



ISSN: 2230-9926

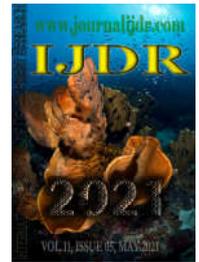
Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 05, pp. 47392-47396, May, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22013.05.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## ACOLHIMENTO HOSPITALAR ÀS MULHERES COM DEFICIÊNCIA MENTAL VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Arthur Felipe Rodrigues Silva, Isabella Medeiros de Oliveira Magalhães, Jamilly da Silva Aragão, Lara Caline Santos Lira\*, Francisco Stélio de Sousa and Inacia Sátiro Xavier de França

Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem, Campina Grande (PB), Brasil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 10<sup>th</sup> February, 2021  
Received in revised form  
28<sup>th</sup> March, 2021  
Accepted 20<sup>th</sup> April, 2021  
Published online 30<sup>th</sup> May, 2021

#### Key Words:

Acolhimento; Violência contra a Mulher;  
Delitos Sexuais; Serviços de Saúde da Mulher;  
Pessoas com Deficiência Mental.

#### \*Corresponding author:

Lara Caline Santos Lira

### ABSTRACT

Estudo com o objetivo de compreender as representações sociais de profissionais de saúde acerca do processo de acolhimento às mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual. Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio da Teoria das Representações Sociais. Participaram 18 profissionais da equipe de acolhimento. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e analisados por meio do software IRaMuteq a partir da Classificação Hierárquica Descendente. Detectou-se estrutura física e dinâmica assistencial inadequadas, possibilitando o emergir das classes: A prática do acolhimento à mulher com Deficiência Mental; Dificuldades de assistência multidisciplinar; Privacidade e sigilo profissional prejudicados; Despreparo profissional para a prática do acolhimento. O acolhimento às mulheres com deficiência mental, vitimadas sexualmente, não atende totalmente às suas necessidades. As lacunas implicam dificuldade de assistência integral e individualizada às mulheres, e em subnotificação dos casos atendidos.

Copyright © 2021, Arthur Felipe Rodrigues Silva et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Arthur Felipe Rodrigues Silva, Isabella Medeiros de Oliveira Magalhães, Jamilly da Silva Aragão, Lara Caline Santos Lira, Francisco Stélio de Sousa and Inacia Sátiro Xavier de França, 2021. "Acolhimento hospitalar às mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual", *International Journal of Development Research*, 11, (05), 47392-47396.

## INTRODUÇÃO

A violência sexual é definida como o ato sexual, a tentativa de praticar um ato sexual, ou qualquer ação direcionada contra a sexualidade de outra pessoa usando de coerção física ou outra, independente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto (OMS, 2017). A violência sexual é um grave problema de saúde pública que acarreta consequências à saúde física e mental das vítimas, de suas famílias e confidentes, tanto a curto como a longo prazo (Hendriks *et al.*, 2018). Embora haja políticas e leis em atenção à saúde da mulher, a violência doméstica e sexual vem crescendo consideravelmente, se configurando um problema de magnitude mundial, constituindo-se uma causa significativa de morbimortalidade (Barufaldi *et al.*, 2017). Os reflexos desse problema podem incidir pela violência de natureza física, psicológica, sexual, sendo a maior parte perpetrada pelos homens, os parceiros íntimos, vitimizando as mulheres (Barros *et al.*, 2017). Essa situação pode ainda agravar-se, quando se leva em consideração a renda, o nível de educação e situação de emprego do parceiro e da vítima. Estudo realizado com 938 participantes, no Brasil, revela que parceiros com um nível de renda desfavorável, educação deficitária e sem ocupação, apresentaram maior prevalência das violências: física, psicológica e sexual (Leite *et al.*, 2019).

Em virtude do agressor ser uma pessoa próxima à vítima, se estabelece o vínculo sentimental, ou hierárquico, e o crime, na maioria das vezes, torna-se mais fácil de ser executado e, em alguns casos, difícil de ser notificado (Correa *et al.*, 2020). Sabe-se que a violência sexual é praticada, majoritariamente, por homens contra mulheres (OMS, 2017), mas a mídia tem demonstrado que esse crime também é perpetrado contra pessoas lésbicas, gays, bissexuais e ou transexuais. Possivelmente, essa temática é pouco divulgada e estudada, em virtude do silêncio dessas minorias acerca da violência sofrida. Em se tratando da violência contra a mulher, no mundo, uma em cada três mulheres, em algum momento de sua vida, sofreu violência física ou sexual (OMS, 2017). No Brasil, aponta-se o maior número de casos notificados de violência sexual na faixa etária de 10 a 14 anos (Delziovo *et al.*, 2018). As consequências da violência sexual contra a mulher são inúmeras e podem resultar em prejuízos significativos em sua vida pessoal, problemas de saúde, profissional e afetiva, sendo a gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis desfechos destacáveis enquanto consequências frequência considerável entre as vítimas (Delziovo *et al.*, 2018). Nesse contexto, as mulheres com deficiência mental se expõem ao maior risco de violência, em virtude de apresentarem dificuldades de comunicação, inabilidade em buscar ajuda, e dependência excessiva de terceiros, além de adotarem conduta passiva na vivência da sexualidade, com grande preocupação em agradar sexualmente os parceiros, mesmo

que elas próprias sejam desagradadas (Barbosa *et al.*, 2015). O serviço de saúde hospitalar é a “porta de entrada” para que as mulheres, com ou sem deficiência, recebam acolhimento humanizado, atendimento psicológico e social, cuidados médicos, redução de danos quanto às infecções e gravidez indesejada (Delziovo *et al.*, 2018). É no âmbito do acolhimento que essas mulheres expressam os seus processos cognitivos e afetivos acerca da violência sexual sofrida na perspectiva de obter o apoio necessário para o enfrentamento da realidade em vivência. Para compreender como a equipe de acolhimento assimila a dinâmica do seu trabalho, o que apreende como facilidade, ou dificuldade, na prestação de assistência às mulheres violentadas sexualmente, o aporte teórico desse estudo foi a Teoria das Representações Sociais, um construto caracterizado como sistemas de valores, ideias e práticas que explicam os fenômenos sociais, reforçam a identidade dos grupos, influenciam em suas práticas e podem reconstituir o pensamento grupal (Moscovici, 2015).

As representações sociais consistem em explicações da realidade, formuladas a partir de dois processos: a ancoragem que consiste em transformar algo estranho em familiar e integrá-lo ao conhecimento preexistente para facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas e formular opiniões. É a objetivação destinada a transformar algo abstrato e novo em imagem concreta, fundamentando-se em concepções familiares (Moscovici, 2015). Em virtude das representações sociais objetivarem a transformação do objeto não-familiar em familiar (Moscovici, 2015), acredita-se que investigações científicas embasadas em pressupostos acerca de um determinado fenômeno possibilite desvelar algo desconhecido, situando-o em uma realidade conhecida e institucionalizada, e fundamentar a interpretação que oriente as possíveis formas de intervenção em uma realidade dada. O estudo é relevante dada a invisibilidade dessa temática no contexto social, à restrição de pesquisas acadêmicas sobre este fenômeno e a possibilidade de contribuir com a reflexão dos profissionais de saúde acerca da necessidade de capacitação profissional para atuação na equipe de acolhimento e de políticas públicas que possam auxiliar no enfrentamento da violência sexual. O presente estudo foi motivado pela questão norteadora: Qual a representação social da equipe de acolhimento de um serviço público hospitalar de referência acerca da assistência às mulheres com deficiência mental, vítimas de violência sexual? Assim, o estudo objetivou compreender as representações sociais de profissionais de saúde acerca do processo de acolhimento às mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual.

## MÉTODO

Estudo descritivo, qualitativo, embasado na Teoria das Representações Sociais, desenvolvido no período 2017-2018 em um hospital público da Região Nordeste do Brasil, com atendimento multiprofissional nas áreas de urgência e emergência, uma referência terciária para os municípios do Estado em que está inserido. Seu quadro tem aproximadamente, 2000 funcionários, possui 292 leitos, sendo três Unidades de Terapia Intensiva (azul, rosa e pediátrica), seis grandes enfermarias (ortopédica I e II, neuro buco facial, queimados, ala cirúrgica e pediátrica), três áreas (verde, amarela e vermelha e duas alas (laranja e vermelha), além de seis salas no bloco cirúrgico. Realiza, mensalmente, uma média de 8.000 atendimentos e 3.700 cirurgias. Após autorização do hospital, durante o intervalo dos plantões, os 25 profissionais atuantes na equipe de acolhimento foram convidados a participar do estudo. Compôs-se uma amostra aleatória simples com seis enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, quatro psicólogos e três assistentes sociais que atenderam os critérios: atuação profissional há pelo menos um ano na equipe, estar em atividade durante o período de coleta de dados e ter disponibilidade para participar da pesquisa. Excluíram-se: uma enfermeira por estar em férias, duas outras que estavam em licença e quatro médicos que não aceitaram participar. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e agendaram o melhor horário e local para o encontro.

O instrumento de coleta foi uma entrevista semiestruturada com foco nas diretrizes da “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica” (Brasil, 2012) do Ministério da Saúde brasileiro, quais sejam: I- instalação e área física para o atendimento, II- equipamento e instrumento da sala de atendimento ambulatorial. III - sensibilização e capacitação da equipe de acolhimento, IV - sigilo e atendimento, e V - acesso à rede de atenção. Esse instrumento foi submetido a validade de face e pré-teste com três enfermeiros *experts* na temática do estudo e que não foram incluídos na amostra. Esses especialistas consideraram não haver necessidade de modificações no instrumento.

No dia agendado, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizou-se a entrevista individual em uma sala disponibilizada pela instituição. Cada entrevista teve duração média de 25 minutos, contou com a presença de um entrevistado e um entrevistador do sexo masculino ou feminino, com qualificação *stricto sensu* e experiência em pesquisa com pessoas com deficiência. Com o consentimento de cada entrevistado, utilizou-se um gravador de áudio para registrar a entrevista que foi identificada com as letras iniciais de sua formação profissional, seguidas por um numeral. Cada gravação foi ouvida e validada pelo entrevistado. Os pesquisadores procederam a composição do corpus com a transcrição integral dos textos gravados. O corpus foi analisado por meio do software livre IRaMuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) (Souza *et al.*, 2018). Esse software permite diversas análises de corpus textuais, do tipo: estatística básica, especificidades e análise fatorial de correspondência, classificação hierárquica descendente, similitude e nuvem de palavras. Nesse estudo realizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), na qual, a partir do corpus original, o IRaMuteq recupera os segmentos de textos e a associação de cada um, agrupando as palavras estatisticamente significativas, por meio de repetidos testes do tipo X<sup>2</sup>, para revelar a força associativa entre as palavras e a sua respectiva classe, possibilitando a análise qualitativa dos dados. Nesse procedimento, cada entrevista denomina-se Unidade de Contexto Inicial (UCI). Os segmentos de texto que compõem cada classe denominam-se Unidades de Contexto Elementar (UCE), nas quais são obtidos a partir das UCI e apresentados pela quantidade de palavras iguais e vocabulários semelhantes. As UCE de uma classe apresentam vocabulário semelhante entre si e diferentes das UCE das outras classes (Camargo *et al.*, 2016). Além do uso desse recurso tecnológico, os achados foram interpretados pelos pesquisadores, pois o software tem a finalidade de auxiliar o processo de análise. Dessa forma, os domínios textuais foram identificados, analisados e interpretados, conforme os seus significados. A pesquisa atendeu aos dispositivos legais contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob N° de CAAE 51779215.0.0000.5187. Os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 18 profissionais, sendo seis enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, quatro psicólogos e três assistentes sociais. No que se refere ao tempo de atuação na equipe de acolhimento, observou-se o mínimo de um ano e o máximo de oito anos trabalhados. Quanto aos dados obtidos, a partir do processamento no software IRaMuteq houve a separação do *corpus* em 122 Unidades de Contexto Elementar (UCE) advindas de 18 Unidades de Contexto Inicial (UCI) processadas em 52 segundos, com o aproveitamento de 76,23% do índice de UCE. A partir da CHD estruturaram-se os domínios textuais sob o reconhecimento dos vocábulos mais significantes por noções de valores de qui-quadrado, associado ao cruzamento entre semelhança e sentidos resultando em quatro classes apresentadas na Figura 1.

Observou-se a porcentagem de UCE em cada classe e palavras com maior qui-quadrado agrupando-se em sentidos individuais e associações entre as classes. A leitura das falas e suas aparições nos resultados dos segmentos de textos possibilitaram a identificação dos domínios, permitindo-se nomeá-los. Constatou-se que a Classe III foi subdividida nas Classes I e II, e todas estão interligadas à Classe IV. A Classe I demonstrou a pouca instrução dos profissionais para acolher as mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual. Na Classe II apontam-se condutas profissionais indispensáveis a assistência, mas que os participantes enfrentam barreiras à execução com eficácia. A Classe III descreve as dificuldades que os profissionais das variadas áreas da saúde sentem quanto às atividades realizadas em conjunto. E por fim a Classe IV evidencia quais são as ações que os participantes realizam no acolhimento a essas mulheres violentadas. O agrupamento dessas falas, de acordo com suas Classes, é demonstrado no Quadro 1.

barreiras enfrentadas pelos profissionais para oferecer assistência com maior qualidade às vítimas de violência sexual. O conjunto dessas dificuldades influencia a práxis da equipe de acolhimento estudada, de forma que, na Classe IV - Na prática do acolhimento à mulher com deficiência mental demonstra-se que, por maior que seja o empenho da equipe, persistem lacunas que se opõem a algumas diretrizes protocolares. Da análise das Unidades de Contexto Elementar (UCE) que compuseram a Classe I – Despreparo profissional para a prática do acolhimento – observa-se que os elementos da representação do acolhimento à mulher com deficiência mental, vítima de violência sexual, estão organizados a partir do ideal da qualificação profissional. O núcleo central das representações da equipe é o despreparo para acolher esse tipo de vítima, o que permite a inferência que a experiência adquirida pelos participantes, no concernente às ações do acolhimento, foi adquirida ao longo da prática cotidiana.

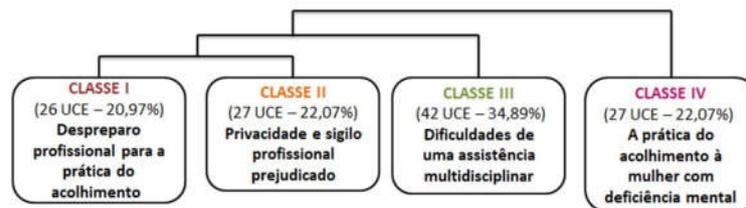


Figura 1. Esquematização temática das classes apresentando o número de UCE, os respectivos percentuais e a interligação entre as classes

Quadro 1. Distribuição da fala dos participantes do estudo em conformidade com a sua pertinência à Classe I, II, III ou IV

Classes	Fala dos participantes
Classe I	<p>Não recebi capacitação nenhuma para o acolhimento. Teve uma só em relação a abordagem da mulher que sofre violência sexual, mas algo bem breve. (E5)</p> <p>Não existe um treinamento específico para mulheres com deficiência. A questão emocional às vezes pesa, às vezes você está com um problema pessoal e você não está muito preparada para lidar com uma situação de modo inesperado. (AS1)</p> <p>A gente faz, às vezes, algum treinamento, mas é só mais palestra. (TEC1)</p> <p>Não me sinto preparada nem um pouco. Porque eu acho uma situação muito delicada e complicada, entendeu? (TE5)</p> <p>Embora que vou me sentir muito fragilizada e, assim que receber, trazer a situação dela para mim. me sinto mal com esses casos. (E3)</p> <p>No acolhimento, às vezes entra uma, duas, três pessoas. Elas não têm aquela privacidade em um caso desse. Eu acho muito ruim a questão da privacidade aqui para um caso desse. (E3)</p> <p>O nosso acolhimento aqui tem uma demanda grande, então a gente resolve inúmeros problemas, desses pacientes e outros que foram atendidos e voltam com problemas. (E5)</p>
Classe II	<p>Existe uma dificuldade quanto a questão da privacidade, a logística do hospital, da emergência, ela não disponibiliza um espaço onde essa pessoa possa ficar preservada, então, às vezes é difícil a gente fazer um atendimento preservado. (AS1)</p> <p>A questão da privacidade, com relação ao serviço social, na sala que a gente tem de acolhimento, às vezes a gente está com um usuário na sala e se forma uma fila imensa na porta, então o pessoal fica batendo, tentando abrir. É um atendimento sigiloso. A gente não tem como atender numa situação dessa, às vezes a gente não tem um local para tentar trazer a mulher e dar um encaminhamento. (AS3)</p> <p>Os próprios profissionais e os outros que trabalham noutro setor muitas vezes não entendem exatamente as necessidades dessa mulher que sofre violência. Às vezes ficam até meio curiosos querendo saber o que aconteceu, fazendo perguntas inoportunas. A gente não tem estrutura física para atender, um espaço mais adequado, de maior privacidade, onde possa manter maior sigilo profissional. (P3)</p> <p>Eu acredito que aqui se trabalha muito em conjunto. Acontecendo um tipo de caso no acolhimento, vamos supor uma agressão física, a gente entra em contato com a psicóloga, com o serviço social, a gente repassa, mas não faz ação junta não. (TE1)</p> <p>É difícil, é complicada a dinâmica entre os profissionais. (AS1).</p>
Classe III	<p>A gente precisa de uma equipe multidisciplinar. Sempre se pede apoio do psicólogo, mas as vezes ele também não consegue ficar muito tempo com a mulher. (E1)</p> <p>Muitas vezes, assim que chega uma avaliação com paciente, tem a consulta com o serviço social. Nem sempre a gente é solicitado, às vezes por conta da dinâmica do hospital, são muitos pacientes. (P3)</p> <p>Vai passar pela triagem, vai ser feito o acolhimento da paciente, entra em contato com a psicologia, serviço social, e encaminhada a paciente para atendimento clínico ou cirúrgico. Não sei se existe protocolo, eu não conheço. (TE1)</p> <p>A gente comunica o serviço social e a psicologia, principalmente ao serviço social, para fazer a denúncia e a abordagem também, mas às vezes passa mesmo despercebido e a gente nem sabe o que é realmente. A gente não tem protocolo. É essa conduta para todos os tipos de violência. (E3)</p>
Classe IV	<p>Normalmente esses casos os médicos recebem dos enfermeiros que acionam justamente o serviço social que a partir daí entra em contato, se for menor de idade, com o conselho tutelar, delegacia. Todo tipo de violência eles encaminham para o serviço social. (P2)</p> <p>Não tem um protocolo. Nunca foi formulado um protocolo. No nosso caso, quando a vítima vem até nós, geralmente ela já tem passado pela psicologia, então ela vem para orientações e encaminhamentos legais. Ai encaminho a vítima para a delegacia da mulher, para a casa de abrigo ou, se for o caso, para qualquer outra instituição de acolhimento. (AS3).</p>

## DISCUSSÃO

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) demonstra a interligação entre as Classes I - Despreparo profissional para a prática do acolhimento, II - Privacidade e sigilo profissional prejudicado, e III - Dificuldade de assistência multidisciplinar, evidenciando as

Os elementos estruturantes desse núcleo são a necessidade de estratégias educativas mais consistentes e direcionadas para o acolhimento desse tipo de vítima, além da criação de estratégias de fortalecimento pessoal para ajudá-los a lidar com suas dificuldades emocionais quando do acolhimento dessas pessoas. Resultado semelhante foi identificado em um estudo sobre as concepções e práticas de profissionais de serviços públicos, em caso de violência

contra a mulher. Os pesquisadores detectaram desconhecimento ou escassa informação para o enfrentamento da violência, além de dificuldades nas ações de prevenção, acolhimento e notificação dos serviços de saúde, e interpretaram que essas fragilidades estão relacionadas com a formação em nível de graduação e da pós-graduação, com a alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde, ou com problemas na formação profissional continuada, aspectos estes que contribuem para a permanência de lacunas no embasamento teórico-prático dos profissionais e comprometem as práticas de acolhimento (Rezende *et al.*, 2018; Trigueiro *et al.*, 2018).

Consoante esses resultados, em outro estudo acerca da violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, considerando a atuação profissional e as barreiras para o enfrentamento, detectou-se relato dos profissionais sobre dificuldades em identificar os casos e afirmativa de atuação focada na abordagem sintomatológica. Para esses profissionais, além da difícil identificação da violência relacionados a falhas e falta de preparo, outras dificuldades apontadas em relação aos atendimentos as mulheres vítimas de violência são o medo, insegurança e a presença do agressor (Arboit *et al.*, 2020). Para além dos saberes clínicos e biológicos relatados nesses estudos consultados, o acolhimento não pode prescindir da ética, privacidade, confidencialidade e sigilo. No estudo atual, na Classe II - Privacidade e sigilo profissional, prejudicados - apontam-se condutas profissionais indispensáveis a assistência, mas que enfrentam barreiras à sua execução com eficácia. Isso porque a estrutura hospitalar, locus do acolhimento, não assegura a privacidade do atendimento, de forma que tanto a consulta de enfermagem como aquela do serviço social sofrem interferências individuais e multiprofissionais inoportunas, curiosas, prejudicando as ações e as intervenções dirigidas à saúde integral, necessárias nesses casos. Além de ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, o acolhimento requer escuta qualificada. Nesse sentido, em estudo sobre a satisfação dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial, revelou positiva satisfação com o acolhimento da equipe e ajuda recebida no serviço (Cruz *et al.*, 2019). O fato de não ter sido ouvido resulta em bloqueio de expressão e agravamento de sua condição mental. Em se tratando da privacidade e sigilo, o repasse de informações pessoais para terceiros, afeta a confiança no profissional. Há que se acolher a mulher sem julgamentos, em ambientes seguros e sigilosos, adotando-se conduta empática, estimulando a sua narrativa, para ir além do que essa vítima relata, compreendendo as entrelinhas de sua fala (Zuchi *et al.*, 2018). Entende-se que o sigilo é direito do paciente e dever do profissional, assegurando um compromisso de defesa que dispensa o pedido de atendimento. Ele se obriga a todos os indivíduos que tiverem acesso aos dados pessoais do paciente em função de sua atividade profissional. Essa foi a compreensão das participantes de um estudo sobre as barreiras enfrentadas em revelar a violência doméstica nos serviços de saúde: As mulheres citaram, a falta de privacidade nas consultas e de confiança no sigilo profissional como entraves encontrados, além do medo de perder o acesso aos filhos (Shaheen *et al.*, 2020). Na Classe III - Dificuldade de assistência multidisciplinar – evidenciam-se as barreiras enfrentadas pelos profissionais para oferecer assistência com maior qualidade às vítimas de violência sexual. Os profissionais do acolhimento são fundamentais nesse contexto, devendo planejar ação conjunta, facilitando e construindo assistência integral e de qualidade à mulher em situação de violência sexual. Quando essa mulher e os profissionais que a atendem se corresponsabilizam pela criação de espaços que deem sentido à experiência vivida, facilita-se a superação da violência sofrida (Trigueiro *et al.*, 2018).

A necessidade de acolhimento multiprofissional e corresponsabilização são reiteradas pelos participantes da presente investigação. As representações contidas na Classe III descrevem as dificuldades que a equipe enfrenta para acolher, conjuntamente, as vítimas, deixando transparecer as lacunas da rede institucional de apoio no concernente ao suporte necessário às mulheres que vivenciam a violência sexual. Essas lacunas também foram detectadas em estudo realizado na Bélgica, cujos resultados refletem o sistema de saúde fragmentado e a falta de acessibilidade, de forma que o atendimento psicossocial e a atenção orientados por protocolos

são restritos, apesar das diretrizes em vigor (Vandenbergh *et al.*, 2018). Dessa forma, e consoante outros autores, a violência sexual permanece como uma grande ameaça à saúde pública em virtude dos agravos à saúde física e mental das vítimas, suas famílias e confidentes, tanto a curto como a longo prazo (Hendriks *et al.*, 2018). Em pesquisa realizada no Brasil e na Noruega, os profissionais participantes de ambos os locais relataram a necessidade de uma colaboração mais estreita e ativa com assistentes sociais e profissionais especialistas em saúde mental, uma vez que a violência doméstica está intimamente relacionada às normas sociais nas comunidades e a fatores psicológicos individuais (Miranda *et al.*, 2020). Na Classe IV – A prática do acolhimento à mulher com deficiência mental – apresenta a dinâmica do acolhimento, demonstrando-se a interligação com as Classes I, II e III, envolvendo a atuação das diversas categorias profissionais, tendo o serviço social como instância encarregada da denúncia, da abordagem da vítima e dos encaminhamentos necessários, de cada caso em particular, para a rede de apoio.

Os participantes, em suas falas lacônicas, evasivas, negam a existência de um protocolo que oriente a atenção à saúde de mulheres com deficiência mental, em situação de violência sexual, dando a entender que os procedimentos seguem um fluxo estabelecido institucionalmente, cujas condutas, são utilizadas para todos os tipos de violência. Situação semelhante foi identificada em estudo realizado em duas capitais brasileiras acerca da utilização de protocolo em caso de violência sexual, no qual se identificou ausência ou desconhecimento do protocolo, além de fragilidade da qualificação profissional para esse tipo de atuação, agravada pela falta de treinamento no contexto dos serviços. A utilização de um protocolo assistencial qualifica os registros, proporciona a visibilidade e a magnitude da demanda no serviço. Outrossim, ele indica os serviços de referência, o fluxo de atendimento, a quimioprofilaxia, e as informações necessárias ao seguimento de cada caso (Vieira *et al.*, 2016). Cabe dizer que a inexistência de um protocolo não denigre a assistência prestada às mulheres em situação de violência sexual, pois cada caso requer soluções plurais. No entanto, por serem baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e socializados com os trabalhadores da saúde, um protocolo é um instrumento dinâmico de planejamento que agrega a gestão municipal, os gestores dos serviços, os agentes formadores e o movimento organizado de mulheres, contribuindo com a qualificação do cuidado integral, além de assegurar os direitos de saúde sexual e reprodutiva às mulheres em situação de violência sexual. Ausência de protocolos nos serviços e entre os setores para fluxo de atendimento foi uma fragilidade percebida enquanto (des) articulação incipiente em estudo realizado em uma rede intersetorial à mulher em situação de violência sexual (Trentin *et al.*, 2020). Outra ausência percebida, no serviço estudado, foi que os participantes, em nenhuma das classes, citaram ações de apoio aos familiares, parceiros ou amigos das vítimas possibilitando a inferência que a atenção dispensada às mulheres com, ou sem, deficiência mental, vítimas de violência sexual, prioriza os procedimentos clínicos-cirúrgicos e as evidências forenses. A percepção das fragilidades teórico-metodológicas da equipe de acolhimento estudada estimula a concordância com outros autores acerca de que a violência contra as mulheres é fato reconhecido socialmente como problema de saúde pública, mas o enfrentamento dessa violência ainda demanda efetivação de ações intersetoriais em rede de atenção (Delzivo *et al.*, 2017).

## CONCLUSÃO

No processo de acolhimento hospitalar às mulheres vítimas de violência sexual, detectaram-se as seguintes lacunas: estrutura física e dinâmica de acolhimento inadequada; a inexistência de um protocolo que oriente a atenção dispensada à demanda considerando, também, as necessidades específicas dos grupos vulneráveis; e o despreparo dos profissionais da equipe de acolhimento, fatores esses que comprometem e dificultam a integralidade, a individualidade, a privacidade e o sigilo da assistência oferecida. Espera-se que os

resultados desse estudo contribuam com as atividades de profissionais envolvidos com o ensino, pesquisas e extensão no campo da assistência às vítimas de violência sexual e, sugere-se aos gestores o desenvolvimento de um protocolo específico para acolhimento das mulheres em situação de violência sexual com base na legislação e em políticas ministeriais nas quais se recomendam que as mulheres sejam vistas em sua integralidade, primando pela articulação intersetorial e pelo desenvolvimento de políticas de educação permanente no setor de acolhimento para garantir às mulheres atendimento qualificado e humanizado.

## REFERÊNCIAS

- Arboit J, Padoin SM de M, Vieira LB (2020). Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. *Aten Primaria*, 52(1):14-21.
- Barbosa JAG, Souza MCMR, Freitas MIF (2015). Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 37(4/5):273-8.
- Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al (2017). Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(9):2929-38.
- Barros CRS, Schraiber LB (2017). Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. *Rev Saúde Pública*, 51(7):1-10.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. 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 / Brasília: Ministério da Saúde.
- Correa NP, Cain MC, Berdenthal M, Lopez KK (2020). Women's Experiences of Being Screened for Intimate Partner Violence in the Health Care Setting. *Nurs Womens Health*, 24(3):185-196.
- Camargo BV, Justo AM (2016). Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) (Florianópolis: UFSC); 32p.
- Cruz SF, Martão FF, Luciane Z (2019). Satisfação de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27:e3223.
- Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS (2017). Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 33(6):e00002716.
- Delziovo CR, Bolsoni CC; Lindner SR, Coelho EBS (2018). Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiol. Serv. Saude*, 27(1):e20171493.
- Delziovo CR, Coelho EBS, d'Orsi E, Lindner SR (2018). Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, 23(5).
- Hendriks B, Vandenberghe AM-JA, Peeters L, Roelens K, Keygnaert (2018). Towards a more integrated and gendersensitive care delivery for victims of sexual assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study. *International Journal for Equity in Health*, 17(1):152-61.
- Leite FMC, Luis MA, Amorim MHC, Maciel ELN, Gigante DP (2019). Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. *Rev. bras. Epidemiol.*, 22:e190056.
- Miranda RB, Lange S. Domestic violence and social norms in Norway and Brazil: A preliminary, qualitative study of attitudes and practices of health workers and criminal justice professionals (2020). *Clinical Trial. PLoS One*, 4;15(12):e0243352.
- Moscovici, S (2015). Representações sociais: Investigações em psicologia social. 7. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 408p.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2017). Violencia contra la mujer. Ginebra: OMS.
- Rezende FF, Souza TMC (2018). Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(2):21-38.
- Shaheen A, Ashkar S, Alkaiyat A, Bacchus L, Colombini M, Feder G, et al (2020). Barriers to women's disclosure of domestic violence in health services in Palestine: qualitative interview-based study. *BMC Public Health*, 20(1):1795.
- Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM (2018). The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm.*, 52:e03353.
- Trentin D, Vargas MA de O, Leal SMC, Vargas CP, Ferreira ML, Neves FB das (2020). Mulheres em situação de violência sexual: potencialidades e fragilidades da rede intersetorial. *Rev. Bras. Enferm.*, 73(4):e20190856.
- Trigueiro TH, Silva MH, Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB (2018). Non-adherence to outpatient follow-up by women who experienced sexual violence. *Texto contexto - enferm.*, 27(1): e6490015.
- Vandenberghe A, Hendriks B, Peeters L, Roelens K, Keygnaert I (2018). Establishing Sexual Assault Care Centres in Belgium: health professionals' role in the patient-centred care for victims of sexual violence. *Health Serv Res.*, 18(807).
- Vieira LJES, Silva ACF, Moreira GAR, Cavalcanti LF, Silva RM (2016). Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(12):3957-65.
- Zuchi CZ, Silva EB, Costa MC, Arboit J, Fontana DGR, Honnef F, Heisler ED (2018). Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. *Rev Min Enferm.*, 22:e-1085.

\*\*\*\*\*