou solteiro enquanto a maioria dos profissionais de saúde se declarou casado.

Quanto à orientação religiosa, foi possível observar que a maioria dos entrevistados se declarou católicos. Apesar da predominância da religião católica, outras religiões vêm ganhando espaço nas orientações religiosas, podendo também interferir nas percepções dos entrevistados acerca do fenômeno da violência sexual.

A maioria dos entrevistados foi formada em instituições privadas. Isso pode ter relação com o fato das regiões analisadas disporem de um número reduzido de instituições públicas de ensino superior em seus municípios. Outro fator pode ser a dificuldade de acesso e permanência nas instituições públicas de ensino.



Sobre o tempo de formado, observa-se que a maioria dos gestores possui entre 21 e 25 anos e a maioria dos profissionais de saúde possui até 10 anos de formado. A maioria dos entrevistados informou ter feito especialização, o que pode estar associado ao interesse na qualificação voltada para prática profissional.

A maioria dos gestores entrevistados assume a função de Coordenação de Programa. Dentre os programas informados os que mais se destacaram foram o Programa de Saúde da Mulher e o Programa de DST/Aids.

Sobre as atividades dos gestores relacionadas ao atendimento às pessoas em situação de violência sexual predominou a realização de capacitação para os profissionais que prestam esse tipo de atendimento. Esse resultado aponta uma preocupação dos gestores em qualificar o atendimento prestado às pessoas em situação de violência sexual com vista à desburocratização do acesso e a garantia a um atendimento mais humanizado e acolhedor.

A Norma Técnica (Ministério da Saúde, 2007) destaca a importância das equipes envolvidas diretamente na assistência receberem capacitação para o atendimento de emergência e para o estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxia das DST/ HIV) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se seus direitos e atendendo suas necessidades, incluindo-se a decisão de interrupção da gravidez.

Sobre as atividades dos profissionais de saúde relacionadas ao atendimento às mulheres em situação de violência sexual, foram mencionados o acolhimento e orientações a respeito dos direitos relativos à violência sexual sofrida pela vítima e a administração da medicação relativa à prevenção da gravidez indesejada e das DST/ Aids.

A abordagem da temática da violência sexual contra a mulher durante a graduação não foi observada na graduação da maioria dos entrevistados. Do mesmo modo não receberam treinamento ou capacitação na unidade em que atuam. Esse resultado aponta para a necessidade de maior divulgação da temática e promoção de capacitações, cursos e treinamentos visando assegurar um atendimento comprometido e de qualidade para a mulher em situação de violência sexual. Cabe destacar que os gestores que informaram ter feito algum curso ou ter participado de capacitação da área da violência sexual, o fizeram depois de formados e por interesse na aproximação com a temática.

Bibliografia

Aguilar MJ e Ander-Egg E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.



Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.

Cavalcanti, LF. *Prevenção da violência sexual e avaliação dos programas de saúde: tendências atuais*. Paper, 1995.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997. p. 29-47.

Grupo Brasileiro do WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. *Violência contra a mulher e saúde no Brasil*. Estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica. São Paulo/ Genebra: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ Organização Mundial de Saúde, 2002.

Mattar, R. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad. saúde pública*, 2007, 23: 459-464.

Minayo MCS. Introdução. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 19-51.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro; HUCITEC – ABRASCO, 1994.

Ministério da Saúde. *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra as Mulheres e Adolescentes*. Área Técnica Saúde da Mulher. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Brasília: Secretarias de Políticas, 2007.

Ministério da Saúde. *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra as Mulheres e Adolescentes*. Área Técnica Saúde da Mulher. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Brasília: Secretarias de Políticas, 2005.

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

Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*. Área Técnica Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Brasília: Secretarias de Políticas, 2001.

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003.

Sessions G. *Avaliação em HIV/AIDS: uma perspectiva internacional*. Rio de Janeiro: ABIA, Coleção Fundamentos de Avaliação, nº 2, 2001.

WHO (World Health Organization). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.