

Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Violência Sexual contra a Mulher

Health Professionals' Perception of Sexual Violence Against Women

Percepción de Profesionales de la Salud sobre la Violencia Sexual contra las Mujeres

Vitória de Pinho Campos

Silvia Nogueira Cordeiro

Valéria de Araújo Elias

Leandro Anselmo Todesqui Tavares

Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Resumo

Introdução: A violência sexual contra a mulher é compreendida como qualquer ação ou conduta que impõe controle ou subordinação sobre a sexualidade da mulher, produzindo impactos na saúde dessa população. Objetivo: Conhecer as percepções dos(as) profissionais de saúde sobre a violência sexual contra a mulher no contexto de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Método: Estudo qualitativo e exploratório. Foram realizadas entrevistas semidirigidas com 12 profissionais de saúde que atuam em uma UBS. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, com base na leitura do material bibliográfico e das entrevistas transcritas na íntegra. Resultados e Discussão: Os resultados foram organizados em três categorias temáticas: a experiência e o conhecimento do fluxo de atendimento; compreensão sobre o que é violência sexual; “me coloco no lugar delas, me sensibilizo com a causa”. Discute-se o nível de conhecimento dos(as) entrevistados(as) sobre o conceito de violência sexual contra a mulher, a ausência de capacitações específicas e o desconhecimento quanto ao fluxo de atendimento e encaminhamento. Considerações Finais: Destaca-se a importância da oferta de educação permanente e de capacitações específicas aos profissionais da Atenção Primária, visando qualificar o atendimento às mulheres em situação de violência.

Palavras-chave: violência sexual, violência contra a mulher, profissionais de saúde, Atenção Primária à Saúde

Abstract

Introduction: Sexual violence against women is understood as any action or conduct that imposes control or subordination over women's sexuality, producing impacts on the health of this population. Objective: To understand the perception of health professionals regarding sexual violence against women in the context of a Basic Health Unit (BHU). Method: An exploratory, qualitative study. Semi-directed interviews were conducted with 12 health professionals who work in a BHU. The data was analyzed using the content analysis technique, based on readings of the bibliographic material and the fully transcribed interviews. Results and Discussion: The results were organized into three thematic categories: experience and knowledge of the flow of care; understanding of what sexual violence is; “I put myself in their shoes, I become sensitized to the cause”. The level of knowledge of the interviewees about the concept of sexual violence against women, the lack of specific training, and the lack of knowledge about the flow of care and referrals are discussed. Final considerations: The importance of providing continuing education and specific training for primary care professionals is highlighted, with the aim of improving care for women in situations of violence.

Keywords: Sexual violence, Violence against women, Health Professionals, Primary health care

Resumen

Introducción: La violencia sexual contra la mujer es entendida como cualquier acción o comportamiento que impone control o subordinación sobre la sexualidad de la mujer, produciendo impactos en la salud de esta población. Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales de la salud sobre la violencia sexual contra la mujer en el contexto de una Unidad Básica de Salud (UBS). Método: Estudio cualitativo y exploratorio. Se realizaron entrevistas semidirigidas a 12 profesionales de la salud que trabajan en una UBS. Los datos se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido a partir de la lectura del material bibliográfico y de las entrevistas íntegramente transcritas. Resultados y Discusión: Los resultados se organizaron en tres categorías temáticas: experiencia y conocimiento del flujo asistencial; comprensión de lo que es la violencia sexual; “me pongo en su lugar, me sensibilizo con la causa”. Se discute el nivel de conocimiento de las entrevistadas sobre el concepto de violencia sexual contra las mujeres, la falta de formación específica y el desconocimiento del flujo asistencial y de derivación. Consideraciones finales: Se destaca la importancia de la formación continuada y específica de los profesionales de Atención Primaria,

con el objetivo de mejorar la atención a las mujeres en situación de violencia.

Palabras clave: violencias sexuales, violencia contra la mujer, profesionales de la salud, Atención Primaria de Salud

Introdução

A violência é um fenômeno social presente em todas as classes sociais e contextos (Souza & Rezende, 2018). Trata-se de um tema amplo, complexo e altamente discutido na sociedade contemporânea, em razão das graves consequências que produz na saúde, na qualidade de vida das pessoas e no bem-estar coletivo. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no Relatório Mundial de Violência e Saúde, define a violência como:

[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002, p. 5).

Segundo a OMS (2002), essa definição envolve não apenas a prática do ato propriamente dito, mas também a intencionalidade por trás da ação, independentemente dos resultados produzidos. Ainda conforme o mesmo documento, a violência é classificada em três grandes categorias: a autoinfligida, a coletiva e a interpessoal (OMS, 2002).

Dentre os diversos tipos de violência elencados e considerando o que esta pesquisa se propôs investigar, torna-se necessário direcionarmos o olhar especificamente para a violência sexual, que é definida pela OMS como:

[...] qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (OMS, 2002, p. 147).

A violência sexual contra a mulher é compreendida por Cavalcanti et al. (2006, p. 31) como “a ação ou conduta em que ocorre o controle e a subordinação da sexualidade da mulher e é incorporada como constitutiva das regras que normatizam a prática sexual”. Os homens são socializados para assumir papéis de dominação, penetração e perseguição, enquanto as mulheres são educadas para desempenharem uma postura passiva e serem parceiras sexuais receptivas (DeSouza et al., 2000).

Entre 2012 e 2021, mais de 580 mil pessoas foram vítimas de estupro e estupro de vulnerável no Brasil (Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2022). Em 2022, foi registrado o maior número de estupros na história do Brasil: 74.930 casos, sendo 18.110 classificados como estupros e 56.820 como estupros de vulnerável. Dentre as vítimas, 88,7% são do sexo feminino e 11,3% do sexo masculino, representando um aumento de 8,2% em relação ao ano anterior (FBSP, 2023). Ressalta-se que esses números refletem apenas os casos denunciados em delegacias de polícia, o que evidencia uma elevada taxa de subnotificação.

Considerando que a violência sexual tem consequências para a saúde mental e repercussões importantes na saúde física, como gravidez indesejada e risco de contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis (Ministério da Saúde, 2012), torna-se imprescindível discutir o percurso das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher.

Políticas Públicas de Enfrentamento às Violências Contra a Mulher

A partir da década de 1990, o enfrentamento da violência contra a mulher ganhou destaque no cenário internacional, com a promulgação de documentos como a Declaração do Cairo, a Convenção de Belém do Pará e a Conferência de Beijing. O Brasil aderiu a todos esses acordos, comprometendo-se formalmente com a condenação da violência contra a mulher (Lima & Deslandes, 2014).

No contexto nacional, um marco importante foi a publicação, em 1999, da primeira edição da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, elaborada pelo Ministério da Saúde. Atualmente em sua terceira edição, essa norma estabelece protocolos de procedimentos profiláticos, orientações de atendimento e de apoio psicossocial (Pinto et al., 2017).

Entre os anos de 1985 e 2002, as políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres concentravam-se principalmente nas áreas da assistência social e da segurança pública. A partir de 2003, com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, observa-se um fortalecimento significativo dessas políticas públicas, marcado pela definição de estratégias de gestão e monitoramento e pela elaboração de normas, conceitos e diretrizes específicas para o enfrentamento da violência de gênero (Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [Senev], 2011).

Ainda em 2003, foi instituído o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que estabeleceu linhas de atuação abrangendo a promoção da autonomia, a educação inclusiva, os direitos sexuais e reprodutivos, a saúde das mulheres e o combate à violência de gênero (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres [SPM], 2005). Outro avanço importante ocorreu em 2005 com a publicação da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, que deu início a um processo de sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da anticoncepção de emergência. Essa norma passou a incluir, de forma obrigatória, a disponibilização desse recurso no atendimento às vítimas de violência sexual (Lima & Deslandes, 2014).

Em agosto de 2007, com o lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, consolidou-se a importância do desenvolvimento de políticas públicas voltadas a essa temática. Posteriormente, em 2011, foi instituída a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres com o objetivo de conceituar a violência de gênero e estabelecer diretrizes, princípios e ações voltadas à prevenção, ao enfrentamento e ao combate à violência, bem como à garantia de direitos e à assistência às mulheres em situação de violência (Senev, 2011).

A Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, mencionada anteriormente, estabelece que o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais, devidamente sensibilizados(as) para as questões de violência de gênero (Ministério da Saúde, 2012). Considerando que este estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), torna-se pertinente apresentar a caracterização deste serviço e dos profissionais que nele atuam.

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária (APS) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e exerce papel fundamental na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sua atuação busca garantir a atenção integral à saúde por meio de estratégias de prevenção, tratamento e promoção de saúde. As UBS, principais pontos de oferta da APS, possuem estrutura física própria e estão localizadas em territórios definidos, de modo a atender às necessidades e particularidades da população do respectivo território de abrangência.

Nas UBS, a Equipe de Saúde da Família (ESF) é implementada por equipes compostas, no mínimo, por médico(a), enfermeiro(a), auxiliar e/ou técnico(a) de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Também podem integrar a equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE), o cirurgião-dentista e o auxiliar ou técnico(a) de saúde bucal, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2017).

Complementarmente, a Equipe Multiprofissional (eMulti), também vinculada às UBS, é composta por profissionais de saúde de diferentes áreas do cuidado, que atuam de forma integrada e colaborativa com as demais equipes da Atenção Primária. Entre os profissionais que compõem a eMulti, estão nutricionista, psicólogo(a), fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), terapeuta ocupacional, profissional de educação física, farmacêutico(a) e assistente social (Ministério da Saúde, 2023).

Dessa forma, são esses profissionais, das equipes da ESF e da eMulti, os responsáveis pelo acolhimento e atendimento a mulheres em situação de violência sexual na Atenção Primária, desempenhando um papel crucial na escuta qualificada, nos encaminhamentos adequados e nas ações de cuidado integral.

Diante do exposto, torna-se relevante investigar como os(as) profissionais de uma UBS atuam no atendimento às mulheres vítimas de violência e se, em sua prática, reproduzem discursos incompatíveis com as diretrizes estabelecidas nas normas técnicas brasileiras. A autora aproximou-se da UBS selecionada por meio de sua inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, sendo esse o campo de atuação previsto para o segundo ano do programa. Assim, a pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção dos(as) profissionais de saúde sobre a violência sexual contra a mulher em uma UBS onde atua um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório (Gil, 2008). A população participante do estudo foi composta por profissionais da saúde atuantes em uma UBS localizada em um município da região norte do Paraná.

Procedimentos éticos

Este estudo fez parte do projeto intitulado “A interdisciplinaridade no cuidado da saúde da mulher nos diferentes níveis de atenção”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 04001218.0.0000.5231.

Coleta e Análise dos Dados

Todos os(as) profissionais da saúde convidados(as) atenderam aos critérios de inclusão – ser profissional de saúde, possuir escolaridade mínima de nível médio e atuar em uma UBS – e concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram realizadas entrevistas semidirigidas, conduzidas pela pesquisadora no próprio local de trabalho dos(as) participantes, seguindo um roteiro com perguntas norteadoras, conforme proposto por Turato (2003). Todas as entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas. A seleção dos(as) participantes foi realizada por meio de amostragem intencional ou proposital, sendo o número final de entrevistas definido pelo critério de saturação (Turato, 2003).

A análise dos achados foi realizada a partir de leituras sucessivas das transcrições das entrevistas na íntegra. Para isso, utilizou-se da técnica de análise temática de conteúdo, com o objetivo de agrupar os achados em categorias ou eixos temáticos que contribuíssem para a compreensão dos discursos dos(as) participantes. A organização da análise temática de conteúdo seguiu as três etapas propostas por Silva e Fossá (2015): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Resultados e Discussão

Caracterização dos Participantes

Tabela 1

Caracterização dos Participantes

Identificação	Idade em anos	Identidade de gênero	Orientação sexual	Escolaridade	Formação	Tempo de formação	Tempo de serviço no local
P1	56	Feminino	Heterossexual	Ensino Médio	Auxiliar em enfermagem	30 anos	25 anos
P2	29	Feminino	Heterossexual	Técnico	Técnico em enfermagem	7 anos	8 meses
P3	43	Feminino	Heterossexual	Ensino Superior Incompleto	Auxiliar em odontologia	18 anos	11 anos
P4	42	Feminino	Heterossexual	Pós-Graduação	Nutrição	13 anos	9 anos
P5	30	Feminino	Bissexual	Técnico	Técnico em enfermagem	10 anos	6 meses
P6	44	Feminino	Heterossexual	Pós-Graduação	Enfermagem	22 anos	22 anos
P7	40	Feminino	Bissexual	Ensino Superior	Psicologia	16 anos	10 anos
P8	26	Feminino	Heterossexual	Ensino Superior	Medicina	8 meses	5 meses
P9	47	Masculino	Heterossexual	Ensino Superior	Enfermagem	14 anos	14 meses
P10	38	Feminino	Heterossexual	Doutorado	Farmácia	18 anos	9 anos
P11	39	Feminino	Heterossexual	Doutorado	Fisioterapia	14 anos	12 anos
P12	41	Feminino	Heterossexual	Pós-Graduação	Medicina	15 anos	10 anos

Nota: Elaborado pela autora, 2023.

Descrição das Categorias

Com o intuito de analisar os principais eixos temáticos emergentes nas entrevistas, foram construídas três categorias analíticas: *“A experiência e o conhecimento do fluxo de*

atendimento”, que aborda as percepções e práticas dos(as) profissionais em relação aos procedimentos institucionais diante da violência sexual; *“O que entendem por violência sexual”*, que explora as concepções e compreensões dos(as) participantes sobre o fenômeno e *“Me coloco no lugar delas, me sensibilizo com a causa”*, que expressa as dimensões afetivas e empáticas presentes nas falas das participantes.

A experiência e o conhecimento do fluxo de atendimento

Essa primeira categoria se propõe a discutir o nível de experiência dos(as) entrevistados(as); como a demanda de mulheres vítimas de violência sexual chega até eles(as); quais fatores levam essas mulheres a procurar atendimento após o ocorrido, bem como o conhecimento que os(as) entrevistados possuem sobre o fluxo de acolhimento, atendimento e encaminhamento. Também se considera a ausência da oferta de espaços de atualização e capacitação sobre o tema. Compreende-se que o desenvolvimento de um trabalho adequado exige conhecimento prévio sobre o assunto em questão, sendo necessário que o(a) profissional tenha acesso a informações provenientes de diferentes fontes, o que possibilita a realização qualificada da tarefa (Diógenes et al., 2023).

Observou-se que, entre os 12 participantes, metade relatou não possuir experiência prévia no atendimento a mulheres em situação de violência sexual, o que pode ser ilustrado pela fala de P11 (fisioterapeuta): *“Nunca tive atendimento de fazer abordagem, de chegar até mim essa demanda”*. Esse relato sugere a possibilidade de que a UBS em questão não receba demanda direta relacionada à violência sexual ou que tais situações não estejam sendo identificadas pelos(as) profissionais durante os atendimentos.

Essa dificuldade em reconhecer os casos de violência sexual também foi observada no estudo de Bezerra et al. (2018), no qual os autores apontam que, diante da invisibilidade dessa forma de violência, os profissionais demonstram dificuldades tanto para identificá-la quanto para direcionar o atendimento, que frequentemente se restringe ao tratamento de lesões físicas e de sintomas. Diógenes et al. (2023) também observaram, em sua pesquisa, que a maioria dos(as) profissionais de saúde da atenção primária entrevistados(as) afirmou nunca ter atendido mulheres em situação de violência sexual. Entre aqueles(as) sem experiência prévia, os autores identificaram menor risco de práticas de assistência inadequadas, mas um risco aumentado de adoção de condutas preventivas pouco afetivas ou equivocadas.

Segundo os(as) profissionais, o relato da violência costuma emergir apenas após o acolhimento com o(a) profissional de saúde, como exemplifica a fala de P7 (Psicóloga): *“[...] eu acho que é mais difícil, essa demanda expressa e clara”* e de P4 (Nutricionista): *“Normalmente, a mulher não vem com essa queixa no meu atendimento. Muitas vezes eu pergunto o que ela faz, qual a rotina dela, com quem ela convive [...]. Algumas falam, outras não”*. Segundo Bigaran et al. (2022), um dos objetivos centrais do acolhimento é possibilitar a identificação de possíveis situações de violência, o que requer competência profissional. Tal competência pode ser desenvolvida por meio de qualificação contínua, do uso da empatia e da capacidade de transmitir segurança às mulheres.

Além das hipóteses anteriormente discutidas, uma terceira possibilidade para explicar a aparente falta de experiência dos(as) entrevistados(as) no atendimento à mulher vítima de violência sexual se refere à possível ausência de um vínculo consolidado entre a população do território e a UBS. Durante a sua atuação no serviço em que a pesquisa foi realizada, a

autora observou indícios de fragilidade nessa relação. Isso pode indicar que, diante da falta de confiança ou de identificação com a equipe e com a unidade, as mulheres em situação de violência possivelmente não estejam buscando atendimento nesse espaço.

Ainda nessa categoria, foi possível identificar o nível de conhecimento que os(as) profissionais possuem sobre o fluxo de atendimento e encaminhamento de mulher em situação de violência sexual na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como no contexto específico do município onde está localizada a UBS. Quatro participantes parecem desconhecer o protocolo de atendimento na APS, conforme exemplificam as falas de P4 (Nutricionista): *“Eu não sei qual que é [...]. O que eles fazem aqui nessa UBS. Não sei como é o fluxo”*; e P11 (Fisioterapeuta): *“Como eu disse, eu não sei como intervir nesse caso, quem acionar, o que fazer”*.

Entre os 12 participantes, 10 relataram desconhecer o fluxo de atendimento municipal destinado às mulheres em situação de violência sexual. Essa lacuna é ilustrada pela fala da participante P10 (Farmacêutica): *“Não sei como funciona a rede”*. Ainda que a demanda por esse tipo de atendimento não se apresente de forma explícita para os(as) participantes, observa-se que a maioria deles(as) demonstra estar despreparada tanto para acolher essas mulheres quanto para realizar encaminhamentos adequados e resolutivos. De maneira similar, Lira e Castro (2022) identificaram, em sua pesquisa, que muitos(as) profissionais de saúde desconhecem a composição de rede de atendimento às vítimas de violência, não se reconhecendo como parte integrante da rede de enfrentamento, o que revela dificuldades em escutar e encaminhar adequadamente essa população.

Conforme discutido anteriormente, com base nas falas dos(as) participantes, observa-se um possível despreparo dos(as) profissionais no atendimento e no encaminhamento das usuárias em situação de violência sexual. Tal despreparo pode ser atribuído à ausência de formações específicas sobre o tema: 10 dos(as) entrevistados(as) relataram nunca ter participado de capacitações, cursos ou treinamentos voltados à violência sexual contra a mulher. Esse achado é constatado na fala da P10 (Farmacêutica): *“Não, nunca fiz nenhuma capacitação, nenhum curso, nada”*. Além disso, ao que parece, o município ou a autarquia de saúde não ofertou capacitações sobre o tema nos últimos anos, como afirma P11 (Fisioterapeuta): *“Não, nesse tempo todo que eu estou no serviço público, nós não tivemos nenhuma capacitação, treinamento específico pra isso, para saber as redes”*. Branco et al. (2020), em sua pesquisa, apontam que a escassez de capacitações destinadas aos profissionais de saúde quanto à atenção à violência sexual constitui uma das principais fragilidades do atendimento às mulheres em situação de violência sexual.

Bigaran et al. (2022) destacam que a promoção de formações voltadas à identificação de situações de violência, mesmo quando manifestadas por meio de queixas não explícitas, é fundamental para o enfrentamento efetivo desse fenômeno no âmbito da Atenção Básica. Assim, para que os(as) profissionais de saúde estejam aptos(as) a reconhecer e lidar com os casos de violência sexual, é indispensável o investimento em capacitações contínuas e abrangentes, que integrem não apenas fundamentos teóricos e científicos, mas também desenvolvam competências como sensibilidade, disponibilidade e habilidade para realizar a escuta ativa (Fusquine et al., 2021).

Ainda no que se refere ao conhecimento sobre o fluxo de atendimento, apenas duas participantes, a Enfermeira-coordenadora (P6) e a Psicóloga (P7), mencionaram a notificação

dos casos de violência por meio do preenchimento da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Assim, P6 relata:

[...] nós temos que notificar essa mulher, que é onde ela já não quer, porque ela acha que nossa ficha vai para a delegacia da mulher, e não vai, ela vai para o nosso sistema de notificação [...]. A gente preenche a ficha SINAN.

Conforme orienta a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, é fundamental que os(as) profissionais de saúde realizem a notificação de toda suspeita ou confirmação de violência. Tal procedimento possui caráter estratégico, uma vez que subsidia o desenvolvimento de ações de proteção e prevenção, além de ser essencial para o monitoramento e vigilância da situação de saúde relacionada às violências (Ministério da Saúde, 2012).

A aparente falta de conhecimento por parte dos(as) profissionais de saúde sobre a existência da ficha de notificação e a obrigatoriedade de seu preenchimento pode ser um dos fatores que contribuem para as elevadas taxas de subnotificação de casos de violência sexual. Essa subnotificação pode ocorrer devido ao desconhecimento da disponibilidade da ficha nos locais de trabalho, à falta de tempo hábil para o seu preenchimento, em razão da extensão do formulário, ou à dificuldade de compreensão e ao desconhecimento dos termos utilizados (Alcântara et al., 2016). Oliveira (2019) avalia que, quando um problema é ocultado, poucas medidas são tomadas para a sua resolução, sendo essa uma das principais consequências da subnotificação. Deste modo, por mais que a violência sexual seja reconhecida como um problema de saúde pública, se os(as) profissionais de saúde não notificam os casos, a incidência dessa violência permanece invisibilizada, dificultando o desenvolvimento de novas propostas de políticas públicas.

A partir da análise das entrevistas, observou-se que a maioria dos(as) profissionais parece desconhecer o Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, elaborado pela Autarquia do município onde a UBS está localizada e disponível em *seu* site. Esse protocolo contém as atribuições comuns e específicas dos(as) profissionais de saúde, abrangendo todas as profissões dos(as) participantes, além das classificações quanto ao tipo e à natureza das violências, às ações de promoção da saúde e de prevenção da violência e às normas gerais de atendimento clínico, bem como à rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral à pessoa em situação de violência (Londrina, 2016).

De acordo com a pesquisa de Diógenes et al. (2023), o conhecimento inadequado sobre o atendimento de casos de violência sexual eleva o risco de que os profissionais adotem práticas assistenciais, atitudes e práticas de acompanhamento consideradas inadequadas. Trigueiro et al. (2018), em um estudo com mulheres que vivenciaram violência sexual, observaram que elas destacaram o desconhecimento dos(as) profissionais de saúde sobre a rede de atenção às mulheres vítimas dessa violência, o mau atendimento, a falta de empatia e o descaso durante os atendimentos como fatores que contribuíram para a não adesão ao seguimento ambulatorial após a violência sofrida.

O que Entendem por Violência Sexual

Para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, é fundamental que os(as) profissionais da saúde saibam conceituar esse tipo de violência, em conformidade com as

normas técnicas brasileiras, para que possam identificá-la no relato da mulher atendida. Nessa seção, serão abordadas as formas pelas quais os(as) profissionais definem o conceito de violência sexual contra a mulher.

Foi possível observar que metade dos(as) entrevistados(as) parece ter certa dificuldade em definir a violência sexual, tendendo a generalizar e a falar de violência contra a mulher de forma mais ampla. Isso pode ser visto nas falas de P8 (Médica): *“Abrange a violência física, a violência psicológica, restringir os direitos dela. A liberdade dela. A maioria das vezes também, submissão econômica”*; e de P9 (Enfermeiro): *“Pode ser verbal, física, não verbal, são vários fatores, financeiro, são vários fatores que englobam a violência”*. Diante disso, torna-se pertinente retomar o conceito de violência sexual, definido pela OMS (2002, p. 5) como: *“qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação”*. A dificuldade observada entre os(as) profissionais de saúde em definir com precisão o conceito de violência sexual pode ser reflexo de uma lacuna recorrente na formação acadêmica e nos treinamentos específicos voltados ao atendimento a vítimas de violência, como discutido na categoria anterior.

Ademais, foi possível observar que vários(as) participantes (n=8) destacaram que a violência não se limita ao ato sexual em si, reconhecendo que ela pode se manifestar de outras formas. Entre eles(as), quatro profissionais compreenderam a violência sexual como qualquer ato realizado sem o consentimento da mulher. Tal entendimento aparece na fala de P11 (Fisioterapeuta): *“Qualquer ato que vai contra a vontade dela, independente do ato em si, mas qualquer gesto, manipulação, contra o corpo dela. [...] E não só o ato sexual em si, mas qualquer passada de mão que seja contra a vontade dela”*. Essa concepção demonstra uma compreensão ampliada e condizente com a definição de violência sexual proposta pela Organização Mundial da Saúde, que reconhece que tal violência envolve qualquer ato sexual ou contato de conotação sexual realizado mediante coerção ou sem consentimento (OMS, 2002).

Em seu estudo, Souza e Rezende (2018) observaram que os(as) profissionais de saúde entrevistados possuem conhecimentos superficiais sobre a violência contra a mulher, destacando que a compreensão adequada desse fenômeno contribui para a identificação de usuárias em situação de risco, auxilia na educação em saúde e promove o empoderamento das mulheres. De forma semelhante, os dados da presente pesquisa indicam que os(as) profissionais de saúde entrevistados(as) também possuem conhecimentos limitados sobre violência sexual contra a mulher, o que pode comprometer a capacidade de reconhecer algumas formas de manifestação dessa violência.

“Me Coloco no Lugar Delas, me Sensibilizo com a Causa”

A última categoria se propõe a discutir os sentimentos que emergem no atendimento à mulheres que foram vítimas de violência sexual. De acordo com o relato das profissionais de saúde entrevistadas, observa-se uma identificação com as mulheres atendidas, provavelmente mediada pelo fato de também serem mulheres. Essa identificação parece levá-las a se colocarem no lugar da vítima, como ilustra as falas de P4 (Nutricionista): *“Não é fácil, porque eu me coloco também no lugar [...] me coloco no lugar delas, me sensibilizo com a causa”*; de P7 (Psicóloga): *“Mas é muito doído também, pra mim, enquanto mulher, saber que tem mulheres que vivem isso [...] Então, acho que me dá até quase que uma causa própria, me*

atinge muito”; e de P8 (Médica): “[...] porque a gente é mulher também, né? Então a gente se coloca nessa posição”. Como uma possível consequência dessa identificação, as mesmas participantes relataram sentimentos de tristeza relacionados ao atendimento das mulheres vítimas. P4 (Nutricionista) afirma: “Todas as vezes, eu fiquei triste depois, eu fiquei mal, sabe?”; P7 (Psicóloga) também: “É muito triste, você saber que tem mulheres, muito mais novas que eu, que sofrem horrores com os parceiros, enfim”; e P8 (Médica): “É sempre triste, sempre impactante [...] é triste, é triste, sempre triste”.

Souza e Rezende (2018), em seu estudo, também observaram que as participantes se colocavam no lugar das usuárias do serviço que foram vítimas de violência, como um exercício empático, impulsionado pela carga afetiva que o enfrentamento dessas situações pode gerar. Essa identificação, por sua vez, mobiliza sentimentos intensos, como angústia e impotência. Diante disso, as autoras destacam a importância de que os(as) profissionais de saúde recebam suporte psicológico por meio dos próprios dispositivos da saúde, de forma a minimizar os efeitos emocionais decorrentes do atendimento nesse contexto (Souza & Rezende, 2018).

Portanto, para que esse exercício empático se estabeleça de forma ética e eficaz, é fundamental que os(as) profissionais lancem mão da escuta ativa. Esta é compreendida por Malta e Carmo (2020) como o caminho que possibilita a compreensão dos sentimentos do outro e o desenvolvimento de uma conexão afetiva com ele. A escuta ativa não se restringe à escuta da palavra, mas envolve atenção, presença e sensibilidade diante da dor expressa. Já a empatia é definida por Barelli et al. (2021, p. 251) como “a vontade de compreender e conhecer os sentimentos e as atitudes de outra pessoa”. Os autores afirmam que as mulheres, em comparação com os homens, apresentam um nível de empatia levemente mais elevado.

Desta maneira, a escuta ativa pode conduzir à experiência da empatia, desde que se estabeleça um espaço de atenção, de acolhimento genuíno e de ausência de julgamentos. Essa prática só é possível quando o(a) profissional está verdadeiramente presente na interação, se conecta com a própria dor para demonstrar empatia e manifesta interesse autêntico pela experiência do outro, sendo, obrigatoriamente, uma experiência de vulnerabilidade (Malta & Carmo, 2020). O sistema silencia a mulher vitimizada no momento em que a julga, olha com desconfiança e a submete a crenças e moralismos que, por si sós, acabam evidenciando a persistência da lógica patriarcal (Curi et al., 2022).

Nesse sentido, a identificação das profissionais de saúde com as mulheres vítimas de violência sexual pode ser compreendida como a expressão de uma experiência compartilhada de vulnerabilidade e como um indicativo da empatia que essas profissionais demonstram. Considerando a importância que a escuta ativa tem durante o relato da experiência do outro, é possível pensar que, quando o profissional se dispõe a escutar com atenção e sensibilidade, a usuária do serviço pode se sentir mais segura para relatar uma situação de violência. Assim, a empatia não apenas qualifica o vínculo entre o profissional e o(a) paciente, como também, pode ser um elemento facilitador para a revelação de vivências de violência, muitas vezes silenciadas pelo medo, vergonha, ou por experiência prévia anterior marcada pelo descrédito.

Considerações Finais

Observamos que parte dos(as) profissionais de saúde entrevistados(as) não possui experiência no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, o que pode ser atribuído a três hipóteses: a demanda por atendimento em caso de violência sexual não se

apresenta de forma explícita, os(as) profissionais não dispõem de conhecimentos e habilidades suficientes para identificar essa demanda ou não há um vínculo estabelecido entre a população e a UBS. Constatamos, também, um despreparo dos(as) participantes para atender e encaminhar adequadamente as usuárias vítimas de violência sexual. Tal fragilidade pode estar relacionada à ausência de ações de educação continuada, à aparente falta de oferta de capacitação e/ou ao desconhecimento do protocolo local de atenção a mulheres vítimas de violência sexual.

Notamos que os(as) entrevistados(as) demonstraram certa dificuldade em definir a violência sexual, frequentemente generalizando o tema e tratando-o como sinônimo de violência contra a mulher. Ainda assim, eles(as) reconheceram que a violência sexual não se restringe ao ato sexual em si, sendo caracterizada por qualquer ação que ocorra sem o consentimento da mulher. E, por fim, algumas participantes relataram que, em determinados atendimentos, se imaginam no lugar das mulheres que compartilharam o relato da violência, expressando sentimentos de tristeza diante dessas situações. Essa vivência subjetiva pode estar relacionada à escuta ativa e ao exercício de empatia, aspectos fundamentais na prática profissional e no acolhimento das mulheres em situação de violência.

É importante destacar os pontos fortes e as limitações desta pesquisa. Como principal potencialidade, ressaltamos a possibilidade de conhecer, a partir dos relatos dos(as) profissionais de saúde, suas percepções sobre a violência sexual contra a mulher, conforme descrito anteriormente. A escuta qualificada permitiu apreender não apenas os conhecimentos e as práticas desses/dessas profissionais, mas também as dificuldades e os sentimentos envolvidos no atendimento à mulher vítima de violência sexual, o que contribuiu para ampliar a compreensão sobre os desafios enfrentados na atenção à saúde nesse contexto.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o fato de a pesquisa ter sido realizada em apenas uma Unidade Básica de Saúde, o que representa uma amostra reduzida diante do total de 54 UBS existentes no município em questão. Além disso, a escassez de estudos que investigam as percepções dos(as) profissionais da saúde sobre a violência sexual contra a mulher na Atenção Primária limitou, em certa medida, o aprofundamento das discussões e a comparação dos dados obtidos com os achados de outras pesquisas. Ainda assim, consideramos que os resultados apresentados oferecem uma contribuição relevante, por refletirem de forma expressiva a visão dos(as) profissionais de saúde sobre a temática no contexto investigado.

A violência sexual traz impactos na saúde física, psicológica, comportamental, sexual e reprodutiva das mulheres vítimas. Por isso, é necessário que os(as) profissionais da Atenção Primária à Saúde estejam aptos(as) a atender, de forma resolutiva, as usuárias do serviço que foram vítimas de violência sexual. Por essa razão, consideramos fundamental a oferta de educação continuada e de capacitações profissionais para que os(as) profissionais de saúde sejam qualificados(as) para identificar e atender às demandas relacionadas à violência sexual contra a mulher.

Referências

- Alcântara, M. C. M., Souza, R. R., Caetano, L. G. A., Louzada, C. F., Silveira, A. R. P., Lima, J. O., Gouveia, M. A., Moura, H. C., Bonolo, P. F., & Melo, E. M. (2016). Subnotificação e invisibilidade da violência contra a mulher. *Revista Médica de Minas Gerais*, 26(Supl 8), 313–317. <https://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/9925>

- Barelli, C., Graeff, D. B., Magro, M. L. D., & Dorniel, T. K. M. (2021). Empatia: Calçando o sapato dos outros. In C. B. C. Gonçalves & C. Barelli (Org.). *Histórico e resultado das políticas indutoras para a reorientação da formação em saúde em Passo Fundo* (Cap. 14, pp. 247–270). UPF Editora. <https://www.upf.br/upfeditora/livros-publicados/e-books/medicina>
- Bezerra, J. F., Lara, S. R. G., Nascimento, J. L., & Barbieri, M. (2018). Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: Revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(1), 1-12. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6544>
- Bigaran, L. T., Barbosa T. C., Jordão, G. C. M., Bigaran, L. F. T., Nagib, T. D., Gianini, K. J. A., Souza, A. C., Cruz, D. S., Albuquerque, E. A., Carvalho, L. M. R., Carvalho, Y. T. R., Maia, A. K. S., Hércules, M. B., Paula, E. C., & Fedocci, E. M. M. (2022). A abordagem da violência sexual a mulher na atenção básica: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(5), 7. [https://rsdjournal.org/index.php/rsd\(a\)rticle/view/27845](https://rsdjournal.org/index.php/rsd(a)rticle/view/27845)
- Branco, J. G. O., Vieira, L. J. E. S., Brilhante, A. V. M., & Batista, M. H. (2020). Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1877–1886. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>
- Cavalcanti, L. F., Gomes, R., & Minayo, M. C. S. (2006). Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: Estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1), 31–39. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100004>
- Curi, P. L., Oliveira, L. S., & Fiaux, L. P. R. (2022). Violência sexual: Tecendo redes para cuidar de mulheres. In Cavalcanti, L. F. (Org.). *Violência sexual contra a mulher: Abordagens, contextos e desafios* (Cap. 15, pp. 277–300). Editora UFRJ. <https://hdl.handle.net/11422/17171>
- Desouza, E., Baldwin, J. R., & Rosa, F. H. (2000). A construção social dos papéis sexuais femininos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 485–496. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000300016>
- Diógenes, I. C. F., Nascimento, E. G. C., Giovannini, P. E., Felisberto, L. C. C., Júnior, J. A. S., & Fernandes, T. A. A. M. (2023). Violência sexual: Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da atenção primária. *Saúde e Pesquisa*, 16(1), 399–410. [https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq\(a\)rticle/view/11252](https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq(a)rticle/view/11252)
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2022). *16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. [https://forumseguranca.org.br\(a\)nuario-16/](https://forumseguranca.org.br(a)nuario-16/)
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. [https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07\(a\)nuario-2023.pdf](https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07(a)nuario-2023.pdf)
- Fusquine, R. S., Souza, Y. A., & Chagas, A. C. F. (2021). Conhecimentos e Condutas dos Profissionais de Saúde Sobre a Violência Contra a Mulher. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(1), 113–124. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i1.1010>
- Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª ed.). Atlas.
- Lima, C. A., & Deslandes, S. F. (2014). Violência sexual contra mulheres no Brasil: Conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 787–800. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300005>

- Lira, K. F. S., & Casto, R. V. (2022); Percepções de Profissionais da Saúde sobre Violência contra as Mulheres. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(1), 107–122. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1524>
- Londrina. (2016). Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência interpessoal, provocada*. Souza, E. do C., Copobianco, J. D. (colab.). Secretaria Municipal de Saúde. 177 p.
- Malta, M., & Carmo, E. D. (2020). A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. *Atas de Ciências em Saúde*, 9, 41–51. [https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php\(a\)CIS\(a\)rticle/view/2371/1611](https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php(a)CIS(a)rticle/view/2371/1611)
- Ministério da Saúde (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3. ed. 1. rev. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- Ministério da Saúde (2017). Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Ministério da Saúde (2023). Gabinete da Ministra. *Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023*. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>
- Oliveira, K. V. B. (2019). Subnotificação enquanto característica marcante do estupro no contexto brasileiro. *Revista Fides*, 10(2), 304–317. [http://revistafides.ufrn.br/index.php/br\(a\)rticle/view/400](http://revistafides.ufrn.br/index.php/br(a)rticle/view/400)
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde*. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>
- Pinto, L. S. S., Oliveira, I. M. P., Pinto, E. S. S., Leite, C. B. C., Melo, A. C. & Deus, M. C. B. R. (2017). Políticas públicas de proteção à mulher: Avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1501–1508. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016>
- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres [SPM]. (2005). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. SEPM. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf
- Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [Senev]. (2011). *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres*. SPM. https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2015). Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@S: Revista eletrônica*, 17(1), 1–14. <http://www.fei.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/2113-7552-1-PB.pdf>
- Souza, T. M. C., & Rezende, F. F. (2018). Violência contra mulher: Concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. *Estudos Interdisciplinares*

em *Psicologia*, 9(2), 21–38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&tlng=pt

Trigueiro, T. H., Silva, M. H., Oliveira, D. M., Jesus, M. C. P., & Merighi, M. A. B. (2018). Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018006490015>

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (2ª ed.). Editora Vozes.

Sobre os autores:

Vitória de Pinho Campos [autora para contato]: Especialista em Saúde da Mulher pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). **E-mail:** vickpcampos@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0003-0699-3883>

Silvia Nogueira Cordeiro: Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora associada do Departamento de Psicologia e Psicanálise na Universidade Estadual de Londrina (UEL). **E-mail:** silvianc@uel.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-0834-8610>

Valéria de Araújo Elias: Doutora em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher na Universidade Estadual de Londrina (UEL). **E-mail:** valelias@sercomtel.com.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-6059-7051>

Leandro Anselmo Todesqui Tavares: Doutor em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Professor do Departamento de Psicologia e Psicanálise na Universidade Estadual de Londrina (UEL). **E-mail:** leandro.todesqui@uel.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-2198-513X>

Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Editor-chefe: Rodrigo Lopes Miranda

Editor de seção responsável pelo artigo: Alberto Mesaque Martins

Avaliadores: Raul Aragão Martins, Cely Carolyne Pontes Morcerf e Patrícia Martins de Freitas

Recebido em: 29/06/2024

Última revisão: 21/05/2025

Aceite final: 24/05/2025



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.