



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

SHEILA COELHO RAMALHO VASCONCELOS MORAIS

O CUIDAR DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

TERESINA(PI),2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SHEILA COELHO RAMALHO VASCONCELOS MORAIS

O CUIDAR DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Co-Orientadora: Profa. Dr^a Silvana Santiago da Rocha

TERESINA (PI),2008

FICHA CATALOGRÁFICA – AACR2

M827c	<p>Morais, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos O cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual [manuscrito] / Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. – 2008 85f.</p> <p>Cópia de computador (printout). Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí (UFPI), 2008. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Claudete Ferreira de Souza Monteiro Co-Orientadora: Profa. Dr^ª Silvana Santiago da Rocha</p> <p>1. Enfermagem. 2. Violência – Mulher. 3. Violência sexual. I. Título.</p> <p>CDD 610.73</p>
-------	---

Bibliotecária: Milane Batista da Silva

SHEILA COELHO RAMALHO VASCONCELOS MORAIS

O CUIDAR DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/2008

Prof^a. Dr^a Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Universidade Federal do Piauí-UFPI

Prof^a Dr^a Liliana Maria Labronici
Universidade Federal do Paraná- UFPR

Prof^a Dr^a Maria Helena Barros Araújo Luz
Universidade Federal do Piauí-UFPI

Suplente:

Prof^a. Dr^a. Inez Sampaio Nery
Universidade Federal do Piauí

A todo ser cuidador e ser cuidado que emana atitudes
simplórias e ricas de autenticidade no seu cotidiano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos guias espirituais por iluminarem meus passos nessa caminhada sublime, por serem repletos de sabedoria, humildade e coragem, me fortalecendo como ser humana na mais pura subjetividade.

À minha família, aos meus pais, Edson Ramalho Vasconcelos e Marluce Coelho Ramalho Vasconcelos, que, na ausência física devido à distância, permaneceram presentes com todo o amor para acolher a sua filha considerada tão “frágil como um cristal”. Agradeço ao meu pai pela educação e o exemplo de simplicidade de saber ser um profissional que cuida de maneira humanizada; à minha mãe, que tenho como espelho, pela coragem de enfrentar os obstáculos que aparecem em seu caminho, buscando sempre a felicidade interna.

Às minhas queridas irmãs, Micheline Coelho Ramalho Vasconcelos e Elaine Coelho Ramalho Vasconcelos, que ouviram meus choros e desesperos, mas continuaram emitindo palavras otimistas e de carinho, meu eterno agradecimento.

Ao meu querido esposo, José Ronaldo dos Santos Morais, pelos onze anos de companheirismo, sempre presente, me cobrindo de carinho, amor e atenção nos momentos de tristeza e alegria. Agradeço pela paciência de ouvir minhas lamentações, por esclarecer algumas dúvidas que emergiram durante esse percurso acadêmico e por acreditar no meu potencial. Obrigada pela presença de estar aqui, compartilhando mais uma nova conquista.

A todos os membros da Família Santos, que me receberam com afeto desde a minha chegada em Teresina-PI, no ano de 1997. Meus afetivos agradecimentos pelo apoio e respeitosa compreensão da minha ausência em alguns momentos de encontros familiares em virtude da dedicação aos estudos.

Ao amigo da família desencarnado Doutor Paulo Campelo, que me despertou, antes mesmo de ser enfermeira, para a importância de acolher o paciente, respeitando os sentimentos e a situação que se encontra de sofrimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Claudete Ferreira de Souza Monteiro, pela disponibilidade, o incentivo crescente para a produção científica, exigindo de maneira crítica e construtiva, meu desempenho como mestranda, o que facilitou o alcance do meu objetivo de ser Mestre em Enfermagem, meus sinceros agradecimentos.

À Professora Doutora Silvana Santiago da Rocha, agradeço pela tranquilidade de mostrar o valor dos discursos obtidos em momentos de insegurança.

Agradeço às professoras do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, pelos ensinamentos e incentivos na busca do conhecimento de maneira prazerosa.

Às colegas do Mestrado que compartilharam nesse período sentimentos de solidariedade e amizade, especialmente Olívia Dias de Araújo e Odinéa Amorim.

A todas as professoras e professores que acompanharam desde o início o meu esforço para conquistar essa vitória, especialmente as Prof^ª Mestre Maria de Jesus Lima Almeida e Prof^ª Especialista Alcineide Mendes de Sousa.

Registro de modo especial o meu agradecimento às professoras e amigas, Professora Doutora Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, Professora Mestre Ana Maria Ribeiro dos Santos e Professora Mestre Maria Zélia Araújo Madeira, pela disponibilidade de estender a mão com ternura e afeto nos momentos de alegria e principalmente nas ocasiões difíceis que enfrentei.

Meus agradecimentos se estendem ao Diretor do Colégio Agrícola de Teresina, da Universidade Federal do Piauí, Professor Francisco Sinimbú Neto, e demais professoras do Curso Técnico de Enfermagem, pela amizade.

Agradeço aos queridos alunos da graduação em enfermagem, das instituições de ensino superior público e privado, aos discentes do curso Técnico de Enfermagem do Colégio Agrícola de Teresina-UFPI, que estiveram carinhosamente me apoiando.

Aos alunos bolsistas de enfermagem que vivenciaram comigo no grupo de Estudo sobre Saúde, Gênero e Violência, da Universidade Federal do Piauí, discussões de temáticas em relação à violência de gênero, bem como, a valiosa colaboração na construção da caracterização dos sujeitos da minha dissertação, com o estudo que trata o Conhecimento dos enfermeiros do serviço sobre o SAMVVIS, realizado em 2008.

Agradeço a ajuda dos funcionários do Departamento de Enfermagem e do Mestrado em Enfermagem, Reginaldo Lopes dos Santos, da Universidade Federal do Piauí, que estiveram presentes nessa conquista.

Agradeço a todas as pessoas que torceram ou intercederam por mim, mesmo de forma anônima ou discreta, muito obrigada.

À Enfermeira Alzeni de Moura Fé, coordenadora de atenção à saúde da mulher da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, ao disponibilizar dados estatísticos da violência sexual no Piauí.

Enfim, agradeço a todas as “flores” do meu estudo que compartilharam a objetividade e a subjetividade do cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. **O cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual**. Teresina, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Piauí, 2008. 85 p.

RESUMO

A violência sexual contra a mulher se configura como um problema de saúde pública devido aos agravos imediatos ou em longo prazo que podem provocar na saúde da mulher, tanto de ordem física, psicológica e sexual. Por ser complexa, a assistência prestada deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Nesse cenário de atenção à mulher em situação de violência sexual, a enfermagem se insere para realizar os primeiros cuidados. Desta forma este estudo buscou discutir o significado do cuidar à mulher vítima de violência sexual pelos profissionais de enfermagem; descrever como se realiza esse cuidar e compreender como ele se revela no cotidiano do Serviço de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sexual (SAMVVIS). O estudo foi realizado em uma maternidade pública de Teresina-PI, conduzido por uma metodologia de investigação compreensivo interpretativa tomando por base o método fenomenológico apresentado por Martin Heidegger, que consiste na descrição do fenômeno vivido tal como se mostra a partir de si mesmo. Foram entrevistadas 12 (doze) profissionais de enfermagem que vivenciaram o cuidar à mulher vítima de violência sexual no SAMVVIS, cujos depoimentos revelaram Unidades de Significação sobre o cuidar, desveladas na dimensão técnica, do acolhimento, da reflexão da condição feminina do sujeito que cuida, e do cuidar à mulher vítima de violência sexual na sua facticidade. A análise fenomenológica mostrou que realizar o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual é significado pela execução de procedimentos técnicos (saber-fazer); pelo modo de acolher através do toque, do ouvir, do silenciar; por compartilhar o medo em ser esse profissional também do sexo feminino, e se colocar como uma possível vítima a ser cuidada. Prestar assistência de enfermagem significa também estar preparada para a facticidade - o inesperado. Considerou-se que o cuidar de enfermagem pauta-se em ações técnicas, associada à subjetividade do acolhimento e que se faz inesperado, revelando que o modo de ocupação desses profissionais nesse cuidar é guiado também por sentimento de medo presente na questão de gênero.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a Mulher. Violência Sexual. Enfermagem.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. **Nursing care for the female victim of sexual violence**. Teresina, 2008. Dissertation (Master's in Nursing) Universidade Federal do Piauí, 2008. 85 p.

ABSTRACT

Sexual violence against a woman is considered a public health problem due to the immediate and long term effects which it could cause on a woman's physical, psychological and sexual health. Because it's complexity, a multidisciplinary team should give assistance to the female victim according to the recommendation of the Health Ministry. While attending a woman who has been sexually assaulted, the nursing staff performs the first care. This study discussed the significance of the care of the female victim of sexual violence by nursing professionals; describe how this care is carried out and understand how it is manifested in the day to day routine at the Service for Assistance to Female Victims of Sexual Violence (SAMVVIS). The study was carried out at a public maternity hospital in Teresina, Piauí. A comprehensive-interpretive research was used as the methodology with the base being the phenomenological method presented by Martin Heidegger which consists of the description of the vivid phenomena which shows a part of oneself. 12 (twelve) nursing professionals who participated in the care of female victims of sexual violence at SAMVVIS whose statements revealed Classification Units about the care, shown from the technical dimension, reception, reflection on the feminine condition of the subject who cares for the victim and on the care for the female victim of sexual violence and its facticity. The phenomenological analysis showed that to carry out the nursing care for a female victim of sexual violence it is expressed by completion of the technical procedures (know how- do); by the method of welcoming through touch, listening, silence; and by sharing the fear in being a professional of the same female sex and by imagining herself as a possible victim to be cared for. To give nursing assistance means to also be prepared for facticity – the unexpected. It is concluded that nursing care is based on technical tasks, associated with the subjectivity of reception and the unexpected, revealing that the occupational feelings of the professionals in this care is also guided by sentiments of fear due to their gender.

Key Words: Violence against a Woman. Sexual Violence. Nursing.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. **El cuidar de enfermería a la mujer víctima de violencia sexual**. Teresina, 2008. Disertación (Maestría en Enfermería) Universidad Federal de Piauí, 2008. 85 p.

RESUMEN

La violencia sexual contra la mujer se configura como un problema de salud pública debido a los agravios inmediatos o a largo plazo que pueden provocar en la salud de la mujer, tanto de orden física, psicológica y sexual. Por ser compleja, la asistencia prestada debe ser realizada por un equipo multidisciplinar, conforme preconiza el Ministerio de Salud. En ese escenario de atención a la mujer en situación de violencia sexual, la enfermería se inserta para realizar los primeros cuidados. De esta forma este estudio procuró discutir el significado del cuidar a la mujer víctima de violencia sexual por los profesionales de enfermería; describir cómo se realiza ese cuidar y comprender cómo él se revela en el cotidiano del Servicio de Atención a la Mujer Víctima de Violencia Sexual (SAMVVIS). El estudio fue realizado en una maternidad pública de Teresina-PI y conducido por una metodología de investigación comprensivo-interpretativa tomando por base el método fenomenológico presentado por Martin Heidegger, que consiste en la descripción del fenómeno vivido de tal como se muestra a partir de sí mismo. Fueron entrevistadas 12 (doce) profesionales de enfermería que vivieron el cuidar a la mujer víctima de violencia sexual en SAMVVIS, cuyas declaraciones revelaron Unidades de Significación sobre el cuidar, desveladas en la dimensión técnica, de la acogida, de la reflexión, de la condición femenina del sujeto que cuida y del cuidar a la mujer víctima de violencia sexual en su facticidad. El análisis fenomenológica mostró que realizar el cuidar de enfermería a la mujer víctima de violencia sexual es significado por la ejecución de procedimientos técnicos (saber-hacer); por el modo de acoger a través del toque, del oír, del silenciar; y por compartir el miedo en ser ese profesional también del sexo femenino y al colocarse como una posible víctima a ser cuidada. Prestar asistencia de enfermería significa también estar preparada para la facticidad - lo inesperado. Se consideró que el cuidar de enfermería se pauta en acciones técnicas, asociada a la subjetividad de la acogida y que se hace inesperado, revelando que el modo de ocupación de esos profesionales en ese cuidar es guiado también por sentimiento de miedo presente en la cuestión de género.

PALABRAS CLAVE: Violencia contra la Mujer. Violencia Sexual. Enfermería.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
1.1 Aproximação com o tema e apresentação da situação-problema	15
1.2 O objeto de estudo/ Questões norteadoras e objetivos	17
1.3 Justificativa e relevância do estudo	18
2 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E O CUIDAR/CUIDADO EM SUA DIMENSÃO ÔNTICA	20
2.1 Considerações sobre a violência sexual contra a mulher	20
2.2 O cuidar/cuidado às mulheres vitimizadas sexualmente	28
2.2.1 O cuidar na dimensão técnica	28
2.3 O cuidar na dimensão do acolhimento	31
2.4 O cuidar na dimensão da existência humana	33
2.5 A fenomenologia na prática do cuidar em enfermagem	36
3 PERCURSO METODOLÓGICO	39
	39
3.1 Consideração sobre o método de análise: a fenomenologia	
3.2 Tipo de estudo	41
3.3 O cenário	42
3.4 Aproximação com os sujeitos e a busca dos discursos	43
3.5 Aspectos éticos	44
3.6 Obtenção da descrição do vivido	44
3.7 O processo de análise	45
	48
4 DESVELANDO O FENÔMENO	
4.1 Compreensão vaga e mediana do cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual	48
	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nos últimos anos, a violência contra a mulher vem sendo apontada como um problema histórico, social e mundial, que tem aumentado em dimensões assustadoras, tornando-se motivo de preocupação dos países, de estudiosos, autoridades, organizações não-governamentais entre outros segmentos da sociedade (SCHRIBER; D' OLIVEIRA; COUTO, 2006; ALIELLO *et al.*, 2005).

Esse fenômeno deve ser compreendido como complexo, multicausal, que atinge todas as classes e segmentos sociais, e deve ser analisado no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições de trabalho, situações e estilo de vida (MINAYO, 2006). Já para o Ministério da Saúde, a violência adquiriu um caráter endêmico, e tornou-se um problema relevante por afetar a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2005).

Em 2002, a Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou um relatório sobre a violência que mostra como ela acontece nos mais diversos países do mundo, sendo qualquer situação que envolva o uso de força, ou ameaça, praticada pelo ser humano contra si mesmo e seus semelhantes, e que resulte em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. O relatório também traz a classificação de violência quanto à tipologia e à natureza. A primeira inclui a violência auto-infligida, coletiva e interpessoal, verificada em âmbito intrafamiliar e comunitário. Em relação à sua natureza, a classificação se faz em quatro modalidades: física, psicológica, sexual e por negligência.

No Brasil, a mulher tem sido alvo preferencial dessas formas de violência, as quais ao longo do séc. XX receberam diversas denominações: nos anos 50, como violência intrafamiliar, seguida de violência contra a mulher na década de 70, como violência doméstica em 1980, e a partir de 1990, como violência de gênero (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a violência é entendida na perspectiva de gênero, porque os atos de agressões físicas, sexuais ou psicológicos estão associados às relações de poder, de mando e de superioridade.

Para Minayo (2006), gênero se refere às relações de poder, e as diferenças culturais atribuídas para ambos os sexos, as quais se baseiam na hierarquia e na

desigualdade de papéis na sociedade. Nessa estrutura delimita as relações de domínio do masculino em relação ao feminino.

Como se pode observar, a hierarquia de gênero se traduz na assimetria entre os sexos, na supremacia de um dos dois na relação, que se revela na submissão ou negação do outro. Nessa relação de dominação, percebe-se que a incidência acomete principalmente a mulher. Por isso, a violência de gênero se traduz na ocorrência de maus-tratos e na violação de direitos humanos (GOMES, 2003). Dessa forma, a violência pode vitimizar a mulher por questões culturais, sexuais ou conjugais.

Em relação às questões culturais que vitimizam as mulheres no mundo, observa-se que as denúncias vêm através dos meios de comunicação, revelando situações dramáticas de mulheres de determinadas regiões submetidas a torturas e estupros coletivos, em que o corpo feminino representa uma ameaça de sofrimento e morte. Nesse sentido, contextualizam-se duas situações ocorridas em dois continentes: uma na América do Norte, na cidade de Ciudad Juarez, no México, e a outra na região asiática, em uma aldeia do Paquistão. Nas duas situações, a mulher é vista como objeto, um símbolo de troca, de sofrimento e de dominação masculina. De acordo com Segato (2005), o corpo feminino, nessa região, representa um perigo de morte, em sacrifício para um bem maior e coletivo, ou seja, o feminicídio, em que as agressões, como o estupro coletivo, é um ato de reforçar a virilidade masculina. Essa situação não difere da realidade vivida pelas paquistanesas, pois, segundo Mukhtar (2007), o estupro coletivo se realiza para solucionar um problema de honra. Assim, a violência de gênero perpassa por uma questão cultural.

Numa relação heterossexual, a mulher pode sofrer a violência sexual, porque, para ambos os sexos, o ato sexual é concebido de maneira assimétrica. De acordo com Bourdieu (2007), a sexualidade para o homem é vista como um ato agressivo, de dominação e conquista, o que difere da ótica da mulher, que tem a sexualidade como um momento em que vivencia uma experiência carregada de afetividade, e não necessariamente a penetração.

No nosso país, a violência contra a mulher se tornou um sério problema de saúde pública, pois traz consigo o significado de agravo e ameaça à vida, devido ao número de vítimas, do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, da

gravidez indesejada, das lesões físicas e danos psicológicos, como também, por representar uma violação de direitos humanos, expressa pela opressão, dominação, assassinatos, estupro, abusos físicos, sexuais, emocionais e outros (BRASIL, 2005).

Dentre as violências praticadas contra a mulher, destaca-se, neste estudo, a violência sexual, que, segundo Minayo (2007), diz respeito à prática de sedução existente em uma relação sexual hetero ou homossexual, com o objetivo de se beneficiar da parceira, induzindo-a a práticas sexuais, eróticas ou pornográficas, por meio de aliciamento ou uso de violência física e psicológica.

A violência sexual contra a mulher é uma prática presente em todas as sociedades, e sua prevalência encontra-se entre 2 a 5%, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002). No entanto, existe subnotificação, pois tomando como base o Brasil, menos de 10% dos casos chegam às delegacias, e os motivos da não denúncia estão associados ao constrangimento, à culpa, à vergonha e ao medo da mulher divulgar o seu agressor, que, em tese, são parentes, pessoas próximas ou conhecidas.

No Piauí, a dificuldade de dados sobre este tipo de violência não é diferente dos demais estados e diversas regiões do país, uma vez que na maioria das ocorrências, o registro é feito em serviços de pronto-socorro, nos distritos policiais, e no Serviço de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sexual – SAMVVIS, localizado na capital, deixando a desejar um levantamento da realidade sobre esses casos no Estado (LOPES, *et al.*, 2004).

Para o enfrentamento dessa violência, o Estado do Piauí disponibiliza para a mulher a assistência na área da saúde, com o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual – SAMVVIS; no setor jurídico, com a Defensoria Pública e o Programa VIVA (vítimas apoiadas), como também, assistência policial com as Delegacias Especializadas da Mulher e da Infância e Juventude; assistência psicológica e social com o Programa Sentinela, Casa de Zabelê, Casa Abrigo, Casa Maria Menina, Casa Savina Petrilli e o Abrigo Feminino (PIAUI, 2004).

Dentre os serviços citados destaca-se o SAMVVIS, que iniciou como um projeto denominado “Maria-Maria” no ano de 2002, na Maternidade Dona Evangelina Rosa em Teresina-PI. A elaboração e execução desse projeto foi consolidado com o

Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria Estadual da Saúde-SESAPI, a Secretaria de Segurança Pública do Piauí e a Secretaria da Assistência Social e Cidadania, para viabilizar às mulheres agredidas sexualmente, o acesso imediato ao serviço, bem como capacitar os profissionais para o atendimento, estabelecendo uma rede de referência e contra-referência (PIAUI, 2004)

O retrato da prática dessa violência no Piauí, conforme dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (2008), por meio da Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, o SAMVVIS, registrou no período de 2004, 44 atendimentos, dos quais, 73,52% estão na faixa etária de 10 a 19 anos. No ano seguinte, as adolescentes permanecem sendo as vítimas preferidas dos agressores, pois, dos 252 casos registrados, 55,95%, incidiram novamente na faixa entre 10 a 19 anos de idade. Em 2006, foram 223 atendimentos realizados. Destes, 59,64% continuaram com a predominância para a faixa etária dos anos anteriores, o que não diferenciou para o ano de 2007, quando, dos 213 atendimentos realizados, 62,44% também se encontravam na mesma faixa de idade. Os dados apontam ainda como local da ocorrência da violência sexual, em sua maioria, a residência da vítima ou do agressor, o que corroboram outros estudos, como o de Quixadá (2007) e de Diniz *et al.*, (2007), ao colocarem que 70% dos casos acontecem dentro de casa e por pessoas conhecidas.

No SAMVVIS, as ações de saúde são desempenhadas por uma equipe multiprofissional, incluindo médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as), assistentes sociais, técnicos de enfermagem e outros, se necessário, tendo como eixo a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, elaborada no ano de 1999 e revista em 2005, com a finalidade de sensibilizar os profissionais de saúde para aplicação de práticas humanizadas, com uma abordagem ampla e integrada (PIAUI, 2004).

Na equipe multiprofissional mencionada, destacam-se os(as) enfermeiros(as) e os(as) técnicos(as) de enfermagem, que têm suas atividades realizadas no SAMVVIS, baseadas nas recomendações gerais da Norma Técnica do Ministério da Saúde para a coleta de material visando identificação do agressor, orientações na anticoncepção de emergência, quimioprofilaxia para infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, assistência na interrupção da

gravidez, como também, atividades designadas pelo próprio serviço, e ainda a coleta de sangue, administração de medicamentos e imunobiológicos, avaliação das necessidades básicas afetadas, realização do teste rápido para o HIV, agendamento do retorno para avaliação ginecológica e repetição dos exames laboratoriais como VDRL, HIV, Hepatite B e C, Hemograma e Transaminases.

Nesse contexto do cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, seja com base na norma técnica ou pela própria organização do SAMVVIS, a participação efetiva do(a) enfermeiro(a) e do(a) técnico(a) de enfermagem visa atender as necessidades básicas da mulher vitimizada de forma objetivamente técnica.

Dentro dessa concepção, estudo realizado por Mattar *et al.*, (2007) sugere que o primeiro contato dessa mulher no serviço deva acontecer com os profissionais de enfermagem, para proporcionar um acolhimento humanizado e estabelecer um relacionamento que garanta a aderência ao seguimento ambulatorial, como também a realização da anamnese, de exames laboratoriais, agendamento, medicações, entre outros cuidados à saúde.

Assim, Higa *et al.*, (2008) consideram adequados que o acolhimento à mulher vitimizada sexualmente no serviço de saúde seja realizado pelas enfermeiras, e que essas profissionais desenvolvam uma assistência voltada para a sua recuperação física, psicológica e social. Para tanto, sugerem a utilização de um Protocolo de Enfermagem na Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, que englobe atendimento imediato e tardio, seguindo as etapas do processo de enfermagem.

Para as autoras, o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual compreende toda a mulher no período pós-púbere, menopausada e não púbere, maior de 14 anos que relate ter sido vítima de violência sexual e, nesse sentido, a assistência da enfermeira é tão essencial quanto o atendimento realizado pelo enfermeiro. Diante disso, para que a equipe de enfermagem realize os cuidados necessários, os profissionais participam de oficinas de apoio para que possam assegurar uma ação segura e livre de preconceitos e julgamentos. Assim, a atuação da enfermeira volta-se para o acolhimento, para que se realize uma triagem e em seguida o devido encaminhamento, conforme o tipo de violência ocorrida. Logo

depois, as ações a serem efetuadas vão de acordo com os dados coletados na entrevista, que consiste nas informações pessoais, nos antecedentes ginecológicos e obstétricos e, por fim, realiza-se o exame físico geral, emocional e o nível de consciência, cabendo ao ginecologista o exame físico completo e ginecológico. Nesse momento, levantam-se os diagnósticos de enfermagem com a finalidade de prescrever os cuidados para a vítima e seus familiares. Dessa forma, a enfermeira realiza o acolhimento e continua sua assistência no seguimento ambulatorial.

1.1 Aproximação com o tema e apresentação da situação-problema

A motivação para estudar sobre o cuidar de enfermagem à mulher vitimizada sexualmente surgiu, inicialmente, na minha prática assistencial no Programa Saúde da Família-PSF, no período de 2002 a 2005, em um município localizado a 80 km de Teresina-PI, época em que vivenciei, nas consultas de enfermagem, relatos de mulheres que se colocavam na situação de violentadas sexualmente pelo parceiro. Naqueles momentos de proximidade e de confiabilidade com as mulheres que me procuravam, observei suas ansiedades, suas angústias, seus medos expressados verbalmente e/ou através das expressões corporais.

Como enfermeira, a insegurança e o despreparo para planejar a assistência às mulheres que sofriam violência sexual foi uma dificuldade identificada por mim e por alguns profissionais de saúde que conviviam comigo. Lembro-me do sentimento de constrangimento em ouvir suas queixas, que, na maioria das vezes, relatavam terem sido forçadas pelo seu companheiro a manter relações sexuais e que as deixaram traumatizadas. Nesse momento, o ato de ouvir representava uma ação insignificante, por acreditar que a simples escuta não era suficiente para interromper o ciclo do estupro marital.

É interessante colocar que estive presente e bem próxima da vida dessas mulheres e, ao mesmo tempo, longe de atender suas necessidades reais. Para Corrêa, Lopes e Diniz (2001), os profissionais de saúde, mesmo estando próximos fisicamente de mulheres vítimas de violência sexual nos serviços de saúde, estão distantes de realizar uma assistência holística e sistemática.

Entretanto, no início do ano de 2005, o PSF já não mais fazia parte da minha atuação profissional, pois minha prática voltava-se para a docência na graduação e no ensino técnico. Essa nova atividade não me afastou da questão, visto que, mesmo não vivenciando o PSF, com os relatos de mulheres em situação de violência sexual na consulta de enfermagem, esta situação continuou sendo apresentada em alguns momentos das aulas práticas realizadas nas instituições de saúde. Nelas, os alunos traziam questionamentos das dificuldades apresentadas por alguns profissionais do PSF em relação ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e o desconhecimento das ações de enfermagem quanto a esse cuidar. Também foram apontadas por alguns docentes e profissionais de enfermagem que trabalham em hospitais de emergência e maternidades as mesmas dificuldades: o que fazer? Como se dá esse cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual?

Contribuindo com minhas inquietações, surgem conversas informais entre os profissionais de enfermagem argumentando, muitas vezes, que não tiveram preparo para esse tipo de atendimento, considerado singular e especial, ou ainda, apontando desconhecimento sobre o assunto. Já para alguns docentes e discentes, há o relato de que no ensino formal não se enfatiza essa política de atenção, e que o cuidar à mulher volta-se para as ações técnicas nas situações de traumas físicos.

Associado a estas preocupações, estudo realizado por Campos (2006) aponta essa dificuldade dos profissionais de saúde de conhecerem a norma técnica do Ministério da Saúde, como também de identificar os centros de atendimento especializado à mulher vítima de violência sexual.

Para Bedone e Faúndes (2007), os serviços precisam oferecer um atendimento sistematizado, e os profissionais de saúde devem estar capacitados para esse atendimento, como também precisam conhecer conceitos sobre violência, manter contato direto com as vítimas e ter atitudes reflexivas. Isso se confirma com outro estudo de Oliveira e Fonseca (2007) ao considerar que os profissionais de saúde, na sua atuação na rede básica, sentem-se impotentes pela falta de preparo, de organização do serviço e dos valores sociais absorvidos de cada um.

Diante dessas questões, a motivação sobre o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual reaparece na maternidade, onde funciona o

SAMVVIS. A inquietação sobre esse cuidar é reforçada a partir da minha observação de que as atribuições desses profissionais de enfermagem, nesse serviço, na maioria das vezes, mesmo tendo um modelo de atenção para o cuidar de enfermagem, não conseguem identificar as ações técnicas preconizadas pela Norma Técnica do Ministério da Saúde e pelo próprio serviço, bem como um cuidar que se faça mediante a escuta, o acolhimento no qual se privilegia o cuidado como uma atividade humanizadora.

Acredito que uma das dificuldades da enfermeira não identificar suas atribuições no serviço, esteja também relacionada com a própria norma técnica, que não especifica a função de cada profissional no atendimento às mulheres que sofreram violência sexual. Isso se confirma com o estudo realizado por Higa *et al.*, (2008), ao apontar a necessidade de um protocolo de enfermagem nesse atendimento, tendo em vista que a recomendação do Ministério da Saúde não estabelece de maneira clara o papel da enfermeira nesta assistência.

Portanto, a situação-problema neste estudo é de que o cuidar de enfermagem realizado no SAMVVIS ainda está velado em sua essência, havendo a necessidade de dar transparência e visibilidade aos modos de cuidar à mulher vítima de violência sexual.

1.2 O objeto de estudo/ Questões norteadoras e objetivos

Partindo da situação-problema apresentada, esta pesquisa traz como objeto de estudo o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual no SAMVVIS, orientado por duas questões norteadoras:

- Qual o significado desse cuidar para os profissionais de enfermagem?
- Como se mostra o cotidiano do profissional de enfermagem no cuidar à mulher vítima de violência sexual no SAMVVIS?

A partir desses questionamentos elaborados, procurei com o método fenomenológico, apreender o significado do cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, como ainda descrever como se dá esse cuidar no SAMVVIS e compreender como se mostra o cuidar da enfermagem nesse serviço.

Dessa forma, a compreensão de como se mostra o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual no SAMVVIS, aconteceu após a análise dos depoimentos numa abordagem fenomenológica, que teve como referencial o pensamento do filósofo Martin Heidegger sobre cuidar no seu significado de solicitude, zelo, consideração com o outro, e no sentido de estabelecer uma relação de proximidade, tanto para o fazer técnico adequado como para o cuidar holístico e sistemático.

Para o referido filósofo, a fenomenologia possibilita mostrar e tornar visível o fenômeno em si mesmo. Dessa forma, conhecê-lo, o cuidar a partir do seu modo e o como ele acontece na enfermagem no assistir à mulher vítima de violência sexual é “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo” (HEIDEGGER 2006, p. 74).

1.3 Justificativa e relevância do estudo

Diante do que foi apresentado, o estudo pretende proporcionar um conhecimento subjetivo do fenômeno, ou seja, o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, no sentido de dar subsídios para desenvolver outras habilidades específicas da profissão para realizar esse cuidar técnico, acolhedor e humano.

Cumprindo ainda salientar que a enfermagem, seja em relação ao serviço especializado no atendimento à mulher vitimizada, sexualmente ou não, pode se defrontar com essa situação em qualquer ambiente de trabalho, o que exige, portanto, conhecimento específico e habilidade. Nessa perspectiva, a pesquisa contribuirá para uma discussão com esses profissionais sobre o cuidar, permitindo uma ampliação desse atendimento a partir do momento em que a vítima entra no serviço e continua assistida no segmento ambulatorial.

Nesse entendimento, as discussões também darão amparo na formação desses profissionais, inserindo a temática no ensino formal, para que as ações assistenciais se estendam para uma prática vivenciada e contextualizada desse cuidar, numa situação em que a relação entre o ser cuidador e o ser cuidado esteja permeada na subjetividade. Essa preocupação se confirma com o estudo de

Squinca, Diniz e Braga (2004) quanto à necessidade de intensificar a temática tanto no ensino, como na pesquisa e nas atividades de extensão.

Sendo assim, esta pesquisa pretende contribuir para uma reflexão crítica da postura adotada pelos profissionais de enfermagem, para que eles busquem dos gestores reformulação na política de capacitação de recursos humanos e de estruturação do funcionamento do serviço, na inclusão do atendimento de enfermagem como elemento essencial para o acolhimento.

Outro aspecto a ser considerado é a importância da educação permanente desses profissionais, com a finalidade de proporcionar discussões e trocas de conhecimentos em relação à assistência prestada. Conforme Freitas, Lima e Dytz (2007), a educação permanente para os profissionais de saúde que atendem a mulher vítima de violência sexual possibilita uma reflexão coletiva, fortalece as relações interpessoais e estimula as ações conjuntas com o intuito de preparar e dar segurança para uma assistência diferenciada.

O estudo torna-se também relevante, pelo estímulo que traz o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para o enfrentamento da violência em relação à produção de conhecimento sobre a temática e o documento da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2003), que propõe como passos a serem seguidos para a questão da violência, a produção de conhecimento através de pesquisas que permitam determinar os comportamentos e atitudes que poderiam ser modificados nas intervenções intersetoriais e/ou de saúde. Portanto, esta pesquisa, além de abordar o tema da violência sexual contra as mulheres, traz a questão do cuidar dos profissionais de enfermagem subsidiado no referencial da fenomenologia.

2 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E O CUIDAR/CUIDADO EM SUA DIMENSÃO ÔNTICA

Por ser considerada uma temática complexa – o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, far-se-á uma abordagem no referencial teórico contextualizada em dois aspectos: a violência sexual contra a mulher e o cuidar à mulher vitimizada sexualmente em sua dimensão ôntica, que diz respeito ao tema como conhecimento existente na realidade.

Nessa releitura, a discussão baseia-se numa retrospectiva histórica e cultural da violência sexual contra a mulher, passando pela questão de gênero e destacando os marcos políticos importantes no mundo e no Brasil para o combate à violência sexual contra a mulher. Para o entendimento do segundo tema: cuidar/cuidado, a contextualização firma-se no cuidar de enfermagem em três dimensões: a técnica, a de acolhimento e da existência humana.

2.1 Considerações sobre a violência sexual contra a mulher e a questão de gênero

Historicamente, a violência contra a mulher é praticada durante séculos, principalmente, na sociedade patriarcal, em que o controle da sexualidade, da vida reprodutiva das mulheres e a submissão ao domínio dos homens estiveram presentes na maioria das vezes no seu cotidiano (PENNA, 2005). Para Monteiro (2005) e Faúndes *et al.*, (2006), os valores atribuídos ao homem e à mulher pela sociedade patriarcal, e da relação de poder e de subordinação, constituem uma questão de gênero.

Conforme Moraes (2002), a visão social da masculinidade, na qual o homem demonstra agressão e domínio heterossexual sobre as mulheres nas mais diversas situações, é característico do sistema patriarcal. A autora traz uma reflexão de Karl Marx sobre a sociedade patriarcal, ao colocar que a tradicional família

monogâmica representa uma permuta econômica, pois a mulher troca a sua segurança econômica e doméstica em favor do controle sexual masculino no casamento.

Nessa perspectiva, tanto Izumino (2004) como Minayo (2006) referem que a violência de gênero teve como referencial para sua análise o movimento feminista, uma discussão teórica a partir do sistema marxista e do patriarcado, em que ambos têm como características a dominação dos homens sobre as mulheres.

Portanto, é nesse âmbito de controle cotidiano da sexualidade da mulher pelo homem, nas relações estáveis da esfera privada, difícil de ser reconhecido pela própria mulher, pois esta, muitas vezes, acredita que os atos de agressão como abuso, estupro e assédio estão associados ao fato de que a prática sexual não consensual seja ainda considerada um dever da esposa em muitas culturas (SHCRAIBER *et al.*, 2007).

Nesse sentido, a violência sexual contra a mulher está diretamente associada à violência de gênero, por resultar das relações de dominação masculina e de subordinação feminina, construídas socialmente, em que os papéis sociais são impostos para ambos os sexos, cabendo à mulher a obediência sempre ao masculino, seja ao pai, ao irmão mais velho ou ao marido (CASIQUE; FUREGATO, 2006; CAVALCANTI, GOMES, MINAYO, 2006). Dessa forma, a obediência feminina remete o sentido da dominação pelo homem, que, para Bourdieu (2007), representa um poder simbólico em que o ato sexual é visto como um ato de dominação, de posse e que a mulher, nessa situação, também se sente culpada, com medo e impura (GOMES, 2003; MORAES, 2007).

Conforme Safiotti (2004), a violência contra a mulher passou a ser denunciada para a sociedade a partir do protagonismo do movimento feminista que deu a conotação a esse fenômeno, de violência de gênero, para denunciar as agressões masculinas praticadas contra as mulheres.

No entendimento da violência de gênero para Minayo (2006), a mulher é vitimizada por razões conjugais, sexuais e culturais, manifestada em várias formas de opressão, dominação e crueldade através de assassinatos, estupro, abusos físicos, sexuais e emocionais, e tem os seus perpetradores, na maioria, os parceiros, familiares e conhecidos.

Minayo (2006) corrobora com os outros autores citados, ao referir que a violência contra a mulher acontece tanto no âmbito privado como no domínio público. Na esfera privada, a violência manifesta-se no matrimônio, na relação de poder, no uso da força física, do estupro conjugal, como também no seio familiar, a partir do casamento forçado, nas mutilações genitais e a preferência pelo filho homem. No âmbito público, a violência se manifesta a partir do assédio sexual e moral no trabalho, bem como nas agressões sexuais, estupro, tráfico sexual, dentre outras. Assim, para a autora e outros estudiosos brasileiros, a violência sexual contra a mulher, mesmo tendo na maioria das situações a invisibilidade no âmbito doméstico, está associada também a outros fatores determinantes como classe social, raça, etnia e idade (BERGER; GIFFIN, 2005).

Conforme relatório da Organização Mundial da Saúde – OMS (2002) sobre violência e saúde, estima-se que a violência sexual possa atingir 25% das mulheres quando perpetrada por parceiro íntimo, e que cerca de um terço das adolescentes possa ter vivenciado sua primeira relação sexual forçada. Segundo Faúndes *et al.*, (2006), as pesquisas brasileiras têm estimado que uma entre três mulheres vivencie alguma forma de violência sexual por parceiro íntimo.

Outra fonte de dados que mostra a situação da violência sexual contra a mulher no cenário brasileiro é o relatório apresentado pela Secretaria Nacional de Segurança Pública e pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no ano de 2007, em relação às condições de funcionamento das Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher-DEAMs, em todo país. Nesse relatório, os números de ocorrências registradas perfazem um total de 392.784. Deste total, o maior índice está entre os crimes de ameaça, lesão corporal, injúria e difamação, enquanto para o crime de estupro, corresponde uma amostra de 4.082, que equivale a 1% do total de ocorrências registradas. Esse dado ainda não corresponde ao real, pois a prevalência da violência sexual contra a mulher denunciada nas DEAMs é difícil de ser estimada e avaliada, em virtude da não denúncia ou da recusa a procurar o serviço.

Tal preocupação de estimar a violência sexual contra a mulher no cenário brasileiro também é expressa com o estudo realizado por Schraiber *et al.*, (2007), numa amostra de 2.502 mulheres brasileiras com 15 anos ou mais, em que 43% dessas mulheres relataram ter sofrido violência por um homem na vida, e, destas,

13% vivenciaram a violência sexual, que na maioria das situações estava conjugada com outras violências, como a física e a psicológica.

Nessa ótica de compreender o fenômeno da violência sexual contra a mulher, o sustentáculo está pautado em referências importantes, como os marcos políticos em defesa dos direitos da mulher no âmbito nacional e internacional, bem como, a participação do movimento feminista em denunciar a violência contra a mulher para a sociedade brasileira, com a finalidade de elaborar e implementar políticas públicas.

Em 1979, a respeito da discussão em defesa dos direitos da mulher no mundo, a Assembléia Geral das Organizações das Nações Unidas – ONU, aprovou a Convenção da Mulher, que trata do compromisso assumido pelos países para se combater todas as formas de discriminações contra as mulheres. Passada quase uma década e meia, a discussão sobre os direitos da mulher como cidadã, ressurgiu com a II Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena no ano de 1993. Nesse momento, as mulheres celebram uma participação mais inclusiva na vida política, civil e econômica. Em contrapartida, a questão de gênero ainda não é abordada especificamente.

Só a partir de 1994, com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, que essa temática tornou-se prioritária. Nessa Convenção definiu-se a violência contra a mulher “como qualquer ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera privada como na pública” (CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESORIA, 2006, p. 37).

No ano seguinte, realiza-se a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, na China, na qual houve discussões incitadas por milhares de mulheres anônimas no mundo em relação às desigualdades de gênero. Esse momento consolidou um avanço da consciência mundial sobre a diversidade entre os sexos, como também, o compromisso de reconhecer a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos, das liberdades fundamentais, bem como a garantia da implementação de serviços e programas de prevenção e atendimentos às mulheres (MONTEIRO; SOUZA, 2007; CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESORIA, 2006).

No Brasil, as discussões de políticas públicas para combater a violência contra a mulher partem de dois princípios, inicialmente pelo compromisso assumido nas conferências internacionais relativas ao tema e também pela própria Constituição de 1988, que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado (KISS, 2007).

Outro fator de relevância nessas discussões voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher se deve às reivindicações dos movimentos feministas na década de 70 para implantação de ações assistenciais pelo Estado. Nessa época, o movimento organizado de mulheres vai às ruas para reivindicar punição aos agressores, inclusão da temática da violência contra a mulher nas universidades, amparo legal e serviços específicos (MORAES, 2007).

De acordo com Kiss (2007), é na década de 80, que a violência contra a mulher transforma-se em um dos grandes eixos da ação do movimento feminista, no sentido de buscar implantação de políticas públicas. No Brasil, essa trajetória não termina nessa década, apenas se intensifica, pois são criados serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência como o SOS Mulher, os Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos da Mulher, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher-CNDM, e as Delegacias especializadas no atendimento às vítimas de violência-DEAMs (CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESORIA, 2006).

A partir da década de 90, a discussão da violência contra a mulher é incorporada como um problema de saúde pública, e é formada uma Comissão Parlamentar de Inquérito pela Câmara dos Deputados, com o apoio do CNDM e dos movimentos de mulheres, para investigar a violência praticada contra elas. Em 1998, acontecem as comemorações do Cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o lançamento do “Pacto Comunitário contra a Violência Intrafamiliar” e a Campanha “Uma Vida sem Violência é um Direito Nosso”, que intensificam o debate (CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESORIA, 2007).

Desde então, o Brasil tem avançado em relação às políticas públicas nesta questão, com a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em 2003, e no ano seguinte, com a elaboração do Plano Nacional de Política para as Mulheres. Nesse mesmo ano de 2004, constituído como o Ano da Mulher no Brasil, ocorreu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, na qual foram

aprovadas 239 diretrizes com 199 ações que compõem o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Dentre as ações propostas, das cinco áreas relacionadas, enfatiza-se a que se refere ao enfrentamento da violência contra a mulher, que cita a necessidade da participação dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, com a finalidade de ampliar a rede de serviços de atenção à mulher.

A política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher compreende ações voltadas para a prevenção, atenção e proteção às mulheres em situação de violência, e o combate à impunidade dos agressores. A organização dessas ações está estruturada na implementação das redes de serviços, na capacitação dos profissionais, e na criação de normas e padrões para o atendimento, além de incentivar ações que promovam a produção de conhecimento sobre o tema e o desenvolvimento de políticas públicas que ampliem a autonomia da mulher como cidadã (BRASIL, 2005).

Portanto, para o enfrentamento da violência contra a mulher é preciso que haja envolvimento da sociedade, do Estado, e este deve contar com as parcerias governamentais, não-governamentais e com os organismos internacionais. Dentre as parcerias governamentais, as principais têm sido os Ministérios da Justiça, da Educação e da Saúde.

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) tem apoiado os serviços de atenção para as mulheres em situação de violência, como os Centros de Referência ou de Atendimento, que oferecem assistência psicológica, social e jurídica; as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), na função de investigar, apurar e tipificar os crimes de violência contra a mulher; as Defensorias Públicas de Atendimento à Mulher, com a finalidade de ampliar o acesso à justiça; as Casas Abrigo, os Serviços de Saúde e as Ouvidorias, como espaços destinados para ouvir e encaminhar os casos para outros órgãos competentes. Para a organização e funcionamento dos serviços citados, a SPM elaborou as Normas Técnicas e Diretrizes Nacionais para Aplicação nos Serviços de Atendimento (BRASIL, 2005).

A Norma Técnica – Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual de 2005, as ações assistenciais previstas são de ampliação e acessibilidade das mulheres vitimizadas aos serviços de saúde. Tal norma é um

protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde, para ser utilizado pelos serviços de saúde no planejamento e execução das ações para melhoria da saúde da mulher que vivenciou a violência sexual.

Essa preocupação é na perspectiva de reduzir os agravos na saúde da mulher decorrentes deste tipo de violência, que, para Mattar *et al.*, (2007) e Schraiber *et al.*, (2007), a repercussão da violência sexual vivida por essas vítimas pode implicar a ocorrência de problemas de saúde imediatamente após o evento, em médio e longo prazos, podendo ocorrer seqüelas. Os reflexos na saúde da mulher podem atingir a sua capacidade física, reprodutiva e mental com sinais e sintomas que podem ser identificados: lesões corporais, fobias, pânico, síndrome do stress pós-traumático, depressão, suicídio, abuso de drogas e álcool, cefaléia, distúrbios gastrointestinais, problemas familiares e sociais. Além disso, podem aparecer problemas familiares e sociais, com abandonos do lar, empregos e dos estudos, separação e prostituição.

Nesse sentido, estudiosos como Lima (2007), e na área da justiça, como Dias (2007), utilizam a definição de violência sexual contra a mulher, a que consta na Lei Maria da Penha, no artigo 7º, inciso III, como mais abrangente e que trata, logo no seu conceito, dos possíveis problemas de saúde e da questão da liberdade de escolha sexual:

[...] qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso de força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. (DIAS, 2007, p. 48).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a violência sexual é entendida, quando a mulher é forçada a ter relações sexuais quando enferma ou não, em caso de estupro, assédio sexual, exibição do desempenho masculino, produzir gestos e atitudes obscenos e discriminar a mulher por sua opção sexual. Portanto, ambos os conceitos referem que a violência sexual é um ato forçado, mas, a primeira definição tem uma amplitude maior, no sentido de acrescentar que este tipo de violência também ocorre quando a mulher presencia uma relação sexual não desejada, além

de referir a questão da cidadania da mulher em relação aos direitos sexuais e reprodutivos.

Dessa forma, a partir do momento em que ocorre a agressão sexual à mulher, ela está predisposta a adquirir problemas de saúde física, reprodutiva e mental, o que exige uma intervenção específica do setor saúde. Nesse sentido, a criação de serviços de atendimento especializado de assistência à mulher vítima de violência sexual tem como referência, o primeiro no mundo, o de Oslo, na Noruega, em 1983, e no Brasil, em 1989, no Hospital Jabaquara, na cidade de São Paulo, seguido por Pernambuco em 1996, e pelo Rio Grande do Norte, em 1997 (CAMPOS, 2006; VILLELA; LAGO, 2007).

Dados do Ministério da Saúde de 2004 apontam que o número de serviços de atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual perfaz um total de 340, destes, 99 são unidades hospitalares públicas e privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 2004). Salienta-se, por oportuno, que o profissional de enfermagem se defronta com usuárias dos serviços de atenção primária e/ ou secundária em situação de violência sexual, na qual sua abordagem profissional tem como finalidade amenizar os agravos físicos, psíquicos e sociais que poderão advir dessa violência.

Destarte, Mattar *et al.*, (2007) asseveram que a assistência seja multiprofissional devido à complexidade da situação e da multiplicidade de conseqüências às vítimas, e que essas ações técnicas do cuidar estejam pautadas no acolhimento. Assim, para o enfrentamento da violência sexual contra a mulher, foi elaborada a norma técnica do Ministério da Saúde de 2005, para um cuidado técnico e um cuidado acolhedor e humano, no sentido de atender não apenas às necessidades biológicas, mas também as éticas e psíquicas.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem formados para atender as necessidades do indivíduo, ao receberem uma mulher vítima de violência sexual no serviço, devem planejar sua assistência a partir de um conhecimento técnico-científico, associado à sensibilidade e à subjetividade desse cuidar.

Tal como são citados por Oliveira e Fonseca (2007), os profissionais de saúde devem adotar uma postura de escuta, estabelecendo um compromisso em

responder as necessidades da vítima, além da biologicista. Também pontuam que esse atendimento à vítima seja realizado em uma estrutura física adequada, por profissionais capacitados e sensibilizados para a questão, a fim de que possam oferecer uma atenção especial com práticas humanizadas.

2.2 O cuidar/cuidado às mulheres vitimizadas sexualmente

A contextualização do cuidar/cuidado à mulher vítima de violência sexual é abordada em três aspectos. A primeira se refere ao cuidar na dimensão técnica, que segue a orientação da Norma Técnica do Ministério da Saúde, em seguida, o entendimento do cuidar/cuidado perpassa por uma dimensão de acolhimento na perspectiva de compreender o indivíduo em sua plenitude e encerra com o cuidar na dimensão da existência humana.

2.2.1 O cuidar na dimensão técnica

Ao entender que a violência contra a mulher pode estar presente em todo o ciclo de vida e manifestar-se de diferentes formas, seja física, psicológica, social e sexual e outras, destaca-se a violência sexual e ressaltam-se estudos que tratam sobre o cuidar, como também uma compreensão da forma de cuidar a essas mulheres vitimizadas.

No cuidar da mulher vitimizada sexualmente, convém estar presente a ação técnica, que deve ser seguida em conformidade com os manuais, para que a mulher possa dispor de medidas preventivas para não levar adiante uma gravidez fruto de um estupro e, portanto, indesejada, da mesma forma também ser alertada para o aparecimento das doenças sexualmente transmissíveis.

O Ministério da Saúde elaborou um manual de orientação referente à ação, que é a Norma Técnica, onde há a recomendação efetiva do fazer. Portanto, a vítima, ao buscar o serviço de saúde, deve receber uma assistência multiprofissional para o tratamento dos agravos, que podem ser imediatos ou em longo prazo, de ordem física e psicológica. Os agravos físicos são decorrentes do trauma genital, evidenciado por lacerações, hematomas, equimoses e edemas, principalmente nas mulheres de maior idade, e nos casos das crianças vitimizadas, que podem ainda

apresentar lesões na vagina, no períneo, no ânus e no reto (OSHIKATA; BEDONE; FAÚNDES, 2005; INOUE; RISTUM, 2008).

De acordo com Oliveira *et al.*, (2005), as lesões físicas são classificadas em genitais e extragenitais, que compreendem as escoriações, as equimoses e as fraturas de face. Mas, além de apresentar essas lesões, as vítimas correm riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis-DST, distúrbios emocionais, insônia, risco para uso de drogas ilícitas e suicídio, pois, em algumas situações, a severidade da agressão da violência sexual é conjugada com relações anais e orais. Para outros estudiosos, como Mattar *et al.*, (2007), acrescentam ainda alguns transtornos que implicam em prejuízo à saúde psicológica, como depressão, fobias, pânico, ansiedade, medo da morte, sensação de solidão, cefaléia, fadiga, transtorno do sono, pesadelo e transtorno do apetite. Conforme Oliveira e Carvalho (2004), as conseqüências da violência sexual na vida da mulher podem levar ao distúrbio do estresse pós-traumático, que compreendem medo persistente, baixa auto-estima, dificuldades de estabelecer relacionamentos afetivos e obter prazer sexual.

Em virtude desses agravos sobre a saúde da mulher, estima-se que a vítima pode ter um risco de adquirir DST por infecção pela *Neisseria gonorrhoeae* de 0,8 e 9,6%, para *Trichomonas vaginalis* de 3,1 a 22%, seguido de *Chlamydia trachomatis* de 1,5 a 26%, para vaginose bacteriana, entre 12 a 50%, do papiloma vírus humano (HPV) de 2 a 40%, para *Treponema pallidum* de até 1,6% e para hepatite B de 3%. Enquanto que para a transmissão do HIV é menos de 1%. (FAÚNDES *et al.*, 2006).

Nesses casos, as DSTs podem agravar a saúde da mulher que sofreu violência sexual devido ao risco de infecção tornar-se elevado quando associado ao tipo de violência sofrida, ao número de agressores, aos traumatismos genitais, à idade e suscetibilidade da mulher, à condição himenal, à presença de DST ou úlcera genital. Nessa situação, as medidas preventivas das DST não-virais para as mulheres que não apresentam nenhuma contra-indicação é o uso da ofloxacina para prevenção da gonorréia, a Penicilina G Benzatina para sífilis, a azitromicina na clamidiose e cancro mole e o Metronidazol para tricomoníase (BRASIL, 2005).

Com relação às hepatites virais, é realizada a imunoprofilaxia para a hepatite B em mulheres não imunizadas ou que não completaram o esquema vacinal. Já o risco para a infecção pelo HIV, a profilaxia com o uso de anti-retrovirais

em situações de violência sexual não assegura a proteção da mulher, pois não existe confirmação científica nesse sentido (BRASIL, 2005).

No caso de gravidez indesejada decorrente de violência sexual, recomenda-se a administração da anticoncepção de emergência (AE) para a mulher que se encontre no período reprodutivo e que não esteja usando regularmente o método anticonceptivo de elevada eficácia. Segundo a Norma Técnica, o risco de uma gravidez nessa situação está entre 1 a 5%, acometendo principalmente mulheres que se encontram no período fértil. Na confirmação da gravidez, a mulher tem o direito ao abortamento, sendo permitido legalmente conforme o Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940, art.128, inciso II do Código Penal.

Dessa forma, percebe-se que o cuidar à mulher vítima de violência sexual no serviço de saúde volta-se para um modelo biomédico, em que as ações assistenciais estão direcionadas para o tratamento de lesões, na prevenção de doenças e da gravidez, que, para Waldow (2006) e Sales (2003), justifica a predominância do cuidado na dimensão técnica em virtude da própria evolução histórica, pois foi com o avanço tecnológico e científico que, cada vez mais, os profissionais de enfermagem têm sido cobrados no saber fazer, o que tem contribuído para um distanciamento das expressões humanas na sua prática profissional.

A enfermagem ainda é reconhecida como composta de profissionais com prática/ação satisfatória no seu modo de fazer procedimentos, como curativos, injeções, colocar soros e outros, de tal forma que Waldow (2006, p. 8) coloca que o cuidar ainda é percebido como uma “simples ação técnica”.

Na busca de expressar as finalidades do cuidar para além de ações técnicas, Waldow (2006, p. 90) refere que se deve priorizar “aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer”. Contudo, o cuidado como fenômeno responsável pela humanização tem sido anunciado com o propósito de unir o cuidado técnico ao cuidado humano, isso se comprova quando Waldow (2006, 2004) refere que os estudos produzidos pelas enfermeiras através de pesquisas, dissertações e teses, desde a década de 90, têm enfatizado a prática de enfermagem técnica e científica associada ao cuidado afetivo-expressivo, demonstrando, assim, um cuidado

humanizado. Com esse pensar corroboram Sena *et al.*, (2008) ao reafirmarem que a expansão dos estudos e discussões sobre o cuidado humanizado tem sido a tradução epistemológica da expressão da enfermagem.

Portanto, o cuidar de enfermagem à mulher na situação de violência sexual na dimensão técnica volta-se para uma ação que exige um domínio da habilidade do profissional, ou seja, no saber-fazer. Entretanto, é nessa relação do ser cuidador e do ser cuidado, que se incorpora a intersubjetividade, no momento em que é estabelecida uma interação através da linguagem. Assim, esse cuidar de enfermagem permite uma aproximação do ser na sua existência humana.

2.3 O cuidar na dimensão do acolhimento

Ao reconhecer que o cuidado na saúde assume não apenas o sentido de curar e tratar, e entendendo que ele perpassa por uma dimensão mais ampla que se revela também no acolhimento, os conceitos aqui abordados têm uma contextualização da palavra acolhimento a partir de autoras de enfermagem. Dessa forma, o cuidar de enfermagem na dimensão do acolhimento pode ser vivenciado pelo profissional e pela vítima de violência sexual desde o momento da sua entrada no serviço de atendimento, percorrendo todo o processo assistencial realizado. Nesse sentido, os cuidados de enfermagem e dos demais profissionais a essa clientela, permeiam de forma que a vítima e a família sintam-se protegidos e seguros no atendimento prestado, na garantia do sigilo e dos encaminhamentos adequados (BRASIL, 2005).

Para Takemoto e Silva (2007), acolhimento refere-se à qualidade e humanização da atenção, como um conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde, que não difere de Sobral, Tavares e Silveira (2004), ao conceituarem acolhimento como uma atividade terapêutica que implica na relação profissional de saúde e cliente, e, no caso da enfermagem, significa compreender o indivíduo em sua plenitude, ouvi-lo com toda a sensibilidade, criatividade e solidariedade, o que caracteriza a qualidade do cuidado. Sendo assim, a prática do acolhimento no trabalho de enfermagem é no sentido de realizar atitudes humanizadoras que se revelam no ato de receber, escutar e tratar.

Para essas autoras, o acolhimento realizado pela enfermagem proporciona uma assistência humana ao usuário, como também permite uma visibilidade desses profissionais, no sentido da enfermeira ter maior resolutividade devido a sua autonomia e o poder de decisão no trabalho assistencial, como para os demais profissionais de enfermagem, como sujeito não apenas na realização de tarefas, mas sujeito ativo no atendimento com qualidade.

Conforme Penna (2005), o entendimento da palavra acolhimento permeia três dimensões: postura, técnica e princípio de reorientação de serviços. Na dimensão postura, acolhimento pressupõe atitude receptiva dos profissionais e da equipe de saúde em receber e escutar de forma sensível a individualidade das usuárias. Enquanto acolhimento na dimensão técnica significa instrumentalizar os procedimentos e ações organizadas para o processo de trabalho. A última dimensão é no sentido de organização do serviço, para nortear e gerenciar todo o processo de trabalho. Portanto, desde o momento que a mulher em situação de violência sexual procura o serviço de saúde especializado até receber a assistência prescrita, seja medicamentoso, cirúrgico e outros, o profissional de enfermagem tem a oportunidade de acolhê-la e mostrar a verdadeira essência da profissão, o cuidar-cuidado.

Acerca dessa questão, Waldow (2001, 2004) salienta que o cuidar de enfermagem só se concretiza quando há interação no momento em que acontece o contato com o cliente ou no resgate com o ser humano, e por meio do cuidado com a pessoa, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional da enfermagem. Para a autora, o cuidar sempre esteve presente na história humana e das civilizações, como um modo de se relacionar, de viver, o qual foi exercido em seus primórdios por leigos e religiosos.

Conforme a autora citada, o cuidar esteve presente desde o início da espécie humana como modo de sobrevivência e como forma de interesse e carinho. Com essa colocação corroboram Maia e Vaghetti (2008), ao aludirem que o cuidado humano é um elemento primordial para a evolução humana e parte essencial da sua existência. Dessa forma, entender esse cuidado em sua perspectiva histórica, é proporcionar uma reflexão sobre a existência do humano, no sentido de compreendê-lo em suas relações, anseios, dúvidas e necessidades.

Portanto, infere-se que o cuidado é indispensável para a existência humana e que ele é desvelado no processo de viver e de sobreviver. Nessa perspectiva, a enfermagem, ao longo de sua história, tem se preocupado em buscar conhecimento pautado nesse cuidado, inicialmente orientado para um viés religioso ancorado na bondade e na benevolência e, posteriormente, direcionado para o saber do mister, tendo em sua essência o zelo profissional. Desse modo, a enfermagem, por não ser a única ocupação especializada que tem como característica o cuidar, é nela que o “cuidado se concretiza e se profissionaliza”, pois a formação desses profissionais está orientada para o desenvolvimento de habilidades no fazer cuidar (WALDOW, 2006, p.13).

Nessa perspectiva de cuidar da mulher vitimizada sexualmente, o estudo de Oliveira e Fonseca (2007) refere que, a partir do momento que os profissionais de saúde se dispõem a ouvir a mulher que busca o serviço de atenção básica, com suas queixas variadas, nesse momento surge a possibilidade de rastrear uma vítima de violência sexual, que associado ao silêncio, ao medo e à vergonha, poderá dar indícios positivos de vitimização. Nessa ocasião, o profissional de saúde lança mão do acolhimento, que se revela na postura de escuta.

As concepções apresentadas sobre acolhimento permeiam um conceito de ouvir, de tocar e de receber, bem como elemento essencial para a reorganização do trabalho, com a finalidade de humanizar as ações prestadas no serviço de saúde. Assim, para que exista o ser-enfermagem, é indispensável a presença do outro ser humano, pois nesse encontro há a possibilidade de estabelecer-se uma relação afetiva em que os sentimentos vivenciados e experienciados pelo ser-no-mundo seja um encontro de cuidado autêntico (CELICH, 2004).

2.4 O cuidar na dimensão da existência humana

Entendendo que o cuidar é elemento primordial para a existência humana, a sua compreensão tem como referencial teórico as reflexões de autores e teóricas da enfermagem como Jean Watson, Madeleine Leininger, Paterson e Zderad além de pensadores filosóficos como Leonardo Boff e Martin Heidegger.

O conceito apresentado por Waldow (2006) sobre cuidar de enfermagem na perspectiva da dimensão da existência humana se processa no encontro entre o ser cuidador e ser cuidado, cujos objetivos envolvem o conforto, a ajuda, a promoção e o restabelecimento no sentido de aliviar o sofrimento humano.

Nesse momento de relacionamento interpessoal, o cuidar de enfermagem emerge através dos atos humanos no processo de assistir a pessoa baseado no sentimento de ajuda, confiança, empatia mútua, nos valores humanísticos e também no conhecimento científico (SOUZA; ERDMANN, 2006; WALDOW, 2006; ROCHA, 2005). Assim, o cuidado é entendido por Waldow (2006, 2004) como elemento primordial para a existência humana, a partir de dois significados. Primeiro, no modo de ser-aí, e segundo como forma de se relacionar. No entendimento de cuidado como modo de ser-aí, a autora utiliza o pensamento do filósofo Martin Heidegger, enquanto como modo de se relacionar, recorre aos pensamentos de Mayeroff (1971), Noddings (1984) e Boff (1999).

Na concepção de Mayeroff (1971), o cuidado tem o enfoque de estar em função de outra pessoa para ajudá-la a crescer e a se realizar. Para tanto, elege alguns elementos primordiais como o conhecimento, a alternância de ritmos, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem. Já na visão de Noddings (1984), o cuidado é denominado a partir do cuidado ético e natural, em que os relacionamentos de cuidar incluam a receptividade, a reciprocidade e a conectividade.

Para Boff (1999), o significado de cuidado implica em duas definições, a primeira como gesto de desvelo, de solicitude e de atenção, e a segunda refere-se à preocupação e inquietação. Também faz apontamento que é mais do que um ato, é uma atitude. Em suas reflexões, recorre ao pensamento do filósofo alemão Martin Heidegger, ao explicar a natureza do cuidado como o modo de ser e também que é solicitude, por permitir uma relação de preocupação, guiada pela consideração e pela tolerância.

Na enfermagem, essa discussão vem também com a contribuição valiosa das *Teorias de cuidado*, como a de Madeleine Leininger e de Jean Watson. A teoria de Leininger apresenta dois sistemas de cuidados, o genérico e o profissional. Os sistemas genéricos compreendem os conhecimentos tradicionais e populares,

enquanto os sistemas profissionais são formalmente ensinados, apreendidos e transmitidos. O foco principal dessa teoria é que o cuidado humano é universal, pois em qualquer cultura os seres humanos são cuidados, o que diferencia são as formas de cuidar nos diversos contextos culturais (GEORGE, 2000).

Na perspectiva de Jean Watson, o cuidado é entendido numa abordagem humanística e comportamental na qual a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do cuidado e, para tal, precisa ter o cultivo da sensibilidade, da autoconfiança, da promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos, utilização de um processo de cuidar criativo de resolução de problemas, assistir nas necessidades humanas e admitir forças existenciais, fenomenológicas e espirituais nesse cuidar. Dessa forma, o fundamento sólido para a ciência do cuidado, para a autora, está pautado na habilidade do pensamento crítico e da visão expandida do mundo, por focar mais a promoção da saúde do que a cura (GEORGE, 2000).

A teoria de Paterson e Zderad tem como foco central a Enfermagem Humanística, pois se preocupa com as experiências fenomenológicas dos indivíduos. É uma metodologia para compreender e descrever as situações de enfermagem, numa abordagem filosófica da fenomenologia e do existencialismo (PERSEGONA; ZAGONEL, 2008). De acordo com George (2000, p.242), a abordagem existencial-fenomenológica-humanística, “valoriza a necessidade de interação humana para determinar o significado que vem da forma exclusiva de o indivíduo experimentar o mundo”.

As colaborações dos autores citados são fundamentais para a compreensão do cuidado na dimensão da existência humana, mas é com o pensamento filosófico de Martin Heidegger que essa compreensão se torna plena, em virtude de ser reconhecido como o “filósofo do cuidado”.

Para Moreno, Jorge e Garcia (2004), o cuidado a que Heidegger se refere se mostra a partir do relacionar-se com o outro e se manifesta na relação do ser-aí com o ser-no-mundo, guiada pela consciência e paciência. Já o ser-aí significa *Dasein*, que é o modo de existir do homem, que constrói o seu modo de ser, a sua existência e historicidade a partir da presença. Assim, todo ser é sempre ser-com, pois o mundo é sempre mundo compartilhado e de convivência, e é nas relações do *Dasein*, com ser-no-mundo, que emerge o cuidado.

Nesse relacionar-se, a maneira de cuidar do outro é entendida como solicitude, é ter consideração, paciência e preocupação com o outro, sob duas formas básicas de cuidado, o dominador e o libertador. No pensar de Heidegger (2006), o termo consideração é entendido como aceitação das tensões, limites e as características diferenciais das situações e modos de ser, enquanto que tolerância pressupõe uma expectativa de algo que possa vir acontecer.

Nesse entendimento, Heidegger (2006) apresenta os modos positivos de preocupação em duas possibilidades. A primeira se refere à preocupação no sentido de ocupar o lugar do outro no tocante à realização do seu cuidado, que pode ser dependente e dominado, mesmo que não se perceba, uma vez que esse cuidar se manifeste de forma silenciosa e encoberta. Consoante dito, a preocupação traduz-se numa relação substitutiva ligada à atuação profissional. A preocupação também diz respeito a não retirar-lhe o cuidado, mas sim devolvê-lo, “no sentido de ajudar o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela” (HEIDEGGER, 2006, p.179).

Heidegger (2006, p. 42) assevera ainda que a fenomenologia é uma ciência do ser dos entes, a ontologia. Para o filósofo, ser é um conceito universal, indefinível, autônomo, independente e evidente por si mesmo, que diz respeito “àquilo que é e como é, na realidade”, enquanto ente, “é tudo de que falamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos”. Ente é algo concreto, e é passível de determinação. É através dele que é possível ter acesso ao ser. Dessa forma, ao questionar o ser, significa buscar cientemente o ente naquilo que ele é e como ele é, tornando-o transparente a partir da presença, que, para Heidegger, significa uma condição de mundo, do ser-aí.

Nesse sentido, na compreensão de pensar de vários autores que discutem o cuidado, percebe-se que na evolução da prática profissional da enfermagem tem prevalecido o cuidado técnico, resultando no distanciamento do cliente, o que remete à necessidade do resgate desse cuidado na dimensão humana e acolhedora que pode estar velada.

Portanto, o método de investigação heideggeriano possibilita resgatar a essência do fenômeno, para captar o movimento do sentido de ser, através da interpretação do que se mostra velado. Nesse pensar, para desvelar a essência do

fenômeno proposto pelo estudo, que é o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, é necessário interrogar o ente, que compreende os modos de cuidar realizado pelos profissionais de enfermagem na sua cotidianidade, para assim, desvelar e tornar transparente esse cuidado, a partir de quem o vivencia.

2.5 A fenomenologia na prática do cuidar em enfermagem

Estudos como o de Monteiro (2005) e de Corrêa (1997) apontam que a utilização da fenomenologia nas pesquisas científicas acontece inicialmente na psicologia, e na enfermagem na década de 60 nos EUA, e, no Brasil, na década de 80.

O movimento fenomenológico ganha impulso na comunidade científica em virtude do método permitir trabalhar conceitos como essência, experiência, subjetividade e fenômeno vividos pelo ser humano, o que não é possível nos estudos quantitativos, pois os fatos são observáveis, controláveis e quantificáveis (TERRA *et al.*, 2006). Para as autoras, o método da fenomenologia para a prática da pesquisa na enfermagem tem sido utilizado por lidar com questões existenciais, pois o foco centralizado e valorizado é o cotidiano vivido pelos profissionais de enfermagem na prática do cuidar. Nesse sentido, a fenomenologia na enfermagem, tem trazido contribuições valiosas no seu fazer-pensar, por permitir a compreensão dos fenômenos com os quais convivem em seu cotidiano.

Para Corrêa (1997), a abordagem da fenomenologia na enfermagem pode trazer uma reflexão e compreensão das experiências vividas, além de enriquecer o conhecimento acerca da prática de enfermagem. Como bem coloca Terra *et al.*, (2006), a produção científica na enfermagem a partir do caminho metodológico da fenomenologia vem despertando interesse nos mais diversos cursos de pós-graduação do país, visto que é uma alternativa para buscar compreender o significado da experiência vivida dos seres humanos e na enfermagem, a compreensão dos fenômenos vividos na prática do cuidar.

A partir da busca eletrônica no Portal de dissertações e teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPEs, foi possível identificar as dissertações e teses nos programas de pós-graduação que utilizaram a

abordagem fenomenológica no período de 1992 a 2006. Nesses quatorze anos de produção científica com uma abordagem fenomenológica à luz de Martin Heidegger, perfaz-se um total de 198 (cento e noventa e oito) dissertações de mestrado entre os anos de 1994 a 2006, e 77 (setenta e sete) teses de doutorado, no período de 1992 a 2006. Das 198 dissertações de mestrado, 26,26% foram produzidas por enfermeiras, como também 41,55% das 77 teses de doutorado (BRASIL, 2007).

No curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí, até 2007, destacam-se três teses na área de enfermagem que utilizaram o método fenomenológico de Martin Heidegger. A primeira foi de Luz (2001), motivada a compreender a vivência do ser humano portador de uma ostomia intestinal, com a finalidade de mostrar o modo de ser e conviver com uma colostomia em seu cotidiano. Após três anos, surgem mais duas teses, a de Monteiro (2005), que buscou compreender o ser mulher que vivencia a violência conjugal, e Rocha (2005), que foi motivada a desvelar e apreender o modo de ser enfermeiro na prática do cuidar da criança na rede básica de saúde.

Destacam-se também duas dissertações de Mestrado em Enfermagem dessa instituição que trabalhou com esse método, como a de Almeida (2005), que buscou os significados atribuídos por mulheres ao climatério que vivenciaram esta experiência, e a de Albuquerque (2005), que também estudou a mulher no climatério, porém tendo o uso de soja na sua alimentação.

Segundo estudos como os de Boemer (1994), Corrêa (1997) e mais recentemente de Terra *et al.*, (2006) e Merighi *et al.*, (2007), o interesse pela abordagem fenomenológica na enfermagem surge por ser um método alternativo, que busca compreender o ser humano na sua experiência vivida. O método fenomenológico da investigação permite à enfermagem compreender os fenômenos com os quais convive no cotidiano, possibilitando descobrir significados, desvelar fenômeno a partir de si mesmo.

Portanto, o interesse na aplicação do método fenomenológico nas pesquisas em enfermagem justifica-se, principalmente, pelo conceito etimológico da palavra, que se deriva de dois termos: fenômeno e logos. O primeiro significa o que se mostra, o que se revela, enquanto logos tem como conceito básico, a fala, entendida como “deixa e faz ver”. Dessa forma, a fenomenologia, é “deixar e fazer

ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo” (HEIDEGGER, 2006, p. 74).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico foi conduzido em quatro momentos, iniciando com uma abordagem da fenomenologia, destacando o pensamento filosófico de Martin Heidegger, em seguida uma apresentação do tipo de estudo, do cenário, finalizando com a descrição do processo de aproximação com os sujeitos e a busca dos discursos.

3.1 Consideração sobre o método de análise: a fenomenologia

A fenomenologia é um movimento filosófico que nasce no início do séc. XX, com Edmund Husserl (1859-1938), psicólogo e filósofo alemão, que buscou explicar os atos e os pensamentos humanos a partir do conceito de intencionalidade de Franz Brentano. Para Husserl, a fenomenologia é entendida como uma “volta às coisas mesmas”, o que permite uma reflexão das coisas como elas se manifestam, voltadas assim, em mostrar com rigor a essência do fenômeno. Nesse entendimento, o método buscava compreender como as coisas se apresentam e acontecem nos modos subjetivos do viver (JOSGRILBERG, 2004).

Na visão de Husserl, a fenomenologia buscava examinar a relação entre o mundo e os sentidos que experimentam no mundo, permitindo um olhar sobre as

coisas da maneira como se manifestam. O método é então entendido como uma ciência eidética, que procede da descrição e não da dedução dos fenômenos vividos. Assim, fenômeno é compreendido como o que é imediatamente dado em si mesmo à consciência (MONTEIRO *et al.*, 2006).

Dessa forma, um dos princípios da fenomenologia é a intencionalidade da consciência, de alguma coisa em relação a um objeto. É uma relação noesis-noema, na qual noesis significa as vivências subjetivas, enquanto noema, as vivências objetivas. Portanto, para entender o fenômeno interrogado, é preciso reter apenas o essencial dele, que, na visão husserliana poderá ser três momentos: a redução fenomenológica, também chamada de epoché, que é colocar “entre parênteses”, ou seja, deixar de lado as crenças, pressupostos ou teorias sobre o fenômeno interrogado, como também a de redução eidética, que significa a descrição do fenômeno, deixando-o em evidência, e por último a redução transcendental, que compreende chegar à essência da essência (TERRA *et al.*, 2006; ROCHA, 2005; CORRÊA, 1997).

Outros filósofos discípulos de Husserl, na Alemanha, foram Martin Heidegger, Max Scheler e Karl Jaspers (LUZ, 2001). Dentre os filósofos citados, destaca-se Heidegger, que tinha em comum com Husserl a busca do sentido dos fenômenos, o que o diferenciou foram suas reflexões a respeito do sentido do Ser.

O filósofo e teólogo Martin Heidegger nasceu em Messkirch (Baden), no dia 26 de setembro de 1889. Em sua trajetória acadêmica foi professor e reitor de uma das mais conceituadas universidades, a de Freiburg na Alemanha. Na busca do entendimento do ser, Heidegger, em 1927, escreve a obra *Ser e tempo*, com a finalidade de discutir e elaborar uma teoria do Ser, utilizando o método fenomenológico. Em sua obra, traz uma reflexão sobre o Ser na sua existência, denominando-o o ser humano *Dasein*, expressão alemã que significa o ser-aí, que também é o ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2006; STEIN, 2002).

Na concepção de Heidegger, o método fenomenológico da investigação parte do princípio do questionamento do sentido de ser, o que permite ter acesso à subjetividade da experiência vivida, ao considerar o sujeito em sua integralidade e em sua dimensão existencial. Assim, é através desse método que se pode revelar o que está oculto, a partir da descrição do vivido, de tal forma como se manifesta para

si mesmo. Para tanto, esse desvelamento é obtido através do discurso que se exprime na linguagem falada, gestual ou mesmo silenciada. Nesse momento, para que haja a compreensão, é primordial o ato de ouvir e escutar.

Conforme Monteiro *et al.*, (2006), o primeiro passo para a investigação fenomenológica é obter o discurso e, em seguida, transcrevê-lo com a finalidade de buscar o significado das vivências, o que permite uma compreensão vaga e mediana dos sujeitos sobre o perguntado, que é expresso a partir da descrição da experiência consciente sobre o fenômeno interrogado.

Para Jesus *et al.*, (2006), após apreender o significado que os sujeitos têm de sua experiência vivida, é que se constitui a compreensão vaga e mediana, com a finalidade de identificar as unidades de significado. Em seguida, essas unidades são agrupadas para a análise, com o propósito de mostrar as congruências dos discursos expressas pelos sujeitos. Nesse sentido, Silva *et al.*, (2006) acrescentam ainda, que, após a identificação das unidades de sentido, realiza-se uma seleção fenomenologicamente orientada das unidades mais relevantes de cada um dos discursos para a elucidação do fenômeno.

De acordo com Monteiro (2005) e Rocha (2005) a trajetória de investigação fenomenológica de Heidegger traz três momentos, um em que o pesquisador inicialmente interroga o sujeito para falar livremente sobre o fenômeno perguntado, em seguida, o investigador adota uma posição de suspensão de valores em relação ao fenômeno, que significa *epoché*, a fim de dedicar-se ao material descrito com a finalidade de apreender apenas o essencial do fenômeno. Em seguida, finaliza com a compreensão vaga e mediana, que é entendida por Bicudo como Unidades de Significação.

Desse modo, justifica-se a investigação fenomenológica à luz de Martin Heidegger sobre o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, em virtude da possibilidade de se aproximar do significado desse cuidado vivido por esses profissionais em sua visão de mundo.

3.2 Tipo de estudo

A proposta de investigar o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual exige um estudo de natureza qualitativa com uma abordagem fenomenológica, pois pretende captar a subjetividade dos sujeitos envolvidos, na qual a realidade social não pode ser quantificada.

Nesse sentido, Brevidelli e Domenico (2006) abordam que a pesquisa qualitativa tem características peculiares, pois busca os significados em seu contexto próprio. É uma metodologia descritiva, que utiliza as narrativas e/ou declarações de pessoas com a finalidade de detectar os significados que estas dão aos fenômenos. Dessa forma, a aplicação do método de investigação de Heidegger permite uma aproximação do fenômeno tal como ele se apresenta àqueles que o vivenciaram. Essa aproximação se dá a partir da descrição da experiência vivida, o que possibilita o desvelamento do fenômeno (HEIDEGGER, 2006).

Portanto, a investigação fenomenológica parte de uma interrogação em que o pesquisador irá percorrer uma trajetória em direção ao fenômeno, para compreender o que está oculto, com a finalidade de desvelar, descobrir significados e explorar o fenômeno vivido pelos sujeitos (MORENO *et al.*, 2004).

3.3 O cenário

O cenário da pesquisa é o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual – SAMVVIS, que funciona na Maternidade Dona Evangelina Rosa, em Teresina-PI. A implementação desse serviço se deu através do Termo de Cooperação Técnica entre a instituição de saúde com as Secretarias Estaduais de Saúde, da Assistência Social e Cidadania – SASC e a de Segurança Pública, com a interveniência do Instituto Médico Legal – IML, assinado no dia 28 de maio de 2004, com a finalidade de viabilizar o acesso imediato dessas vítimas. Após a implantação, o primeiro atendimento realizado no SAMVVIS aconteceu no mês de setembro do mesmo ano.

Na organização e funcionamento do serviço existe um fluxo de atendimento à mulher realizado por uma equipe multiprofissional, que inicia na admissão com a abertura do prontuário pelo técnico de enfermagem ou administrativo que esteja de plantão. Se o atendimento acontece no período diurno, o funcionário deverá solicitar

a assistente social para dar prosseguimento ao atendimento. Caso aconteça no plantão noturno, é a enfermeira de plantão, lotada no setor da admissão, que é chamada para realizar a pré-consulta. Verifica-se que esses profissionais são responsáveis para realizar a pré-consulta. No entanto, quando a enfermeira do setor da admissão não é localizada, solicita-se outra que esteja de plantão.

Nesse momento, o profissional realiza o preenchimento de duas fichas, a primeira elaborada pelo Ministério da Saúde, que é a ficha de notificação/investigação individual da violência doméstica, sexual e/ou outras violências, e a segunda, criada pelo serviço juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde, que caracteriza a vítima e o agressor em relação à faixa etária, o local da agressão, o turno, os laços de parentesco, se houve utilização de arma para intimidação, o grau de escolaridade, a renda familiar, o município de origem, a ocupação, o tipo de relação sexual e o uso ou não de substâncias tóxicas.

Segundo o fluxo de atendimento, durante o preenchimento de fichas deve acontecer o acolhimento, associado às outras ações, como a entrevista, o registro da história e da ocorrência no prontuário, uma orientação sobre a importância do Boletim de Ocorrência (BO), o encaminhamento para atendimento médico e para o exame de corpo de delito, além do agendamento para a consulta psicológica e o encaminhamento para um lugar de apoio à mulher vitimizada. Após essa etapa, ela é examinada pela médica ginecologista-obstetra para realizar a anamnese clínica e exame tocoginecológico, seguido de uma prescrição médica. Também é atendida pela legista, que realiza a coleta de material para o exame de Corpo de Delito e fotografa as lesões, caso estejam visíveis (PIAÚÍ, 2004).

A partir da prescrição médica, os serviços de enfermagem são solicitados para a administração de medicamentos, de vacinas e imunoglobulina, realização de exames laboratoriais, agendamento dos retornos, encaminhamentos e referências. Para realizar esses procedimentos de responsabilidade da enfermagem, os técnicos do setor da admissão são acionados exclusivamente para fazer os procedimentos prescritos. Também deve constar no fluxo de atendimento à mulher a realização da consulta de enfermagem, entretanto, essa medida ainda não foi implantada no serviço.

Em relação à estrutura física, o serviço é identificado pela sigla SAMVVIS e dispõe de uma ante-sala e um consultório. Sua localização na maternidade fica próxima a de outros serviços gerais, como a sala de protocolo e do cartório, com a finalidade de proporcionar um espaço em que a vítima sintasse uma pessoa comum, não seja estigmatizada pelas pessoas ali presentes.

3.4 Aproximação com os sujeitos e a busca dos discursos

A trajetória da aproximação e a busca dos discursos dos sujeitos foram momentos marcados pela ansiedade vivenciada por mim, diante da resistência dos sujeitos a participarem do estudo, especialmente os técnicos de enfermagem, mesmo com a explicação dos objetivos da pesquisa e da garantia do anonimato. Ao mesmo tempo, também fui contemplada com momentos de confidencialidade da vida privada desses sujeitos, da empatia e da valorização do estudo desenvolvido.

3.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí – UFPI, e pela Comissão de Ética da instituição de saúde onde foi realizado o estudo, e teve parecer (nº 34/08) favorável à sua realização (ANEXO A).

Inicialmente os sujeitos foram identificados e convidados a participarem do estudo, informados dos seus objetivos, das etapas de desenvolvimento e da possibilidade de abandoná-la em qualquer momento do processo. Depois do convite, os sujeitos que demonstraram interesse em participar leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) e o assinaram dando seu consentimento de participação, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

3.6 Obtenção da descrição do vivido

Para nortear o processo de investigação, tomando por base o método fenomenológico de Heidegger, foram elaboradas duas perguntas abertas do fenômeno pesquisado com a finalidade de proporcionar ao sujeito o falar livremente, do cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual: comente como é o cuidar que você realiza ou realizou à mulher vítima de violência sexual no SAMVVIS e o que significa ou significou para você cuidar da mulher vítima de violência sexual? (APÊNDICE A).

Como o estudo traz uma abordagem fenomenológica, não houve necessidade do critério amostral, pois a inclusão dos sujeitos foi progressiva e por adesão, sem demarcar a priori o número de participantes, tendo sido encerrada as entrevistas pela repetitividade, dando assim a sua interrupção. Esse modo de inclusão dos sujeitos toma por base as orientações de Brevidelli e Dominico (2006), ao colocarem que a interrupção da coleta de dados acontece quando se chega à representatividade do grupo a partir da repetição das informações relatadas pelos sujeitos.

As entrevistas com os profissionais de enfermagem foram realizadas em um local reservado da própria maternidade, no período de maio a junho de 2008, e foram previamente agendadas e gravadas mediante autorização dos participantes. Com a finalidade de apreender os depoimentos de maneira fidedigna, foi utilizado um gravador digital, um diário para anotar outras formas de discurso como a não-verbal, gestual e do silêncio, porquanto para Heidegger (2006), o discurso pode manifestar-se através da linguagem escrita, falada, gestual e silenciada.

Assim, iniciar o método de investigação de Heidegger (2006) é estar questionando em si mesmo um modo próprio de ser. Nesse sentido, investigar o ser de imediato é proporcionar um fio condutor, ou seja, é ter uma compreensão vaga e mediana a partir dos próprios sujeitos no cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual.

3.7 O processo de análise

Dessa forma, para ter-se um fio condutor sobre o objeto de estudo, as entrevistas realizadas foram transcritas logo em seguida, para possibilitar ao

pesquisador uma reflexão profunda e atenta sobre as descrições relatadas. Só foi possível chegar à compreensão do fenômeno vivido, após sucessivas leituras, em virtude de estar-se desprovido de estereótipos, estigmas, preconceitos e pressupostos em relação ao fenômeno interrogado.

É o momento da redução eidética, no qual se deixa de lado suas experiências, crenças, teorias e explicações a priori, para se chegar às coisas nelas mesmas. Esse momento é também conhecido como epoché, e pode ser entendido como uma análise descritiva das vivências da consciência (MONTEIRO, 2005; ROCHA, 2005).

De acordo com Monteiro *et al.*, (2006) e também por Bressan e Scatena (2002), a análise dos depoimentos é o momento que exige do pesquisador leituras e releituras do começo ao fim, de forma atenta, logo após a transcrição das falas, para tentar se aproximar do sentido geral do que está descrito. Novamente a leitura é refeita, mas agora para apreender os significados da descrição, a partir do fenômeno em questão. Logo em seguida, o pesquisador terá como chegar às unidades de significação para a compreensão do fenômeno estudado.

Para Heidegger, em sua obra *Ser e Tempo*, a trajetória metodológica da fenomenologia tem como ponto de partida questionar o ser, interrogar o ente para buscar o sentido do ser. Essa investigação do ente, do modo de ser-no-mundo é compreendida a partir da linguagem falada (MONTEIRO, 2005; ROCHA, 2005).

Dessa forma, antes de iniciar-se a seleção dos sujeitos, que teve como critérios de inclusão ser membro da equipe de enfermagem da maternidade onde funciona o SAMVVIS, e ter vivenciado o cuidar à mulher vitimizada sexualmente, a identificação dos enfermeiros deu-se após a realização de um Projeto de Iniciação Científica (PIBIC/ CNPq/UFPI) do Programa de Mestrado sobre o Conhecimento do enfermeiro do serviço sobre o SAMVVIS, cujos dados seriam componentes importantes para subsidiar este estudo. Na execução do PIBIC, foram identificados os profissionais que prestam ou prestaram atendimento no referido posto da Maternidade D. Evangelina Rosa (MONTEIRO *et al.*, 2008). Com essa informação e sendo critério de inclusão deste estudo que os sujeitos deveriam ter vivenciado o cuidar à mulher vitimizada sexualmente, foi possível uma aproximação para convidá-las a fazer parte da pesquisa, o que não aconteceu com os técnicos de enfermagem.

Para a identificação dos técnicos de enfermagem, foi necessário perguntar no setor de admissão da Maternidade, quais dentre eles tinham vivenciado o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, e em seguida, fez-se o convite. Esse foi o momento considerado o mais difícil, pois houve resistências, pela maioria dos profissionais, a participarem do estudo. Em algumas situações, ao perguntar quem já havia realizado algum atendimento à mulher vitimizada sexualmente, imediatamente eles respondiam que não. Depois de várias tentativas, consegui realizar a entrevista com apenas 02 técnicas de enfermagem.

Antes de iniciar a busca dos discursos dos sujeitos, escolhíamos primeiro o nome de uma rosa para resguardar seus anonimatos. Alguns questionavam como acontecera a motivação pela pesquisa, e esse momento proporcionava para mim descontração e também empatia com os entrevistados. Logo em seguida, explicava novamente o que seria perguntado, com o intuito de resgatar na memória a experiência do fenômeno vivido.

Ao realizar as perguntas, foi necessário estar atenta às palavras e expressões de gestos demonstradas pelos sujeitos. Na condução da entrevista, alguns depoimentos fugiam do assunto perguntado, havendo a necessidade de redirecioná-los, como também foi solicitado o significado de determinadas palavras, para melhor compreender o seu sentido.

Outro aspecto que me chamou a atenção, foi que, ao fazer as perguntas aos 12 sujeitos, 09 (nove) iniciaram o relato descrevendo a ocorrência e o tipo de agressor. Acredito que esse recurso utilizado pela maioria facilitou o discurso das participantes.

Durante as entrevistas, fui surpreendida com a riqueza de detalhes descrita, de como aconteceu a violência sexual com a mulher que estava sendo atendida naquele momento. Relatos, em sua maioria, carregados de determinadas expressões como ansiedade ao apertar as mãos, um piscar ligeiramente dos olhos, como também um visível semblante de tristeza, principalmente quando algumas entrevistadas, de maneira encabulada, tentavam disfarçar uma lágrima no rosto.

Para mim, a busca dos depoimentos foram momentos de grande emoção e sensibilidade ao defrontar-me com a fragilidade emocional dos sujeitos, o que exigiu o silêncio e a escuta como forma de acolher e respeitar esse profissional, que na

sua experiência do cuidar de enfermagem à mulher em situação de violência sexual, ainda consegue expressar o sofrimento de ter realizado essa assistência.

4 DESVELANDO O FENÔMENO

A partir dos discursos obtidos em relação aos significados atribuídos às vivências do cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, foi necessário adotar uma posição de suspensão de valores em relação ao fenômeno para se aproximar da compreensão vaga e mediana e em seguida construir as unidades de significação, com a finalidade de mostrar esse cuidar a partir de sua cotidianidade.

4.1 Compreensão vaga e mediana do cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual

Após a transcrição dos depoimentos, foi realizada uma leitura preliminar para apreensão do sentido do todo e, posteriormente, uma re-leitura com um olhar sensível e atento associado às minhas observações registradas no diário, com o propósito de estruturar as unidades de significação. Para tanto, a construção das unidades só foi possível através da redução fenomenológica.

A partir da descrição das falas dos sujeitos em relação ao fenômeno, identificou-se os significados atribuídos por esses profissionais, com a captação do sentido das palavras veladas nos discursos, buscando, assim, desvelar algumas possibilidades do cuidar. Essa apreensão é apresentada sutilmente na tentativa de se aproximar da essência do fenômeno vivido por esses profissionais, por acreditar que o ser humano é algo inacabado, e que jamais se deixa mostrar totalmente.

Dessa forma, o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual é compreendido conforme quatro unidades de significação e, portanto, se faz necessário conhecer um pouco desses sujeitos, a partir da sua formação profissional, sexo, faixa etária e tempo de serviço na instituição de saúde pesquisada, que na pesquisa fenomenológica denomina-se “quem”.

Assim, o número total de participantes do estudo foram 12 (doze), dos quais 10 (dez) têm curso superior em enfermagem e 02 (dois) têm curso profissionalizante em técnico de enfermagem, o que expressa que a maioria tem formação superior. Em relação ao sexo, predomina o feminino, com 91,6%. Dos profissionais de enfermagem pesquisados, a maior parte tem larga experiência de vida, já que se encontram na faixa etária entre 40 e 55 anos, como também uma vivência profissional nessa instituição, em que 50% têm entre 10 e 20 anos de atuação, e os outros 50%, a experiência de cuidar de mulheres no ciclo gravídico-puerperal entre 01 e 10 anos.

Diante desses dados sobre *o quem* e os significados atribuídos por eles em relação ao cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, foi possível organizar Unidades de Significação, possibilitando a compreensão do como se mostra esse cuidar a partir de sua cotidianidade.

A construção da primeira Unidade de Significação surgiu a partir do grande número de conteúdo significativo, que inicialmente apontaram para um cuidado técnico. Em seguida, em novas re-leituras das entrevistas, foram agrupadas expressões comuns que direcionavam para o modo de cuidar na dimensão do acolhimento. A linguagem das depoentes também permitiu revelar que a todo momento reportavam-se para uma reflexão da questão de gênero, já que a maioria dos sujeitos é mulher. Ainda, como última Unidade de Significação, os discursos apontavam que realizar esse cuidar à mulher vítima de violência sexual é uma ação

não planejada e não esperada, o que desvela mais uma Unidade de Significação, o cuidar em sua facticidade cotidiana.

- **Unidades de significação I**

- **Cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual é significado como a execução de procedimentos técnicos.**

Na primeira unidade de significação sobre o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, a maioria das entrevistadas enfatizou em seus depoimentos que o cuidar de enfermagem realizado no SAMVVIS é o fazer técnico, ou seja, a realização de procedimentos como a administração de medicamentos, preenchimento de formulários, preparo da sala com o material para a realização de exames, avaliação da assistência médica e coleta de material.

Percebe-se que nesse cuidar realizado, prioriza-se a execução de ações conforme a ocupação do profissional, seja ele técnico de enfermagem ou enfermeiro(a), em que ambos revelaram nos seus discursos o cuidado técnico. Nesse sentido, para Heidegger (2006), o discurso é também a linguagem pela qual o ser humano se abre ao mundo, e faz o pronunciamento da fala. Esta, quando desmembrada, faz brotar significações que sempre têm sentido. Assim, através da essência da linguagem é que se apreende a expressão, o que possibilita anunciar as vivências, as configurações da vida e o modo de fazer, conforme foi revelado pelos sujeitos ao buscar em suas vivências o cuidado prestado.

[...] quando fechava o questionário, a médica tinha chegado para fazer o [exame de] corpo de delito, faz o exame físico completo, em seguida vai ver a necessidade de fazer a medicação, aí a gente entra com os cuidados de enfermagem, que, no caso, orienta quem vai administrar a medicação, ou a gente mesmo sendo a pessoa indicada para fazer a medicação. Então foi feito o exame de corpo de delito e foi prescrita uma medicação para ser realizado e dali procurasse o HDIC para complementação da medicação como hepatite, as primeiras doses de profilaxia de HIV, a princípio aconteceu foi só isso [...] (CRAVO - ENFERMEIRO)

[...] Fiz as orientações básicas que a gente faz, sobre o kit, expliquei as medicações que ela tinha que tomar e que só ia tomar as medicações depois que o legista viesse, que fizesse o exame, que

avaliasse todinha, só depois disso é que ela iria tomar a medicação [...] (VIOLETA - ENFERMEIRA).

[...] nunca me passaram como era o serviço, apenas ouvia o comentário que tinha que preencher uma ficha, chamar a médica legista, a vacina contra hepatite e a medicação para fazer a medicação benzetacil e a anticoncepção de emergência. Fiz só os procedimentos da entrevista e a medicação e depois foi para a delegacia da mulher [...] (GIRASSOL - ENFERMEIRA)

[...] a gente bota todo o material lá e chama a médica, a assistente social, o procedimento que a gente faz é só botar a paciente para ela examinar, a única coisa que a gente faz é a medicação, a gente explica como deve tomar, o médico explica e a gente também explica, diz quando ela vai retornar e fazemos a medicação nela, medicações que a gente faz na hora [...] (HORTÊNCIA – TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

[...] A primeira ação além do acolhimento é localizar o profissional, inclusive a gente tem que localizar a ginecologista, para fazer o exame, saber como se foi esse estupro, ter o cuidado de fazer a medicação, que é a nossa parte dos técnicos de enfermagem, inclusive para evitar DSTs e uma gravidez [...] (VERBENA – TÉCNICA DE ENFERMAGEM)

[...] A gente faz uma série de perguntas para ela, um questionário que tem lá e depois a gente vai chamar o legista para fazer o atendimento dela. Faz a medicação da paciente, depois a orientação para ir ao psicólogo da maternidade para acompanhar, além de ir para a delegacia, a gente encaminha para a delegacia da mulher, e ir também é quando há ruptura de tecidos, eu acompanhei lá no centro cirúrgico, pois estava de plantão, foi em criança, aí fiz a limpeza, anti-sepsia vulvovaginal da vítima e fica com o médico para auxiliá-lo na prestação de serviço àquela pessoa [...] (LÍRIO - ENFERMEIRA)

[...] Sei que assistência envolve toda a medicação, parte de prevenção das doenças, HIV, hepatite, foi feita normalmente, até a parte emocional, levou para o instituto. Então foi iniciado o esquema, a medicação que era para ser feita. Lá fez o exame, a doutora fez o exame, foi quem atendeu, tinha lesões bem visíveis na lesão perineal, inclusive fiz também o asseio vulvovaginal, então a minha participação foi nisso e também a parte psicológica [...] (LÍRIO DO CAMPO - ENFERMEIRA)

Nos discursos apresentados, é expressivo nas falas o cuidado técnico realizado à mulher vítima de violência sexual, ao verbalizarem que o cuidar significa a administração de medicamentos, seja pela enfermeira ou pelo técnico de enfermagem.

Nessa primeira unidade de significado, percebe-se que o modo-de-ser da enfermagem nesse cuidar volta-se para um cuidado prescrito e normatizado, ao destacarem a administração de medicamentos por via parenteral para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, na profilaxia do HIV com os anti-retrovirais, da imunoprofilaxia contra a hepatite B. Para Violeta, esse conjunto de medicamentos é entendido como kit, que é administrado conforme orientação médica. Em outras falas, como a de Cravo, Girassol e Lírio, revela-se um cuidado normatizado, no qual as ações de enfermagem são realizadas conforme o que se preconiza na norma técnica do Ministério da Saúde ou do próprio SAMVVIS, sendo verificado quando as depoentes referem-se ao preenchimento de fichas, que correspondem aos formulários da norma técnica sobre notificação/investigação individual da violência doméstica, sexual e/outras violências, e o formulário do próprio serviço, para caracterizar a agressão sofrida pela mulher.

Os discursos revelam, também, que o cuidado realizado significa a operacionalização de rotinas do serviço de enfermagem. Essas rotinas podem ser percebidas nas falas de Hortência, Verbena, Girassol, Lírio e Lírio do Campo quando se referem ao preparo da sala para realizar o exame físico, como também na solicitação do profissional médico para realizar o exame na vítima e dos cuidados com a assepsia e o asseio vulvovaginal da vítima.

Em determinados momentos, percebe-se que a maioria dos depoentes, ao falar do cuidar realizado, se coloca numa posição de *a gente*, uma palavra que foi identificada com diversas conotações, ora no sentido do todo, como profissionais de enfermagem que dão orientações e explicações sobre a medicação, conforme se verifica nos discursos de Cravo e Violeta, ora no sentido de providenciar o atendimento médico, sendo identificado nas falas de Verbena e Lírio. Para a depoente Lírio, a palavra *a gente* se revela na atividade da enfermeira em aplicar o questionário, ao expressar “a gente faz uma série de perguntas para ela, um questionário que tem lá”. Ainda, nos discursos, *a gente* também é percebida na fala do técnico de enfermagem quando Hortência expressa “a gente bota todo o material lá e chama a médica”, que significa organizar a sala para realizar o exame na vítima. Essas expressões se mostram como um modo-de-ser impessoal que se revela na cotidianidade.

Quando as depoentes falam, utilizam a linguagem para se pronunciar, que guarda em si uma interpretação da noção de presença. As expressões identificadas como “a gente” e “apenas ouvia o comentário” são modos de se apresentar ao mundo de maneira impessoal, pois se referem às pessoas em geral. Conforme o pensamento heideggeriano, se constitui o modo de ser do compreender e da interpretação da presença cotidiana, a partir da falação ou falatório. Assim, o pronunciamento resguarda uma percepção do mundo, da co-presença dos outros e do próprio ser-em. Dessa forma, o discurso é uma manifestação de um modo impessoal de existência. Portanto, mostram que os sujeitos não se sentem responsabilizados de responder de maneira autêntica sobre o perguntado, haja vista que eles se colocam como ninguém ao responderem sem ter o comprometimento social.

Acredita-se que o cuidado técnico desvelado como sendo uma das formas de assistir à mulher em situação de violência sexual tenha se destacado devido à formação profissional, que valoriza o cuidado pautado no modelo biomédico, no desenvolvimento da habilidade técnica, e pela organização do serviço que relaciona as atribuições técnicas de responsabilidade da equipe de enfermagem.

Assim, considera-se que esse cuidar mostrado pelos profissionais de enfermagem é uma das dimensões do cuidar/cuidado. Entretanto, em alguns discursos, como de Cravo e Girassol, “quando falam que o cuidado “foi só isso” e “fiz só os procedimentos da entrevista e a medicação”, percebe-se uma demonstração de inquietação nessas falas, pois permite compreender que o cuidado técnico não é suficiente para atender a mulher vítima de violência sexual, havendo a necessidade da atuação de enfermagem não se restringir apenas às partes do corpo da mulher vitimizada ou ao serviço burocrático. Nesse momento, os profissionais mostram, ainda que de maneira velada, a importância de realizar uma assistência que vá além do corpo físico, valorizando a mulher como um ser pleno numa situação tão singular, e que nesse modo de ser-no-mundo, a relação poderá tornar-se mais autêntica e humana entre o ser cuidador e o ser cuidado.

Portanto, a compreensão dessa primeira Unidade de Significação traz à tona o pensamento de Heidegger (2006) em relação a tudo aquilo de que falam os sujeitos, seus comportamentos dessa ou daquela maneira, e é a partir da fala desses depoentes sobre como realizam o cuidar de enfermagem à mulher vítima de

violência sexual e qual o seu significado, que houve uma aproximação do modo de cuidar na dimensão técnica. Para o filósofo, o ser-no-mundo determina todo e qualquer modo de ser da presença.

Importa compreender o significado de mundo que, para Heidegger (2006), revela-se em três aspectos: o mundo circundante, o mundo humano e o mundo próprio. Na compreensão do filósofo, mundo circundante é o mundo mais próximo da presença cotidiana, refere-se à convivência com as demais presenças, enquanto que o mundo humano é sinônimo de público, do nós. Já o mundo próprio significa a relação do indivíduo consigo mesmo.

De modo que, a partir do ser-no-mundo, a convivência e as relações dos sujeitos com as mulheres vitimizadas sexualmente se apresentam, e há nessa relação maneiras de cuidado. De acordo com Heidegger (2006), é na relação de cuidado que surge a preocupação, momento no qual os depoentes revelam nos discursos que o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual é administrar medicamentos. Nesse entendimento de preocupação, a concepção heideggeriana expõe a idéia de que tratar do corpo doente também é um modo de preocupação, que, ainda segundo ele, pode ser encontrada sob duas maneiras: primeiro, quando se retira o cuidado do outro, sendo um modo deficiente, por trazer para si o cuidado que o outro deveria assumir. Enquanto que o segundo modo permite um cuidado autêntico e solícito, pois o preocupar-se se volta ao ser na sua existência humana. Nessa perspectiva, os discursos apresentados revelam o cuidar técnico como uma preocupação com o corpo físico, assumindo um modo deficiente de solicitude, uma inautenticidade desse cuidado.

• UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO II

- Cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual é significado como acolhimento de maneira velada.

Na unidade de significação anterior, o cuidar técnico é destacado nos discursos, entretanto, a análise das falas e seus discursos associada às suas expressões, revela, ainda que de forma velada, uma ambivalência de significados,

em que há uma revelação explícita do cuidar técnico e também do cuidar acolhedor e humano.

A relação que se estabelece no momento do atendimento entre os profissionais de enfermagem e a mulher em situação de violência sexual no SAMVVIS, pode ser compreendida como uma relação de cuidado acolhedor e humano, mesmo não sendo percebida explicitamente pelos próprios depoentes.

De acordo com Souza e Erdmann (2006), as ações de cuidar-cuidado, permitem uma interação tanto de quem cuida como de quem é cuidado, podendo haver uma relação de aproximação e distanciamento. São nos momentos da fala, do silêncio, dos sentimentos, dos valores, das emoções e crenças, juntamente com o conhecimento e a habilidade técnica que o cuidar tem uma dimensão especial, que compreende o cuidado humano.

[...] se ela estivesse mais à vontade, ela teria mais vontade para responder. Se estivesse eu e ela na sala, mas além de mim, estava uma irmã, um irmão. É necessário que esses profissionais fossem preparados para receber esse tipo de paciente, porque, dessa forma, eles teriam como trabalhar uma assistência tanto individual como coletiva, porque vai muito além, preparado para receber essa paciente no seu individual, no coletivo [...] (CRAVO - ENFERMEIRO).

[...] a assistência de enfermagem deve acontecer a partir do acolhimento, no ouvir, no tocar, no falar e, às vezes, também no silenciar, quando necessário, porque a mulher está sofrendo muito e o profissional ainda fica dando orientações sobre a medicação para evitar gravidez, DSTs, HIV, as vacinas como a hepatite B, onde, naquele momento, as mulheres não estão preparadas para ouvir essas orientações. Então às vezes é preciso silenciar sim. A enfermeira com um olhar fraterno, de não fazer julgamento, de respeitar também o silêncio da vítima e seu choro, é acolher, até para que essa mulher volte e continue o tratamento. Então, cuidar de mulher vítima de violência sexual é dar atenção [...] (ROSA - ENFERMEIRA).

[...] num momento desse a gente tenta ser mais empático com a paciente, tipo assim, um milindre, o tratamento é totalmente diferente, tenho receio de falar qualquer palavra para não machucar mais, na hora de conversar não pode perguntar de qualquer jeito. Você vai aplicar um medicamento numa paciente dessa, você já sabe que dói, ela sente dor, aí fico imaginando: meu Deus, a pessoa já ter sofrido essa violência, a pessoa ainda vai aplicar a medicação, quando vai passar por todo procedimento. A gente tenta sempre dar conforto, conversar, explicar, explica o que vai fazer, chama pelo nome da paciente, me identifico como enfermeira, explico os

procedimentos prescritos pela médica e qual a medicação que ia fazer, que era um pouco doloroso, mas era um benefício para ela [...] (JASMIN - ENFERMEIRA).

[...] Acolhimento é chegar ao local, àquela pessoa que te recebe, te faz sentir bem da maneira do possível, no caso dessa situação, ela chegou chorando, desesperada, eu tentei acalmá-la, conversei, dei uma palavra amiga, apoio assim, para sentir bem que ela ia ser medicada porque ela fica com medo de pegar alguma doença, inclusive uma gravidez, explicar para ela que vai ter uma equipe de médicos, legistas e um acompanhamento que ela possa sentir segura. Eu acho [que] qualquer ser humano, não só o técnico de enfermagem, deveria ter um maior carinho e dar maior força [...] (VERBENA – TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

[...] falei que aquilo ali que aconteceu na vida dela não ia perturbar a vida dela para sempre, e saber conviver com a violência a qual ela tinha sido submetido, e que ela procurasse apagar isso na vida dela, tipo o apoio psicológico, logicamente que ela tem o psicólogo para cuidar, mas no caso da enfermagem, não tem aquele negócio de apoio psicológico. Outra que a vítima que conhecia o agressor tinha mais resistência de aceitar, retrucava muito com a pessoa que tinha feito com ela, que ela não era mais ninguém, aquela tal história, o preconceito de não ter mais hímen, fui conversando, conversando, e aos poucos ela foi relaxando. Cuidar e o significado, o cuidar acho muito importante, tem pessoas que absorvem mais o que a gente diz, entende mais, a nossa linguagem como enfermeiro, na enfermagem, entende melhor a gente, porque a gente procura falar a linguagem que a pessoa entenda, e o significado, para mim como pessoa, me acrescentou na vivência como ser humana, ser mais humana, mãe e conversar com a pessoa, tocar a pessoa e transmitir força, apoio àquela pessoa, eu senti a resposta recíproca e verdadeira da pessoa, no sentido de dar a mão, no olhar olho no olho, [me] senti realizada nesse sentido [...] (LÍRIO - ENFERMEIRA).

[...] O cuidar é dar apoio psicológico à vítima, conversar, escutar e orientar. A parte da conversa é aquela conversa de mulher para mulher, ela vem muito sensível, estava mais preocupado com o que o vizinho vai dizer do que com ela mesma, entendeu? Ela foi violentada pelo filho que era usuário de droga, é muito difícil. Ouvir a vítima foi no sentido de ouvir mesmo, o que ela tinha para dizer, ela falou, falou, falou, falou do desespero, do cuidado que ela teve com o filho, como foi que houve, eu deixei ela muito à vontade para ela falar [...] (GADÉRNIA - ENFERMEIRA).

A linguagem expressa pelos sujeitos possibilitou a construção da segunda Unidade de Significação revelada no momento em que os depoentes, ao executarem a ação técnica de administrar o medicamento, deixaram transparecer

em suas falas, sentimentos expressos, como dar apoio, ouvir, tocar, dar atenção e o relacionar-se com a vítima durante o atendimento realizado no SAMVVIS.

Na análise dos discursos, o significado de cuidar como acolhedor e humano foi desvelado no momento em que foi associado as palavras dos entrevistados com os sons emitidos nessas falas, bem como, suas expressões faciais. Houve a necessidade de ouvir repetidas vezes as entrevistas, de maneira atenciosa, com o propósito de descortinar o que se encontrava implícito nas falas dos depoentes.

Assim, percebe-se que ao serem questionadas acerca do cuidar realizado no SAMVVIS à mulher vítima de violência sexual expressavam de forma pouco significativa o ato de ouvir, tocar, respeitar, dar atenção, conversar dentre outros, como um modo de cuidar acolhedor. Algumas entrevistadas, como Rosa, Verbena e Lírio, apesar de reconhecerem o valor do acolhimento nesse atendimento, se contradizem em seus gestos e no tom de voz, de não acreditarem que essa atitude signifique uma forma de cuidar.

Os discursos de Gardênia e de Lírio reconhecem o cuidado acolhedor, no sentido do profissional de enfermagem estar à disposição para realizar o toque, para ouvi-las, conversar, dar atenção ao sofrimento da vítima de violência sexual. Em outra fala, esse cuidado é desvelado quando o depoente Cravo se preocupa em garantir a privacidade dessa vítima para o diálogo e a para a entrevista. Essas atitudes são humanizadoras, no sentido de estar aberto para receber e escutar de forma sensível a individualidade da mulher.

O acolhimento como uma dimensão de cuidado também foi revelada por Rosa ao verbalizar que a mulher vítima de violência sexual não está preparada, naquele momento, para ouvir as orientações que são prestadas pelos profissionais de enfermagem, havendo, assim, a necessidade de silêncio e de apoio, como uma forma de respeitar aquela situação tão singular.

Em outra fala, como a de Jasmin, o cuidado de modo acolhedor desvela-se no sentido de ter um olhar fraterno, de acalmar a vítima, de identificar-se como profissional, na preocupação de explicar todo o procedimento a ser realizado e na de dirigir-se à vítima chamando-a pelo nome. Portanto, o que estava implícito nas palavras foi revelado como outro modo de cuidar: acolhedor e humano, entendido por Heidegger (2006) como um cuidado autêntico.

Todos os discursos apresentados nessa Unidade de Significação permitiram dar visibilidade ao cuidado autêntico, a partir da preocupação com a vítima de violência sexual atendida no SAMVVIS, o que condiz com o pensamento heideggeriano sobre o cuidado, no sentido de preocupação e de estar solícito. Na visão do filósofo, a maneira de cuidar é solicitude. Esta, entendida como uma forma de relacionar-se com o outro, de cuidar da sua existência de maneira envolvente e significativa, pautada na consideração e na paciência. Assim, o cuidado autêntico permite que o ser-no-mundo seja um ser de cuidado, que atue de forma expressiva e humanitária.

A compreensão dessa Unidade de Significação parte também do princípio da linguagem não falada, quando a depoente Rosa destaca que a mulher, nesse momento, precisa também de silêncio, e não somente de orientações extensas sobre o tipo de tratamento, medicações a serem administradas entre outras ações técnicas.

Assim, a interpretação do silêncio pauta-se no conceito de Heidegger (2006), ao colocar que só o silêncio consegue abafar a falação. Esta, por sua vez, consiste no falar muito sobre alguma coisa, o que de fato não assegura uma compreensão maior, pois as palavras tornam-se incompreensíveis, enquanto o silêncio emerge da possibilidade constitutiva da fala, por entender que o ato de silenciar em sentido próprio só é possível numa fala autêntica.

De acordo com Heidegger (2006, p. 225), linguagem é o modo de pronunciar-se no mundo através da fala, que consiste na “articulação em significações da compreensibilidade inserida na disposição do ser-no-mundo”. A compreensibilidade torna-se possível na medida em que se escuta, entendida como estar aberto existencial da presença enquanto ser-com os outros. Então, quando as depoentes verbalizam que o cuidar perpassa pelo ato de ouvir e escutar a mulher em seu sofrimento, nessa situação desvela-se o modo de ser de uma escuta compreensiva, que significa compreender de imediato o que se diz.

Quando Heidegger (2006) refere que a fala tem o caráter de pronunciar-se como presença no ser-no-mundo de maneira autêntica, também afirma que a presença pode anunciar-se de maneira oposta, ou seja, na sua inautenticidade. O que pode ser constatado em alguns discursos como o de Cravo, quando expressa

“esses profissionais” como responsáveis pela assistência, ou ainda na fala de Rosa, ao verbalizar que “a assistência de enfermagem deve acontecer a partir do acolhimento”. Nessas expressões visualiza-se a ocupação de maneira impessoal, em que ninguém é responsável por nada, como também o todo passa a ser ninguém.

Para Heidegger (2006, p.184), “o impessoal, que não é nada determinado, mas que todos são, embora não como soma, prescreve o modo de ser da cotidianidade”. Portanto, o impessoal possui ele mesmo um modo próprio de ser e encontra-se em toda parte, mas quando exige uma decisão, o impessoal retira a responsabilidade da presença. Conforme o autor, o impessoal sempre foi quem, e, no entanto, pode-se dizer que não foi “ninguém”, por retirar a responsabilidade de cada presença em sua cotidianidade. Contudo, o cuidado, na dimensão acolhedora que se encontrava oculto, desvelou-se como outro modo de realizar o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual no SAMVVIS, na sua autenticidade do ser-no-mundo com os outros.

- **UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO III**

- Cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual é significado como um momento de reflexão da condição feminina do sujeito que cuida.

Para as 07 depoentes, o cuidar de enfermagem à mulher no SAMVVIS significou um momento de reflexão da própria condição feminina. Em suas falas foi possível desvelar o sentimento de medo, de impotência, de dominação masculina no âmbito privado. Inconscientemente, revelam em suas falas a presença da sociedade patriarcal, dando visibilidade da à violência no âmbito doméstico, caracterizando a questão de gênero nas relações.

Foi possível perceber que as entrevistadas se reportaram às suas vivências revelando, de forma velada, situações de violência familiar. Essa compreensão denota-se a partir do desdobramento dos sentidos das palavras colocadas em seus discursos, de tal forma que foi possível a construção dessa Unidade de Significação, mostrando a própria condição feminina vivenciada pelos sujeitos na sua cotidianidade.

[...] Inclusive um atendimento que [me] deixou muito chocado, porque a gente é mulher e me sinto até insegura na hora de agir. Atendi uma menina de 14 anos, a idade da minha filha, poderia acontecer com a minha filha. A insegurança é ter medo, é no sentido de acontecer com a gente, de ser a próxima vítima, inclusive peguei uma adolescente de 14 anos com uma família diferenciada, com o próprio primo legítimo que violentou, a gente sente isso, a gente tem medo por ser, principalmente, [por] ser mulher. Faço porque é obrigado atender vítima de violência, porque fico insegura e tenho medo que aconteça comigo, vítima de ter minha filha [...] (ORQUÍDEA - ENFERMEIRA).

[...] situação dessa deixa a gente muito fragilizada, a mulher e a gente que vai conversar com ela e vai fazer o primeiro atendimento, fragilizada emocionalmente, até porque a gente tem sobrinho, filho e, mesmo que a gente não queira, a gente passa achar que aquilo também pode estar acontecendo [com] alguém ligada à gente, a gente não fica fria, de alguma forma a gente se envolve, a gente não ter aquele atendimento lá que sofreu abuso e a gente cá, emocionalmente se sente atingido de alguma forma [...] (VIOLETA - ENFERMEIRA).

[...] sentimento de impotência que a gente sente em ver como nós, apesar de toda evolução da tecnologia, tem a vulnerabilidade que nós nos encontramos. Impotência de proteção, de segurança, a gente tem um filho, a gente se coloca como mulher, os filhos da gente, das crianças, a gente se vê totalmente impotente, porque você mesmo, a qualquer momento..., o lado materno, naquele momento, se coloca um pouco como membro da família, uma pessoa próxima da vítima. [...] (BEGÔNIA - ENFERMEIRA)

[...] Hoje, faz tudo para não realizar esse cuidado, pelo despreparo, não porque não queira, mas pelo grito de socorro. Como nós mulheres somos violentadas dentro de casa. A experiência que me chocou muito foi uma mulher que chegou aqui no serviço, sofreu violência sexual e estava acompanhada pelo marido, mas o mesmo a tratava com nojo, dizendo que ela tinha sido de outros homens e agora, como ficaria? Então as mulheres nordestinas sofrem mais do que as do Sul, devido o machismo; a cultura do Sul é mais evoluída. Até na criação dos nossos filhos, quando crianças, falamos muito essa frase: Meu bode está solto, prendam suas cabritas [...] (ROSA - ENFERMEIRA).

[...] Para mim, o cuidar de enfermagem, o significado foi preocupante, eu acho preocupante, entendeu, porque a gente pensa no dia de amanhã, que pode acontecer com a gente também, como é que é, a pessoa fica com trauma, pelos menos quando a pessoa chegar, a gente fica conversando, a gente fica igual a ela, só ouvindo ela conversar, a gente fica nervosa, preocupada, ela fica muito nervosa. Fico nervosa, mas não demonstro, entendeu, no momento, depois é que fico pensando naquele momento, fico, mas não demonstro a ela, depois que ela saiu, aí eu vejo, como é meu Deus..., a gente fica nervosa, muitas vezes pensando, mas no momento não [...] (HORTÊNCIA - TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

[...] a gente fica muito tocada pela situação da paciente, pela questão do estupro, ter sido violentada, refere o que mexeu com ela por ser mulher, foi por ser mulher, pelo preconceito e sofre desde o início, e na situação de família, e normalmente são pessoas muito próximas da família. Tenho uma certa..., não gosto, pois me sinto travada de trabalhar com esse tipo de paciente, porque tenho uma história que é coisa pessoal, por conta disso não quero viver nesse ambiente, entendeu, não quero estar nesse ambiente de trabalhar com mulher vítima de violência [...] (JASMIN - ENFERMEIRA).

[...] Senti uma emoção muito forte nesse tipo de coisa, não só a violência sexual, mas a violência doméstica, o quanto a gente é frágil nessa parte, a gente como mulher, a gente [se] sente impotente diante de uma situação dessa, a gente não tem preparo para se defender, no sentido da força física, porque o agressor vai com força física, ou com o material como faca, arma, me senti assim, muito frágil em relação à força física, a gente tem força moral, de boca, a força física que ajudaria a se defender a gente não tem, a gente [se] sente muito frágil, muito frágil diante da situação, como mulher me senti muito frágil mais ainda do que a pessoa. [...] (LÍRIO - ENFERMEIRA).

A Unidade de Significação revelada traz uma reflexão sobre as relações que as depoentes vivem em seus lares, em virtude de revelarem em suas falas, de maneira oculta, a violência doméstica, através dos gestos corporais e principalmente no ato de silenciar. Isso se confirma nos momentos silenciosos e pensativos identificados durante as entrevistas, como também ao verbalizarem determinadas expressões ditas por Begônia e Lírio, como: “a vulnerabilidade da mulher, da própria condição feminina, da falta de proteção, do sentimento de impotência” diante de tal brutalidade.

No decorrer das entrevistas, percebia-se o quanto as depoentes gostariam de revelar algo que as incomodavam, o que não foi possível naquele momento, seja por acreditar que não fazia parte do estudo ou por sentirem-se envergonhadas de relatar uma violência sofrida, isso parecia claro nas suas expressões, ou autenticamente nas seguintes falas como a de Rosa, ao falar “como nós mulheres somos violentadas dentro de casa”, e também no discurso de Jasmin ao dizer, “me sinto travada de trabalhar com esse tipo de paciente, porque tenho uma história que é coisa pessoal, por conta disso não quero viver nesse ambiente, entendeu, não quero estar nesse ambiente de trabalhar com mulher vítima de violência”.

As pesquisas científicas confirmam o discurso das depoentes ao mostrarem que esse tipo de violência sexual contra a mulher perpassa por uma questão de gênero, da nítida relação de poder do sexo masculino sobre o sexo feminino, daí a subordinação feminina e a dificuldade do profissional nesse atendimento, porque ele também vivencia grande sofrimento emocional ao realizar esse cuidar (CORREA, 2008)

A questão de gênero aparece nos discursos de Begônia ao verbalizar: “a gente se coloca como mulher”, e também é identificada na fala de Orquídea ao expressar, “a gente tem medo principalmente por ser mulher”. No discurso de Lírio ao relatar o sentimento de fragilidade quando coloca que “uma situação dessa, a gente não tem preparo para se defender, no sentido da força física [...] “a gente tem força moral, de boca”. Em outro discurso, Rosa mostra a violência sexual contra a mulher como um problema cultural, ao verbalizar que “as mulheres nordestinas sofrem mais do que as do Sul, devido o machismo” [...] Meu bode está solto, prendam suas cabritas”. Assim, as entrevistadas ao se colocarem no lugar da vítima também expressam sentimentos de medo, de solidariedade e de compaixão na dimensão da existência humana como ser mulher. De fato, as depoentes são tocadas no lado mais íntimo da sua condição feminina, como mães, ao temerem por seus filhos, e como mulher, no sentido de perderem o direito de liberdade quanto à própria sexualidade.

Dessa forma, para algumas depoentes, seja a partir da fala ou do silêncio, o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual significou uma reflexão da própria condição feminina, em que revelaram uma face violenta que acontece dentro de um âmbito tão familiar. Por essa razão, houve um certo incômodo com a possibilidade em realizar esse cuidado, justamente por relembrares o que gostariam que permanecesse silenciado e esquecido em suas vidas.

A compreensão dessa unidade só foi possível pelo fato de estar aberta para toda a subjetividade apresentada pelas entrevistadas, como também estar atenta aos discursos, no saber ouvir, ou seja, na escuta compreensiva. Conforme Heidegger (2006), o ato de ouvir corresponde tanto à sensação de sons como a percepção de tons, ou seja, às falas dos sujeitos.

Nesse pensar, a fala é a articulação significativa da compreensibilidade do ser-no-mundo, o que pertence o ser-com, não basta apenas ouvir as palavras e ter em seguida uma escuta compreensiva. É importante também que se observe outra

forma de linguagem, como o silêncio, pois é a partir dele que o ficar mudo pode significar uma tendência de dizer algo (HEIDEGGER, 2006). Para o autor, o ato de silenciar só é possível numa fala autêntica, pois esse momento só acontece quando a presença deve ter algo a dizer, o que significa dispor de uma abertura própria e rica de si mesma.

Ao aprofundar os discursos juntamente com as observações registradas no diário de anotação, a compreensão do ato de silenciar de algumas depoentes foi entendida como um desejo de anunciar a violência sofrida no âmbito familiar. O entendimento pauta-se no pensamento de Heidegger (2006), ao dizer que estar em silêncio significa tanto dar a entender, como também dizer algo. Assim, compreende-se que o mutismo das depoentes representou um desvelamento da violência contra a mulher em seus lares, repercutindo de maneira negativa em sua vida, a ponto de interferir na própria atuação profissional, ao sentir-se incomodada de realizar um atendimento à vítima de violência sexual.

Outra compreensão das falas acontece no momento em que as depoentes se colocam no lugar da vítima e se pronunciam nos discursos de maneira impessoal, está ancorado na concepção de Heidegger (2006, p.181), ao referir que a relação da natureza do ser, ou seja, a “relação ontológica com os outros torna-se uma projeção do próprio ser para si mesmo “num outro”, em que o “outro é um duplo de si mesmo”.

Ao analisar o significado das profissionais de enfermagem no cuidar à mulher vítima de violência sexual, o modo de ocupação desses profissionais é guiado também por sentimento de medo, no sentido de serem uma vítima no futuro ou de ter algum parente nessa situação. Esse sentimento é identificado nas seguintes falas como da depoente Violeta ao verbalizar: “a gente tem sobrinho, filho e mesmo que a gente não queira, a gente passa a achar que aquilo pode estar acontecendo com alguém ligado a gente”. Em outro discurso, novamente aparece o sentimento de medo, quando na fala de Begônia expressa “porque você mesmo, a qualquer momento...”. Para Hortência, sua fala revela o medo da seguinte forma: “a gente pensa no dia de amanhã, que pode acontecer com a gente também”. Já para Orquídea, “ter medo, é no sentido de acontecer com a gente”.

Então, quando elas expressam esse sentimento, compreende-se que o medo possui o caráter de ameaça. Assim, para Heidegger (2006), o ter medo é um modo de disposição que revela a presença de maneira privativa. Acrescenta ainda

que o medo tem um misto de pavor e de horror. Nesse caso, quando a ameaça se torna algo conhecido e familiar, caracteriza-se como pavor, enquanto a ameaça de caráter não-familiar transforma-se em horror. Significa dizer que algumas depoentes expressam seus medos no sentido de pavor, ao revelarem implicitamente a ameaça conhecida, como também de horror. Portanto, a construção dessa Unidade de Significação mostra o desvelar do cuidador numa reflexão de ser uma possível vítima, o que faz levantar o medo justamente por ter o universo pesquisado formado constitutivamente por mulheres.

- **UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO IV**

- **O cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual na sua facticidade.**

Os discursos dos profissionais de enfermagem revelam sentimento de insegurança para a habilidade técnica e científica do cuidar quando são designados para essa função, e também o reconhecimento de realizar não apenas o fazer técnico, mas um cuidado numa dimensão acolhedora.

Ao realizar a re-leitura dos discursos para sua compreensão, percebi que os entrevistados sentem-se “jogados” no serviço, o que dificulta uma assistência por não estarem familiarizados com as ações que devem ser realizadas no SAMVVIS. Nesse sentido, a compreensão desses depoimentos tem como subsídio o pensamento de Heidegger (2006) estar pautado no ser-si mesmo cotidiano na impessoalidade, como também no conceito de facticidade.

[...] o constrangimento por ser o próprio pai da paciente ter cometido o ato. Quando é uma pessoa de fora, digamos como fosse um assalto, é diferente para chegar a abordar, mas quando é uma pessoa do próprio sangue é difícil, mas como era uma menina de 23 anos e já tinha um filho, foi mais fácil, mas se tivesse sido uma criança ou um adolescente, tinha sentido mais dificuldade, até porque não tinha prestado nenhum atendimento, o primeiro atendimento foi esse. Para mim, agente sofre aquele impacto, a gente não sabe como fazer uma pergunta [...] (VIOLETA - ENFERMEIRA).

[...] o cuidado que a gente tem com a paciente é muito tímido também, até porque a gente não sabe o que vai fazer com um paciente dessa natureza, não sabe como prestar em termos de cuidado. Tímido – qual o tipo de assistência, a grosso modo a

intenção de ajuda é psicológica, pois quando ela [a vítima] chega, está muito traumatizada, até pela forma como foi agredida sexualmente, até isso a gente é despreparado para fazer um cuidado, uma assistência psicológica, por exemplo. Para isso, a gente teria que ter um preparo para fazer essa abordagem, e nós de enfermagem, nós não temos, aqui na casa nós não temos. Esse preparo é no sentido de como falar, como abordar, o que dizer para confortá-la, já que ela sofreu esse tipo de agressão. A minha situação foi bem parecida com a da paciente, porque eu estava ali no momento difícil, muito difícil, porque eu [me] encontrava desarmado, assim como ela tinha dificuldade em responder às perguntas do questionário, eu também tinha dificuldade de fazer as perguntas para ela, ela estava tímida para responder e eu tímido para fazer, porque não eram perguntas que já tinha pelo menos me deparado alguma vez, era a primeira vez que eu estava me deparando com aquelas questões. Então, fica difícil, [perguntar] quantas pessoas cometeram, participaram do estupro, [se] teve relação anal, a paciente olhava para mim e olhava para os familiares e ficava assim..., [eu] mostrava o papel, olhe, as perguntas estão aqui, ela olhou assim e depois ela disse, eu sou formada em fisioterapia [...] (CRAVO - ENFERMEIRO).

[...] Inicialmente fui trabalhar lá [na maternidade], não tive nenhum preparo, como funcionava o serviço [SAMVVIS], quais as ações do enfermeiro, não foi repassado e simplesmente jogaram a gente lá, e [disseram]: você vai ficar no setor. Então, não trabalho e nunca trabalhei no setor [SAMVVIS], e aí um dia, troquei de plantão e a minha colega faltou e tive que cobrir o meu setor e o dela, que era na admissão, onde atende essas mulheres. Pra mim, foi um choque, um choque, além de estar insegura em prestar esse atendimento, não tinha nenhum preparo, nenhum treinamento, nem teórico e nem prático, só o que minhas colegas me disseram rapidamente o que fazer. Foi um choque sem saber o que fazer, o que orientar, ela também estava em estado de choque, estava abalada pelo assassinato e pelo estupro. Então me senti incapaz de ajudá-la, não sabia o que fazer [o que], dizer naquela hora, foi um atendimento rápido, uma conversa, ela me contou e fiquei sem saber o que dizer para ela, fiquei em estado de choque, assim [...] (GIRASSOL – ENFERMEIRA).

[...] Insegurança, [a gente] não é preparado psicologicamente, a gente não está preparado para a violência, não é um trabalho que a gente realiza, é a enfermeira de plantão, então não é um trabalho que a gente realiza, me pega assim, de surpresa, vai realizar isso, a gente fica insegura, aí a paciente já foi atendida pelo atendente, pelo médico, fica aquele negócio..., não tem uma pessoa só para isso, aí tem uma vulnerabilidade da paciente no atendimento. Se tivesse uma pessoa exclusiva para aquele atendimento, acho que um enfermeiro poderia fazer mais, atuação direta, agora pegar uma enfermeira de plantão para atender, a gente tá cansada e não está preparada psicologicamente para atender esse tipo de problema. Acho que devia qualificar uma enfermeira exclusiva para fazer o atendimento, agora a gente que tá de plantão, para fazer uma atividade e é chamada para atender, a gente já chega cansada,

então não consegue dar até a tranqüilidade que precisa. Todos os profissionais de enfermagem deveriam ser qualificados, mas deveria ter um exclusivo para o atendimento [...] (ORQUÍDEA - ENFERMEIRA).

[...] acho que nós profissionais não estamos preparadas aqui na maternidade, a gente chega e é jogado, a gente realmente não está preparada, no sentido de como a gente deve agir no momento, a gente age mais no impulso, sem nenhuma orientação, falta isso para nós, a gente, nós profissionais de enfermagem [...] (GADÊRNIA - ENFERMEIRA).

A linguagem falada pela maioria dos depoentes como Cravo, Girassol, Orquídea e Gardênia, exprime sentimento de insegurança e despreparo para realizar o atendimento à mulher no SAMVVIS. Essas palavras apontam para a necessidade de se realizar um treinamento específico para suprir essa deficiência no setor de enfermagem.

As falas dos depoentes também relataram dificuldades em aplicar o questionário, de como abordar a vítima, do que falar nesse momento, de como realizar o cuidar, o que revela uma inquietação silenciosa desses profissionais, por acreditarem que podem fazer um cuidado que atenda às necessidades da vítima não apenas de maneira pontual.

Os discursos de Girassol e Gardênia mostram explicitamente expressões de sentir-se “jogado” para realizar o cuidar de enfermagem como, “simplesmente jogaram a gente lá e você vai ficar no setor” e “a gente chega e é jogada, a gente realmente não está preparado, no sentido de como a gente deve agir no momento, a gente age mais no impulso”. Verifica-se também o sentimento de surpresa quando se é solicitada para esse atendimento, conforme a fala da depoente Orquídea, que expressa da seguinte maneira: “então não é um trabalho que a gente realiza, me pega assim de surpresa”.

Assim, as depoentes em sua cotidianidade estão preparadas na maternidade para realizar um cuidar de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal e, no momento em que se defrontam com uma vítima de violência sexual, para realizar assistência de enfermagem, assustam-se, pois é uma situação inesperada, que exige uma habilidade pautada em conhecimentos específicos sejam da área intelectual, afetiva, social, ética, política e cultural.

Esse atendimento essencialmente do enfermeiro, considerado de maneira factível pelos próprios depoentes, se confirma também com outro estudo realizado através do Projeto de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPI) do Programa de Mestrado em Enfermagem, que buscou o conhecimento do enfermeiro sobre o SAMVVIS. O estudo constata que a maioria desses profissionais não recebeu treinamento para realizar o cuidar de enfermagem no serviço e desconhece o papel que deve desempenhar (MONTEIRO *et al.*, 2008).

Em todas as falas, as depoentes, na sua linguagem, colocam-se no ser-no-mundo-com-os-outros no modo de ser impessoal, ao expressar-se como “a gente” nos discursos, ou a expressão “o que minhas colegas me disseram rapidamente o que fazer”, o que caracteriza uma comunicação não originária, pois se contenta no repetir e passar adiante a fala. Assim, a compreensão do falado impessoalmente se baseia no que Heidegger (2006, p. 232) diz, “as coisas são assim como são porque é assim que delas (impessoalmente) se fala”.

Outro aspecto a ser compreendido é o ser-no-mundo na sua cotidianidade, que, para Heidegger (2006), diz respeito ao ser-si mesmo cotidiano, se faz da própria presença, que determina modos de ser e de ocupação com os outros. Essa ocupação, para o autor (2006 p. 183), consiste “contra ou a favor dos outros, sempre se cuida de uma diferença com os outros”, seja para igualar as diferenças, buscando uma harmonia, seja para a presença, que significa estar mais próximo dos outros ou ainda para a presença, no sentido de antecipar-se aos outros para dominar. Nessa convivência inquieta pelo cuidado, a presença possui o caráter de afastamento, entendida como uma conotação ativa de abrir intervalo, criar espaço, tomando distância, afastando-se. Portanto, o modo de ser-no-mundo só será persistente e originário quando o modo de ser não causar surpresa para a própria presença cotidiana.

Nesse sentido, o modo de ser-no-mundo dos profissionais de enfermagem ao cuidar da mulher vítima de violência sexual só será persistente e originário no momento em que esse cuidar esteja incorporado às atividades de enfermagem na sua cotidianidade, não causando, assim, surpresa ao atender a vítima.

Acerca dessa questão, a expressão identificada nos discursos de “sentir-se jogado e despreparado” para o cuidar de enfermagem no SAMVVIS justifica-se a

partir do conceito de facticidade, que significa o homem ser lançado no mundo, sendo submetido aos acontecimentos cotidianos, sem, no entanto, estar preparado para determinadas situações que não estejam planejadas e esperadas (SALES; MOLINA; CARDOSO, 2006).

Para Heidegger (2006), a expressão estar-lançado requer a necessidade de inserir-se numa variedade de conjuntos seja histórico, ôntico, fatural, relacional entre outros. Dessa forma, a facticidade do ser-aí se encontra lançada no mundo, sem o conhecimento prévio e escolha pessoal.

A facticidade de que se fala nos discursos dá visibilidade de que o cuidar da vítima de violência sexual realizado pelos sujeitos seja considerada uma atividade que não faz parte do seu cotidiano, tendo em vista que essa assistência acontece de forma não planejada, já que são solicitados eventualmente para realizar o atendimento porque estão de plantão na maternidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual e o significado que lhe é atribuído, com a finalidade de compreender como se revela a partir da experiência vivida.

Para se aproximar do cuidar realizado pelos profissionais de enfermagem à mulher atendida no SAMVVIS, a análise e discussão dos depoimentos foram pautadas na fenomenologia focalizando conceitos de Martin Heidegger. Assim, o método fenomenológico de investigação permitiu nos aproximarmos dos modos de cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual e o seu significado, a partir da linguagem falada, gestual e silenciada revelada pelas depoentes, o que possibilitou desvelar o modo de ser-no-mundo com os outros.

Dessa forma, o ser-no-mundo da ocupação no estudo apontou quatro Unidades de Significação do cuidar de enfermagem à mulher vitimizada sexualmente. A primeira Unidade teve o enfoque do cuidar técnico; em seguida, o cuidar na dimensão acolhedora; posteriormente, o cuidar de enfermagem em que o sujeito que cuida se coloca na condição feminina, e a última mostra o cuidar de enfermagem na facticidade cotidiana.

Na primeira Unidade de Significação, as falas dos depoentes mostram claramente que realizar esse cuidar significa ter habilidade e conhecimento técnico-científico, havendo a necessidade do saber-fazer, numa abordagem biomédica. Isso pressupõe que o ser-enfermagem é o estar-no-mundo de maneira objetiva, na execução de procedimentos normatizados e prescritos. Ainda, na apreensão do sentido das palavras ditas, emerge a compreensão do ser cuidador como um ser na sua inautenticidade cotidiana, ao manifestar-se de um modo impessoal, sem responsabilizar-se com comprometimento social.

No entanto, como o estudo tem uma investigação fenomenológica, possibilitou desvelar nas falas e na linguagem gestual, que o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual significa, também, acolher. Essa dimensão se encontrava de maneira oculta nos discursos, por acreditar-se que o ato de ouvir, tocar, dar apoio, dentre outros, significava outro modo de cuidar, ou seja, um cuidar acolhedor. Assim, o cuidar é significado de acolhimento, pelas depoentes, ao verbalizarem a preocupação com o ser que cuida, o ser do outro, quando se fazem presentes e solícitas no momento em que percebem sensivelmente a subjetividade da mulher que se encontra numa situação tão singular. Portanto, oportunizar à mulher vitimizada sexualmente falar livremente, dar apoio através do toque e do silenciar, proporciona o encontro entre o ser cuidador e o ser cuidado.

Ainda na subjetividade desse método de investigação, a compreensão do que foi falado pelas depoentes associado ao silêncio e às suas expressões faciais, chega-se à terceira Unidade de Significação, que levantou, para esse grupo pesquisado, o significado do cuidar de enfermagem junto a essa clientela, como um momento de reflexão da própria condição feminina nesse cuidar, em que as profissionais de enfermagem se colocam no lugar da vítima como um indivíduo a ser cuidado, justamente ao se reportarem às experiências vividas, deixando transparecer a possibilidade de uma também violência doméstica silenciada. Essa circunstância traz à tona uma nova realidade, um novo conhecimento, pois revela que o profissional de enfermagem demonstra uma certa fragilidade pela própria condição de ser mulher.

O estudo mostra também que os profissionais de enfermagem atribuíram ao cuidar sua facticidade cotidiana. As falas revelam o entendimento de que, para prestar o cuidado é necessário ter o preparo emocional, o conhecimento teórico e a habilidade técnica e, que essa ação seja incorporada nas atividades cotidianas da

equipe de enfermagem, principalmente dos enfermeiros. Sendo assim, quando o modo de ser-no-mundo não causar surpresa para a própria presença cotidiana e, no momento que se defrontar com essa situação, o cuidador ou a cuidadora terá condições de ter uma postura que permita uma ação humanizadora e originária.

Por esse viés, chega-se a alguns pontos em que o estudo possibilita reflexões sobre o modo de cuidar dos profissionais de enfermagem à mulher vítima de violência sexual. Dessa forma, as depoentes revelam insegurança em realizar um cuidar que de fato atenda as necessidades da mulher, pois se sentem despreparados para tal função.

Nesse sentido, sugere-se a implantação de programas de capacitação que contemple esses profissionais nessa assistência. Para tanto, é preciso que se incluam nos cursos temas que abordem assuntos como violência contra a mulher, violência sexual, como preparar os profissionais do sexo feminino para realizar o cuidar à mulher vitimizada sexualmente, discutir como a enfermagem poderá acolher a vítima durante esse atendimento, e de que forma os enfermeiros podem estruturar uma consulta de enfermagem para garantir uma assistência individualizada e humanizadora.

Essa discussão deve ser incorporada nos cursos de graduação e do profissionalizante de enfermagem, nos programas *stricto sensu* e *lato sensu*, com a finalidade de produzir conhecimento científico para dar subsídios à implementação de políticas públicas.

Os achados neste estudo não representam um marco acabado, haja vista o ser humano está em constante mudança, mas a partir das informações obtidas, abre-se a possibilidade para a compreensão de que realizar esse cuidar requer toda a subjetividade humana, reconhecendo a mulher como um ser único em suas singularidades. Para tanto, se faz necessário que se reconheça e privilegie o ser cuidador com a finalidade de proporcionar um atendimento acolhedor, humano e ético.

Cumprе salientar que ainda que este trabalho aponta a possibilidade da participação ativa dos técnicos de enfermagem para realizar os cuidados à mulher atendida no SAMVVIS e, para os enfermeiros, a oportunidade de implementar a consulta de enfermagem a partir de um referencial fenomenológico que valoriza as experiências vividas. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem pode ser planejado de maneira objetiva, ao executar procedimentos técnicos, associado à subjetividade,

que se baseia na sensibilidade, na criatividade e na intuição desse cuidar. Da mesma forma que, para realizar essa assistência, os cuidadores precisam sentir-se cuidados.

No momento em que a enfermagem exerce a sua essência, que é o cuidar, o estar-com-o-outro, revela um modo de preocupação, de solicitude, ou seja, um cuidado autêntico. Assim, à luz do referencial fenomenológico de Martin Heidegger, entende-se que é o elemento absolutamente indispensável para as pesquisas em enfermagem, ao permitir uma aproximação da essência do fenômeno vivido, possibilitando uma reflexão do seu fazer-pensar.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Judite Oliveira Lima. **Vivências de mulheres no climatério em uso de soja como base da alimentação**: um estudo de enfermagem na abordagem fenomenológica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2005.

ALIELLO, Yanitza Ventura et al. Violência conyugal em la mujer. **Revista Archivo Médico de Camaguey**, v. 9 n. 5, out. 2005; ISSN, 1025-0255. Disponível em: <<http://www.Ame.sld.cu/ame/2005/v9n5/INDICE.htm>>. Acessado em 05/08/2007.

ALMEIDA, Lúcia Helena Rios Barbosa de. **Ser mulher no climatério**: uma análise compreensiva da vivência de mulheres pela enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2005.

BEDONE, Aloísio José; FAÚNDES, Aníbal. Atendimento Integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.465-469, fev. 2007.

BERGER, Sônia Maria Dantas; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 2, p. 417-425, mar./abr. 2005.

BOEMER, Magali Roseira. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 83- 84.1994.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Ética do humano-compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica 2. ed. Atual, e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Relatório de Implementação – 2005, 2006.

_____. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília.

_____. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. Disponível em: <[http:// www.Saude.gov.br](http://www.Saude.gov.br)>. Acesso em: 7/11/2007.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP. **Relatório Descritivo**. Pesquisa do Perfil Organizacional das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher 2003 a 2005. Brasília, 2007.

_____. CAPES. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Teses/Dissertações. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/serviços/bancoteses.html>>. Acesso em 19/11/2007.

BREVIDELLI, Maria Meimei; DOMENICO, Edvane Bireto Lopes de. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da Saúde. São Paulo: Iátria, 2006.

BRESSAN, Vânia Regina; SCATENA, Maria Cecília Moraes. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.5, p. 682-9, set-out. 2002.

CAMPOS, Maria Ângela Mirim da Rosa. **Violência sexual como uma questão de saúde pública**: atenção específica em serviço de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2006.

CASIQUE, Letícia Casique; FUREGATO, Antonia Ferreira. Violência contra a mulher: reflexões teóricas. **Rev. Latino - Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 6, p. 950-956, nov/dez. 2006.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 31-39, jan. 2006.

CELICH, Kátia Lílian Sedrez. **Dimensões do processo de cuidar**. A visão das enfermeiras. Rio de Janeiro: EPUB, 2004.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESORIA (CFEMEA). **Os direitos das mulheres na legislação brasileira pós-constituente**/ Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Brasília: LetrasLivres, 2006.

_____. **Lei Maria da Penha**: do papel para a vida. Comentários à Lei nº 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário. Brasília, 2007.

CORREA, Maria Eduarda Cavadinho. **O significado do atendimento às vítimas de violência sexual expresso pelos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, 2008.

CORRÊA, Maria Suely Medeiros; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; DINIZ, Normélia Maria Freire. Reflexões sobre o cuidar de mulheres que sofrem violência conjugal em uma perspectiva Heideggeriana do mundo da técnica. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 3, p. 223-229, 2001.

CORRÊA, Adriana Kátia. Fenomenologia: uma alternativa para a pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5 n.1, p.83-88, jan. 1997.

DIAS, Maria Berenice. **A lei Maria da Penha na justiça**. A efetividade da Lei nº 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

DINIZ, Normélia Maria Freire et al. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.7-12, jan/fev. 2007.

FAÚNDES, Aníbal, et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev Bras Ginecol**. v.28, n.2, p.126-35, fev. 2006.

FREITAS, Fabiana Carpi; LIMA, Maria da Glória; DYTZ, Jane Lynn Garrison. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal. **Com. Ciências da Saúde**. v. 18, n.3, p. 185-196. jun/set. 2007.

GEORGE, Julia. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GOMES, Romeu. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Violência sob o olhar da saúde, a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.199-218.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 12. Ed. Universitária São Francisco, Petrópolis: Vozes, 2006.

HIGA, Rosângela et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo v.42, n. 2., p.377-382, jun. 2008.

INOUE, Sílvia Regina Viodres; RISTUM, Marilena. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estud. psicol.** Campinas v. 25, n.1, p. 505-515, jan./mar. 2008.

IZUMINO, Wânia Pasinato. **Justiça e violência contra a mulher**: o papel do sistema judiciário na solução dos conflitos de gênero. 2. ed. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2004.

JESUS, Lílian Kelly Rocha de; GONÇALVES, Leila Luíza Conceição. O cotidiano de adolescentes com leucemia: o significado da quimioterapia. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 545-550, dez. 2006.

JOSGRILBERG, Rui de Souza. A fenomenologia como novo paradigma de uma ciência do existir. In: POKLADEK, Danuta Dawidowicz. **A fenomenologia do cuidar**. Práticas dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. São Paulo: Vetor, 2004 p. 32-51.

KISS, Ligia Bittencourt et al. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência- **Comunic. Saúde, Educ.**, 2007. Disponível em: < <http://www.interface.org/arquivos/aprovados/artigo5.pdf> > Acesso em 10/09/2007.

LOPES, Ione Maria Ribeiro Soares et al. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.111-116, mar. 2004.

LIMA, Jeanne de Souza. **As respostas de saúde frente às mulheres em situação de violência sexual**. Reflexões a partir da percepção dos profissionais de saúde no setor de emergência. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2007.

LUZ, Maria Helena Barros Araújo. **A dimensão cotidiana da pessoa ostomizada**: um estudo de enfermagem no referencial de Martin Heidegger. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery.

MATTAR, Rosiane et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464, fev. 2007.

MAIA, Ana Rosete; VAGHETTI, Helena Heidtmann. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUSA, Francisca Georgina Macedo; KOERICH, Magda Santos. **Cuidar-Cuidado**. Florianópolis: Papa-Livro, 2008. p.15-33.

MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Karper, 1971.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; GOLÇALVES, Roselane; FERREIRA, Fernanda Cristina. Estudo bibliométrico sobre dissertações e teses em enfermagem com abordagem fenomenológica: tendência e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 4, p.645-650, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUSA, Edinilsa Ramos. (org.) **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro (RJ): EAD/ENSP, 2007. p 13-34.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. O conhecimento dos enfermeiros sobre o SAMVVIS (Serviço de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual). **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 61, n. 4. 2008.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; SOUZA, Ivis Emilia de Oliveira. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, p.26-31, jan-mar. 2007.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; et al. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm** Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.297-300, ago. 2006.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. **Marcas no corpo e na alma de mulheres que vivenciaram a violência conjugal**: uma compreensão pela enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2005.

MORAES, Aparecida Fonseca. Violência sexual, atendimento na saúde e repercussões nas identidades das vítimas. In: ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007. p 43-56.

MORAES, Márcia. **Ser humana**. Quando a mulher está em discussão. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

MORENO, Regina Lúcia; JORGE, Maria Salete Bessa; GARCIA, Maria Lúcia Pinheiro. Fenomenologia – fenômeno situado: opção metodológica para investigar o humano na área da saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.8, n.3, p. 348-353, dez. 2004.

MUKHTAR, Mai. **Desonrada**. 3º ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2007.

NODDINGS, N. **Caring**: a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley, Ca.:University of California Press, 1984.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p.376-382, jun. 2005.

OLIVEIRA, Paula Men de; CARVALHO, Marta Lúcia de Oliveira. Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de atendimento à mulher vítima de violência sexual em Londrina- PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. **Semina: Ciências Biológicas e Saúde**, Londrina, v. 27, n.1, p. 03-11, jan/junh. 2006.

OLIVEIRA, Celin Camilo ; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 605-612, dez. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra (Suíça): OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. **Repercussão da violência na saúde das populações americanas**. Washington, D.C., EUA, 22 a 26 de setembro de 2003.

OSHIKATA, Carlos Tadayuki; BEDONE, Aloísio José; FAÚNDES, Aníbal. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 192-199, jan/fev. 2005.

PENNA, Lúcia Helena Garcia. **A temática da violência contra a mulher na formação da enfermeira**. Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado Saúde da Criança e da Mulher) Instituto Fernandes Figueiras. Disponível em: < [http:// www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br) >. Acesso em 05/02/2007.

PERSEGONA, Karin Rosa; ZAGONEL, Ivete Palmita Sanson. A Relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. **Esc Anna Nery Rev Enferm** v.12, n.3, p.430-436, set. 2008.

PIAUI. **Secretaria de Estado da Saúde do Piauí**. Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, 2008.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde do Piauí**. Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher. Proposta de organização de Serviço para Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual-SAMVVIS, 2004.

QUIXADÁ, Luciana Martins. Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas considerações. In: MOTA, Maria Dolores de Brito (org). **A escola diz não à violência**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2007. p. 51-59.

ROCHA, Silvana Santiago da. **Enfermeiros da estratégia saúde da família no cuidado à saúde das crianças em Teresina**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2005.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongioanni. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALES, Catarina Aparecida. **O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia: compreensão existencial**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Enfermagem), 2003.

SALES, Catarina Aparecida; MOLINA, Aparecida Salci; CARDOSO, Rita Cristina da Silva. Estar com um ente querido com câncer: concepções dos familiares. **Revista Nursing**, v 97, n.8, p.878-882, jun. 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5. p.7 97-807. 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PIRES, D' OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev Saúde Pública**, v.40, n. espe, p.112-120, ago. 2006.

SEGATO, Rita Laura. Território, soberania e crimes de segundo estado: a escritura nos corpos das mulheres de Ciudad Juarez. **Rev. Estud. Fem.** v.13, n. 2, p. 265-285, 2005.

SENA, Roseni Rosângela et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n. 24, p. 23-33, 2008.

SILVA, Ana Regina Borges; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 2, p. 253-260. 2006.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Contribuições para o conhecimento em enfermagem à luz da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS), v. 27, n. 2, p. 166-175, jun. 2006.

SOBRAL, Vera; TAVARES, Claudia Mara Mello; SILVEIRA, Maria de Fátima. Acolhimento como Instrumento Terapêutico. In: SANTOS, Iraci et al. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar**. Realidade, Questões, Soluções. São Paulo: Atheneu, 2004, p 65-70.

SQUINCA, Flavia; DINIZ, Débora; BRAGA, Kátia. Violência sexual contra a mulher: um desafio para o ensino e a pesquisa no Brasil. **Bioética**, v.12, n.2, p. 127-135, 2004.

STEIN, Ernildo. **Introdução ao pensamento de Martin Heidegger**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**. Expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

_____. **O cuidado na saúde**. As relações entre o eu, o outro e os cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

_____. **O cuidado humano e o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

TAKEMOTO, Maíra Liberad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho em enfermagem em unidade básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-340, fev. 2007.

TERRA, Marlene Gomes et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v.15, n. 4, p. 672-678, out/dez. 2006.

VILLELA, Wilza Vieira; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, fev. 2007.

APÊNDICE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A-ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Pseudônimo:

2- Idade:

3- Formação Profissional

Enfermeira

Técnica de Enfermagem

Auxiliar de Enfermagem

4- Tempo de Serviço na Instituição de Saúde

5- O que significa ou significou para você cuidar da mulher vítima de violência sexual?

6- Comente como é o cuidar que você realiza à mulher vítima de violência sexual no SAMVVIS.

ANEXO

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa
 Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina,
 Piauí, Brasil CEP 64049-550
 Telefones: (86) 3215-5734 Fax (86) 3215 5560
 e-mail: cep.ufpi@ufpi.br

PARECER

Parecer Nº. 34/08

Pesquisador (a) Responsável: CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

Equipe Executora: SHEILA COELHO RAMALHO VASCONCELOS MORAIS

CAAE Nº.: 0034.0.045.000-08

Instituição onde será desenvolvido: Universidade Federal do Piauí

Instituição onde os dados serão coletados : MATERNIDADE EVANGELINA

ROSA-SAMVVIS

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí analisou na sessão do dia 17.04.2008 o projeto de pesquisa: "O CUIDAR DE ENFERMAGEM A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL"

. Mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como APROVADO, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio, a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Teresina, 17 de abril de 2008

Prof. Dra. Regina Ferraz Mendes
 Coordenadora do CEP-UFPI



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa sobre O Cuidar de Enfermagem à Mulher Vítima de Violência Sexual. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela Profª Drª Claudete Ferreira de Souza Monteiro. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (086) 3215 5561.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: O Cuidar de Enfermagem à Mulher Vítima de Violência Sexual

Pesquisador Responsável: Profª Drª Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 99772846

Pesquisadores participantes: Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes

Telefones para contato: (86) 3237 18 87 / 94267325

♦ Descrição da pesquisa: A pesquisa sobre o Cuidar de Enfermagem à Mulher Vítima de Violência Sexual, tem como objetivos, discutir o significado do cuidar à mulher vítima de violência sexual junto aos profissionais de enfermagem, descrever como se dá esse cuidar no SAMVVIS e compreender como se mostra o cuidar da enfermagem nesse serviço. É um estudo de natureza qualitativa com uma abordagem fenomenológica, que utilizará a técnica da entrevista em profundidade aos sujeitos que concordarem em participar do estudo proposto. As entrevistas serão gravadas em fitas cassetes mediante autorização prévia, garantindo o anonimato do entrevistado.

♦ Os benefícios decorrentes da participação na pesquisa é estar contribuindo para produção científica sobre o cuidar de enfermagem as mulheres em situação de violência sexual.

♦ Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Drª Claudete Ferreira de Souza Monteiro, que pode ser encontrado no endereço Campus Min. Petrônio Portela / Ininga - Teresina – PI, **Telefone:** (86) 3215-5881. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, no endereço: Campus Universitário, Bloco 6, Bairro Ininga, telefone : (86) 32155437.

♦ Esclarecimento do período de participação, término, direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo. Em caso de pesquisa onde o sujeito está sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento, apresentar a garantia expressa de liberdade de retirar o **consentimento**, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual.

◆ Nome e Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“O Cuidar de Enfermagem à Mulher Vítima de Violência Sexual”**. Eu discuti com o Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes, sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizadas e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)