

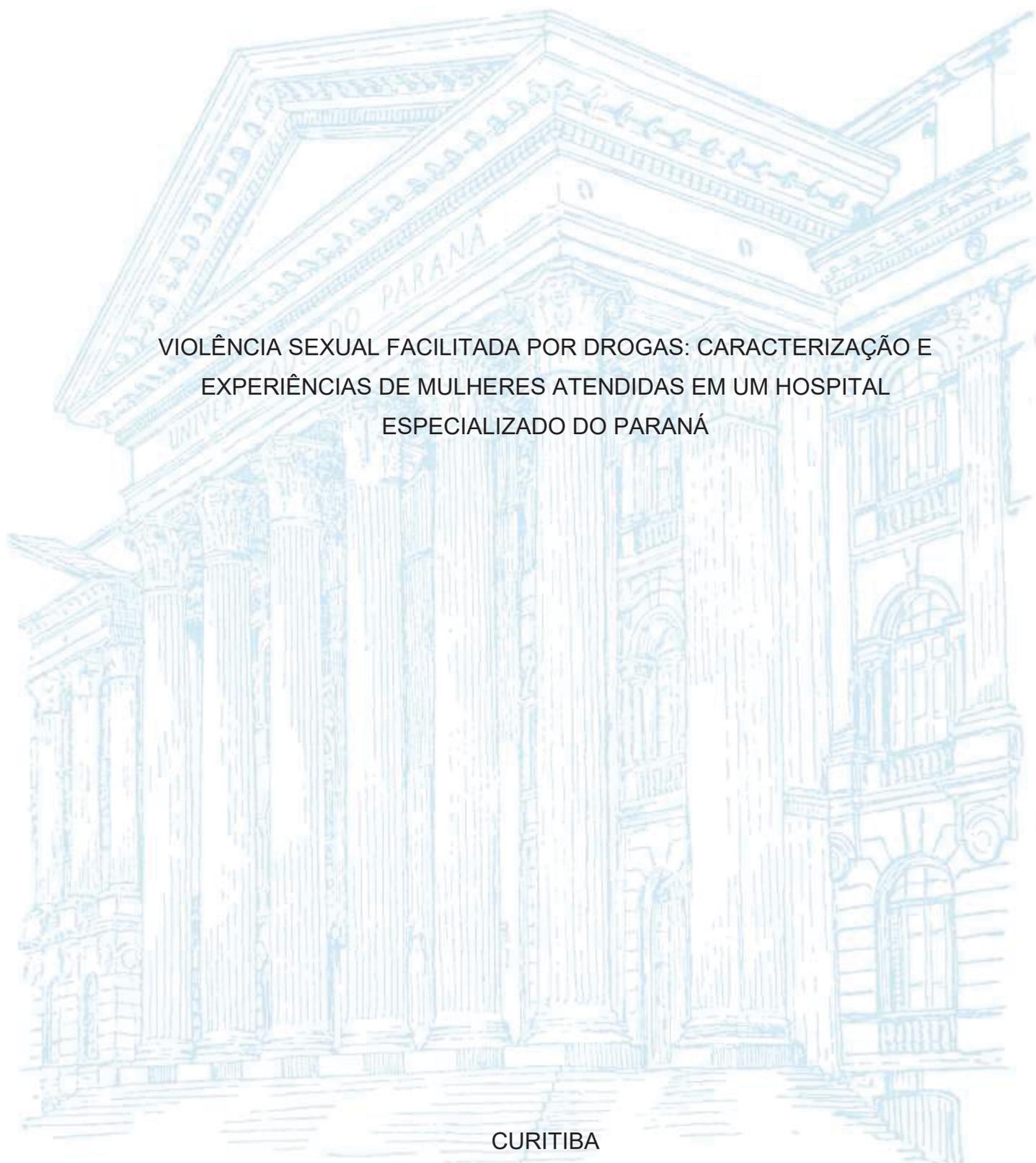
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GLAUCIANE MARQUES DE ASSIS BERTELONI

VIOLÊNCIA SEXUAL FACILITADA POR DROGAS: CARACTERIZAÇÃO E
EXPERIÊNCIAS DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
ESPECIALIZADO DO PARANÁ

CURITIBA

2022



GLAUCIANE MARQUES DE ASSIS BERTELONI

VIOLÊNCIA SEXUAL FACILITADA POR DROGAS: CARACTERIZAÇÃO E
EXPERIÊNCIAS DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
ESPECIALIZADO DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Grupo de pesquisa: Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano e de Enfermagem (NEPECHE).

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro
Stella

Coorientadora: Profa. Dra. Rafaela Gessner
Lourenço

CURITIBA

2022

Berteloni, Glauciane Marques de Assis

Violência sexual facilitada por drogas [recurso eletrônico]: caracterização e experiências de mulheres atendidas em um hospital especializado do Paraná / Glauciane Marques de Assis Berteloni – Curitiba, 2022.

1 arquivo (164 p.): PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro Stella
Coorientadora: Profa. Dra. Rafaela Gessner Lourenço

1. Violência contra a mulher. 2. Delitos sexuais. 3. Uso indevido de substâncias. 4. Intoxicação alcoólica. 5. Enfermagem. I. Stella, Tatiane Herreira Trigueiro. II. Lourenço, Rafaela Gessner. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.88386



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **GLAUCIANE MARQUES DE ASSIS BERTELONI** intitulada: **VIOÊNCIA SEXUAL FACILITADA POR DROGAS: CARACTERIZAÇÃO E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO DO PARANÁ**, sob orientação da Profa. Dra. **TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 03 de Dezembro de 2021.

Assinatura Eletrônica

08/12/2021 10:14:04.0

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

06/12/2021 12:24:16.0

MARILENE LOEWEN WALL

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

08/12/2021 22:16:50.0

TEREZINHA MARIA MAFIOLETTI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 132927

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 132927

*Dedico esse trabalho às mulheres que lutam
todos os dias por igualdade de gênero.*

AGRADECIMENTOS

À minha família e, principalmente meus pais, Nadir e Emir, que são preciosos para mim e fonte de inspiração na busca dos meus sonhos.

Em especial, meu marido Marlos, meu companheiro, que sempre muito amigo, esteve ao meu lado, me apoiando em todos os momentos.

Às amigas de Curitiba e Londrina, em especial, Maria Juceli Gonzales Ito, Letícia Moura e Ana Patrícia Caíres, por terem semeado e sensibilizado a importância de cuidar das mulheres em situação de violência sexual, transmitindo todos os conhecimentos e cuidados que possuíam.

À minha orientadora, Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro, que esteve sempre por perto, me auxiliando nesta caminhada. Uma verdadeira mentora, me guiou e orientou com muita dedicação, conhecimentos e clareza. Um ser humano com uma empatia ao próximo sem tamanho, muito inspiradora, que tornou esse mestrado um momento muito mais leve, suave e prazeroso na minha vida.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Rafaela Gessner Lourenço, que inicialmente foi integrante da banca de qualificação do mestrado e se juntou a nós na minha coorientação, realizando uma parceria maravilhosa para este trabalho.

Às professoras, Dra. Marilene, Silvana e Aida que, durante as disciplinas do mestrado, foram capazes de transmitir e incentivar novos conhecimentos.

Às colegas de turma do mestrado e integrantes do grupo de pesquisa que, mesmo em tempos de pandemia do coronavírus, os encontros remotos que tivemos estavam recheados de trocas de saberes.

Ao Complexo Hospital de Clínicas do Paraná pela oportunidade de realizar este estudo; à gestão da Unidade Materno Infantil, representada pelas Enfermeiras Letícia S. Lima e Marcelexandra Rabelo, pela autorização, apoio e incentivo à pesquisa, como também à equipe de enfermagem do Pronto Atendimento Ginecológico Obstétrico, pela compreensão durante nossa rotina.

Às mulheres que participaram deste estudo. Através das entrevistas, compartilharam as suas histórias e decidiram ajudar outras mulheres, valorizando o papel da pesquisa como fonte de conscientização da sociedade sobre a violência sexual facilitada por drogas.

Por fim, a todos que apoiaram, torceram, acreditaram e participaram, de alguma forma, desta caminhada, muito obrigada!

“Não desejo que as mulheres tenham poder sobre os homens, mas sobre si mesmas”. (Mary Wollstonecraft, 1792)

RESUMO

A violência sexual, enquanto crime facilitado por substâncias químicas, denomina-se Violência Sexual Facilitada por Drogas ou em inglês, *Drug-Facilitated Sexual Assault* (DFSA). Emergiram as seguintes perguntas de pesquisa: qual é o perfil das mulheres que sofreram violência sexual facilitadas por drogas, atendidas em um hospital especializado? Qual a experiência de mulheres que vivenciaram a violência sexual facilitada por drogas? Teve-se como objetivos: caracterizar as mulheres que sofreram DFSA, atendidas em um hospital especializado do Paraná, entre os anos de 2010 e 2019; e conhecer a percepção de mulheres atendidas em um hospital especializado do Paraná sobre a experiência da DFSA. Trata-se de uma pesquisa com duas abordagens metodológicas. O primeiro objetivo utilizou a abordagem quantitativa, descritiva e transversal, com utilização de 342 dados da ficha de notificação individual. O segundo objetivo recebeu abordagem qualitativa, por entrevistas com 18 mulheres que sofreram DFSA, e os dados foram analisados mediante análise temática por Bardin, com apoio do software webQDA. Assim, emergiram três categorias: Contexto em que a DFSA ocorreu; A busca por ajuda após a DFSA; e Dificuldades e estratégias de enfrentamento após a vivência da DFSA. Identificaram-se 342 notificações de DFSA entre 18 e 62 anos, concentrando 53,3% entre 20 e 29 anos; 75% brancas; 28% ensino médio completo e 26% superior completo; 39% trabalhadoras, 22% estudantes e 74,8% solteiras. A DFSA ocorreu 62% no final de semana; 47% na madrugada; 38% em residências e 27% em via pública. No hospital especializado, 82% receberam profilaxias para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); 79% imunização para hepatite B; 74% anticoncepção de emergência; e 65% denunciaram com coleta de vestígios. Nas entrevistas, o álcool foi a substância química mais relatada e houve suspeita de adição de drogas secretamente nas bebidas. A DFSA ocorreu em ambientes de descontração, acompanhadas por conhecidos, com perda de consciência e acordaram após a DFSA nas festas ou residências. A DFSA causou sentimentos negativos de medo, vergonha e culpa associados ao consumo de álcool. Procuraram por apoio informal e por apoio formal para diminuir consequências na saúde mental e física. O medo de contrair IST foi motivante para buscar ajuda e houve desconhecimento e barreiras no acesso à rede intersetorial e hospital especializado. No primeiro contato com o hospital especializado, a experiência evidenciou-se positiva e destacaram a assistência da enfermagem. Constataram-se dificuldades em superar o vivido com isolamento e fobia social e reconheceram a necessidade de terapia. O apoio informal, relacionamento afetivo-sexual, convívio social, trabalho e estudos foram estratégias de enfrentamento para superar a DFSA. Evidenciou-se o desconhecimento da rede intersetorial pelas mulheres e por parte dos profissionais consultados. Destacou-se a falta de adesão ao seguimento ambulatorial, pois desejavam esquecer a DFSA e buscaram assistência em outros serviços. Reconheceram que ao falar da DFSA colaborou com a recuperação, que pode levar à conscientização e ajudar outras mulheres. Ao se aprofundar sobre a DFSA, concluiu-se que os profissionais e a enfermagem necessitam de uma postura livre de pré-julgamentos, proporcionar conforto e apoio emocional para a recuperação dessas mulheres.

Palavras-chave: violência contra a mulher; delitos sexuais; drogas ilícitas; intoxicação alcoólica; enfermagem.

ABSTRACT

Sexual abuse while perpetrated under the effect of chemical substances is called Drug-Facilitated Sexual Assault (DFSA). The following research questions evolved: What is the profile of women who suffered drug-facilitated sexual assault? What is the experience of women who lived drug-facilitated sexual assault? It objectified: to profile women who underwent DFSA, assisted at a reference hospital in Paraná State, Brazil, between 2010 and 2019; to apprehend the perception of women assisted at a reference hospital in Paraná State on their lived experience of DFSA. It is a research study which made use of two methodological approaches. The first objective used a crosscut, descriptive and quantitative approach by means of 342 data from the individual report form. The second objective used a qualitative approach, by means of interviews with 18 women who underwent DFSA, and data were analyzed under Bardin's thematic analysis, supported by the webQDA software. Thus, three categories emerged: Context where the DFSA took place; The search for help after the DFSA; and Difficulties and coping strategies after undergoing the DFSA. 342 DFSA reports were identified between 18 and 62 years, prevalence of 53.3% between 20 and 29 years; 75% were Caucasian; 28% were high-school graduates, and 26% were higher-education graduates; 39% worked, 22% were students and 74.8% were single. For 62%, the DFSA occurred during the weekend; 47% during the early hours of morning; 38% at residences, and 27% in public settings. In the reference hospital, 82% took medication for Sexually Transmitted Diseases (STDs), 79% took hepatitis B vaccine; 74%, emergency contraceptives; and 65% reported the DFSA and biological collection was conducted. In the interviews, alcohol was the most reported chemical substance, and suspicion of secretly administered drugs in their drinks. The DFSA occurred in relaxing environments, among acquaintances, losing their conscience and recovering it after the DFSA in parties or residences. The DFSA caused negative feelings of fear, shame and guilt, associated with alcohol ingestion. They searched for formal and informal support in order to reduce the outcomes for their mental and physical health. Their fear of getting STDs made them turn to help, and there was lack of knowledge and barriers to access the intersectoral network and reference hospital. The first contact with the reference hospital evolved in a positive experience, and nursing care stood out. Difficulties were evidenced to overcome what they had experienced, unfolding social withdrawal and phobia, thus, recognizing that they needed psychological therapy. The informal support, sexual-affective relationships, social interaction, work and studies were coping strategies to get over the DFSA. The lack of knowledge about the intersectoral network by the women and the consulted professionals was evidenced. Lack of adherence to outpatient follow-up stood out because they wanted to forget the DFSA and searched other services for support. They recognized that talking about the DFSA helped their recovery, which may lead to awareness and help other women. Going deeper into the DFSA, it was concluded that professionals and nursing professionals require a non-judgemental attitude, providing comfort and emotional support for the women's recovery.

Keywords: violence against women; sexual offenses; illicit drugs; alcoholic intoxication; nursing.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE DFSA DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021 .64
- FIGURA 2 – CATEGORIAS E CÓDIGOS ÁRVORE FORMADOS A PARTIR DAS ENTREVISTAS COM AS MULHERES QUE SOFRERAM DFSA ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 202169

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DAS MULHERES SOFRERAM DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021	71
GRÁFICO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA IDADE DAS MULHERES QUE SOFRERAM DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO. PARANÁ, BRASIL, 2021	79
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA QUANTO A RAÇA, ESCOLARIDADE, OCUPAÇÃO, LOCAL DE RESIDÊNCIA, ZONA DE RESIDÊNCIA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 202173
- TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA QUANTO A GESTAÇÃO, SITUAÇÃO CONJUGAL, ORIENTAÇÃO SEXUAL, DEFICIÊNCIAS E OCORRÊNCIA DE OUTRAS VEZES DA VIOLÊNCIA DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021 74
- TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, QUANTO A CIDADE DE OCORRÊNCIA, ZONA DE OCORRÊNCIA, DIA DA SEMANA, HORÁRIO E LOCAL DA OCORRÊNCIA DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, DE 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021 75
- TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E O PERFIL DO AGRESSOR DAS MULHERES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, DE 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021 76
- TABELA 5 – PROCEDIMENTOS DE SAÚDE REALIZADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, DE 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021 77

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABEFORENSE	- Associação brasileira de enfermagem forense
AE	- Anticoncepcional de emergência
CBO	- Classificação Brasileira de Ocupações
CCO	- Centro Cirúrgico Obstétrico
CEDAW	- Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
CEMICAMP	- Centro de pesquisas em saúde reprodutiva de campinas
CHC	- Complexo do Hospital de Clínicas
CMB	- Casas da Mulher Brasileira
CNDM	- Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
DEAM	- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DFSA	- <i>Drug-Facilitated Sexual Assault</i>
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FEBRASGO	- Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FNI	- Ficha de notificação individual
IML	- Instituto Médico Legal
IST	- Infecções Sexualmente Transmissíveis
NAVES	- Núcleo de Apoio à Vítima de Estupro
ODM	- Violência sexual
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	- Organização dos Estados Americanos
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- <i>Organización Panamericana de la Salud</i>
PAGO	- Pronto Atendimento Ginecológico Obstétrico
RAMSVC	- Rede Intersectorial de Atenção às Mulheres em Situação de Violência de Curitiba e Região Metropolitana de Curitiba
RMC	- Região Metropolitana de Curitiba
SESA	- Secretaria do Estado da Saúde
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SQ	- Substância química
SUS	- Sistema Único de Saúde
UEL	- Universidade Estadual de Londrina
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UN WOMEN	- <i>United Nations Entity For Gender Equality And The Empowerment Of Women</i>
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
UNODC	- <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
VCM	- Violência contra as mulheres
VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VS	- Violência sexual
WEBQDA	- <i>Software Web Qualitative Data Analysis</i>
WEF	- <i>World Economic Forum</i>
WHO	- <i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

®- marca registrada

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	18
1	INTRODUÇÃO	20
1.1	OBJETIVOS	26
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1	VIOLÊNCIA DE GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	30
2.2	POLITICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	33
2.3	POLITICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL ..	41
2.4	VIOLÊNCIA SEXUAL FACILITADA POR DROGAS	47
2.5	ATENDIMENTO DE SAÚDE ESPECIALIZADO EM VIOLÊNCIA SEXUAL ..	50
2.6	ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DIANTE DA VIOLÊNCIA SEXUAL	54
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	59
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	59
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	60
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	61
3.3.1	Definição da amostra da primeira etapa	61
3.3.2	Definição da amostra da segunda etapa	62
3.4	COLETA DE DADOS	62
3.4.1	Coleta de dados da primeira etapa	62
3.4.1.1	Fluxo da coleta de dados da primeira etapa	62
3.4.2	Coleta de dados da segunda etapa	65
3.4.2.1	Fluxo da coleta de dados da segunda etapa	66
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	67
3.5.1	Análise dos dados da primeira etapa.....	67
3.5.2	Análise dos dados da segunda etapa	67
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	70
4	RESULTADOS.....	71
4.1	RESULTADOS DA CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES QUE NOTIFICARAM A DFSA.....	71
4.2	RESULTADOS DO PERFIL E PERCEPÇÕES DAS MULHERES QUE SOFRERAM A DFSA	78
4.2.1	Contexto em que a DFSA ocorreu	81

4.2.2	A busca por ajuda após a DFSA.....	89
4.2.3	Dificuldades e estratégias de enfrentamento após a vivência da DFSA	95
5	DISCUSSÃO	103
5.1	DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES QUE NOTIFICARAM A DFSA.....	103
5.2	DISCUSSÃO DO PERFIL E PERCEPÇÕES DAS MULHERES QUE SOFRERAM A DFSA	108
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
	REFERÊNCIAS.....	134
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	156
	APÊNDICE 2 – PERGUNTAS PARA A ENTREVISTA.....	158
	ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	159
	ANEXO 2 – CARTA DE CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA	161
	ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	162

APRESENTAÇÃO

Em 2009, ingressei na Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Tive aproximações com muitas áreas, iniciando, assim, meu interesse pela assistência ao cuidado humano, o que foi intensificado durante toda trajetória acadêmica e profissional, com empatia pelas mulheres em situação de violência, as quais necessitavam de atenção. No módulo da Saúde da Mulher, no quarto ano da graduação, descobri que o meu foco de estudo seria as mulheres. Isso me trouxe os primeiros contatos com a violência sexual (VS), uma realidade que eu considerava distante.

Em 2013, ingressei no Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher da UEL. Atuei por um ano em Unidade Básica de Saúde, e um ano na área hospitalar e de maternidades, onde me aproximei mais das questões relativas à violência. Não tinha como a desvincular da área da saúde das mulheres. Sempre estava relacionada de alguma forma. Eu não imaginava como era frequente no cotidiano das mulheres, mas não necessariamente acreditava que um dia iria trabalhar com a violência.

Após a residência, intensifiquei meus estudos para concursos públicos e, em 2015, aguardava ansiosamente a convocação para o cargo de Enfermeira(o) em Saúde da Mulher e Obstetrícia na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) do Complexo do Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR); concurso esse muito esperado, pois era na área a qual me especializei.

Entre 2015 e 2017, atuei como docente em instituições públicas e privadas na área da Enfermagem e Medicina em Londrina, Paraná. Ministrava aulas, preceptoria e estágios com foco na saúde da família, saúde da mulher e obstetrícia. Foi uma experiência maravilhosa colaborar com o aprendizado dos alunos. Nesse período, também me especializei em Saúde da Família, Urgência e Emergência e em Enfermagem Obstétrica em instituições de ensino privado.

No final de 2017, fui convocada para assumir o cargo de Enfermeira(o) em Saúde da Mulher na EBSERH/CHC/UFPR. Tive a oportunidade de trabalhar na assistência às mulheres na obstetrícia e ginecologia e assistência às mulheres em abortamento legal, essas que foram violentadas sexualmente e optaram pela interrupção da gestação. Minha participação na vida dessas mulheres era garantir a

integridade pela sua escolha e privacidade, além dos cuidados em saúde. A partir dessas experiências, sempre voltava para casa muito pensativa sobre a VS.

Ao trabalhar na EBSEH/CHC/UFPR, também iniciei a preceptoria do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar na área de concentração Saúde da Mulher e Enfermagem, na qual colaborei no cenário de prática e em reuniões clínicas. Em 2019, comecei a atuar no Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico, local de acolhimento da procura direta da comunidade em situação de VS, dentre os atendimentos de urgência e emergência da obstetrícia e ginecologia.

Nesse momento, resgatei meu passado. Refleti se realmente seria capaz de ultrapassar a barreira de ser mulher e conseguir acolher outras mulheres em um momento difícil na vida e, ainda, em um estado de tanta vulnerabilidade. Em alguns momentos, tive a experiência de como é difícil separar o pessoal da atividade profissional quando se trata de VS, pois tenho grande empatia e gostaria que jamais tivesse acontecido isso com essas mulheres. Refleti que, em vários momentos da minha formação, houve pequenas aproximações com a violência. Realizei cursos e decidi enfrentar o desafio para trabalhar com as mulheres em situação de VS.

A área da VS nunca foi uma área pretendida, porém, a vida me trouxe até aqui. Sinto que posso colaborar para tornar a vida dessas mulheres um pouco melhor. Durante os atendimentos, chamou atenção aquelas que sofreram estupro, associado ao consumo de bebida alcoólica antes da violência, e desconfiavam que havia drogas em suas bebidas, pois não conseguiam recordar como aconteceu a violência. Eu voltava para casa pensando e sempre pesquisando notícias e artigos sobre o tema. A partir deste insight, tive a inquietação e a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre violência sexual facilitada por drogas. No Brasil, variados crimes com utilização de drogas são popularmente conhecidos como o golpe “Boa Noite, Cinderela”.

Assim, ingressei no grupo de pesquisa Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE) da UFPR; momento esse que passei para o mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR, onde continuei os estudos sobre a temática da violência contra as mulheres. Atualmente, faço parte da linha de pesquisa Processo de cuidar em saúde e Enfermagem, sob orientação da professora doutora Tatiane Herreira Trigueiro Stella e coorientação da professora doutora Rafaela Gessner Lourenço, para contribuir na pesquisa e aprofundamento sobre a temática de VS.

1 INTRODUÇÃO

A violência está presente no cotidiano e, em todo mundo, é um fenômeno que envolve fatores políticos, culturais e sociais. As consequências são devastadoras à humanidade, desde a violência letal até traumas e sequelas que podem ser desenvolvidos. Sendo assim, por se tratar de um grave problema de saúde e segurança pública, a violência deve receber atenção (DAHLBERG; KRUG, 2006; HERZ; YAMATO, 2018).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência se caracteriza pela intencionalidade de agressão, coerção, omissão, ou ameaça, com danos de ordem física, sexual e psicológica, que ocorrem tanto no contexto individual como no coletivo, resultando em lesões, agravos, deficiências de desenvolvimento, privações e óbito (KRUG et al., 2002).

A violência é classificada como autoinfligida, interpessoal ou coletiva; a natureza dos atos é conceituada como física, sexual, psicológica, de privação ou negligência. Essas ações ou ameaças geralmente envolvem mais de uma natureza e muitas vezes não ocorrem com natureza isolada (KRUG et al., 2002).

Nas estatísticas brasileiras, aponta-se um perfil discrepante entre as formas que homens e mulheres são atingidos pela violência. Homens geralmente são acometidos por violência letal por causas externas e em via pública. Por outro lado, as mulheres são 2,7 vezes mais suscetíveis à violência não letal dentro das residências. Um perfil determinante da violência contra as mulheres (VCM), em sua maioria, ocorre no cenário do meio particular (CERQUEIRA, 2020).

A VCM consiste em uma violação dos direitos humanos. Historicamente, está ligada às desigualdades de gênero (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2019); por definição, agrega “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico às mulheres, na esfera pública como na esfera privada” (OEA, 1994). Não obstante, estima-se que a cada três mulheres no mundo, pelo menos uma sofre violência física ou sexual, seja por parceiro íntimo ou por qualquer agressor em algum momento de sua vida (WHO, 2019).

No Brasil, intensas lutas sociais e decisões de cortes internacionais culminaram na promulgação da Lei Maria da Penha em 2006. Tal avanço agregou também as tipificações da violência doméstica e familiar, conceito esse fundamentado

em qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006a).

Por definição da OMS a violência sexual (VS) compreende uma das formas mais impactantes da VCM. Caracteriza-se como todo ato sexual sem consentimento por uma das partes envolvidas, dentro ou fora de um relacionamento, perpetrado por pessoas conhecidas ou desconhecidas. Inclui todas as tentativas sexuais indesejadas e formas de cometer estupro, em qualquer ambiente, não excetuando situações de conflito armado, estado de vulnerabilidade por deficiência física ou mental, em qualquer idade ou situações em casamento forçado (WHO, 2019).

A legislação brasileira reconhece a VS como todas as formas de se praticar o ato sexual e toda conduta com intuito de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou ato libidinoso (BRASIL, 2009). A VS, no âmbito da saúde pública, necessita de ações integradas. Sua magnitude envolve tanto a segurança pública e o acesso à justiça quanto exige políticas e ações intersetoriais para seu enfrentamento em espaços privados e públicos, pois resulta em traumas, ferimentos visíveis e invisíveis e, em algumas situações, pode levar à morte ou causar grande magnitude de morbidades (BRASIL, 2015a).

Mundialmente, dados revelam que 0,3 a 12% das mulheres acima de 15 anos sofreram ato sexual não consensual ou foram forçadas a fazer sexo por alguém que não seja o parceiro íntimo. Nos Estados Unidos da América, o sexo mais predisposto para ocorrência de estupros ou agressões sexuais foi o feminino, em 88,8% dos casos, representando oito em cada 10 casos, e as mulheres conheciam seus agressores (WHO, 2012; UNITED STATES OF AMERICAN, 2019).

No Brasil, em 2017, foram registradas 63.157 ocorrências de estupro. Destas, 50.598 ocorreram com mulheres, sendo a taxa de 50,7 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2018, as ocorrências aumentaram para 66.041, sendo 53.726 em mulheres, e taxa de 53,4 casos. Assim, cerca de 180 estupros são cometidos por dia, dos quais 81,8% das vítimas são do sexo feminino e o agressor, em 93,2% dos casos, do sexo masculino (BUENO et al., 2019a).

Na Região Sul do Brasil, o estado com maior taxa de registro de estupro foi Santa Catarina, com 89,5 casos a cada 100 mil habitantes e, em segundo lugar, o estado do Paraná, com 78,4 casos. Neste último, somente em 2018, foram registrados 5.380 estupros (BUENO et al., 2019) e, em Curitiba, capital do Paraná, e Região Metropolitana de Curitiba (RMC), foram 5.647 casos de VCM registrados no Sistema

de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2013 e 2015. Desses, 720 casos notificados eram de VS (MAFIOLETTI et al., 2021).

Chama atenção o número de casos de VCM notificados em Curitiba e RMC, principalmente em mulheres jovens entre 2013 e 2015, pois o envenenamento ou intoxicação estão como o terceiro meio de agressão mais utilizado pelos agressores, ficando atrás apenas da força corporal e ameaças (MAFIOLETTI et al., 2021). Todavia, entre 2010 e 2015 outra pesquisa identificou que, entre 716 casos de VS, apenas 19 casos envolveram intoxicação ou envenenamento (KANGUSSU, 2018). Dados disponibilizados pelo SINAN no Brasil, entre 2010 e 2019 houve 254.461 casos de VS em mulheres, e desses, 2.210 foram com envolvimento de intoxicação por algum tipo de substância química (SQ) (BRASIL, 2020a).

Considera-se envenenamento ou intoxicação toda exposição, ingestão ou inalação de SQ, plantas tóxicas, medicamentos, etc. (BRASIL, 2016). As SQ agrupam a utilização do álcool, drogas prescritas, cannabis e outras drogas ilícitas. No Brasil, a adição de drogas efetuada secretamente para a pessoa em bebidas é conhecido como “Boa Noite, Cinderela” (BRASIL, 2008). Todas as SQ envolvidas na VS são estudadas como *Drug Facilitated Sexual Assault* (DFSA), e em português, Violência Sexual Facilitada por Drogas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME [UNODC], 2011).

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) definiu que DFSA diz respeito a uma pessoa submetida a atos sexuais no estado de vulnerabilidade devido ao efeito do álcool ou outra SQ intoxicante, levando à incapacidade de resistir ou consentir com o ato. As substâncias podem ser administradas secretamente ou o agressor é oportunista, ao tirar vantagens sexuais a partir da ingestão voluntária de substância pela vítima (UNODC, 2011).

Nas últimas duas décadas, esse tipo de crime tem aumentado em todo o mundo. Países como Estados Unidos, Canadá, Costa Rica, países europeus, África, Nova Zelândia, China, Austrália têm divulgado que a principal droga envolvida é o álcool, confirmado por laudos toxicológicos. O consumo voluntário da bebida alcoólica leva à DFSA oportunista, isto é, uma droga lícita, utilizada para socialização pelas culturas no mundo todo, que colabora para um momento oportuno aos predadores sexuais, ocorrendo o estupro de vulnerável (GRELA; GAUTAM; COLE, 2018; ANDRADE et al., 2020a; PREGO-MELEIRO et al., 2020a).

A bebida alcoólica pode ser um veículo para administração, de forma secreta, de drogas. Pode provocar maiores efeitos de depressão no sistema nervoso e resultar na perda de resistência para o ato sexual não consentido. Quando há o envolvimento de adição de drogas em bebidas alcoólicas, as mulheres podem ter a falsa impressão do efeito causado como um excesso do uso voluntário de bebidas alcoólicas e, com isso, acabam não procurando ajuda, a não ser que apresentem sintomas exacerbados (ELLIOTT, 2008; FOLGAR et al., 2017; GRELA; GAUTAM; COLE, 2018; PREGO-MELEIRO, 2020a).

Na presença de DFSA, as mulheres, após acordarem sob os efeitos psicotrópicos das drogas, geralmente vivem um sentimento de angústia quando percebem que sofreram a VS, em virtude da amnésia, lapsos de memória e recordações pontuais e fragmentadas. Elas podem ou não recordar que não conseguiram reagir durante o abuso sexual devido aos efeitos sedativos das drogas. O fato de não lembrarem como aconteceu a violência, a presença de dores, hematomas, dentre os traumas íntimos, pode motivar algumas mulheres a buscarem ajuda nos serviços de saúde (ANDERSON et al., 2017; FRYSZER et al., 2020; HILLS et al., 2020).

Apesar dos esforços em estruturar uma rede de serviços para atender as mulheres em situação de violência, os serviços de saúde possuem dificuldades em detectar situações de DFSA (GARCÍA et al., 2021). Além disso, estima-se que a procura das mulheres e os casos notificados até então sejam muito menores do que a realidade (CERQUEIRA et al., 2017; PREGO-MELEIRO, 2020b).

No Brasil, desde a publicação da Lei nº 10.778/2003, a violência consiste em um agravo de saúde de notificação compulsória pelos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2003). No caso de VCM, a Ficha de Notificação Individual (FNI), instituída pela Portaria nº 2.406/2004 e, em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com componente específico para a vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN), o qual possui FNI específica, que torna essencial descrever as tipologias da violência e diversificar os meios de agressão envolvidos (BRASIL, 2004a; 2006b; 2014a).

Acredita-se que, no caso de VS, ainda há pouca procura por serviços de saúde, não sendo notificado pelas mulheres como decorrência da falsa crença que a

culpa é delas, por estarem na hora e/ou lugar errado, com roupas inadequadas ou alcoolizadas (CAPUTI et al., 2019; SILVA, 2019a).

A cultura do estupro, arraigada na sociedade, precisa ser desconstruída como norma social, pois remete a responsabilidade da VS às mulheres. Uma postura machista, baseada na moralidade de um modelo patriarcal em que a sociedade banaliza o crime sexual e protege o agressor, como um comportamento masculino socialmente aceito e indevidamente permitido (BUENO et al., 2019b; CAPUTI et al., 2019; SILVA, 2019a).

Portanto, mulheres são orientadas e estimuladas a procurar ajuda, e recorrem aos atendimentos especializados. No Brasil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), são atualmente 775 serviços especializados. Dentre esses, 424 em atenção ambulatorial, 286 habilitados para atenção integral a pessoas em situação de VS, 133 para coleta de vestígios e 100 em atenção para abortamentos, previstos em Lei (BRASIL, 2020b). No último levantamento realizado em 2020 pelo Instituto AzMina, uma organização sem fins lucrativos que luta pela igualdade de gênero, informou-se a existência de 400 Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) ativas e 70 Casas-Abrigo (BERTHO; COELHO; MOURA, 2021).

Quando as mulheres procuram por assistência após a VS, deve-se priorizar o atendimento à sua saúde e, na sequência, dar continuidade às questões legais do crime sexual. A priorização da saúde objetiva a redução de danos, visando ações de tratamento da saúde mental e tratamento, em tempo oportuno, das possíveis Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), além de situações como gestação indesejada (BRASIL, 2015a; 2020c).

No primeiro contato com as mulheres nos hospitais especializados, devem ocorrer o atendimento multiprofissional com o acolhimento e a classificação de risco, iniciados pela Enfermeira(o), Médica(o) e Assistente Social. Em seguida, as mulheres devem receber encaminhamentos necessários e agendamento do seguimento ambulatorial (ANDRADE et al., 2019a; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA [FEBRASGO], 2018; PARANÁ, 2018).

O acolhimento pela Enfermeira(o), mediante a escuta qualificada e humanizada, tem o intuito de diminuir os efeitos da cultura do estupro, sentimento de culpa e as sensações de marginalização das mulheres com julgamentos morais pela

sociedade (BRASIL, 2017a; BEZERRA et al., 2018; CAVALCANTI et al., 2020). A Enfermeira(o), frente à situação de VS, também necessita atuar com conhecimentos baseados na área forense (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM FORENSE [ABEFORENSE], 2015; REIS et al., 2021). Deve apresentar uma postura ética (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM [COFEN], 2017), com habilidades e capacidade de ofertar assistência digna, sem pré-julgamentos, e respeitar a decisão das mulheres (BRASIL, 2017a; BATISTETTI; LIMA; SOUZA, 2020).

Também é importante que a Enfermeira(o) estabeleça comunicação com linguagem acessível, valorize os relatos e incentive as mulheres a externar os seus sentimentos e necessidades, sem esquecer de proporcionar a privacidade e confidencialidade das informações (SOUZA et al., 2019). A Enfermeira(o) também deve estar atento à identificação dos sinais e sintomas que caracterizam a violência, realizar o exame físico, coleta de vestígios com cuidados de preservação e, quando necessário, iniciar atendimento de urgência e emergência conforme riscos apresentados em cada caso. Dessa forma, tomar conduta e realizar os encaminhamentos necessários (ABEFORENSE, 2015; REIS et al., 2021).

A Enfermeira(o), muitas vezes, é o primeiro profissional da área da saúde a entrar em contato com as mulheres em situação de VS nos serviços especializados, sendo responsável pela primeira abordagem de acolhimento e gerenciamento do cuidado (ANDRADE et al., 2019b; OLIVEIRA; EMANUELLE; BARRETO, 2019). Ao conhecer o perfil das mulheres, que experienciaram a VS com uso de intoxicação, poderá contribuir para a explicação deste fenômeno, como ele ocorre e como se desenvolve (CORTES; PADOIN, 2016; BONAR et al., 2019a). Pode colaborar nas investigações e trazer resultados para a prevenção, acompanhamento e tratamento da VS na sociedade, além de procurar indícios para especializar e melhorar o atendimento profissional às mulheres (VIANA et al., 2018).

Nesse sentido, faz-se necessário também conhecer o perfil das mulheres em situação de DFSA no âmbito da saúde. Ao conhecer a experiência das mulheres, pode-se compreender e colaborar para traçar meios de enfrentamento para favorecer a diminuição desses casos de VS. Além disso, pode-se facilitar e reduzir as possíveis repercussões da VS às mulheres, que impactam diretamente nas relações pessoais e sociais (TRIGUEIRO et al., 2017; TRIGUEIRO et al., 2018; SOUSA et al., 2019).

Diante do exposto emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: qual é o perfil das mulheres que sofreram violência sexual facilitadas por drogas, atendidas em um

hospital especializado? Qual a experiência de mulheres que vivenciaram a violência sexual facilitada por drogas?

1.1 OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil das mulheres notificadas por violência sexual facilitada por drogas, atendidas em um hospital especializado do Paraná, entre os anos 2010 a 2019.
- Conhecer a percepção de mulheres atendidas em um hospital especializado do Paraná sobre a experiência da violência sexual facilitada por drogas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a compreensão da complexidade dos fatores e significados que envolvem o fenômeno da VCM, busca-se assimilar suas raízes nas manifestações sociais exercidas a partir da concepção de gênero (SAFFIOTI, 2001; BANDEIRA; AMARAL, 2017; GIANNINI; COELHO, 2020). Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar “as relações de poder” (SCOTT, 2013). A VCM parte do significado das condutas violentas baseadas no gênero, o qual leva ou resulta em danos, sofrimentos de ordem psicológica, física e sexual, abrangendo as ameaças, coações ou privações da liberdade feminina em todos aspectos de sua vida (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS[ONU], 1993).

Sob a ótica da história dos movimentos feministas, o gênero como uma categoria histórica e analítica constitui um significado em resposta aos moldes sociais relacionados, por papéis atribuídos, alimentados e determinados socialmente a partir do sexo (SAFFIOTI, 2001; LOURO, 2008). A concepção de gênero sofre constantes modificações, conforme a origem primordial do significado proposto pelos movimentos feministas. Atualmente, recebe influências e tem se utilizado amplamente para justificar estratégias de ações políticas principalmente, na busca da diminuição das desigualdades de gênero em relação às mulheres (SCOTT, 2013).

A descrição de gênero, que a sociedade busca instalar para uma separação de definição entre os corpos, desejos e papéis sociais, não é adequada. Ela leva ao colapso das ideias quando busca a diferença sexual e orientação sexual, tomadas como sinônimos para atribuir significados a elas, ou seja, a anatomia dos sexos e o desejo são determinantes para caracterizar principalmente a identidade própria das mulheres (SCOTT, 2013).

Entender que o gênero está indissociável da sexualidade na contrapartida da relação entre os corpos, onde as mulheres estão sujeitas às vontades masculinas numa concepção naturalizada pelos modos e costumes sociais, transparece como uma privação da liberdade das mulheres. Seus desejos ficam à mercê do homem que a deseja. O homem tem seu comportamento aceito de se apropriar do corpo feminino como um objeto de prazer, como e onde quiser, como se fosse um objeto disponível a qualquer momento para as suas necessidades sexuais, sem considerar o

consentimento ou receptividade delas (SAFFIOTI, 2001; SCOTT, 2013; GIANNINI; COELHO, 2020).

Contudo, a desigualdade atribuída pelo gênero leva a cenários que determinam a VCM, pois estão intimamente ligados como uma continuidade, numa repercussão fundada em dominação e submissão das mulheres, em eixos que estruturam a sociedade, associados aos fatores da raça, classe, em um desequilíbrio complexo do poder aceito ou naturalizado (SCOTT, 1999; LOURO, 2003; ZANATTA; FARIA, 2018; VEDANA; GERVASONI, 2020).

Baseando-se nas diferenças entre gêneros, as mulheres estão em segundo plano em relação aos homens, numa posição desfavorecida de justiça, um estado de ausência de liberdade e respeito, o que configura uma violação dos direitos humanos. Essas relações sociais são marcadas por esses padrões determinados socialmente e culturalmente pela relação de poder (SAFFIOTI, 2001; JARAMILLO-BOLÍVAR; CANAVAL-ERAZO, 2020; VEDANA; GERVASONI, 2020).

Em uma análise evolutiva do conceito de violência de gênero, o mesmo corresponde a um fenômeno estrutural, relacional, sócio-político, constituindo uma privação dos direitos. Atinge principalmente as mulheres, inclui as identidades de gêneros distintas, uma situação de rompimento com o respeito e dignidade, integridade física e moral, igualdade, liberdade e autonomia (JARAMILLO-BOLÍVAR; CANAVAL-ERAZO, 2020).

A repercussão da relação de poder atinge proporções em vários âmbitos na vida das mulheres, conforme as estimativas do Relatório Mundial sobre a Desigualdade de Gênero de 2020, numa construção social e na relação de igualdade de gênero nos segmentos da política, economia, saúde e educação. O mundo conseguirá preencher a lacuna de paridade dos gêneros em 99,5 anos e, para a América Latina e Caribe, em 59 anos entre homens e mulheres (WORLD ECONOMIC FORUM [WEF], 2019).

No quesito econômico, a Islândia continua, por 11 anos consecutivos como o país com maior igualdade de gênero e o Brasil encontra-se em 92º (WEF, 2019). Um exemplo recente foi a implantação da primeira política pública no mundo visibilizando a igualdade salarial¹ (WAGNER, 2021). A equiparação salarial atua em uma das

¹O governo islandês implantou, em sua legislação, a equiparação salarial como um dos meios de obter a igualdade de gênero entre as pessoas que realizam o mesmo trabalho nas empresas e instituições

raízes do problema da relação de poder. Ela permite melhorar não somente a condição de vida das mulheres, mas também produz igualdade entre famílias e seus descendentes, principalmente as famílias que são lideradas apenas por mulheres (SAFFIOTI, 1986). Em um contexto baseado na interação de forças, a presença de desigualdade de gênero pela dominação masculina perpetua o fenômeno da violência de gênero. As atitudes culturais vão desde a dominação, discriminação, e culmina nas alterações das experiências das mulheres em todo o seu ciclo de vida (PIOSIADLO et al., 2014; SOUZA et al., 2016a; VEDANA; GERVASONI, 2020).

Dentre as manifestações das violências consideradas mais brutais para com as mulheres, está a violência sexual, concebida como um delito contra a liberdade sexual, sob todas as condutas de observar, manter ou participar de atos sexuais não consentidos ou indesejados, sob força maior de intimidações, ameaças e coação. Uma das formas mais grave de VS é na forma de estupro, mas também é considerada VS toda forma de abuso, assédio, importunação sexual, estupro coletivo, estupro corretivo, e as formas de exploração sexual (BRASIL, 2006a; PENHA, 2012; BRASIL, 2018a).

No mundo, entre mulheres na faixa de 15 a 49 anos, 17,8% delas, ou seja, uma a cada cinco mulheres sofreu violência física ou sexual de seus companheiros nos últimos 12 meses (UNITED NATIONS ENTITY FOR GENDER EQUALITY AND THE EMPOWERMENT OF WOMEN [UNWOMEN], 2019). Na América Latina e Caribe, as mulheres colombianas são as que mais afirmaram enfrentar a violência física ou sexual por seus parceiros (35%) (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPAS], 2019a; 2019b). No Brasil, 27,8% das mulheres relataram que sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses (BUENO et al., 2019).

Numa comparação entre Brasil, Colômbia e México, pesquisa realizada pela plataforma Evidências sobre Violências e Alternativas para mulheres e meninas divulgou que, desde 2010, mais de 2 milhões de mulheres foram atendidas nos sistemas de saúde devido à violência; 40% das mulheres entre 15 e 29 anos foram mais acometidas por todas as formas de violência (GIANNINI; COELHO, 2020).

No estudo do Fórum Brasileiro de Segurança Pública e Instituto Datafolha em 130 municípios, com amostra nacional de 2.084 entrevistas, dessas com amostra

por meio da ferramenta de avaliação de cargos *Equal Wage Management Standard* (WAGNER, 2021).

feminina de 1.092 entrevistas, identificou-se que mais da metade da população participante presenciou situações de violência ou assédio da comunidade na qual convive: homens humilhando, xingando e ameaçando ex-parceiras ou parceiras atuais, além de situações da vizinhança de homens realizando agressões às ex-parceiras e parceiras atuais. A população exposta a essas situações de violência em 77,6% eram de jovens entre 16 e 24 anos, e 67,5% entre adultos de 25 a 34 anos (BUENO et al., 2019).

Para a população brasileira e para aquelas residentes no exterior, existe um canal de acesso denominado Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, que presta acolhimento, informações, denúncias às mulheres em situação de violência, e em seu último relatório, registrou 85.412 denúncias, das quais 78,9% retratam casos de violência doméstica e familiar, 4,5% tentativas de feminicídio², 4% violência moral e 3,8% de ameaças. Os registros de violência doméstica e familiar predominaram em mulheres entre 25 e 45 anos; destes, 61,1% foram violência física e 19,8% violência moral. Em 78% dos casos, os agressores eram parceiros ou ex-parceiros íntimos (BRASIL, 2020d).

2.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

O reconhecimento das mulheres que viveram em situação de violência consiste numa reflexão importante, um primeiro passo para a necessidade de buscar ajuda. O apoio informal da família e amigos é dado como diferencial para procurar a rede de apoio qualificada, sendo um fator necessário para investimento na cultura da paz e intervenção sob a ótica das questões socioculturais e comunitárias para a promoção da desnaturalização da violência (BARAGATTI et al., 2019). Por outro lado, a família e o círculo social podem ser responsáveis por alimentar os sentimentos para não procurar ajuda. Assim, para a família ser apoio, depende da sua postura em relação à não naturalização e consentindo a violência (BARAGATTI et al., 2019).

²Trata-se do homicídio feminino quando comprovado como um crime específico ao gênero, em relação à VCM, sendo decretada sua tipificação como feminicídio pela Lei nº. 13.104/2015 (BRASIL, 2015b). O feminicídio configura um rol de crimes hediondos praticado pela condição de ser do sexo feminino. Inclui casos de menosprezo ou discriminação, com comprovação da morte resultante de várias formas de VCM (BRASIL, 2015b;2016).

Apesar dos incentivos públicos em forma de lei e informações nas mídias para conscientizar as mulheres a procurar ajuda, não mais se submeter à situação de violência, a tomada de decisão das mulheres, nesse sentido, pode levar anos, ainda mais se o comportamento do agressor for considerado leve (BARAGATTI et al., 2019). Muitas desistem devido à manutenção de suas famílias, e devido a não acreditarem que irão conseguir mudar sua realidade ou se irão conseguir apoio e proteção legal suficientes (SANTOS; TOMÉ, 2020).

Quando as mulheres tomam a decisão de romper com o silêncio e procurar ajuda, elas iniciam um processo de peregrinação, ou “rota crítica” na busca de atendimentos dos serviços intersetoriais para resolubilidade e eliminação da violência em suas vidas (SAGOT, 2000; ARBOIT et al., 2019). A rota crítica possui várias portas de entrada para os serviços intersetoriais. Vão desde a UBS, serviços de emergência na saúde, delegacias, serviços de assistência social, que devem estar conectados para prestar assistência adequada (BARAGATTI et al., 2019; MAFIOLETTI et al., 2020). Porém, há vários fatores negativos e positivos associados envolvendo a rota crítica, que podem impulsionar, inibir ou retardar os desfechos das situações de violência (ARBOIT et al., 2019; BARAGATTI et al., 2019). Ao protelar sua tomada de decisão para solucionar a condição que se encontra, um dano irreparável deste desfecho pode resultar na violência letal, para o qual recentemente adotou-se o termo feminicídio como o ápice do fenômeno que ocorre na perspectiva da VCM (BUENO et al., 2019b; MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

Apesar das leis, desde 2012 no México e 2015 no Brasil e Colômbia, e da popularização das variáveis que caracterizam o feminicídio, os serviços que tipificam os homicídios femininos não realizam adequadamente uma leitura sob a ótica da VCM. Em 30 mil homicídios femininos registrados entre 2015 e 2018 nos três países, cerca de 5 mil foram registrados como feminicídio (GIANINNI; COELHO, 2020). Conforme dados do Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e Caribe, sob uma análise a cada 100 mil mulheres, o país com mais feminicídio é El Salvador com 6,8 casos, seguido por Honduras com 5,1 casos, Santa Lúcia com 4,1 casos, e Brasil com 1,1 casos (OPAS, 2019a).

No Brasil o feminicídio em 2018 resultou em 4.519 homicídios femininos, o que equivale a uma mulher morta a cada duas horas. Em 2018, foi observada uma tendência de redução dos homicídios em mulheres, porém, numa análise temporal entre o período de 2008 e 2018, houve sim um aumento de 4,2% (CERQUEIRA,

2020). nos assassinatos femininos. O Paraná está entre os estados que apresentam as maiores reduções, com 35,1% a cada 100 mil mulheres (CERQUEIRA, 2020). Ao comparar os homicídios conforme as características femininas, transparecem a desigualdade racial acentuadamente: no Brasil, entre 2008 e 2018 a taxa de homicídios de mulheres não negras teve queda de 11,7%. Entretanto, entre as mulheres negras houve aumento de 12,4% (CERQUEIRA, 2020).

No estado do Paraná, numa análise após a Lei do feminicídio, em 156 casos estudados, 53% dos casos ocorreram em residências, 85% dos agressores eram ex-parceiros ou parceiros afetivos, 36% foram casos consumados e 62% tentativas de feminicídio (BRASIL, 2018b). Assim, antes de ocorrer o feminicídio pode acontecer várias manifestações de VCM em diversos cenários da sociedade, do domicílio a ambiente de trabalho, via pública, bares e outros, sendo inerente e perpetrada por parceiro íntimo, ex-namorados e ex-maridos, familiares, conhecidos, e há uma parcela cometida por desconhecidos (BRASIL, 2016; BUENO et al., 2021).

Apesar da situação crítica que a sociedade está vivendo, continua a busca de equilíbrio das relações sociais, livre de violências letais e não letais. Embarca-se em um processo lento, a longo prazo, de ressignificação e de modificações culturais, organizacionais, educacionais, dentre outras. Emerge uma construção social para estimular o empoderamento das mulheres, a promoção da paz e incentivos para a igualdade de gênero (VEDANA; GERVASONI, 2020).

O processo pela igualdade de gênero tem sido vislumbrado pela “Agenda 2030”. Em 2015, representantes de 193 Estados-membros da ONU reconheceram a necessidade de melhorias no mundo na busca da promoção de vida digna para todos e preservação do planeta. A Agenda 2030 é um plano que indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 169 metas, dentre os quais, o quinto objetivo consiste na igualdade de gênero e empoderamento de todas as mulheres e meninas como base necessária para a construção de um mundo pacífico, próspero e sustentável. O quinto objetivo é transversal à toda Agenda de 2030, com o intuito de melhorias e participação na política, economia e diversas áreas de tomada de decisão (ONU MUJERES, 2015; ONU, 2018).

2.2 POLITICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Os movimentos e organizações não governamentais no mundo iniciaram desdobramentos a favor dos direitos das mulheres, agregando discussões desde os direitos civis, visibilidade da igualdade de gênero, direitos reprodutivos, saúde das mulheres, ao combate a todos os tipos de violência (UN WOMEN, 2019; FURLIN, 2020). As mobilizações sociais e os conhecimentos científicos demonstraram para a sociedade a necessidade de intervenção na saúde das mulheres. Esses esforços através das mobilizações, que são precursoras do desenvolvimento das políticas públicas na saúde em todo mundo (BRASIL, 1984; FURLIN, 2020).

Resgatam-se a história e marcos importantes para as mulheres e para compreender as conquistas atuais dos direitos e estratégias de enfrentamento das violências de gênero no Brasil e no mundo. Novos enfrentamentos, entretanto, são essenciais para continuar o processo de mudança cultural e social em relação às mulheres que modulam as políticas públicas. Entre as décadas de 1930 e 1940 no cenário brasileiro, havia o Programa de Proteção à Maternidade e a Criança, um programa pioneiro implantado pelo Ministério da Educação e Saúde e a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Nele se fundamentava as ações em saúde para garantir a funcionalidade da saúde materna e infantil (BRASIL, 2011a).

A partir do ano de 1945, ocorreram intensas discussões após a Segunda Guerra Mundial. As discussões buscaram a promoção de cooperação, a nível internacional, para solucionar os principais problemas mundiais, e resultou na elaboração da Carta das Nações Unidas. Este passo constituiu-se no início do reconhecimento nítido da igualdade de direitos entre homens e mulheres ao fomentar a consolidação dos direitos humanos, liberdades fundamentais para a humanidade independente da raça, sexo, língua ou religião (ONU, 1945). Em 1946, as Nações Unidas manifestaram interesse na promoção da igualdade de gênero no âmbito da saúde com a criação da Comissão das Condições Jurídicas e Sociais das Mulheres (OPAS, 2019b).

Nas décadas seguintes no mundo, entre 50 e 60, ocorreram mais mobilizações sociais para conceder os direitos civis às mulheres, com grande participação da Organização Internacional do Trabalho. Buscou-se a elaboração de convenções para melhorar acordos de trabalho sobre a mão de obra, igualdade

salarial entre os sexos, participação política, voto, elegibilidade para os organismos públicos em eleição, ocupação de cargos públicos, bem como de todas as funções públicas, e o direito da licença maternidade (SOARES, 2011).

No Brasil, em 1953, aconteceu desmembramento do Ministério da Educação e Saúde e instituído o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a). A saúde das mulheres nesse período era incipiente e influenciada por um modelo europeu, o “Estado de Bem- Estar”, que são políticas públicas a partir de elementos centrais à emergência e ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social, baseadas na equidade e, na saúde, em ações para os grupos considerados vulneráveis. O Brasil nesse momento vivia tensões entre mercado e cidadania no contexto de redemocratização (FLEURY; OUVENEY, 2012).

A cultura do papel das mulheres na sociedade ainda era em relação à maternidade e o intuito dessas ações políticas para melhorias na saúde materna era, na verdade, com o objetivo de prevenção da mortalidade materna e infantil, recebendo incentivos de combate à desnutrição e planejamento familiar para o aumento da prole (CASSIANO et al., 2014).

O ano de 1975 foi considerado o ano internacional das mulheres, em virtude da realização da I Conferência Mundial da Mulher com o lema “Igualdade, Desenvolvimento e Paz” e o encontro ocorreu na cidade do México. Um dos principais assuntos debatidos foi a respeito da eliminação da discriminação das mulheres e seu avanço social (ONU, 1976). No mesmo ano, no Brasil, com a influência de organizações internacionais, sucedeu a construção do Programa de Saúde Materno-Infantil (CASSIANO et al., 2014; BRASIL, 2011a).

Uma das principais mudanças históricas para as mulheres ocorreu em 1979 com a Convenção da Mulher ou Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher – CEDAW. No mesmo ano, 64 países firmaram este compromisso para o combate a todas as formas de discriminação, em uma carta internacional, e a busca da igualdade de gênero com a composição de 30 artigos para organização e execução das medidas (UN WOMEN, 2015).

Com as críticas dos movimentos feministas internacionais e nacionais sobre os modelos em saúde serem destinados ao período gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde do Brasil, em resposta, elaborou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que visava a implantação das ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 1984; 2011a).

O PAISM incluía a assistência ginecológica no controle de câncer de colo de útero e de mama, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; planejamento familiar, pré-natal; prevenção da mortalidade materna, assistência ao parto e puerpério, climatério e outras necessidades conforme a regionalidade brasileira. (BRASIL, 1984; 2011a). Neste período, também ocorreu a implantação de Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher, com a organização descentralizada das Secretarias Estaduais de Saúde. No entanto todas as formas de VCM ainda não recebiam foco nas políticas públicas (BRASIL, 2004b).

A III Conferência Mundial sobre a Mulher no ano de 1985, em Nairobi, teve como foco as “Estratégias Orientadas ao Futuro, para Desenvolvimento da Mulher até o ano de 2000”, devido ao pouco avanço das metas anteriormente pactuadas. As estratégias visavam igualdade no acesso à educação, oportunidades no trabalho e atenção à saúde das mulheres. Nota-se, na comunidade internacional, a falta da participação dos homens neste processo de igualdade, bem como o apoio político para o enfrentamento às desigualdades de gênero, entre outros fatores (OPAS,2019a).

Coincidindo com o período pós-ditadura militar brasileiro, em 1985, o Governo Federal, através da Lei Nº 7.353, de 29 de agosto de 1985, cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), uma das principais conquistas pelo movimento feminista na luta pela democracia e igualdade para as mulheres no Brasil (BRASIL,1985; 2011b).

As mobilizações sociais brasileiras na década de 80 e a reforma sanitária contribuíram para o desenvolvimento da Constituição Federal em 1988 que, no Inciso XXXVI do Artigo n.5, estabelece isonomia à população brasileira perante a lei, sem distinções aos residentes no país, com garantia do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Os artigos n. 196 a 200 são respectivos à saúde como dever do Estado, tendo sido ponto de partida para a criação do SUS em 1990 (BRASIL, 1990).

Fora do contexto brasileiro, na década de 90, devido às denúncias e atuação dos movimentos de mulheres com representação por vários países, a ONU e a Organização dos Estados Americanos (OEA) emitiram reconhecimento sobre a persistência de discriminações e violência contra as mulheres e iniciou-se a elaboração e consolidação de uma doutrina expressa dos direitos humanos para criar mecanismos para novas legislações em defesa das mulheres (BARSTED, 2012).

Em 1992, em complemento à Convenção de CEDAW, a Assembleia Geral da ONU aprovou a resolução nº19 sobre a VCM reafirmando e reconhecendo a magnitude e a gravidade da violência em todo mundo e o seu impacto na vida das mulheres, incluindo a violência baseada no sexo, reafirmando a VCM como uma grave forma de discriminação que perpetua a subordinação e, para superar a violência, exigia-se a atuação dos Estados-Membros através de medidas legislativas e políticas sociais (BARSTED, 2012).

O enfrentamento da VCM toma maior visibilidade como problema de saúde pública, e não somente como uma questão de segurança pública a partir da II Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993, com enfoque nas estratégias para melhorar o desenvolvimento humano. Neste encontro, foi elaborada a Declaração de Viena e o Programa de Ação em conformidade com a Carta das Nações Unidas de 1945 (ONU,1997).

Dentre as necessidades levantadas na Carta de Viena foram incluídas a erradicação da violência com base no gênero, declarada como uma conduta incompatível com o valor do ser humano e deve ser suprimida. Em detalhes, consta juntamente a importância da eliminação da violência contra as mulheres na vida pública e privada em todos seus contextos de todas as formas de assédio sexual, exploração, tráfico, preconceito contra o sexo feminino, erradicação de quaisquer conflitos entre os direitos das mulheres, efeitos nocivos de práticas tradicionais, preconceitos culturais, religiosos e em situações de conflito armado (ONU,1997).

Em 1994, no Brasil, foram reunidos representantes mundiais para a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, na qual foi elaborada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher ou Convenção do Pará. Nessa convenção, definiram-se a violência física, violência psicológica e a VS e foram discutidos direitos e deveres que os Estados deveriam exercer, bem como a elaboração de mecanismos interamericanos de proteção (BRASIL, 1996).

Ainda na convenção da OEA, declararam a violência de gênero como uma ofensa à dignidade humana, uma manifestação de relação de poder historicamente desigual entre mulheres e homens que transcende de forma negativa todos os setores da sociedade, independentemente da classe, etnia, salário, cultura, educação, idade e religião (BRASIL, 1996; BARSTED, 2012). Ainda em 1994, aconteceu a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), porém lembrada como

Conferência do Cairo. Dentre o programa de ação, estabelecia a igualdade de gênero e o combate da VCM, um dos temas centrais da conferência (OEA, 1994).

Na China, em Beijing, 1995, aconteceu a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, um dos marcos mais importantes para o empoderamento das mulheres. Foi instituída a Declaração e a Plataforma de Ação de 12 áreas de preocupação prioritária. Uma dessas áreas foi a VCM, uma declaração em forma de guia para buscar incremento nos segmentos da formulação de políticas públicas dos países participantes, com o intuito de promover a igualdade e evitar a discriminação das mulheres (ONU, 1995).

A década de 90 foi marcada por conferências internacionais que emitiram preocupações com a segurança das mulheres por meio de planos de ação e sobre a necessidade de os Estados-Membros inserirem nas agendas nacionais a equidade de gênero, bem como a promoção de políticas voltadas para a violência contra as mulheres. Por influência dos movimentos internacionais de mulheres, a inclusão sobre a violência recebeu visibilidade e as suas consequências também, no sentido da saúde sexual e reprodutiva (BARSTED, 2012).

A partir do ano 2000, ocorreram importantes avanços no mundo e no Brasil. Em 2002, a ONU publicou o primeiro Relatório Mundial sobre a violência, em resposta às convenções mundiais, o qual até hoje é um guia na área da violência (KRUG et al., 2002). No Brasil, em 2003, foi instituída a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres, atrelada ao Ministério da Justiça e posteriormente ao Ministério da Saúde, com a promoção da igualdade de gênero como objetivo principal (BRASIL, 2005a). No ano seguinte, o MS também publicou a Política Nacional de Humanização da Saúde, uma política transversal para melhorar todas as políticas de saúde (BRASIL, 2004c).

Nesse sentido, para melhorar o monitoramento da violência no Brasil aprovou-se a Lei nº 10.778/2003, que estabeleceu a notificação compulsória em casos de VCM atendidas nos serviços de saúde, públicos e privados, e possuía caráter sigiloso. Em 2004, pela Portaria nº 1.271/2004 e Portaria nº 2.405/2004, implantou-se a FNI (BRASIL, 2003; 2004a; 2004b).

A temática da violência passou a ser vista como uma das necessidades de combate para a promoção da saúde das mulheres. Com enfoque holístico e integral, o MS implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher como uma política e não como programa de ações (BRASIL, 2001; 2004b). O Governo Federal

também decretou a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres que, dentre os seus principais objetivos, estava a construção dos princípios e diretrizes para nortear a construção do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2007; 2004b).

Outro avanço de relevância do governo brasileiro foi a estruturação da Rede Nacional de Enfrentamento à Violência, Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios pela Portaria nº 936 de 2004. Consta nela toda a organização, objetivos, corresponsabilização e critérios de elegibilidades dos municípios para a criação dos núcleos, potencializando assistência de forma descentralizada e aumentando o acesso à população (BRASIL, 2004d).

Um dos canais de denúncia e fontes de dados de informações importantes sobre a VCM do Brasil e de brasileiras residentes no exterior é a Central de Atendimento à Mulher, o Ligue 180. Este atendimento, iniciado em 2005 e criado por meio da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), está a serviço da população que busca ajuda, informações, realiza reclamações, denúncias e elogios a toda rede de serviços organizada para as mulheres em situação de violência (BRASIL, 2020d).

Até o ano 2006, todos os esforços de movimentos internacionais de mulheres e avanços apoiados pela ONU e OEA serviram de modelo de aperfeiçoamento para legislações brasileiras. Naquele momento, acontecia no mundo e na América Latina aprovações de leis específicas que coíbiam a VCM. Em 2004, a Espanha também aprovou a Lei de violência que foi fonte de inspiração para a elaboração da Lei Maria da Penha. Outra fonte em destaque para a elaboração da Lei Maria da Penha foi o olhar da Comissão de Direitos Humanos da OEA, que acatou a denúncia sobre a omissão do Estado brasileiro com relação ao julgamento do agressor de Maria da Penha Fernandes. Assim, a OEA ordenou ao Brasil a elaboração de lei para coibir a violência doméstica (BARSTED, 2012).

Em 2006, a luta para coibir a VCM recebeu força e popularidade como fruto de uma ação coletiva coordenada por ONGs feministas, além da relevância das altas taxas de VCM por parceiro íntimo. Houve melhoramento dos conceitos, jurisdição e formas de punição e acarretou na criação de meios de proteção para as mulheres em situação de violência (BRASIL, 2006a). No mesmo ano, o SUS instituiu o Pacto pela Vida, com seis objetivos, dos quais dois deles envolvem diretamente a saúde das mulheres. Este pacto foi reafirmado em 2008 e ganhou 11 prioridades, das quais a

10ª constitui atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência (BRASIL, 2008b).

O Governo Federal brasileiro criou, em 2007, o Pacto Nacional de Enfrentamento à VCM. Este pacto específico incrementou objetivos primordiais com foco na aplicabilidade da Lei Maria da Penha, atendimento às mulheres em situação de violência, ampliação e integração dos serviços especializados, criação do Sistema Nacional de Dados sobre VCM, com vistas aos indicadores para monitoramento, garantia ao acesso à justiça, garantia aos direitos sexuais com autonomia, e como prestar atendimento às situações em que as mulheres têm seus Direitos Humanos e sexuais violados (BRASIL, 2006a; 2008b; 2011b; 2017b).

No seguimento da Segurança Pública, sob a Lei nº11.530/2007, com a instituição do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania, um dos focos de ação prioritária foi em relação às mulheres em situação de violência. Vale ressaltar os investimentos do Ministério da Justiça para combate da VCM, iniciados com a Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher (DEAM), que atua desde 1985, porém com necessidade de novas ações baseadas nas novas legislações da Lei Maria da Penha de 2006 e do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres de 2007 (BRASIL, 2006a; 2007; 2010).

Com as constantes inovações das políticas para proteção às mulheres, buscou-se a normatização das suas estratégias por meio da publicação da Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres em 2010. Esta publicação foi fruto da parceria da Secretaria Estadual de Segurança Pública do Paraná (SSP/PR), Secretaria Nacional de Segurança Pública e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). A publicação trazia conceitos atualizados sobre a violência contra a mulher; princípios e diretrizes; novas atribuições em conformidade com a Lei Maria da Penha; Rede de Serviços e Estrutura de DEAM (BRASIL, 2010).

Frente à necessidade da organização dos vários serviços públicos, o SUS também ampliava as ações. O Decreto nº7508/2011 trouxe a visualização da rede de serviços de atenção também para pessoas em situação de violência. Com uma política baseada em rede, estimulou-se e deu suporte para o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares, com o envolvimento de demais órgãos do governo para colaborar com o enfrentamento da violência além da área da saúde (BRASIL, 2010;2011c). Para acompanhar a epidemiologia, e identificar os casos de

violência, no mesmo ano, a notificação de violência interpessoal/autoprovocada se tornou compulsória em todo território brasileiro a fim de diminuir a invisibilidade desse problema de saúde pública (BRASIL, 2016).

Em conformidade com a organização dos serviços em rede de atenção e do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, foi instituído o Programa Mulher: Viver sem Violência, partindo da iniciativa da articulação de atendimentos especializados na saúde, justiça, rede socioassistencial e autonomia financeira, através do Decreto nº 8086 de 2013. Os eixos de ações foram implementação da Casa da Mulher Brasileira; ampliação da Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180; organização e humanização dos atendimentos às mulheres em situação de VS, implantação e manutenção dos Centros de Atendimentos às Mulheres nas regiões de fronteira seca e campanhas de conscientização; unidades móveis para atendimento a mulheres em situação de violência no campo e na floresta (BRASIL, 2013a).

Após 55 anos da primeira Carta das Nações Unidas na busca dos direitos humanos, no ano 2000, a ONU emitiu a Declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas, com a elaboração de oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Foi assinada por 191 países que se comprometeram com o desenvolvimento global dos direitos humanos e em combater os principais desafios da sociedade até o ano de 2015, sendo que uma das metas era a promoção da igualdade de gênero e autonomia das mulheres (ONU,2020).

Entretanto, quando os ODM foram avaliados em 2015, o quinto objetivo, que corresponde à igualdade de gênero, em outras palavras, o enfrentamento da VCM, não gerou todos os resultados esperados e novamente é uma das 169 metas na agenda universal de 2030, dentre os 17 ODS do Milênio. A agenda promete o empenho ao combate de todas as formas de discriminação e violência contra mulheres, com participação e engajamento de homens e meninos (ONU, 2016).

No cenário brasileiro, em 2019, o Programa Mulher Viver Sem Violência foi finalizado mediante intervenção governamental, atualizando as configurações dos vários Ministérios, e extinguiu a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM). A atualização foi deliberada pelo Decreto nº 10.112, sob nova reformulação para o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e instituiu o Programa Mulher Segura e Protegida (BRASIL, 2019a).

A atualização do novo ministério visava também ações de implementação das Casas da Mulher Brasileira (CMB), com o objetivo de concentrar serviços especializados da rede de atendimento às mulheres; integração dos sistema de dados da CMB com a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180; implementação de ações articuladas para a estruturação do atendimento às mulheres em situação de VS; implementação das unidades móveis para atendimento fora do espaço urbano; execução de campanhas continuadas para a conscientização da prevenção da VCM (BRASIL, 2019a).

No entanto, a condensação de ministérios impactou nos repasses dos valores de incentivos para as políticas, sobretudo afetando o combate à violência. A diminuição de recursos para o programa das CMB ilustra a falta de prioridade do governo das políticas para as mulheres. Entre 2015 e 2019, o orçamento da Secretaria da Mulher foi reduzido de 119 milhões de reais para 5,3 milhões. No mesmo período, o pagamento para atendimento às mulheres em situação de violência foi de 34,7 milhões para 194,7 mil reais, não correspondendo às medidas internacionais para contribuir com o quinto objetivo da agenda de 2030 (FERREIRA, 2020; ONU, 2018).

A diminuição de incentivos financeiros não corresponde à realidade perante os dados estatísticos, ao passo que aumentar as notificações necessitaria de mais recursos para combater a violência. Em dados preliminares do Boletim Epidemiológico do Brasil, divulgado em 2019, visualizou-se que as notificações de VCM no período de 2011 e 2018 tiveram aumento de 255% de notificações de violências perpetradas contra mulheres: foram 1.282.045 casos. No mesmo período, o número de municípios que passaram a notificar também aumentou. Em 2011, apenas 38% eram municípios notificadores. No ano de 2018, foi para 79% dos municípios. Entre as notificações divulgadas no Boletim Epidemiológico do Brasil em 2019, 53,4% correspondiam a casos que envolviam mulheres jovens entre 15 e 39 anos (BRASIL, 2019b).

2.3 POLITICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL

As estimativas globais divulgam anualmente que a VS é um fenômeno social que atinge milhares de meninas e mulheres. Os principais fatores de risco associados ao abuso sexual são a baixa escolaridade, história de maus tratos durante a infância, presença de violência na família e, principalmente, a desigualdade de gênero (OMS, 2012). Nascer mulher constitui risco aumentado para sofrer algum tipo de violência,

dentre elas, a sexual perpetrada por desconhecido, agressor afetivo ou do arranjo familiar. Estima-se que 35% das mulheres no mundo sofreram violência física e/ou sexual (WHO,2013).

No Brasil, antes de 1985 não existiam políticas públicas específicas para a mulher. Com exceção da atenção materno-infantil, não havia foco para a VS em qualquer contexto. De forma rudimentar, a violência era tratada como um crime ainda com um olhar mais jurídico e não de saúde. As mulheres em situação de violência eram atendidas em Delegacia Civil e, a partir de 1985, pela DEAM. Se as mulheres necessitassem de atendimento de urgência e emergência, eram encaminhadas aos hospitais gerais e não específicos para VS (BRASIL, 2010; ANDRADE et al., 2019a; COLÁS; AQUINO; MATTAR, 2007; COLÁS; ROSAS; PEREIRA; 2021).

Quando as mulheres procuravam um hospital, primeiramente, as mesmas eram encaminhadas ao Instituto Médico Legal, devido à imperícia e inaptidão dos cuidados de saúde frente a esta situação que envolvia crime. Apenas anos depois, a partir de 1989 o estupro que resultava em uma gravidez, recebia atendimento especializado para a interrupção da gestação³(ANDRADE et al., 2019a; COLÁS; ROSAS; PEREIRA; 2021).

O abortamento por estupro está legalizado desde 1940 no Brasil (BRASIL, 1940), porém a assistência médica de fato iniciou-se a partir de 1989 em São Paulo uma equipe multidisciplinar, formada por Médicas(os), Enfermeiras(os), Assistentes sociais, Psicólogas(os) e advogadas (os) realizava o atendimento (COLÁS; ROSA; PEREIRA, 2021; COLÁS; AQUINO; MATTAR, 2007; ANDRADE et al., 2019a).

No processo de implantação à assistência em situação de VS, a Universidade Estadual de Campinas, São Paulo (UNICAMP) foi uma das pioneiras no Brasil para o atendimento à VS. Antes da década de 90, o atendimento de saúde era escasso e incipiente, exclusivamente ligado apenas à interrupção legal por estupro. A partir de 1996, ampliou-se a assistência para outros hospitais universitários de algumas cidades e capitais do Brasil, porém não evocavam atendimentos de saúde de forma integral (FAÚNDES, 2006; TALIB et al., 2005; ANDRADE et al., 2019a).

³No Brasil, há três situações nas quais o aborto induzido não é computado como crime: nas exceções que a gestação resulte em risco de morte da mulher, em gestação de feto anencefálico e por estupro (BRASIL, 2014b).

O Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP), em vista da necessidade de ampliar os atendimentos às mulheres de forma efetiva, além da interrupção legal da gestação por estupro, atuava em conjunto com o Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) e Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UNICAMP. Eles viabilizaram o I Fórum Interprofissional para Implantação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei. Em 1996, convidaram uma gama de profissionais qualificados como professores das faculdades médicas, jurisperitos, cientistas sociais, mulheres representantes de movimentos feministas, e representantes do Ministério da Saúde e da FEBRASGO (CEMICAMP, 2006; ANDRADE et al., 2019a).

No Fórum, discutiram a ampliação de direitos, ou melhor, para garantir o acesso ao direito já previsto em lei da interrupção da gestação por estupro, a ampliação da conduta, com medidas para atendimento de emergência no SUS com prescrição de profilaxias das IST, inclusive o HIV, contraceptivo de emergência e oferecimento de acompanhamento psicológico. Após a visibilidade dessa iniciativa, foram propostos outros fóruns, anualmente, pela CEMICAMP, com o objetivo de apoiar a construção da assistência pelo Brasil (CEMICAMP, 2006; BEDONE; FAÚNDES, 2007; COLÁS, 2007; MADEIRO; DINIS, 2016; ANDRADE et al., 2019a).

Estima-se que uma minoria de casos de gestação indesejada por estupro consegue receber assistência à saúde em tempo oportuno. Baseando-se em dados oficiais entre 2008 e 2015, foram realizadas cerca de 200 mil internações por ano por abortamento. Entre esses procedimentos, 1.600 foram por razões médicas e legais, as quais agrupam o abortamento legal. Porém, ao analisar apenas dados oficiais, não se pode estimar o número real de abortamentos que aconteceram no Brasil, uma vez que provocar o aborto no Brasil ainda é considerado um crime (BRASIL, 2009; CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

A dificuldade de acesso ao abortamento legal por estupro ainda possui grandes desafios atualmente, enfrentando inúmeros obstáculos e questões morais e religiosas. Estudo realizado na perspectiva de gênero, em um hospital especializado em São Paulo, divulgou a postura negativa dos profissionais perante a solicitação das mulheres para o abortamento legal, obrigando mulheres a peregrinar na busca pelos seus direitos e por assistência à saúde, as quais, muitas vezes, chegam com idade gestacional superior àquela recomendada para o procedimento (SANTOS, 2019). Em outro estudo, realizado no hospital especializado no Paraná, também traz a reflexão

e a forte relação das questões de gênero, no qual a dificuldade de acesso culmina em gestações indesejadas, vislumbrando a necessidade de ampliação do acesso para combater a VCM (LIMA; LAROCCA; NASCIMENTO, 2019).

Apenas uma parcela das mulheres que sofrem VS resulta em aborto. Se houver acesso à saúde e intervenção em tempo oportuno, os índices de abortamento legal podem levar à diminuição dessa repercussão negativa da gestação indesejada. Nesse sentido, necessita-se da ampliação da assistência às mulheres, para assim evitar tanto a gestação e demais agravos à saúde como as IST e transtornos psicológicos. Assim, desde 1997, a FEBRASGO iniciou os trabalhos para a elaboração da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei. Essa comissão subsidiou a primeira norma técnica do MS, intitulada Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (CEMICAMP, 2006; BRASIL, 2005b; ANDRADE et al., 2019a).

Embora iniciados os esforços para a assistência de forma integral à VS, ainda não constituía uma realidade presente em todos os municípios do Brasil. A partir do estado de São Paulo e em outras capitais, os atendimentos iniciaram especialmente em hospitais universitários. Em Curitiba, no estado do Paraná, o atendimento à VS começou em 1997, contudo, com maior efetivação a partir de 2002, com a participação da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Segurança Pública com desenvolvimento do Programa Mulher de Verdade - Atenção à Mulher em Situação de Violência. Este programa foi referência para o MS implantá-lo no restante do país (CURITIBA, 2002).

Foi em 2002, em Curitiba, que se iniciaram as discussões acerca da coleta de vestígios pelos peritos do Instituto Médico Legal (IML) em ambiente hospitalar, assistência realizada desde então. Parte de uma estratégia em oferecer um serviço de urgência e emergência à VS de forma integral, para evitar a peregrinação das mulheres em busca de atendimentos (CURITIBA, 2008; PARANA, 2018; ANDRADE et al., 2019a; MAFIOLETTI et., 2021).

Em consonância com as políticas públicas sobre atenção em rede e envolvimento intersetorial, em 2013, foram decretadas diretrizes pelo MS para o atendimento às mulheres em situação de VS, tanto por profissionais de segurança pública como pela rede de atendimento do SUS, com o intuito de integrar o serviço (BRASIL, 2013b).

O atendimento integral foi instituído no mesmo ano para garantir amparo médico, psicológico e social imediato; diagnóstico e tratamento das lesões corporais; profilaxia da gravidez e das IST, coleta de exames laboratoriais e de vestígios; e informações sobre os serviços disponíveis (BRASIL, 2013c). A Portaria nº 485 de 2014 redefiniu o serviço, complementando a atenção como uma rede de serviço, inclusive no que se refere ao exame pericial (BRASIL, 2014b).

A partir de 2015, o Ministério da Saúde integrou, a nível nacional, as condutas de saúde e periciais. Isso disponibilizou critérios de habilitação dos Serviços de Referência do SUS para atendimento em situação de VS para exame pericial e ofereceu autonomia para a coleta e preservação dos vestígios para a análise de DNA do agressor. No mesmo ano, foi publicada a Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, como trabalho intersetorial do Ministério da Justiça e Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a; 2015c).

No Paraná, foi realizado um estudo observacional transversal para mensurar a adesão ao protocolo de atendimento às mulheres em situação de VS, entre os anos de 2009 e 2015, associado ao perfil das mulheres atendidas. Analisaram 28 hospitais e observaram que 50% aderiram à realização das profilaxias para IST, HIV e hepatite B, coleta laboratorial e pericial; 63% ofereceram contracepção de emergência e 69% efetuaram encaminhamento para seguimento ambulatorial (MUSSE; FAÚNDES; ANDRADE, 2020).

Quase no mesmo período, entre 2010 e 2015, no hospital público que atende Curitiba e a Região Metropolitana, foram notificados e atendidos 1041 casos até 72 horas da ocorrência da VS, dos quais 90% das mulheres eram jovens, 95,7% perpetrados por agressor do sexo masculino e 65% por agressores desconhecidos. Entre 39,3 e 55,3% dos casos de VS foram atendidos em menos de 24 horas; 53,9% procuraram atendimento entre 24 e 72 horas. A procura em até 72 horas estava associada à ausência de outro meio de agressão além da própria VS, com agressor conhecido. Quanto ao acompanhamento ambulatorial, 59,8% nunca retornaram e 9,6% completaram o seguimento (KANGUSSU, 2018).

Embora as constantes lutas para melhorar a assistência às mulheres, recentemente foi publicada a Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, que solicita a justificativa e autorização da interrupção da gravidez em casos previstos em lei no SUS, colocando como compulsória, para os profissionais, a notificação à autoridade

policial de casos de indícios ou confirmação do crime de estupro. Um retrocesso que refletirá na busca e acesso pela interrupção da gestação (BRASIL, 2020e).

Em resposta, o Ministério Público Federal através de uma recomendação conjunta entre o Estado do Paraná e Rio considerou que a notificação compulsória pelos serviços de saúde não tem a finalidade de dar início à apuração do crime, e que desconsidera o sigilo e ética profissional. Para tanto, recomendou que a comunicação compulsória não poderá impedir ou comprometer o atendimento em situação de violência, devendo ser feita somente para fins estatísticos, sem informações pessoais da agredida, exceto em casos que haja consentimento expresso para que o crime seja apurado pela polícia. Recomenda, ainda, que haja orientação às mulheres que buscam atendimento durante as etapas do procedimento, que a etapa de justificação e autorização não venha se tornar um obstáculo ou momento de constrangimento à autonomia das mesmas (BRASIL, 2020f).

A assistência especializada nas situações de VS, na sua operacionalização, ainda se enquadra de forma incipiente devido à precarização de estruturas físicas para o atendimento, escassez de recursos humanos e materiais. Na visão das mulheres que utilizaram o serviço, permanecem os sentimentos de insegurança para acessar as instituições, medo das demandas não serem atendidas, sofrer mais violência na busca por ajuda especializada, temor de dar seguimento à denúncia e ao processo judicial (TRIGUEIRO et al., 2018; SILVA, 2019a; TRENTIN et al., 2019).

Os resultados de poucos incentivos governamentais impactam diretamente na lentidão das medidas protetivas, difícil acesso à saúde e pouco diálogo intersetorial. Essas falhas aumentam a exposição das mulheres à violência institucional, fragmentam e fragilizam o atendimento, levando à revitimização. Embora houve avanços com as políticas públicas, as conquistas não são garantidas. Estão constantemente ameaçadas, necessitando de consolidação em práticas, como por exemplo, na formação atualizada de profissionais, na busca da desconstrução da postura machista para evitar a violência de gênero na própria rede de atenção (TRIGUEIRO et al., 2018; SILVA, 2019a; TRENTIN et al., 2019; SOUZA; PERES; MAFIOLETTI, 2020; SOUZA et al., 2021a).

Quanto aos dados da saúde, estudo observacional realizado com dados de notificação ao SINAN, no período de 2009 e 2013, apontaram que 70% das notificações de VS foram por estupro; um terço dos casos não tinha acontecido pela primeira vez e houve diminuição de casos que envolviam força corporal ou

espaçamento. Entre justificativas para menor índice de força corporal, atrelaram-se ao fato de 25% dos agressores serem conhecidos ou familiares das violentadas, utilizando da ameaça ou violência psicológica para cometer o crime (GASPAR; PEREIRA, 2018).

Em relação à denúncia de VS, houve aumento com tendência linear ao longo dos anos. Atingiu o ápice em 2018, com 66.041 estupros notificados às autoridades policiais. Mesmo com maior número de notificações, deve ser levado em conta que ainda apresenta baixa taxa de notificação desses crimes à polícia (BUENO et al., 2019). A última pesquisa nacional de vitimização estimou que cerca de 7,5% das vítimas de VS notificam a polícia, e nos Estados Unidos, as estimativas apontam que a taxa de notificação no país varia entre 16% e 32% de todas as ocorrências. (BRASIL, 2013d; RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

Os motivos da subnotificação da VS são, em grande parte, por medo da retaliação por parte do agressor, descrédito nas instituições, vergonha e sentimento de culpa. Em 2019, houve redução das notificações de estupro nas delegacias. Isso demonstra uma situação alarmante, pois não quer dizer que houve redução dessas violações. Contudo, as mulheres não estão conseguindo ter acesso à polícia para efetuar a denúncia, principalmente em virtude da pandemia por coronavírus, a partir de março, com a necessidade de isolamento social (BUENO et al., 2021).

2.4 VIOLÊNCIA SEXUAL FACILITADA POR DROGAS

A utilização de SQ para manipular o estado de consciência nas práticas criminosas é recorrente desde 1994 (OLSEN et al., 2014). Entretanto, discursos de uso de SQ aplicadas com a finalidade de sexo sem consentimento são relatados desde o início da convivência humana com o uso de bebidas alcoólicas (DORTA, 2018). A DFSA consiste em um dos artifícios utilizados para se apropriar do corpo feminino quando a mulher está inconsciente ou incapaz de fornecer o consentimento para o ato sexual, sendo desnecessário o emprego de força física e acarretando estupro na situação vulnerável (PREGO-MELEIRO et al., 2020a; 2020b).

Nesse sentido, a desigualdade de poder subjugam as mulheres em seus relacionamentos e as vulnerabiliza de diferentes maneiras. A atitude do agressor em aplicar drogas para fins de desinibição das mulheres provém de uma postura cultural machista, com o intuito de conseguir dominá-las sem resistência ou uso de força

corporal. A abordagem com o uso de drogas é mais elaborada, de forma premeditada, e perspicaz, sem deixar indícios. Com efeito, constitui um comportamento predominantemente masculino que, em benefício da sua satisfação sexual, se apropria do corpo feminino inconsciente como um objeto de prazer sexual egoísta (SAFFIOTI, 2001; GIANNINI; COELHO, 2020).

A DFSA envolve situações desde pressionar alguém para que consuma mais drogas, além do que a pessoa se sente confortável; ignorar ou recusar a ajudar alguém quando essa pessoa bebeu muito e está em uma experiência negativa com uso de drogas; e também nos casos de ocultar informações sobre o que contém na bebida ou tipo de dosagem da droga que alguém está ingerindo (RAPE, ABUSE & INCEST NATIONAL NETWORK, 2021).

Podemos classificar duas principais formas de crimes facilitados por drogas: a DFSA oportunista, que ocorre quando o predador sexual se aproveita do estado incapacitado da vítima pelo seu consumo voluntário de SQ, e a DFSA proativa, quando o predador sexual escolhe previamente a vítima a quem vai administrar, de forma secreta, a SQ para provocar a incapacitação e dominá-la sexualmente sem consentimento (UNODC, 2011; GRELA; GAUTAM; COLE, 2018). Também ocorre de forma mista - a oportunista e a proativa - principalmente quando o agressor se aproveita da bebida alcoólica, que tem potencial de alterar sua capacidade de decisão, e administra secretamente outra substância (PREGO-MELEIRO, 2020a; 2020b).

O ambiente no qual a mulher é exposta a essas drogas, comumente são espaços de descontração, local que a mulher geralmente procurou com a intenção de diversão e acompanhada por pessoas que acreditava serem amigas, pessoas próximas que poderia confiar (OLSEN et al., 2014; ANDERSON et al., 2017).

A droga do estupro é oferecida sem consentimento das mulheres. Geralmente é associada a uma bebida não alcoólica ou alcoólica. A bebida alcoólica potencializa os efeitos psicoativos, amnésicos. Além do mais, leva à inconsciência, produz incapacidade de locomoção e, principalmente, de resistir à agressão (LAHANE: KAUR, 2021). São oferecidas principalmente em bares, boates, casas de show, churrascos, repúblicas, entre outros. Estes locais apresentam, em grande parte, baixa luminosidade e música alta, como também em um ambiente de mesa de bar torna-se oportuno quando há o deslocamento das mulheres para o banheiro e, ao retornar, seu copo foi “batizado” (OLSEN et al., 2014; ANDERSON et al., 2017).

Dentre as pesquisas existentes sobre a temática, na comunidade norte-americana, metade das pessoas em situação de VS descreveram um encontro com o agressor em um lugar público, e mais de 70% conheciam o agressor como um amigo ou colega, o qual utilizou fármacos para realizar o estupro (OLSEN et al., 2014).

Drogas são facilmente diluídas na bebida alcóolica para mascarar o sabor, têm rápida dissolução e raramente deixam sedimentos visíveis (ELLIOTT, 2008; BUSARDÒ et al., 2019; LAHANE; KAUR, 2021). A forma mais comum de administrar a droga é por via oral, no formato de comprimido, gelo, líquido em conta-gotas, as mais comuns. Porém, há indícios de aplicação em cigarros, ou brownie com cannabis, gelatina, frutas, alimentos, ou disfarçada como outro remédio (OLSEN et al., 2014).

Inúmeras SQ são detectadas em exames laboratoriais sanguíneos, urina e segmento de cabelos das pessoas acometidas. As drogas encontradas são: álcool, cannabis, cocaína, metanfetaminas (MDMA), anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepinas, benzoilecgonina, canabinóides, carisoprodol, ketamina, ciclobenzaprina, clonidina, difenidramina, álcool, escopolamina, hidrato de cloral, γ -hidroxi-butilato (GHB), meprobamato e opioides (OLSEN et al., 2014). A variedade de SQ é grande, as mais encontradas são GHB, flunitrazepam, álcool, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), ketamina, metilenedioximetanfetamina (MDMA). (LAHANE; KAUR, 2021). As substâncias encontradas em análises brasileiras incluem o álcool, utilizado de forma isolada ou associado à *Cannabis sativa* e à metoclopramida (MARTON et al., 2019). A maioria das drogas são ilegais, mas são facilmente encontradas sob vários nomes nas ruas do mundo todo (LAHANE; KAUR, 2021).

Os principais efeitos que as drogas facilitadoras provocam no corpo consiste na desinibição, amnésia, lapsos e perda de memória, alucinações, inconsciência, aumento da frequência cardíaca, dormência, sonolência, visão distorcida e confusão, o que resulta na mulher vulnerável, sem discernimento dos seus atos. Se administradas em altas doses, podem causar coma ou até a morte. Na maioria dos casos, após a agressão, a mesma não consegue ter nenhuma lembrança do acontecido (LAHANE; KAUR, 2021). O agressor, ciente que a droga possui ação rápida, ao perceber os primeiros sintomas de desinibição, pode transportar a mulher para o local desejado a fim de realizar o abuso de forma individual ou coletiva. A duração do efeito é estimada entre duas e oito horas. (FOLGAR et al., 2017; ANDERSON et al., 2017; BUSARDÒ et al., 2019).

No Brasil, na Capital do estado de São Paulo, entre 2016 e 2017, os pesquisadores detectaram, em 102 crimes sexuais, a presença de 48% de laudos criminalísticos com resultado positivo para presença de drogas em fluidos corporais das mulheres; estas eram 98% do sexo feminino; 47% eram jovens entre 12 e 20 anos e 39% entre 21 e 30 anos (MARTON et al., 2019).

Legalmente, em alguns países considera-se geralmente um duplo delito, quando a VS é associada à utilização de DFSA. Há países que possuem penalizações específicas como Itália, Alemanha, Reino Unido e, e em alguns estados da América do Norte, é considerado um agravante. No entanto, no Brasil, não existe legislação específica e segue com aplicação de penalizações correlatas para julgar o delito, enquadrando-se como estupro de vulnerável, por não ter o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pôde oferecer resistência (BRASIL, 2009; DORTA, 2018).

Reportar os casos de VS às autoridades, de maneira geral, é um desafio para as mulheres. Quando o caso é FDSA, encontram-se mais barreiras pelo preconceito da embriaguez e dos sintomas amnésicos. Ainda devem ser consideradas a influência do atraso na procura por cuidados de saúde e perdas de evidências para coleta de vestígios, da pouca comunicação na investigação entre peritos, profissionais da saúde, análises clínicas e promotoria, dificuldade em identificar qual DFSA foi utilizada devido a um rol grande de substâncias que são empregadas e a rápida eliminação de algumas drogas em fluidos corporais que podem ser coletadas para amostra laboratorial, falta e precariedade de laboratório com estrutura para realizar a análise, além da ausência de um banco de dados para este fim (DORTA, 2018).

Pesquisadores defendem a importância do avanço das tecnologias analíticas para detecção dessas drogas com o objetivo de proteção das mulheres. Drogas como 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), dietilamida do ácido lisérgico (LSD), ácido gama-hidroxibutirato (GHB), cetamina, álcool, *Rohypno*® produzem sintomas que constituem uma ameaça para toda a sociedade e torna-se relevante a conscientização desse perigo potencial para a DFSA (LAHANE; KAUR, 2021).

2.5 ATENDIMENTO DE SAÚDE ESPECIALIZADO EM VIOLÊNCIA SEXUAL

As consequências da violência, em resultado ao sexo forçado, repercutem em alterações comportamentais, sociais e de saúde mental e repercussões na saúde

sexual e reprodutiva. Na saúde sexual, podem ocorrer a gravidez não planejada, abortamento clandestino, variadas disfunções sexuais, IST e outras disfunções de saúde. Na saúde mental, podem ocorrer desde a manifestação de depressão, estresse pós-traumático, ansiedade, insônia, sintomas psicossomáticos, transtorno de pânico, comportamento e ideação suicida, suicídio ou morte, perpetrada pelo agressor intencionalmente ou devido às lesões corporais e íntimas intensas (CORTES; PADOIN, 2016; TRIGUEIRO et al., 2017).

Para melhor efetividade de tratamento e acompanhamento dos sintomas psíquicos e físicos, recomenda-se que sejam disponibilizadas informações sobre os serviços especializados que forneçam atenção integral às pessoas em situação de VS em toda a rede de atendimento do SUS, com o objetivo de garantir melhor acesso aos serviços e proteção (b). Concomitante à assistência em saúde, também deve ser avaliada a necessidade do encaminhamento à Rede Intersetorial de Atenção às Mulheres em Situação de Violência de Curitiba e Região Metropolitana de Curitiba (RAMSVC) (BRASIL, 2011b; CURITIBA, 2008; PARANA, 2018).

A RAMSVC é composta pelos serviços de saúde e assistência social, pelas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais especializados, Centro de Referência e Atendimento à Mulher Curitiba e RMC, Casa Abrigo Pousada de Maria, Centros Regionais de Assistência Social, Centro Especializado de Assistência Social, e Fundação de Ação Social (CURITIBA, 2008; PARANA, 2018).

Somam-se à RAMSVC, os serviços de segurança e justiça pelo Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensoria Pública do Paraná, Ministério Público do Paraná e Delegacia Especializada da Mulher de Curitiba. A rede possui uma organização e apoio dos Distritos Policiais, Secretaria Municipal de Educação, Universidades, Organizações não governamentais, Conselho Estadual e Municipal da Mulher, Secretaria Municipal Extraordinária da Mulher, Movimentos de Mulheres e Direitos Humanos, Polícia Militar do Paraná, Patrulha Maria da Penha, Sociedades Científicas, Distritos Sanitários e apoio religioso (CURITIBA, 2008; PARANA, 2018).

Estudo realizado em Curitiba em hospital especializado, evidenciou que, entre 2010 a 2015, foram notificadas 2943 ocorrências de violência. Especificamente destas, 1678 ocorrências eram de VS a partir dos 12 anos, sendo 1589 do sexo feminino. Entre esses atendimentos, 1041 mulheres foram atendidas dentro das 72

horas da VS no pronto atendimento ginecológico obstétrico. O estupro estava presente em 924 casos, e 689 com penetração oral, vaginal ou anal. Quanto à procura pelo serviço especializado, 46,1% das mulheres procuram o serviço em menos de 24 horas da ocorrência da violência e 41,1% entre 24 e 48 horas (KANGUSSU, 2018).

Após a VS, independentemente do tempo que decorreu, os serviços de segurança pública e serviços de saúde encaminham as pessoas acometidas para hospitais especializados para início do tratamento específico para a saúde sexual e mental (PARANA, 2018; ANDRADE et al., 2019a). Vale ressaltar que o Ministério da Saúde padronizou, em todo território nacional, a afirmativa de que não é obrigatória a abertura do boletim de ocorrência para iniciar os tratamentos de saúde ou abortamento legal (BRASIL, 2015a).

Conforme o tempo decorrido da VS, são aplicados dois tipos de fluxogramas de atendimento. Para as situações nas quais a VS ocorreu até 72 horas, incluem-se a coleta de sangue, administração das profilaxias para gestação não desejada e para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) para acompanhamento ambulatorial (PARANÁ, 2018). Nos casos de VS com tempo decorrido acima de 72 horas, é realizada a coleta de sangue para acompanhamento ambulatorial, porém não são administradas as profilaxias, sendo avaliada individualmente a necessidade de cada mulher (ANDRADE et al., 2019a).

No primeiro contato, quando a pessoa acometida pela VS chega ao hospital referenciado, é realizado o aconselhamento da Enfermeira(o) e assistente social sobre a necessidade de adesão ao seguimento dos atendimentos de forma efetiva, com agendamento para o acompanhamento ambulatorial no próprio serviço especializado, para o atendimento psicológico e do médico infectologista (ANDRADE et al., 2019a). No atendimento à VS dentro do período de 72 horas, quando há consentimento das mulheres, é acionado o médico perito do IML, o qual se desloca para o hospital para a coleta de vestígios (CURITIBA, 2004;2008; PARANÁ, 2018).

O seguimento ambulatorial está organizado para uma equipe multiprofissional de saúde, que acontece desde o primeiro contato e nas consultas individuais posteriores em 10, 30, 90 e 180 dias, sendo estes retornos uma recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a). Um dos objetivos da atenção é principalmente prevenir e tratar possíveis sequelas, como aparecimento de IST, gestação não desejada e sequelas psíquicas, que podem ser diagnosticadas nestes próximos 180 dias de tratamento (ANDRADE et al., 2019a).

Atualmente, Curitiba e região metropolitana possuem uma rede de serviços de apoio às mulheres em situação de violência, com atuação pioneira desde 1997, em um hospital público, com atendimentos para os casos de VS e, desde 2002, aumentaram os incentivos internacionais e nacionais com aprimoramentos dos serviços, tanto nacionais, estaduais e de esfera local (KRUG,2002; BRASIL, 2011b; 2013a; PARANÁ, 2018).

A partir desses esforços, foi elaborado o protocolo para ações integradas e simultâneas, com o intuito de evitar a peregrinação ou rota crítica entre os serviços. Este protocolo instituiu as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais referências como porta de entrada para a assistência de VS. Além da assistência, também notificam de forma compulsória, e efetuam o papel de continuidade, com encaminhamento para os serviços especializados, conforme a necessidade das mulheres. Após a Lei Maria da Penha, houve avanços em relação à instituição do Juizado Especializado, Defensoria Pública e Centro de Referência, como também à atuação dos serviços de assistência social (BRASIL, 2006a; 2010; 2013a; CURITIBA, 2004;2008; PARANA, 2018).

No mesmo período em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba com apoio da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) implantou o Programa Mulher de Verdade (PMV) e, de forma intersetorial, um Programa com o objetivo de garantir atenção às mulheres em situação de VS e doméstica. Esse programa foi organizado na Rede Intersetorial de Atenção às Mulheres em Situação de Violência (RAMSVC). Este serviço padronizou fluxos e continuidade de assistência e recebeu apoio da área de segurança pública, justiça, saúde, conselhos estadual e municipal da mulher, sociedades científicas, universidades e organizações não governamentais (CURITIBA, 2004; 2008; PARANA, 2018).

Em Curitiba, a partir de 2002, houve um avanço para atendimentos em situação de violência. A SESA e Secretaria de Segurança Pública (SESP) integraram, de forma intersetorial, o atendimento no hospital para o acolhimento com humanização. Diante desta mudança de assistência, pode-se ofertar as profilaxias em tempo oportuno com prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e à gravidez indesejada (CURITIBA, 2004; 2008; PARANÁ, 2018).

Em um estudo sobre a adesão dos hospitais de referência às recomendações do Ministério da Saúde no Paraná, em 28 hospitais especializados, constataram entre 2009 e 2015, sob a análise de 4057 fichas de notificação de VS, que todos os hospitais

realizaram acolhimento, consulta ginecológica, e atendimento no quadro agudo; 50% ofertaram as profilaxias para IST, HIV e Hepatite, coleta de secreção vaginal e exames sanguíneos; 63% administraram a profilaxia da gestação; 69% encaminharam ao acompanhamento ambulatorial. Os pesquisadores concluíram que, apesar da existência do protocolo, ainda há fragilidades na assistência, principalmente quanto à oferta do protocolo às mulheres pelos profissionais (MUSSE; FAÚNDES; ANDRADE, 2020).

Em Curitiba e RMC, há três hospitais especializados que oferecem assistência em situação de VS. Para a organização do fluxo de atendimentos, crianças de até 11 anos incompletos são atendidos em um hospital pediátrico e, em outros dois hospitais, um público e um filantrópico, que realizam atendimentos, independentemente do sexo, a partir de 12 anos (ANDRADE et al., 2019a; CURITIBA, 2004;2008; PARANÁ,2018).

A partir do momento que a mulher em situação de violência procura o hospital e recebe a classificação de risco com acolhimento pela Enfermeira(o), é realizado um levantamento de informações essenciais como o dia, hora, local tipo de violências envolvidas e meio de agressão, e a mulher recebe orientações sobre toda a assistência que irá ser realizada, a importância da notificação da VS, e ela é estimulada a notificar o crime através do boletim de ocorrência (BRASIL, 2015a; 2017a, além de ser examinada pelo médico do IML, e também sanar as dúvidas (BRASIL, 2015a;ANDRADE et al., 2019a).

Todos os profissionais que prestam assistência às pessoas em situação de violência devem manter uma postura acolhedora. A prática de humanização inclui desde a equipe da recepção, segurança até a equipe multiprofissional de saúde. O acolhimento, como uma prática de saúde e ferramenta de trabalho do SUS, é uma das condutas para gerar garantia de acesso ao cuidado integral (BRASIL, 2017a).

2.6 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DIANTE DA VIOLÊNCIA SEXUAL

A Enfermeira(o) é a primeira profissional de saúde em contato com as mulheres em situação de VS na atenção básica até os serviços especializados (BRASIL, 2005b; TRIGUEIRO et al., 2017; SANTOS et al., 2021), além de ser responsável por uma primeira abordagem qualificada, com acolhimento e escuta ativa (BRASIL, 2017a). Possui autonomia profissional respaldada por órgãos legais para atuar como gestor do cuidado de Enfermagem (ANDRADE, et al., 2019b) e, assim,

garantir uma assistência que atenda às necessidades de forma positiva, que não agregue mais sofrimentos atrelados à uma segunda violência, a violência institucional, e sim diminua os impeditivos da rota crítica nos serviços de saúde (BARAGATTI et al., 2019; ARBOIT et al., 2019; MAFIOLETTI et al., 2020).

A violência institucional pode ocorrer nos espaços das instituições públicas e privadas, na relação entre profissionais e paciente, manifestada por negligência ou ineficácia de atendimento, discriminações sobre o perfil do paciente, intolerância, falta de abertura para escuta, menosprezo pelos saberes do paciente, uso do poder e outros (BRASIL, 2009). É um desafio ofertar uma assistência de qualidade, em virtude das inadequações institucionais e acúmulo de atividades durante a jornada de trabalho, o qual não favorece o tempo necessário que cada mulher necessita para ser assistida (BEZERRA et al., 2017; TRENTIN et al., 2019; BRANCO et al., 2020; MOREIRA et al., 2020).

No momento que as mulheres buscam ajuda formal, estão vulneráveis e requerem do profissional uma postura com discrição, empatia e atenção, necessitando do reconhecimento positivo da equipe que irá atendê-la (BRASIL, 2017a). Em virtude da fragilidade do quadro que a mulher se encontra, em uma situação de urgência e emergência em hospitais e maternidades especializadas para VS, é imprescindível uma abordagem humanizada por todos os profissionais que atendem essas mulheres, não caracterizando o acolhimento como postura exclusiva da Enfermagem, mas atitude de toda a equipe (BRASIL, 2004c; 2017a).

A Enfermeira(o), como integrante da equipe multiprofissional para realizar assistência às mulheres em situação de VS, deve atender com uma postura embasada na receptividade, sem esquecer dos preceitos legais e éticos da profissão (BRASIL, 1986; 1987; BAPTISTA, 2015; COFEN, 2017), além de procurar estabelecer vínculo para resolutividade e continuidade do cuidado (TRIGUEIRO, et al., 2017; ANDRADE, et al., 2019b). Ainda, recomenda-se que o atendimento à mulher em situação de VS, realizado em hospital especializado e maternidades que adotam o Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do Ministério da Saúde, seja classificado, no mínimo, com prioridade amarela, para atendimento previsto em até 30 minutos para iniciar assistência e intervenções (BRASIL, 2017c).

Em relação ao acolhimento e classificação de risco, a Enfermeira(o) inicia o processo avaliativo com base no relato da história da violência sofrida, sinais e sintomas apresentados pela mulher e, a partir disso, define prioridades do

atendimento em saúde conforme o grau de sofrimento físico e psíquico (BRASIL, 2017a). Os dados coletados devem compor a evolução de enfermagem para que as informações compartilhadas forneçam subsídios à uma assistência unificada, e não necessitar expor a mulher à repetição de seu relato por inúmeras vezes. As informações levam à tomada de conduta da Enfermagem, para garantir a preservação da coleta de vestígios e colaborar com informações precisas para toda a equipe desenvolver um atendimento com qualidade (BRASIL, 2015a; MARTON, 2017; DORTA, 2018).

Em harmonia ao atendimento Médico, a Enfermeira(o) realiza a gestão do cuidado para diminuir o tempo de espera das mulheres, com a finalidade de receber cuidados em saúde em tempo oportuno, quando indicadas e prescritas as profilaxias para IST e contracepção de emergência. As profilaxias são administradas pela equipe de enfermagem. Portanto, a Enfermeira(o) deve gerenciar, solicitar, e acompanhar o seguimento da oferta da dieta, do agendamento dos retornos ambulatoriais, realizar os contatos com a Delegacia da Mulher e médico perito do IML para coleta de vestígios e acionar assistente social para atendimento. Desse modo, o mesmo busca gerenciar a assistência em tempo oportuno (ANDRADE et al., 2019a; TRIGUEIRO et al., 2017) e realizar atendimento em saúde que colabore para uma boa evolução do tratamento e acompanhamento (CURITIBA, 2008; TRIGUEIRO et al., 2015; ANDRADE et al., 2019b; PARANA, 2018).

No seguimento ambulatorial, desde 2010 a FEBRASGO recomenda que as Enfermeiras(os) façam parte desse serviço e atuem na busca ativa, em caso do abandono do seguimento ambulatorial (FEBRASGO, 2018). A atuação da Enfermeira(o), nessa etapa, não se encontra uniformemente disponibilizada em todos os serviços especializados ou centro de atenção especializada em VS (SANTOS, 2016). A Enfermeira(o), inserida nesse serviço, pode orientar e estimular a mulher a respeito da sua recuperação e adesão do tratamento ambulatorial. É também a ponte de contato com toda a rede intersetorial para maior efetividade (SANTOS, 2016; TRIGUEIRO et al., 2018; MAFIOLETTI et al., 2020).

No cotidiano do trabalho, a enfermagem enfrenta dificuldades para realizar assistência em situação de VS. A falta de sensibilização e qualificação profissional tem sido mensurada através da insatisfação das mulheres no atendimento (SANTOS et al., 2021). As Enfermeiras(os) necessitam de treinamento específico para atender à situações de VS. Além disso, também se deparam em cotidiano incipientes do

trabalho, pois a ambiência não proporciona a execução dos protocolos estabelecidos na literatura (SANTOS et al., 2021). Desse modo, o incentivo deve iniciar pelas políticas públicas e diretrizes curriculares, pois precisam assegurar que futuros profissionais de saúde, ainda enquanto estudantes, recebam treinamento sobre a violência, tanto na recuperação como na prevenção. Para isso, ao concluir a graduação, os profissionais de saúde devem ter capacidade de reconhecer situações de violência (KRUG et al., 2002).

As competências necessárias para as Enfermeiras(os) precisam ser propostas e sensibilizadas desde a graduação para permitir sucessivas aproximações, com início precoce para a reflexão sobre a singularidade da violência (MARTINS et al., 2017; TRIGUEIRO et al., 2018). Recomenda-se que as Instituições de Ensino Superior produzam um currículo com ensino fomentado em competências e habilidades, com aproximações da violência no cenário de prática ou simulação clínica e, com isto, desenvolver um futuro profissional de forma transversal, associada a outras necessidades de saúde. Essa integração de conhecimentos irá favorecer os subsídios necessários para a atuação (TRIGUEIRO, 2018; AGUIAR et al., 2019).

Para atuar especificamente com a violência, a Enfermeira(o) tem disponível a especialização na Enfermagem Forense, na qual é capacitado para identificar cenários de violência e fundamentar-se em preceitos médico-legais e situações clínicas forenses para prestar assistência à população que sofreu a violência, perpetradores, famílias, populações vulneráveis, portadores de patologia psiquiátrica e população carcerária. A Enfermeira(o) é habilitado para exame forense, para examinar e registrar lesões causadas pela violência, coleta e preservação de vestígios, testemunho pericial, cadeia de custódia, entre outras competências necessárias (ABEFORENSE, 2015).

No Brasil, a especialidade de Enfermagem Forense iniciou em 2011 (COFEN, 2011), mas tem origem na década de 90, nos Estados Unidos, por meio da capacitação *Sexual Assault Nurse Examiners* (SANE), em português, Enfermeiras Examinadoras em Agressão Sexual. Em 1995, a *American Nurses Association* (ANA) reconheceu a Enfermagem Forense como especialidade (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF FORENSIC NURSES, 2017). Outros países, que também possuem Enfermeiras Forenses atuando, são o Canadá, Dinamarca e Suécia (PEETERS et al., 2019).

Para a realidade brasileira, a especialidade ainda é uma novidade, mas a Enfermeira(o) necessita buscar seu embasamento teórico-prático para uma assistência efetiva às mulheres em situação de violência e aprofundar conhecimentos sob esta perspectiva. Quando os profissionais estão inseridos nos serviços, os gestores de saúde também devem apoiar a capacitação das Enfermeiras(os) para obter conhecimentos pautados nas últimas recomendações nacionais e internacionais, se baseando em evidências científicas e nas políticas públicas (BRASIL, 2015a; COFEN, 2017). Assim, devem fornecer atualizações e capacitações aos seus profissionais para melhorar o desempenho e para garantir a manutenção de uma equipe treinada para a finalidade (BAPTISTA et al., 2015; TRENTIN et al., 2019; BATISTETTI et al., 2020; SOUZA; PERES; MAFIOLETTI, 2020).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com abordagens metodológicas quantitativa e qualitativa, realizada em duas etapas. Para o primeiro objetivo, realizou-se a abordagem de estudo quantitativo, que se propõe a observar, descrever e documentar aspectos de uma situação. Uma abordagem que procura visualizar objetivamente os dados, com mensuração numérica e, por procedimentos estatísticos, obtêm-se o controle de explicações alternativas e a capacidade para generalizar os achados, garantindo a precisão dos resultados, evitando distorções de análises e interpretação, assim possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2019).

O delineamento temporal retrospectivo envolve coletar dados com resultado no presente e, depois, voltar os olhos para o passado em busca de possíveis causas e explicações. Os estudos retrospectivos podem ser usados para estudar fenômenos relacionados com o tempo e a coleta dos dados ocorrer em outro período (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2019). Este estudo retrospectivo utilizou fonte de dados secundária, a partir de dados de violência sexual oriundos da FNI, que alimentam o SINAN. São dados com coleta contínua, de notificação compulsória nos serviços de saúde, com a finalidade de acompanhamento epidemiológico no Brasil (BRASIL, 2015d).

Para o segundo objetivo, utilizou-se a abordagem de estudo qualitativa descritiva, definida como a investigação a partir da reflexão da realidade e dos pontos de vista dos participantes do estudo, e propõe-se uma investigação naturalista, com análise do conteúdo obtido (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2019). A pesquisa qualitativa descritiva é voltada à determinação de como está a situação de uma população e tem como característica o fato de apresentar a situação natural do fenômeno. Os resultados subsidiam a base para futuros estudos na temática (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2019).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O local de investigação ocorreu no CHC da UFPR, o maior prestador de serviços do SUS do Estado do Paraná e o terceiro maior hospital universitário federal do país. O CHC iniciou suas atividades assistenciais de ensino e pesquisa em junho de 1961, prestando assistência à população por meio de serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade (EBSERH, 2014).

O CHC possui área construída de 63 mil metros quadrados, com estrutura para 170 consultórios, capacidade de 632 leitos hospitalares, considerado um hospital de grande porte. A estrutura organizacional da gerência de atenção à saúde possui quatro divisões, cinco setores, e 35 unidades assistenciais. Anexo ao prédio central, está localizada a maternidade do CHC, dividida em seis andares assistenciais e um gerencial. Na maternidade do CHC, são realizados os atendimentos no Pronto Atendimento Ginecológico Obstétrico (PAGO), Ambulatórios de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), e Unidades de Alojamento Conjunto (EBSERH, 2014).

No PAGO, são realizados os primeiros atendimentos de urgência e emergência de ginecologia e obstetrícia. Os quadros de ginecologia atendidos são aqueles acompanhados pelo ambulatório do CHC ou referenciados pela Central de Leitos do Estado e Município. Os quadros obstétricos são provenientes do pré-natal de alto risco do CHC e pré-natal de baixo risco das maternidades acordadas do município e RMC. No PAGO, ocorre o primeiro atendimento à situação de VS por procura espontânea ou encaminhada de outros serviços.

O atendimento à população em situação de VS, realizado no PAGO, está disponível à população 24 horas por dia. Tem o foco de atendimento especializado para mulheres e homens a partir de 12 anos (ANDRADE et al., 2019a). Este serviço constitui o primeiro contato especializado para VS e conta com atendimento multiprofissional da Enfermagem, Ginecologista Obstetra e Assistente social. Entre aquelas que manifestam interesse em denunciar o crime, recebem atendimento intersetorial do Médico perito do IML, a partir da abertura do Boletim de Ocorrência da VS (ANDRADE et al., 2019a).

A assistência no ambulatório da maternidade é realizada pela gineco-obstetrícia, infectologia, psicologia, assistência social e enfermagem. Os ambulatórios atendem a comunidade por consultas eletivas, referenciadas a partir da classificação

de risco das UBS. Para o acompanhamento ambulatorial das mulheres em situação de VS, elas são referenciadas principalmente pelo PAGO para seguimento ambulatorial pela psicologia e infectologia e, quando necessário, para seguimento de pré-natal de alto risco das mulheres que aceitam a gestação ou atendimento ambulatorial para a solicitação para abortamento legal (ANDRADE et al., 2019a).

No CCO, são realizados atendimentos clínicos e cirúrgicos de obstetrícia e abortamento legal. Entre 2010 a 2019, foram registradas 20.328 internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério de baixo e alto risco no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). No mesmo período, 67 internações foram para aborto por razões médicas, que também agrupam os procedimentos de abortamento legal por estupro (BRASIL, 2020g).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

3.3.1 Definição da amostra da primeira etapa

Na primeira etapa, a amostra deste estudo foi composta por dados secundários, tabulados pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar do CHC da UFPR referentes às FNI, selecionadas a partir das ocorrências de VS contra as mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos, no período entre 2010 e 2019.

O Serviço de Epidemiologia é responsável por atualizar a Secretária Municipal de Saúde, em até 24 horas, sobre todas as notificações de VS. Esses dados alimentam o SINAN e seguem o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2020h).

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram as notificações das mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com meio de agressão por envenenamento ou intoxicação e dados descritos no campo “breve relato da ocorrência”, que são sugestivos de intoxicação, ou seja, DFSA (ANEXO 1).

Foram considerados os dados descritos no campo “breve relato da ocorrência” quando: havia o registro de situações com envolvimento do consumo voluntário ou involuntário de drogas antes da VS; a mulher não se recordava do ocorrido; havia o registro de perda de memória ou inconsciência; havia o registro de presença de flashes ou apagão do período em que foi violentada. Justificam-se tais

critérios, pois são sinais e sintomas sugestivos de sedação e amnésia causados por drogas depressoras do sistema nervoso central (GRELA; GAUTAM; COLE, 2018).

3.3.2 Definição da amostra da segunda etapa

Para a segunda etapa, a partir do banco de dados da primeira etapa, foram incluídas, para a entrevista, as mulheres atendidas e notificadas no hospital especializado do Paraná que sofreram DFSA no período entre 2019 e março de 2020. Justifica-se que o período após março de 2020 não foi incluído nesta pesquisa, pois entende-se que as medidas de isolamento social, adotadas para conter a disseminação do novo coronavírus, poderiam causar viés na pesquisa, uma vez que poderiam revelar características peculiares a esse período de isolamento social.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Coleta de dados da primeira etapa

Na primeira etapa, a coleta de dados aconteceu no mês de novembro de 2020. Para tanto, o Serviço de Epidemiologia Hospitalar do CHC disponibilizou às pesquisadoras o banco os dados tabelados no *Exce!*®. A partir destes, foram selecionadas as seguintes variáveis: Identificação por iniciais do nome; idade; telefone, sexo; raça/cor; escolaridade; município de residência; ocupação; nome social; situação conjugal; orientação sexual; identidade de gênero; tipos de deficiência; município de ocorrência; data e hora de ocorrência, data de notificação; local da ocorrência; meio de agressão; tipo de VS; procedimentos realizados; número de agressores envolvidos; vínculo ou grau de parentesco do agressor; sexo do provável agressor; suspeita de utilização de drogas ou álcool pelo agressor; ciclo de vida do agressor; violência relacionada ao trabalho; e breve relato da ocorrência. Essas variáveis compuseram a tabela a ser tratada para análise dos dados.

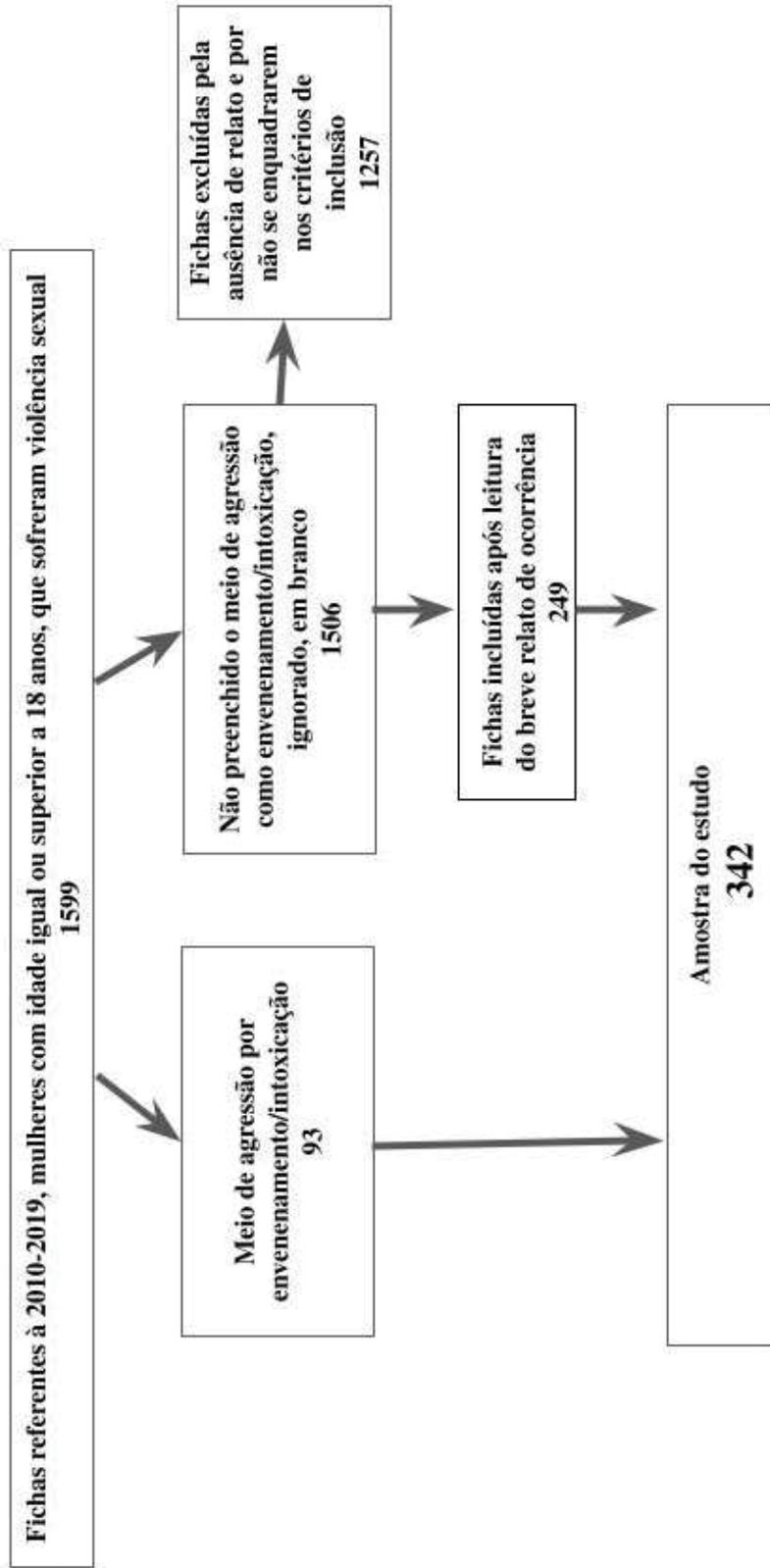
3.4.1.1 Fluxo da coleta de dados da primeira etapa

No período entre 2010 e 2019, foram registradas 1599 FNI de VS em mulheres com idade igual ou maior de 18 anos, em um hospital especializado no Paraná. A partir do meio de agressão, identificaram-se 93 notificações preenchidas quanto ao envolvimento de intoxicação/envenenamento.

Considerando os dados do campo “breve relato da ocorrência”, das outras 1506 notificações, foram incluídas mais 249 notificações neste estudo, com a descrição de sinais e sintomas relacionados à DFSA. As inclusões foram a partir dos dados que descreviam o consumo ou suspeita de SQ de forma voluntária ou involuntária antes da VS, acarretando a percepção de perda de memória, sonolência, inconsciência, flashes ou apagão, pois caracterizam depressão do Sistema Nervoso Central (GRELA; GAUTAM; COLE, 2018).

A partir da análise do campo do “Breve relato da ocorrência”, em 167 notificações constavam informações sobre a suspeita ou consumo de SQ, entre elas, droga lícita, que se refere a bebida alcoólica, e drogas ilícitas como crack, LSD, ecstasy, cocaína, clorofórmio e cannabis. Em outras 117 notificações, houve a descrição de combinações de drogas lícitas e ilícitas; em 11, a presença de medicações prescritas como antidepressivos, ansiolíticos, estabilizantes de humor, sedativos e soníferos; 16 não identificaram a droga e 12 não continham o relato da ocorrência, porém foram preenchidas com o meio da agressão por envenenamento ou intoxicação durante a notificação. Após a leitura de todas as notificações, 1257 foram removidas, totalizando a amostra com 342 notificações de DFSA (FIGURA 1).

FIGURA 1 –FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE DFSADE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021



FONTE: A autora (2020).

3.4.2 Coleta de dados da segunda etapa

A coleta dos dados na segunda etapa ocorreu entre fevereiro e maio de 2021. O recrutamento e seleção das participantes foi feito a partir do banco de dados da primeira etapa. Assim, foram selecionados os dados com contato telefônico das mulheres notificadas entre 2019 e março de 2020. Escolheu-se contatar as mulheres a partir dos anos decrescentes, em virtude da memória do fato ser mais recente.

A aproximação das mulheres para a entrevista aconteceu por meio digital, com o auxílio do software *WhatsApp*®. Por mensagem de texto, a pesquisadora se apresentou, esclareceu o motivo do contato e a temática da pesquisa. Foi enviado, por mensagem, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Após a leitura do termo e mediante aceite, foi realizado o agendamento da entrevista, conforme a disponibilidade da entrevistada.

Para a entrevista, foi ofertada a possibilidade de encontro presencial, com estabelecimento de medidas de proteção sanitária durante a pandemia da COVID-19 ou por via remota, pelo mesmo software *WhatsApp*®, sendo de escolha das mulheres, assim como o horário para sua realização. Se a participante optasse pela entrevista presencial, o local de sua realização poderia ser sugerido por ela. Contudo, também foi ofertada uma sala reservada no CHC. Porém, todas as mulheres preferiram a opção remota, como chamada de vídeo ou áudio, ambas gravadas. Uma participante realizou a entrevista por videochamada e as 17 demais por audiochamada.

Guiou-se a entrevista semiestruturada com dados de identificação, idade, data da entrevista, data da ocorrência, escolaridade atual, ocupação atual, companheiro(a) atual e filhos (APÊNDICE 2), e com cinco perguntas: 1) Existem vários meios de VS, um deles é esse que você experienciou, no qual se utiliza algum tipo de substância. Como você se sente em relação a isso? 2) Você conhecia algo sobre essa forma de abuso? 3) O que te incentivou a procurar ajuda? 4) Por quanto tempo você fez o tratamento no ambulatório? 5) Como você tem enfrentado seu cotidiano após essa situação vivida?

Na entrevista, às mulheres que apresentaram desconforto, constrangimento devido à natureza das perguntas, ou sentimentos de medo, choro e outros sintomas de ordem psicoemocional no momento da entrevista, foi oferecido o encaminhamento para o atendimento psicológico no CHC. Mesmo para as que não manifestaram algum desconforto, também foi oferecido o encaminhamento, por precaução, pela

pesquisadora. Esse encaminhamento foi acordado e autorizado pelo serviço de psicologia, caso houvesse necessidade (ANEXO 2). No total, resultaram em seis encaminhamentos. Apenas um encaminhamento devido à realização da entrevista; as outras cinco mulheres encaminhadas ao serviço de psicologia, foram devido à manifestação de interesse em retomar atendimento pela oportunidade oferecida na entrevista.

Os critérios para encerrar a coleta das entrevistas foram a presença da redundância das informações, por repetição dos dados por exaustão, por saturação teórica dos dados obtidos. Portanto, não foi considerado relevante persistir na coleta de dados. Define-se a amostragem por saturação como uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua finalização (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Para tanto, a partir desta percepção, a pesquisadora realizou mais cinco entrevistas para confirmar a constatação das repetições.

Para garantir o sigilo e anonimato das entrevistadas, foi realizada a substituição da sua identificação pela letra E (entrevistada), seguida de algarismos arábicos, de acordo com a data de realização das entrevistas. Os áudios e transcrição das entrevistas foram guardados e compartilhados apenas com pesquisadores vinculados a essa pesquisa.

3.4.2.1 Fluxo da coleta de dados da segunda etapa

Por mensagens de *WhatsApp*®, foi realizada a aproximação para pesquisa com 92 mulheres que procuraram o hospital especializado entre 2019 e março de 2020. Foram 34 contatos inválidos ou que não pertenciam mais a mulher; quatro contatos constavam como moradora de rua e/ou forneceram o contato telefônico da Delegacia da Mulher; 19 mulheres não retornaram as mensagens enviadas.

Entre os 36 contatos efetivos, após explicar a temática da pesquisa, 13 não desejaram participar, cinco aceitaram inicialmente, mas não prosseguiram com o agendamento. Em especial, uma mulher, entre as que negaram a participação, desejou conversar informalmente por 42 minutos, mas não autorizou a utilização do áudio. Ela havia procurado o hospital especializado por três vezes, devido às mesmas circunstâncias de DFSA pelo marido. As outras 12 mulheres que desistiram da

pesquisa justificaram que não estavam preparadas para falar e recusaram o encaminhamento para o psicólogo também.

Ao final, foram realizadas 18 entrevistas. Dessas entrevistas, sete entrevistadas, que aceitaram participar da pesquisa, são oriundas das 93 notificações de DFSA selecionadas pelo campo meio de agressão por intoxicação ou envenenamento. As outras 11 entrevistadas fazem parte das 249 notificações que foram consideradas como DFSA por meio da análise do campo “breve relato da ocorrência”.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

3.5.1 Análise dos dados da primeira etapa

Os dados da primeira etapa receberam tratamento estatístico descritivo simples com uso software *Excel*® com credibilidade para obter frequências e proporções. A análise estatística permite a compreensão das informações numéricas. A estatística descritiva desenvolve a síntese e descrição dos dados para fazer inferências sobre a população. Os dados elaborados foram apresentados em tabelas e gráficos, com distribuição dos dados por frequência para ordenar os dados numéricos com o arranjo em porcentagens (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2019).

3.5.2 Análise dos dados da segunda etapa

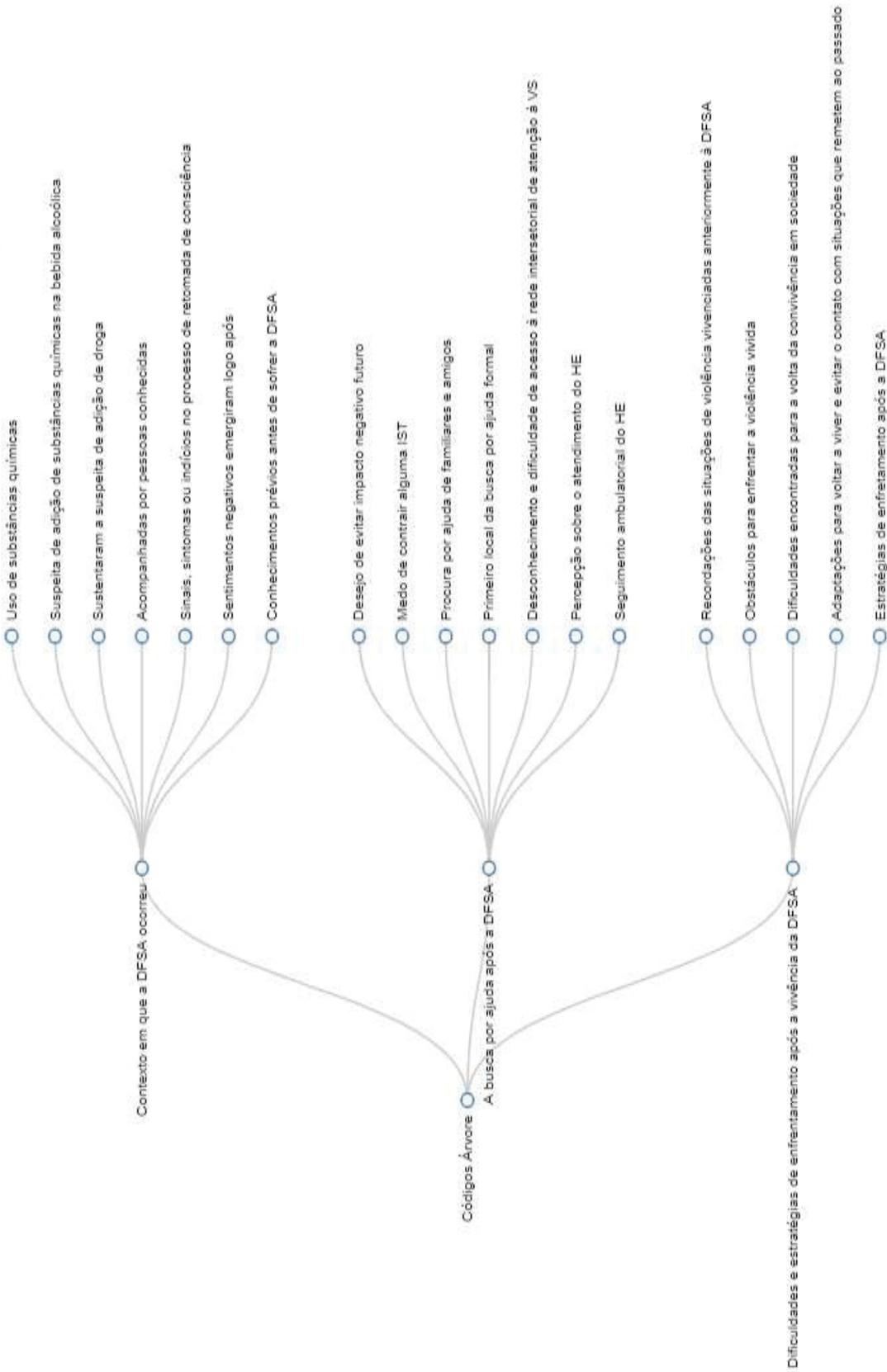
Para a segunda etapa, as entrevistas foram transcritas manualmente no software *Word*® e tratadas conforme análise do tipo temática, proposta por Bardin (2019), com a intenção de compreender em profundidade e descrever a essência das experiências das participantes. Foram transcritas 6 horas e 31 minutos, com tempo mínimo de seis minutos e cinquenta segundos, e máximo de quarenta e um minutos e cinquenta e dois segundos. Durante as entrevistas, o tempo médio compreendeu vinte e um minutos por mulher, o que resultou em um documento com 82 páginas em fonte Arial, tamanho 12, no software *Word*®. Posteriormente, deu-se início à análise, que possui três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise tem como objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, possuindo três missões: escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. A segunda fase é a de exploração do material, quando se tem a possibilidade de explorar a riqueza ou não das interpretações e inferências, e a coleta realizada passa por um estudo aprofundado. Consiste, primeiramente, na identificação das unidades de contexto, que são os trechos das falas mais importantes, posteriormente nomeadas, e formuladas as unidades de registro ou temas. Os temas formulados foram agrupados por afinidade ou exclusão, formando as categorias temáticas. Na terceira fase, ocorre o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2019).

Para colaborar com a organização da análise de dados, foi utilizado o software *Web Qualitative Data Analysis*® (webQDA), que consiste em uma ferramenta de organização elaborada com a finalidade de otimizar a operacionalização da pesquisa. O software funciona a partir de um ambiente colaborativo e de acesso remoto pela internet. O webQDA® possui sistemas de organização das fontes, por isso utilizou-se o tipo de fonte interna, com carregamento das entrevistas em *Word*®. As 18 entrevistas foram incluídas como fontes. Após a leitura das fontes, realizou-se a criação das codificações em Códigos Árvore (SOUZA et al., 2016b).

Os Códigos Árvore no webQDA® envolvem um esquema de indexação de alta qualidade dos temas, a partir de uma leitura minuciosa pelo pesquisador, com ênfase na identificação de conceitos adjacentes. A natureza dos códigos varia em níveis de detalhamento ou abstração, conforme o enfoque da pesquisa. Nesta pesquisa descritiva, utilizaram-se códigos concretos; após a delimitação, os códigos foram agrupados por categorias. Como as fontes utilizadas são entrevistas, os materiais narrativos não são lineares. Em alguns parágrafos das transcrições, encontram-se elementos relacionados presentes em mais de uma categoria (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2019). Desse modo, foram elaboradas inicialmente 48 unidades de contexto que, posteriormente, foram agrupadas em 19 unidades de registro ou códigos árvore em três categorias, com 797 referências de Códigos Árvore (FIGURA 1).

FIGURA 2 – CATEGORIAS E CÓDIGOS ÁRVORE FORMADOS A PARTIR DAS ENTREVISTAS COM AS MULHERES QUE SOFRERAM DFSA ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021



FONTE: A autora (2021).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa está em conformidade com os preceitos éticos da Resolução nº466/2012, que contempla pesquisas em seres humanos, com aprovação pelo Comitê de Ética do local de realização desta pesquisa em 24 de setembro de 2020, sob o parecer consubstanciado nº 4.297.848 (CAAE nº 35055020.3.0000.0096) (ANEXO 3).

Para garantir o respeito ao sigilo das participantes, o contato da mensagem ou ligação e a identificação do motivo da procura da pesquisa sobre VS foram realizadas somente para a própria mulher. Quando identificado que o contato era de familiares ou terceiros, mesmo sendo contato fornecido por elas ou por quem a acompanhou, no primeiro contato com o hospital especializado não houve explicação sobre o motivo do contato, além de se tratar de uma pesquisa sobre a saúde das mulheres de forma abrangente, sem entrar no mérito da experiência da VS que vivenciaram.

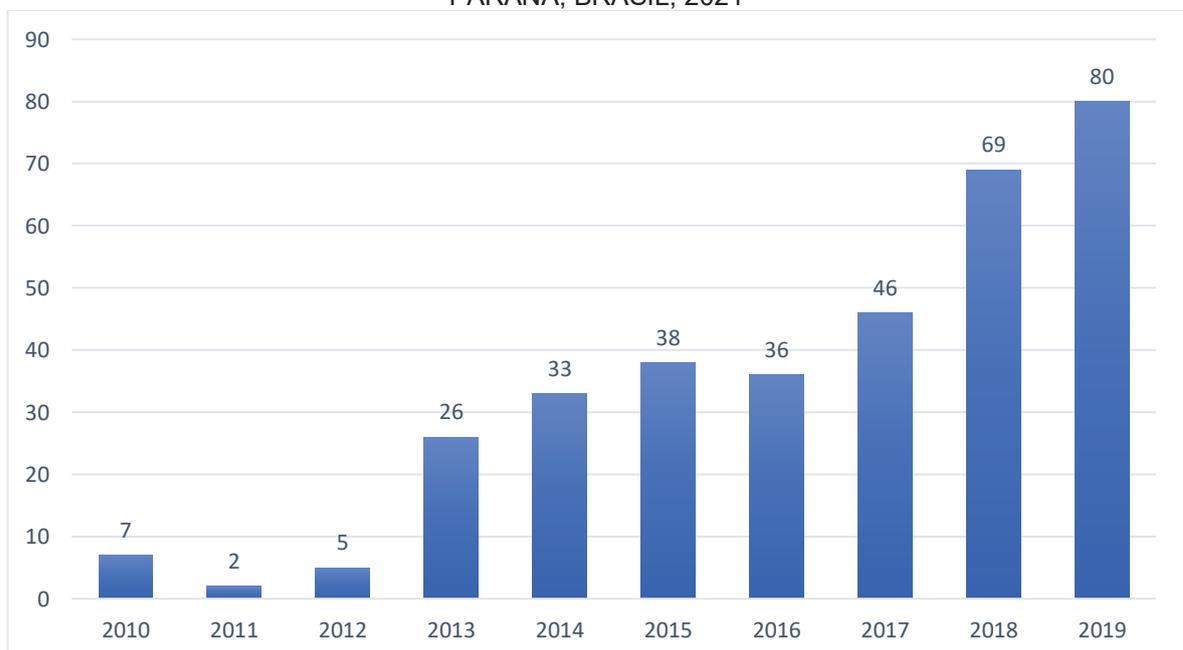
4 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados da primeira e segunda etapas da pesquisa. Primeiramente, abordou-se a caracterização das mulheres que sofreram DFSA e, na sequência, os relatos das mulheres que experienciaram a DFSA.

4.1 RESULTADOS DA CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES QUE NOTIFICARAM A DFSA

Estes resultados se referem ao primeiro objetivo conseguinte à primeira etapa dos materiais e métodos. Foram analisadas 342 FNI de DFSA no período de 2010 a 2019, sendo este último o de maior registro dos casos, conforme apresentado no GRÁFICO 1.

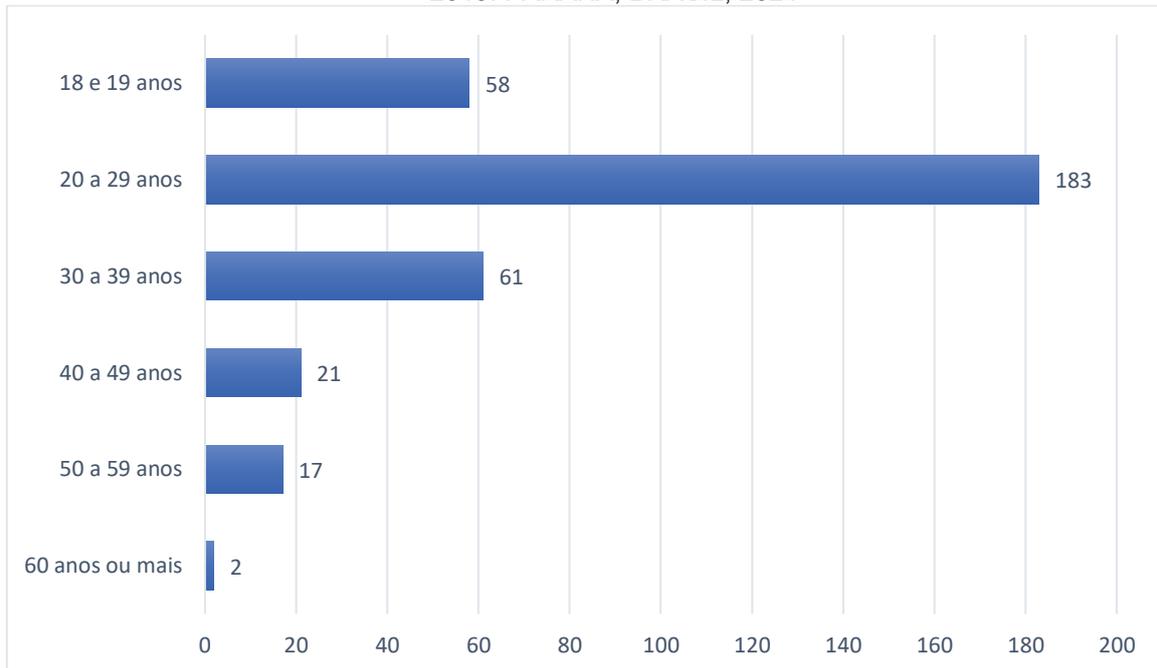
GRÁFICO 1 – NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DAS MULHERES SOFRERAMDFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021



FONTE: Banco de dados do Serviço de Epidemiologia do CHC/UFPR/EBSEH (2020).

Em relação à faixa etária das mulheres, a média foi de 27 anos, mediana de 24 anos, com intervalo de variabilidade entre 18 e 62 anos. O principal grupo acometido foram mulheres jovens entre 20 e 29 anos (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2–CARACTERIZAÇÃO DA IDADE DAS MULHERES QUE SOFRERAM DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021



FONTE: Banco de dados do Serviço de Epidemiologia do CHC/UFPR/EBSERH (2020).

Na TABELA 1, na descrição das outras variáveis analisadas, a caracterização das mulheres recebeu agrupamento por idade. Quanto à raça/cor, a maioria em 75,4% se declarou de pele branca e 18,4% parda. A escolaridade em 28% com ensino médio completo, seguida por 26% com superior incompleto ou em andamento. Baseada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), 39,4% são trabalhadoras, 22,5% estudantes, e em 19%, a ocupação não foi informada. Quanto ao local de residência, 69,5% são de Curitiba e 26,3% da Região Metropolitana de Curitiba, cidades de Colombo, São José dos Pinhais, Pinhais, Araucária, Fazenda Rio Grande, Piraquara, Campo Largo, Almirante Tamandaré, Balsa Nova, Campina Grande, Rio Negro, Contenda, Itaperuçu, Rio Branco do Sul, e Quatro Barras. Também foram atendidas sete mulheres de outras cidades do Paraná além da RMC e sete de outros Estados brasileiros, com 97,3% residentes em área urbana, conforme a TABELA 1.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA QUANTO A RAÇA, ESCOLARIDADE, OCUPAÇÃO, LOCAL DE RESIDÊNCIA, ZONA DE RESIDÊNCIA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DEDFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021

Variáveis/Faixa etária	18 a 19 Anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 ou mais	nº	%
Raça/Cor								
Branca	47	138	46	16	10	1	258	75,44
Preta	-	12	3	1	-	-	16	4,68
Parda	11	28	12	4	7	1	63	18,42
Amarela	-	3	-	-	-	-	3	0,88
Indígena	-	2	-	-	-	-	2	0,58
Escolaridade								
Até a 4ª série do EF	1	1	2	2	4	-	10	2,92
5ª a 8ª série do EF	3	18	10	2	4	-	37	10,82
Ens.médio incompl.	18	17	5	4	-	1	45	13,16
Ens.médio compl.	19	51	17	5	3	1	96	28,07
Superior incompleto	17	62	7	2	1	-	89	26,02
Superior completo	-	30	17	3	1	-	51	14,91
Ignorado	-	4	3	3	4	-	14	4,09
Ocupação								
Estudantes	28	46	2	1	-	-	77	22,51
Trabalhadoras	11	73	32	11	6	2	135	39,47
Do lar	2	11	5	1	7	-	26	7,60
Inativas/autônomas	6	18	10	2	1	-	37	10,82
Aposentadas	-	-	-	-	2	-	2	0,58
Não preenchido	11	35	12	6	1	-	65	19,01
Cidade de residência								
Curitiba	41	129	37	17	11	2	237	69,30
RMC de Curitiba	16	43	22	4	6	-	91	26,61
Paraná	1	5	1	-	-	-	7	2,05
Outros Estados	-	6	1	-	-	-	7	2,05
Zona de residência								
Urbana	58	177	60	19	17	2	333	97,37
Rural	-	1	1	1	-	-	3	0,88
Periurbana	-	1	-	1	-	-	2	0,58
Não preenchido	-	4	-	-	-	-	4	1,17

FONTE: Banco de dados do Serviço de Epidemiologia do CHC/UFPR/EBSERH (2020).

Na TABELA 2, em relação às variáveis de caracterização da FNI, 83,6% afirmaram não estar gestante no momento, 11,9% estavam no primeiro trimestre, 74,8% não tinham companheiro, 71% declararam ser heterossexuais e 12,2% ser portadoras de alguma deficiência de ordem física, mental ou de comportamento. No quesito de recorrência da VS, 13,7% afirmaram que ocorreu outras vezes. Verificou-se que uma mulher deu entrada neste serviço três vezes e outras duas mulheres, duas vezes.

TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA QUANTO A GESTAÇÃO, SITUAÇÃO CONJUGAL, ORIENTAÇÃO SEXUAL, DEFICIÊNCIAS E OCORRÊNCIA DE OUTRAS VEZES DA VIOLÊNCIA DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DEDFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021

Variáveis/Faixa etária	18 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 ou mais	nº	%
Gestante								
1º Trimestre	4	30	4	3	-	-	41	11,99
2º Trimestre	-	2	1	-	-	-	3	0,88
Não	53	151	53	18	11	-	286	83,63
Não se aplica	1	-	3	-	6	2	12	3,51
Situação conjugal								
Sem companheiro	56	163	26	8	2	1	256	74,85
Com companheiro	1	12	15	4	7	-	39	11,40
Viúva	-	-	1	1	2	1	5	1,46
Separada	1	6	17	7	5	-	36	10,53
Ignorada	-	2	2	1	1	-	6	1,75
Orientação sexual								
Heterossexual	39	131	42	15	14	2	243	71,05
Homossexual	1	8	4	-	-	-	13	3,80
Bissexual	5	8	2	-	-	-	15	4,39
Ignorada	13	36	13	6	3	-	71	20,76
Deficiências								
Sim	6	15	12	4	5	-	42	12,28
Não	51	167	49	16	12	2	297	86,84
Ignorada	1	1	-	1	-	-	3	0,88
Ocorreu outras vezes								
Sim	5	21	13	5	3	-	47	13,74
Não	52	157	46	15	13	2	285	83,33
Ignorado	1	5	2	1	1	-	10	2,92

FONTE: Banco de dados do Serviço de Epidemiologia do CHC/UFPR/EBSERH (2020).

Quanto à caracterização da ocorrência, na TABELA 3, 73,6% aconteceu em Curitiba, 18,7% na RMC, do qual 90% dos casos ocorreram na área urbana. Em relação ao dia da semana que ocorreu, concentra-se 62,87% nos finais de semana, com 26% no sábado, 23,9% no domingo e 12,8% na sexta-feira. Sobre a hora da ocorrência, o período entre 06:00 e 11:59 horas foi considerado pela manhã, 12:00 e 17:59 vespertino, 18:00 e 23:59 noturno e 00:00 e 05:59 como período da madrugada, sendo a maioria durante a madrugada, conforme a TABELA 3.

TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, QUANTO A CIDADE DE OCORRÊNCIA, ZONA DE OCORRÊNCIA, DIA DA SEMANA, HORÁRIO E LOCAL DA OCORRÊNCIA DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DEDFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, DE 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021

Variáveis	18 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60	n	%
Cidade da ocorrência	45	137	40	17	11	2	252	73,68
Curitiba	9	29	17	4	5	-	64	18,71
RMC	2	7	2	-	1	-	12	3,51
Outras no Paraná	1	10	2	-	-	-	13	3,80
Outras Estados	1	-	-	-	-	-	1	0,29
Não preenchido								
Zona da Ocorrência								
Urbana	53	167	52	20	14	2	308	90,06
Rural	1	7	4	1	1	-	14	4,09
Periurbana	3	2	4	-	1	-	10	2,92
Ignorada	1	2	-	-	-	-	3	0,88
Não preenchido	-	5	1	-	1	-	7	2,05
Dia da semana								
Segunda-feira	2	24	12	2	1	-	41	11,99
Terça-feira	5	9	7	2	5	-	28	8,19
Quarta-feira	10	18	4	2	1	-	35	10,23
Quinta-feira	2	11	9	-	1	-	23	6,73
Sexta-feira	4	26	4	6	3	1	44	12,87
Sábado	21	47	12	6	2	1	89	26,02
Domingo	14	48	13	3	4	-	82	23,98
Horário								
Manhã	6	14	6	3	2	-	31	9,06
Tarde	5	10	6	2	1	-	24	7,02
Noite	12	27	9	7	3	1	59	17,25
Madrugada	30	98	28	5	3	-	164	47,95
Não preenchido	5	34	12	4	8	1	64	18,71
Local da ocorrência								
Residência	25	79	15	5	8	1	133	38,89
Habitação coletiva	1	5	-	1	-	-	7	2,05
Escola	1	-	-	-	-	-	1	0,29
Local esportivo	-	1	-	-	-	-	1	0,29
Bar ou similar	5	20	3	4	-	-	32	9,36
Via pública	14	42	26	8	4	-	94	27,49
Comércio/serviço	2	8	4	1	1	-	16	4,68
Indústria/construção	1	1	2	-	1	-	5	1,46
Outros	9	27	11	2	3	1	53	15,50

FONTE: Banco de dados do Serviço de Epidemiologia do CHC/UFPR/EBSERH (2020).

Sobre os tipos de VS, na TABELA 4, identificou-se que 4,97% das mulheres declararam ter sofrido assédio, 90,6% estupro e apenas uma notificação foi associada à exploração sexual. Foi identificada, em 61,9% das notificações, a presença de um agressor envolvido e em 23,1%, dois ou mais agressores. Quanto ao sexo do agressor, 90,9% era masculino, na faixa etária entre 25 e 59 anos em 47,9% das notificações.

Quanto ao vínculo ou relação com o agressor, em 59% dos casos, foi declarado como desconhecido, seguido de 28% por amigos ou conhecidos, 4% com

relação afetiva de companheiros ou ex-companheiros, 2% com relação familiar entre pai, irmão, sobrinho, cunhado e primo. Houve suspeita de uso de álcool pelo agressor em 65,7% das notificações. A violência relacionada ao trabalho foi identificada apenas em 3,51% das ocorrências, conforme a TABELA 4.

TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E O PERFIL DO AGRESSOR DAS MULHERES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, DE 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021

Variáveis	18 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 ou mais	nº	%
Assédio								
Sim	1	9	3	3	1	-	17	4,97
Não	55	169	58	18	15	2	317	92,69
Ignorado	2	5	-	-	1	-	8	2,34
Estupro								
Sim	51	163	58	21	15	2	310	90,64
Não	-	-	1	-	-	-	1	0,29
Ignorado	7	20	2	-	2	-	31	9,06
Número de envolvidos								
Um	34	111	40	13	12	2	212	61,99
Dois ou mais	15	41	13	6	4	-	79	23,10
Ignorado	9	31	8	2	1	-	51	14,91
Agressor								
Desconhecido	39	104	41	11	6	1	202	59,06
Amigos ou conhecidos	18	55	11	7	4	1	96	28,07
Relação afetiva	-	4	3	1	6	-	14	4,09
Relação familiar	-	2	3	2	-	-	7	2,05
Não informado/ignorado	-	13	3	-	-	-	16	4,68
Profissional da Lei	-	3	-	-	-	-	3	0,88
Relação Institucional	1	2	-	-	1	-	4	1,17
Sexo do agressor								
Masculino	50	166	57	19	17	2	311	90,94
Ambos os sexos	1	4	-	1	-	-	6	1,75
Ignorado	7	13	4	1	-	-	25	7,31
Ciclo de vida do agressor								
10 a 19 anos	7	1	-	-	-	-	8	2,34
20 a 24 anos	10	27	4	1	-	-	42	12,28
25 a 59 anos	17	84	36	13	-	2	164	47,95
60 anos ou mais	-	2	-	-	12	-	2	0,58
Ignorado	13	44	11	2	3	-	73	21,35
Não preenchido	11	25	10	5	2	-	53	15,50
Suspeita de álcool pelo agressor								
Sim	35	124	40	16	8	2	225	65,79
Não	13	18	6	3	7	-	47	13,74
Ignorado	10	41	15	2	2	-	70	20,47
Violência envolvendo trabalho								
Sim	3	5	4	-	-	-	12	3,51
Não	53	176	57	21	16	2	325	95,03
Ignorado	1	2	-	-	-	-	2	0,59
Não preenchido	1	-	-	-	1	-	2	0,59

FONTE: Banco de dados do Serviço de Epidemiologia do CHC/UFPR/EBSERH (2020).

A análise das fichas de notificação não permite identificar se as mulheres deram início ao tratamento profilático após a VS. Contudo, os dados apontam que 82% delas buscaram o hospital especializado a tempo para indicação de profilaxias para IST, 80,4% receberam profilaxias de HIV e 79,2% receberam reforço da vacina de Hepatite B. Para evitar a gestação, 74,5% receberam contraceptivo de emergência e 7% solicitaram abertura para o processo de abortamento legal. Quanto à coleta de vestígios pelo IML, 65,7% das mulheres solicitaram, conforme apresentado na 5 TABELA 5.

TABELA 5 – PROCEDIMENTOS DE SAÚDE REALIZADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, DE 2010 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021

Variáveis	18 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 ou mais	nº	%
Profilaxia para IST								
Sim	51	145	53	18	12	2	281	82,16
Não	6	38	8	3	5	-	60	17,54
Ignorada	1	-	-	-	-	-	1	0,29
Profilaxia para HIV								
Sim	50	140	53	18	12	2	275	80,41
Não	7	43	8	3	5	-	66	19,30
Ignorada	1	-	-	-	-	-	1	0,29
Imunização								
Hepatite B								
Sim	47	140	53	17	12	2	271	79,24
Não	9	43	8	4	5	-	69	20,18
Ignorada	2	-	-	-	-	-	2	0,58
Contraceptivo de Emergência								
Sim	49	134	50	14	8	-	255	74,56
Não	8	45	11	6	8	2	80	23,39
Ignorado	1	2	-	1	-	-	4	1,17
Não preenchido	-	2	-	-	1	-	3	0,88
Coleta de sangue								
Sim	54	170	55	17	14	2	312	91,23
Não	2	13	6	3	3	-	27	7,89
Ignorada	1	-	-	1	-	-	2	0,58
Não preenchido	1	-	-	-	-	-	1	0,29
Coleta de vestígios								
Sim	43	115	44	12	10	1	225	65,79
Não	14	68	17	9	7	1	116	33,9
Ignorada	1	-	-	-	-	-	1	0,29
Sol. aborto legal								
Sim	-	20	2	2	-	-	24	7,02
Não	54	160	58	18	16	2	308	90,06
Ignorado	3	1	1	1	-	-	6	1,75
Não preenchido	1	2	-	-	1	-	4	1,17

FONTE: Banco de dados do Serviço de Epidemiologia do CHC/UFPR/EBSERH (2020).

4.2 RESULTADOS DO PERFIL E PERCEPÇÕES DAS MULHERES QUE SOFRERAM A DFSA

Estes resultados se relacionam ao segundo objetivo e à segunda etapa dos materiais e métodos. Na segunda etapa da pesquisa, participaram 18 mulheres. No Quadro 1, observou-se no momento da entrevista que as mulheres tinham entre 20 e 39 anos; nove possuíam o ensino superior incompleto e seis ensino superior completo. Conforme a CBO, nove delas eram trabalhadoras, quatro estudantes em tempo integral, quatro trabalhadoras e estudantes, e uma estava desempregada.

Quanto à relação afetiva, 11 possuíam companheiro(a), 14 não tinham filhos, 14 moravam em Curitiba e quatro na RMC. Em relação à identificação do agressor, oito eram conhecidos ou amigos, seis eram desconhecidos, em três casos os perpetradores da violência foram considerados desconhecidos, pois na entrevista relataram a dificuldade em identificar o agressor e, em um caso, a violência foi perpetrada pelo ex-marido. A SQ mais utilizada no episódio da violência foi o álcool, presente em 17 casos de DFSA, conforme o QUADRO 1.

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO. PARANÁ, BRASIL, 2021

(continua)

Mulher	Idade	Escolaridade	Ocupação	Relação afetiva	Filhos	Cidade	Agressor conhecido	Droga
E1	31	Ensino Superior Completo	Médica Veterinária	Sem companheiro	Sem filhos	RMC	Sim	Álcool
E2	31	Ensino Superior Completo	Advogada	Sem companheiro	Sem filhos	Curitiba	Incapaz de identificar	Álcool
E3	30	Ensino Superior Completo	Advogada	Com companheiro	Sem filhos	Curitiba	Não	Álcool
E4	39	Ensino Fundamental Completo	Zeladora	Sem companheiro	Quatro filhos	RMC	Não	Álcool
E5	29	Ensino Superior Completo	Estudante Profiss.de Educação Física	Com companheiro	Sem filhos	Curitiba	Não	Álcool
E6	25	Ensino Superior incompleto	Estudante	Com companheiro	Sem filhos	Curitiba	Sim	Álcool
E7	29	Ensino Superior incompleto	Vendedora	Sem companheiro	Dois filhos	Curitiba	Sim	Álcool
E8	29	Ensino Superior Completo	Estudante	Sem companheiro	Sem filhos	Curitiba	Ex-marido	Cocaína
E9	25	Ensino Superior incompleto	Estudante Atendente de Call Center	Sem companheiro	Sem filhos	Curitiba	Não	Álcool
E10	20	Ensino Médio Completo	Vendedora	Com companheiro	Sem filhos	Curitiba	Não	Álcool

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE DFSA, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO. PARANÁ, BRASIL, 2021

Mulher	Idade	Escolaridade	Ocupação	Relação afetiva	Filhos	Cidade	Agressor conhecido	Druga
E11	24	Ensino Superior Incompleto	Analista administrativo	Com companheira	Um filho	Curitiba	Sim	Álcool e droga prescrita
E12	20	Ensino Superior incompleto	Estudante	Sem companheiro	Sem filhos	Curitiba	Sim	Álcool
E13	23	Ensino Superior Completo	Eng. da produção	Com companheiro	Sem filhos	RMC	Incapaz de identificar	Álcool
E14	36	Ensino Médio Completo	Inativa	Sem companheiro	Cinco filhos	Curitiba	Sim	Álcool
E15	22	Ensino Superior incompleto	Estudante	Com companheiro	Sem filhos	Curitiba	Não	Álcool
E16	22	Ensino Superior Incompleto	Auxiliar administrativo	Com companheiro	Sem filhos	RMC	Sim	Álcool
E17	22	Ensino Superior incompleto	Estudante Atendente	Com companheiro	Sem filhos	Curitiba	Incapaz de identificar	Álcool
E18	22	Ensino Superior incompleto	Estudante Atendente de Call Center	Com companheiro	Sem filhos	Curitiba	Sim	Álcool

FONTE: A autora (2021)

A partir das entrevistas, os dados foram organizados, analisados e emergiram três categorias empíricas, nomeadas de: Contexto em que a DFSA ocorreu; A busca por ajuda após a DFSA e Dificuldades e estratégias de enfrentamento após a vivência da DFSA.

4.2.1 Contexto em que a DFSA ocorreu

Por meio do software webQDA®, houve 46,7% de representatividade nas falas nessa categoria, com a participação de 18 entrevistadas. Para relatar como se sentiam em relação à experiência da DFSA, as mulheres resgataram o contexto em que a violência ocorreu, como forma de organizar o vivido. Antes de acontecer a violência, elas estavam em ambientes de descontração, como festa em residência, festa universitária e balada ou casa noturna, e nesses ambientes estavam acompanhadas por pessoas próximas como amigos ou conhecidos. O uso de bebida alcoólica antes da VS foi relatado por 17 das 18 mulheres entrevistadas. Logo após, experienciaram a incapacitação, lapso da memória ou amnésia:

[...] eu tinha ido a uma festa com alguns amigos, e um deles tinha feito um drink, logo depois que eu tomei eu não me lembro de mais nada, eu mandei uma mensagem para meus pais bem nessa janela de tempo dizendo que eu não estava me sentindo bem, que era para eles me buscarem, só que eu não lembro de ter mandado mensagem. (E1)

[...] eu estava numa casa noturna, eu não sei direito do jeito que aconteceu, eu não tenho nem como contar nada a ninguém, absolutamente nada, eu só lembro um pouco antes e eu lembro de alguns pedaços deste dia. É um dia que eu não lembro absolutamente de nada, mas nada mesmo, não lembro, não sei, eu realmente não lembro, não lembro [...]eu tive um apagão, apagão assim absurdo, e é o que eu tenho até hoje, eu não consigo parar e lembrar do que aconteceu, já tentei e não consigo, é um período que apagou da minha vida, como se apagasse aquele período e voltasse um tempo depois. (E2)

[...] nessa festa eu fui com dois amigos e eles me abandonaram, eu acabei me perdendo e colocaram droga na minha bebida, eu apaguei assim. Era uma festa universitária [...], eu não uso droga, nem beber eu bebia, mas eu estava tomando uma cerveja e colocaram alguma coisa na minha bebida e eu apaguei completamente, não lembro de absolutamente nada, eu tenho alguns flashes, mas lembro de pouquíssimas coisas. (E13)

[...] eu estava com alguns amigos meus em casa, porque um amigo meu ia alugar um quarto ali do lado, a gente ia comemorar, a gente ia beber um pouco, aí depois do ocorrido em si, que aconteceu tudo isso, eu não consigo me lembrar de nada. (E17)

Chama-se a atenção para uma entrevistada que, no contexto de um relacionamento abusivo, era obrigada a consumir cocaína pelo marido antes de sofrer VS:

[...] as vezes que ele me obrigava a usar substâncias, ele também queria fazer sexo e nem todas as vezes eu queria, porém fazia. Tinha vezes que eu estava dormindo e ele já subia em cima de mim, e já começava. Logo depois de ter usado substâncias, daí a gente ia dormir, ele subia em cima de mim e começava, normalmente eu estava dormindo. É ruim, porque quando a gente está vulnerável, dormindo, e a pessoa chega em cima de você como você fosse tipo... que você fosse só para aquilo, um objeto que ele tivesse para aliviar porque ele estava precisando daquilo, e você estava ali para aliviar ele, suprir a necessidade dele e você não serviria para mais nada além disso. (E7)

Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 11 mulheres suspeitam que sua bebida continha adição de drogas:

[...] o estado que eu fiquei, tipo eu fiquei muito em choque assim, eu fiquei muito aérea e então para eu ter ficado desse jeito eu pensei “ah deve ter alguma coisa muito errada aqui. (E12)

[...] quando eu cheguei em casa eu ainda estava meio fora ainda, eu não falava coisa com coisa, eu não estava bem... eu ainda tinha um pouco do que quer que tenha sido absorvido pelo meu corpo, então eu estava muito fora. (E1)

[...] já não bebo no copo de gente desconhecida, mas não sei se de repente colocaram na minha bebida, eu não vi, estava bem cheio no dia. (E5)

Uma entrevistada relatou que o agressor ofereceu, de forma insistente, a ingestão da bebida alcoólica:

[...] ele disse: “ah quer tomar alguma coisa? Ficar mais calma” eu falei: “eu não queria beber não”, ele falou: “não, só toma um golinho só, não vai fazer mal”. E foi nesse golinho que aconteceu coisa ruim. Eu tomei um golinho, ele já trouxe destampada, eu não percebi, minha ingenuidade como posso dizer, não percebi, jamais ... Nunca passou pela minha cabeça, e aí eu tomei, ele disse: “ah toma só um golinho”. Eu tomei só um golinho e depois me senti mal pra caramba, eu me senti tonta. [...] Eu vi como no corpo estava fazendo efeito a droga, em nenhum momento me passou pela cabeça que eu estava sendo drogada, isso é ruim, porque você tem que ter uma visão de mundo, tem que ter uma visão. (E8)

Das 11 entrevistadas, que abordaram na entrevista sobre adição de drogas na bebida, sete mulheres sustentaram a suspeita de adição de droga devido a alguns sinais e sintomas que tiveram, pois anteriormente não tiveram experiência com a perda da memória associada ao consumo de bebida alcoólica:

[...] Eu estava entre amigos, mas chegaram pessoas que eu não conhecia, daí acho que nessa hora eu tomei algo, mas eu não tenho certeza se colocaram alguma coisa também, porque eu apaguei. [...] Eu tenho quase certeza que foi mais que a bebida, porque no outro dia eu fiquei mal e eu não tinha bebido suficiente para ficar daquele jeito assim, não tinha como eu ter apagado e não ter lembrado de nada, porque depois de um tempo eu não lembrava de nada, nada, nada, de como eu saí, o que aconteceu, como me chamaram. (E14)

[...] eu fiquei totalmente dopada, por não ter usado droga nenhuma na vida, eu acredito que eu perdi totalmente a noção de tudo. Não conseguia falar meu nome. Para eu esquecer totalmente de tudo, ele deve ter feito alguma coisa comigo, ou já deve ter planejado antes disso de colocar alguma substância, porque para me encontrar em um nível daquele que eu estava totalmente nua, e jogada minhas roupas. [...] Em cima da minha mesinha que eu estudava estava cheio de drogas, eu nunca usei droga nenhuma, eu sempre fui de beber socialmente e só bebida mesmo. (E17)

[...] eu sempre fui uma pessoa muito ativa socialmente, era constante na minha vida isso, ir para festas, fazer uso de bebida alcoólica, mas quando eu cheguei em casa eu não lembro dessa vez, eu só vou lembrar realmente o que aconteceu no dia a partir do momento que eu fui levada ao hospital. Então antes eu não lembro de nada, eu tenho muitos lapsos assim de memória, mas eu não lembro por completo. Meu olho vibrava muito, e em casa minha irmã e minha mãe falaram que isso não era bebida alcoólica, então alguma coisa está errada. [...] eu ainda estava dopada, eu ainda estava totalmente alienada, não respondia a elas. Então eu realmente estava sob efeito da droga, eu fui realmente retomar, digamos meus sentidos no final do dia, se for considerado que eles me doparam para a noite anterior, então durou vinte e quatro horas todos os efeitos. (E3)

Outro ponto importante a ser considerado refere-se ao fato de que essas mulheres não estavam sozinhas ao sair, seis estavam acompanhadas por conhecidos:

[...]Por mais que tem muita informação sobre isso o tempo todo nas mídias, as pessoas não sabem como lidar com este tipo de coisa, porque era visível ali o que tinha acontecido, várias pessoas perceberam, mas na hora ninguém se prontificou para me levar na delegacia, ninguém fez nada específico assim, que pudesse ajudar no sentido do crime.[...] Essa questão de você em si, se sentir indefesa, desprotegida, não entender o que estava acontecendo e não ter uma pessoa ali no meio de tanta gente... não só de pessoas que estavam ali na festa, mas que tinha pessoas que trabalham ali, estavam sóbrios e que poderiam prestar esse atendimento e eu não tive este amparo. (E11)

[...] quando eu fui para o local, eu estava com outras pessoas e eu estava dirigindo, e quando aconteceu eu deixei o meu carro justamente porque me disseram que essa pessoa era segura, era seguro. Eu estava entre amigos, a gente acaba saindo com algumas pessoas, com alguns amigos que a gente acha de fato, acha que pode confiar, mas no fundo na verdade eu não saí muito com esses amigos, porque meus amigos de verdade, a gente saía junto e voltava todo mundo junto, e de repente eu não vi mais o pessoal, eu nem sei mais o que aconteceu depois porque eu apaguei. Depois de um tempo eu não lembrava de mais nada, nada, nada, nada. (E14)

[...] estava bem cheio no dia e eu fui com uma amiga que meio que ela me deixou lá também, uma colega (risos). Enfim, eu cheguei a conversar com

ela, e ela falou que estava indo embora com um rapaz e eu falei que ia ficar lá e ela foi. Ela disse que parecia que eu estava bem. (E5)

Após passar pelo lapso da memória, as mulheres relataram perceber que foram violentadas; 11 descreveram como conseguiram identificar alguns sinais, sintomas ou indícios no processo de retomada de consciência. Essa assimilação do ocorrido aconteceu por conta própria ou com o auxílio de familiares e amigos próximos:

[...] No dia só parecia que eu tinha saído de uma festa, não parecia que tinha acontecido nada, porque o corpo dos bombeiros tinha me atendido lá na festa pelo que me contaram. E aí eu fui no hospital particular e eles só tiraram meu sangue, só que no outro dia enfim eu acabei ouvindo várias coisas, vieram falar comigo, e aí eu falei: “cara preocupante, eu vou atrás. (E13)

[...] minha mãe percebeu que tinha alguma coisa errada porque ela que ajudou a me recompor e na questão de tomar banho e tudo depois. E ela percebeu várias coisas estranhas, a roupa que eu tinha ido não era a mesma que eu tinha voltado, coisas assim. E de manhã quando eu acordei eu me peguei naquela situação de estar machucada. [...] Eu lembro que eu falava que a sensação que aquilo não tinha acontecido comigo, que era com uma outra pessoa, como se eu tivesse cumprindo um dever para outra pessoa. Demorou muito para cair a ficha que aquilo tinha acontecido comigo, até na hora que a perita me examinou, eu não conseguia aceitar que aquilo tinha acontecido comigo, como se eu estivesse em choque. (E11)

[...] A minha mãe e irmã que estavam em casa viram que eu estava num estado realmente preocupante. Quando ela tirou a minha roupa, ela viu as agressões, ela disse que no momento que eu fui lavar as partes íntimas eu gritei, [...] ela se assustou e chamou a minha mãe, e viram que eu fui abusada sexualmente, eu estava com fissuras nas partes íntimas, região anal e vaginal, com hematomas que pareciam mordidas no peito, ombros, pescoço e alguns soltos pelo corpo e nas partes mais íntimas. (E3)

Os sentimentos negativos emergiram logo após a retomada da consciência da violência sofrida. O principal sentimento declarado foi medo, citado 57 vezes por 11 mulheres, seguido por mal-estar, citado 37 vezes por 9 mulheres. Esses sentimentos foram acompanhados por desproteção, desconfiança, insegurança, incapacidade, depressão, sentir-se mal ou suja:

[...] eu me senti totalmente desprotegida quando ocorreu tudo isso. Aí no momento assim quando ocorreu, eu senti muito medo também por conta de tudo que estava acontecendo e por morar sozinha. E o que mais agravou foi o medo, qualquer lugar que a gente andava, a gente imaginava que essa pessoa poderia estar observando a gente ainda, ou em relação a alguma coisa, porque para a pessoa fazer o que fez comigo, provavelmente ela sabia sobre mim, sabia muita coisa, muita coisa da gente, o lugar onde morava, sobre meu namorado. (E17)

[...] Na hora assim, nas primeiras horas, semanas eu lembro que fiquei em um estado muito depressivo, [...] eu acho que quando a gente toma consciência do que aconteceu, a gente quer se limpar, quer se livrar. Eu fiquei assim: “nossa eu não acredito que isto aconteceu comigo”. No começo, em um ano, até você digerir tudo, é uma sensação de medo, que vai acontecer de novo. (E6)

[...] na época acho que eu me senti bem incapaz, bem é, como posso falar, me senti suja. Eu tinha receio de tipo, andar por Curitiba, tipo: “ai meu Deus e o cara que fez isso comigo se eu encontrar ele?”. Eu tinha muita essa paranoia, de medo de um dia encontrar ele e não saber o que fazer, por mais que eu não lembrasse do rosto dele, mas eu tinha esse receio. [...] Eu fiquei bem confusa assim, sem saber, porque para mim foi diferente, eu demorei para cair na real, eu demorei para procurar ajuda, isso para mim, na época eu não entendia o que estava acontecendo, por isso que eu me sentia suja, sentia medo de andar. Isso aconteceu comigo e eu tinha medo. (E10)

Sentir culpa foi citado 15 vezes por sete mulheres, a qual estava relacionada principalmente com o arrependimento pelo consumo de bebida alcoólica:

[...]Depois de bastante tempo assim eu consegui entender que a culpa não era minha, porque de início eu tinha feito uso de bebida alcoólica misturada com alguns remédios que eu tomava na época. Então, na minha cabeça era muito claro que a culpa era a minha, e foi um processo bem longo de terapia e conversas com muitas pessoas que me apoiaram para conseguir entender. E hoje ainda eu me pego pensando às vezes, como seria se eu não tivesse ingerido bebida alcoólica e que talvez seria diferente. (E11)

[...] você se sente culpada porque você fica querendo voltar no passado e pensando: “ah mais se eu tivesse aquilo, se eu tivesse feito outra coisa, e se eu não tivesse ido?” Porque foi uma vez que eu fui para a faculdade... “e se eu tivesse faltado aquele dia?” A gente fica querendo mudar o que aconteceu. Então eu tive uma dificuldade de aceitar, eu passei um tempo assim antes de levar isto para terapia, para poder, sabe, digerir tudo. Eu lembro que fiquei muito culpada, muito triste, parece que você é marcada com isso. (E6)

[...] eu me sinto um pouco culpada, porque na ocasião nós estávamos com desconhecidos e de certa forma me sinto imprudente por ter me deixado levar, por consumir as substâncias mais elevadas que o normal, tendo em vista que eu não estava em um ambiente seguro. [...] É justamente por conta por ter consumido as substâncias e estar em um local inseguro que sujeitou isso. Eu corria risco vamos dizer assim, e mesmo sabendo disso e sabendo que teria pessoas desconhecidas ao meu redor, eu me deixei ter essa atitude de consumir bebida alcoólica de forma excessiva e ter deixado, querendo ou não, não permitido, mas não sei como eu posso te dizer, ter dado margens para isso acontecer. (E16)

O sentimento de vergonha foi citado 15 vezes por cinco mulheres, e estava associada aos sentimentos de impotência, tristeza, ansiedade, fragilidade e raiva:

[...] eu depois acabei descobrindo que eu havia sido abusava sexualmente e foi completamente um arraso, tive que tratar isso no nível muito profundo assim, é uma sensação de impotência, a gente não é nada, as pessoas fazem o que quiser contigo, é bem forte, não tem outra palavra, é isso. Na época, tinha muita vergonha envolvida, porque eu fui parar no hospital. E os meus pais estavam no interior, eles vieram e me buscaram. Então, assim, foi bem,

foi com vergonha, foi impotência, foi uma sensação de desalento. [...] Mas, assim comigo mesmo é muita vergonha..., passei por isso, virei estatística. Isso é complicado, virar estatística é complicado. (E13)

[...] Quando aconteceu parecia que tinha saído do corpo assim, eu fiquei com vergonha, fiquei anestesiada, eu fiquei perdida. Eu senti uma dor, revolta, senti vontade de me vingar da pessoa, ao mesmo tempo que eu me sentia forte eu me sentia fraca, é uma mistura que a gente sente, uma mistura de raiva, de vergonha, é uma mistura de sentimentos. Na verdade, eu nem consigo te dizer direito o que eu senti, tanto que eu não consigo contar isso para ninguém, porque ao mesmo tempo eu sinto vergonha. (E14)

[...] Todo mundo tem esse direito, os homens principalmente, eles conseguem fazer isso com tanta facilidade, não são julgados e está tudo bem porque a bebida alcoólica faz parte da cultura, você está ali comemorando você bebe, mas estou triste eu também bebo, e faz parte da cultura. As pessoas quando elas se reúnem, a bebida faz parte e era para ser aquele momento assim, um momento que eu me reunia com alguém para conversar e utilizava a bebida alcoólica. Só que não foi, porque essa pessoa não tinha boas intenções. [...] Estou revoltada pelo fato que a mulher não tem a liberdade de sair sozinha, de poder sair para onde ela desejar. A mulher não tem liberdade para sair com quem ela quiser e ter o poder de fazer o que ela quiser, ela tem que estar sempre restrita a certos cuidados. Isso me revolta, porque acho que não deveria existir pessoas que simplesmente se acham no direito de fazer qualquer coisa com aquela mulher porque ela não está na sua forma racional, não está na condição de falar não, quando a pessoa não tem condição de falar não, é um não! É por isso minha raiva, porque sou mulher! (E15)

A dúvida em relação à VS foi descrita por três mulheres. As incertezas eram atreladas ao fato de perder os sentidos e não conseguir recordar como sofreram a violência:

[...] quando eu estava voltando para casa no domingo eu falei: “alguma coisa de errado aconteceu, só que eu não conseguia entender, eu apaguei e acordei em um carro de um estranho e isso não é normal, porque eu não lembro de ter acontecido nada, meu corpo não estava normal, não está certo. (E10)

[...] é uma situação muito ruim você não saber, não vou dizer uma situação fácil. A partir do momento que você perde completamente o sentido, não consegue nem lembrar, e tem um apagão total, o único sentimento é dúvida, desde sempre foi dúvida, não tem nem outra coisa assim que eu possa acrescentar neste sentido. Eu não sei o que aconteceu, e o fato de eu não lembrar me incomoda, pois eu sempre fui uma pessoa cautelosa com as coisas e toda esta situação aconteceu. E eu não me recordo de nada, é bem assustador assim. (E2)

Na percepção de duas mulheres, não recordar da violência sofrida foi considerado um fator positivo:

[...] graças a Deus não me recordo de nada (risos), eu não tive nem muita sequelas [...] Quando eu me lembro eu sinto incerteza. O que realmente aconteceu, até onde eu consenti ou não consenti, porque deu um apagão

assim, um apagão muito diferente porque geralmente você lembra episódios. Você lembra de algumas coisas, uns flashes, eu não lembrava nada. Em tese foi bom, por um lado foi bom. (E5)

[...] o fato de eu ter sido drogada na festa e ter acordado na casa de dois sujeitos que eu não conheço, apesar de eu não lembrar da situação, do ato em si, eu tenho alguns flashes só, eu não lembro do ato, o que de certo modo não me traumatizou tanto. (E3)

Quanto aos conhecimentos prévios sobre DFSA, 17 mulheres relataram que conheciam essa forma de violência antes do ocorrido e tiveram acesso a essas informações pelo meio televisivo. Apesar de ter conhecimento sobre o tema, não percebiam a possibilidade de vivenciá-la":

[...] já tinha lido algumas coisas sobre, e a gente acha que nunca ia acontecer com a gente. Nesse sentido, assim, parece uma coisa muito, muito, muito distante, assim, e a gente houve casos só. Então eu já tinha ouvido falar já, era uma coisa muito presente assim no meu dia a dia. Eu lia sobre toda essa questão não só do abuso, mas da violência no geral contra a mulher. Não era algo que eu era totalmente leiga. (E11)

[...] Eu conhecia assim só de ver em novela, filme ou televisão. Não com alguém próximo ou conhecido, só de televisão mesmo. Então no começo a gente fica meio assustada, a gente fica muito assustada. Parece que depois que acontece com você, você começa a prestar mais atenção nestes casos, começa a aparecer mais. Não sei se que antes a gente não dava a devida atenção. (E1)

[...] Eu acho que eu ouvi uma vez, mas eu achei que tipo que não era sério, não achei, não é possível uma pessoa fazer uma coisa dessas. Na verdade, eu era muito ingênua mesmo, eu confiei muito nas pessoas, fazia, eu faço até hoje, eu tenho uma facilidade disso, se eu estou num lugar e a pessoa conversa comigo eu converso, jamais passava na minha cabeça que isso ia acontecer. Nunca passou pela minha cabeça alguém colocar algo no lanche, na bebida, colocar em um alimento que seja, nunca passou isso pela minha cabeça. Minha visão de mundo era totalmente deturpada em relação a isso, a essas coisas. Isso é ruim, porque você tem que ter uma visão de mundo, tem que ter uma visão. (E8)

Ser violentada, sob efeito de droga, também não era uma realidade que acreditavam correr o risco, pois possuíam a crença de ser um tipo de violência que aconteceria em outro contexto, diferente das circunstâncias em que se encontravam, como por exemplo, numa festa universitária:

[...] a gente ouve muita coisa, eu já ouvi falar de Boa Noite Cinderela, eu já ouvi falar sobre as pessoas que fazem isso daí. Eu já ouvi histórias, muitas histórias, de conversar com mulheres, dialogar e trocar experiências. A gente acaba sendo muito suscetível a isso. Eu acho que eu tinha visto em locais mais calmos e eu não achava que eu estava em um local que eu precisava me preocupar, pois era um meio estudantil, acadêmico, e eu não achei que isso fosse acontecer lá. Ainda mais, teoricamente, a segurança que o local provia, e não é bem assim como eu pude experimentar. Eu não sabia que

podia ser desse jeito, tipo, eu achei que aconteceria em outro nível, um nível mais discreto, não seria escancarado dessa forma. Foi no meio de todo mundo. Esse tipo de coisa que eu vejo acontecer, sei lá, a gente vê muito, imaginamos um cara conversando com uma menina e coloca alguma coisa na bebida quando ela se distrai ou alguma coisa assim, mas não quando você está numa multidão. (E13)

Na percepção de três mulheres, antes de ocorrer a DFSA, o consumo de bebida alcoólica não era motivo de preocupação. Elas recordam que não visualizavam como um meio que contribui para uma situação de risco à sua integridade, a ponto de esquecer dos seus atos. Por outro lado, uma entrevistada associa essa situação de incapacidade quando apenas houve adição de SQ na bebida alcoólica:

Já ouvi falar, mas nunca me aprofundi. Eu sabia da possibilidade disso acontecer, mas eu nunca soube a fundo que poderia perder a consciência em um nível que a gente não lembrasse, que chegasse até o ponto que ocorreu e a gente não conseguisse se lembrar assim. Eu nunca tinha ingerido bebida alcoólica no sentido assim, de não lembrar o que aconteceu ou algo do tipo. É algo que me surpreendeu, que chegou no ponto que aconteceu pelo nível da bebida alcoólica. Não tinha conhecimento, na verdade conhecimento tinha, mas nunca parei para pensar que o excesso de bebida alcoólica poderia permitir que você esquecesse dos seus próprios atos digamos assim. (E16)

[...] É muito ruim você se sentir vulnerável só por ter bebido. Eu sabia que podia acontecer, só não sabia que comigo. Isso nunca aconteceu com alguém próximo, era coisa que a gente via em jornal. Nossa, eu nunca ia imaginar que ia ser com conhecido ou amigo. (E9)

[...] o que eu mais sabia sempre era tomar cuidado com o que você bebe que os outros podem colocar droga ou qualquer coisa. Mas a gente sempre, sei lá, eu acho que não desconfiei disso de que, se pudesse abusar de mim numa situação dessa, eu estava apenas alcoolizada, a gente sempre escuta. Eu acho que para mim era mais presente pelo fato de colocarem alguma coisa para a pessoa junto com a bebida, e comigo aconteceu ao contrário, eu tinha apenas bebido. Então você não está esperando aquilo acontecer. (E6)

Duas mulheres comentaram que adquiriram novos conhecimentos em relação à DFSA. A primeira descobriu, posteriormente, que no meio, no qual vivia, já havia outras mulheres que vivenciaram a mesma violência e percebeu a inexistência de diálogo sobre isso. A outra entrevistada, por mais que trabalhasse na área criminal, ao entrar com processo contra os agressores aprofundou seus conhecimentos sobre vários tipos de drogas facilitadoras, o que foi além do conhecido golpe “Boa Noite, Cinderela”:

[...]Eu ouvia falar, mas depois que aconteceu eu descobri que pessoas ao meu redor tinham sido abusadas da mesma forma, mas nem sabia. A gente

não tinha diálogo sobre isso: “ah, toma cuidado porque alguém pode colocar alguma droga na sua bebida”. Eu via isso em filmes, mas nem fazia ideia que pudesse acontecer. Você tem que se cuidar para não acontecer isso ou aquilo. Tanto é que, nossa, eu sempre fui uma pessoa que faço amizade muito fácil em bar, essas coisas, então eu acabava confiando muito nas pessoas e não tendo muito cuidado. Eu era bem inocente na época para essas coisas. (E10)

Então, o que eu conhecia da minha área, o que eu conhecia de abuso sexual por efeito de substância, era o “Boa noite Cinderela”. Mas achava que o efeito para a pessoa adormecer e pronto, a pessoa não reagia nada e por isso que ela acabava sendo vítima de abuso sexual. Mas o que aconteceu e que eu não tinha conhecimento, é que tem diversos tipos de “Boa noite Cinderela”, diversas drogas, não são todas que fazem você ficar dopada completamente. Eu fiquei sabendo ao longo do inquérito policial, que tem muitos tipos de efeitos, que fazem você só perder a memória e um pouco a força, mas não fazem você dormir, outras fazem só você simplesmente apagar que é o caso do mais conhecido. Então é uma coisa que eu aprendi depois que aconteceu comigo, que eu tomei conhecimento, porque para mim só existia um tipo de droga, que fazia você realmente dormir, mas depois do que aconteceu comigo, aí eu fui realmente mais entrar no assunto das drogas. (E3)

4.2.2 A busca por ajuda após a DFSA

A busca por ajuda teve 28% de representatividade identificada nos dados analisados por meio do software webQDA, com a participação de 17 entrevistadas. Dessas, duas descreveram que buscaram ajuda pelo desejo de evitar impacto negativo futuro em suas vidas e diminuir possíveis consequências da violência em relação à saúde:

[...] Eu sempre fui muito a favor de caso você tenha alguma coisa que você tem que se tratar, se trate. Eu acho que é mais isso, mais foi a consciência e eu sabia que não ia ficar bem se eu não fosse procurar ajuda. [...] eu queria ter certeza que eu, pelo menos isso, eu não ia carregar comigo, que eu pudesse fazer para evitar qualquer coisa assim eu faria. (E13)

[...] É eu tinha uma marca do lado do seio e eu cheguei lá no hospital e falei o que tinha acontecido, que eu não lembrava de nada, que eu estava muito assustada, que eu não sabia exatamente, talvez por um grande período o que tinha acontecido e eu queria saber o que dava para ser feito [...] esta situação de dúvida, de não saber, me trouxe até o hospital pra não piorar uma situação futura. Porque vai que acontece alguma consequência no futuro? Eu procurei justamente por desencargo. (E2)

Dentre as preocupações levantadas, o motivo que levou metade das mulheres a procurar por ajuda no hospital especializado foi a possibilidade de contrair alguma IST após a VS:

[...] Eu fiquei com medo. Na hora, também a gente pensa: “Meu Deus, estou com AIDS e tudo o que é coisa”, mas a gente não sabe [...] a minha preocupação era isto também em ter pego alguma coisa. (E6)

[...] a questão do medo, a questão de doença, primeira coisa que a gente pensa é, eu cuidei a vida toda para chegar em certo momento da vida e pegar uma doença? Uma coisa que nem meu consentimento teve? (E17)

[...] Na verdade, foi incentivo de terceiros que me incentivaram a não deixar quieto, para ir atrás de me tratar e alguns históricos da pessoa que me abusou, dela ter históricos de doenças e isso me preocupou bastante e foi o que me incentivou a procurar ajuda [...] Aí ele falou: “não, vamos lá, toma um banho e vamos lá que eu vou te levar, não vai ficar assim não, vamos no hospital. (E16)

A decisão das mulheres em procurar ajuda e romper com a barreira do silêncio envolveu a necessidade de autocuidado e receptividade das pessoas próximas nas quais elas confiavam. Treze mulheres compartilharam que receberam apoio de familiares e da comunidade:

[...] quem me incentivou foi um amigo, e na hora que eu falei, ele falou “não guria, vamos no hospital, não fica assim. Porque eu fiquei com medo, porque eu nem sabia quem que era a pessoa que fez isso comigo. (E14)

[...] quem tomou a iniciativa de levar na delegacia e tudo mais foi a minha família, eu não respondia, eu estava totalmente fora de mim. [...] eu não conseguia falar com elas, eu estava dopada ainda. Então foram elas, minha mãe, minha irmã e meu pai, os três que decidiram por mim [...] Então assim, eu não estava no meu estado normal, então eu realmente não tive essa iniciativa de falar “não, então vamos para a delegacia”, foram eles que me levaram. E aí depois conforme foi passando o efeito da substância, e tudo mais, é que eu fui entender a situação quetinha acontecido comigo, e aí eu acabei meio que fui concordando com o que eles tinham feito. (E3)

[...] Eu tenho um amigo médico, falei com ele que achava que aconteceu isso, perguntei onde que eu vou, onde que eu ligo?” Daí ele falou para ir no hospital, ele me incentivou, pois eu queria saber se realmente tinha acontecido algo, o que eu devia fazer. (E5)

Em relação à busca por apoio, três mulheres tiveram o sentimento de serem desacreditadas e sentiram dificuldade em estabelecer apoio das pessoas próximas:

[...] Então, no começo eu até contei para algumas amigas minhas que tinha amigos em comum com ele, tipo, foi bem difícil porque elas começaram a duvidar que isso tinha acontecido. Eu contei para elas, e nossa, deu um rolo, foi muito difícil para mim a pessoa duvidar do que aconteceu comigo. (E12)

[...] Eu comentei com uma prima minha e fui para casa dela e ela: “nossa sua louca”, ela achou que eu tinha bebido demais. (E10)

[...] Meu namorado me acordou no outro dia e disse “eu quero acreditar em você” porque ele acreditou que eu tinha feito tudo isso e eu sabia disso...,

mas no fundo ele sentia que eu não queria fazer isso e tal, e referente a tudo isso aí, é complicado isso demais. Ele estava tentando acreditar em mim e tudo isso que aconteceu naquele dia, na época ainda não era meu namorado, estávamos nos conhecendo. (E17)

Quanto aos locais que buscaram ajuda, das 14 mulheres que relataram o primeiro local da busca, seis foram diretamente ao hospital especializado por orientação de algum conhecido ou após pesquisar; cinco procuraram atendimento na Delegacia da Mulher, estimuladas por pessoas próximas; duas recorreram a outros hospitais e uma entrevistada procurou a UBS:

[...] Eu não lembro muito bem, mas minha irmã começou a pesquisar e ela falou para ir no hospital especializado que lá tem tratamento. Aí eu já fui para lá, daí eu fiquei o dia inteiro lá, eu tomei todos os remédios e injeções, e foi mais isso assim. Minha irmã me direcionou a tudo. (E12).

[...] a gente foi na Delegacia da Mulher. Minha madrastra é advogada então liguei para ela, daí ela fez todo este suporte jurídico. Porque eu não sei, daí quando eu cheguei na delegacia, já me encaminharam para o hospital especializado, foi uma loucura. (E6)

[...] eu mesmo não sabia onde ir, pra onde correr, não sabia pra onde ir, fui no posto e não sabia que tinha que ir no hospital especializado, ali que era referência nesses casos. Falta muita informação assim, a própria polícia ligou para saber o que fazia, disse que indo no médico, que a gente indo no médico primeiro para cuidar da saúde, mas também não soube informar qual era a unidade específica, daí você vai para posto e depois vai para outro lugar. Então falta muita informação, enquanto quanto mais informação a gente puder ter acesso mais rápido é, e menos sofrimento vai ser. (E11)

Oito mulheres não sabiam o local correto para buscar ajuda e desconheciam a rede de atenção em situação de VS. Elas encontraram impasses nessa busca e apontam essa caminhada como fonte de sofrimento, desmotivação e desconfortos pela dificuldade do acesso à assistência especializada:

[...] a parte de procura porque a gente não sabe para onde a gente vai e ninguém sabe informar aonde a gente vai, então a gente fica sendo jogada para lá e para cá no momento de dor, e ainda primeiro a gente não quer fazer aquilo, porque está sendo dolorido, está sendo desconfortável e a gente só quer ficar na nossa casa, chorando, na posição fetal, é isso que a gente quer. E primeiro me mandaram para um hospital, muito longe de casa. Eu tive de andar bastante, e eu tive que falar bastante sobre isso com tanta gente, e eu não queria falar. [...] Eu acho que a mulher, ela não quer fazer aquilo, então que seja mais prático e que seja mais fácil, em um lugar específico que todo mundo saiba. Por exemplo, a mulher foi lá no hospital e ela está procurando um lugar para fazer exame e a denúncia e é realmente aquele lugar, só que não! Eu fui em um hospital e falaram que era em outro lugar. Fui em outro lugar, falaram que era em outro lugar e eu fui. Foi muito ruim, eu tive que realmente querer muito fazer esse exame e querer muito fazer essa denúncia e, na verdade, eu fui empurrada pela minha família, pelos meus pais, porque

eu já tinha desistido de fazer isso, mas era uma coisa necessária para mim. (E15)

[...] eu não sabia pra onde ir. Fui no posto e não sabia que tinha que ir no hospital especializado, que ali era referência. Falta muita informação assim, a própria polícia ligou para saber o que fazia, disse que a gente devia ir no médico primeiro para cuidar da saúde, mas também não soube informar qual era a unidade específica. Daí você vai para o posto e depois vai para outro lugar. Então falta muita informação, e quanto mais informação a gente puder ter acesso mais rápido, menos sofrimento vai ser. (E11)

Entre as mulheres que procuraram a Delegacia da Mulher, uma entrevistada se impressionou com a preocupação dos funcionários da Delegacia para encaminhar para o hospital especializado em tempo oportuno e colaborar com a administração de medicamentos profiláticos, antes das questões legais do crime:

[...] quando eu cheguei na delegacia já me encaminharam para o hospital, eu não fazia ideia, que eu teria este suporte, eu achei bem interessante. [...] Na delegacia eles prezam muito, eu lembro que eu nem prestei depoimento naquele dia, porque por conta do tempo, eu tive que ir para o hospital rápido por questão de saúde mesmo, daí eu tomei um monte de remédio. O remédio deixa a gente mal, mas acabou que deu tudo certo não, fiquei com nada. A gente tem um acompanhamento depois, faz outros exames e minha preocupação era isto também, em ter pego alguma coisa e transmitir para outras pessoas depois, mas aí como eu tive este acompanhamento seguro, assim eu fiquei tranquila. (E6)

No hospital especializado, foram identificadas algumas barreiras por uma entrevistada, para encontrar o setor específico para atendimento à VS:

[...] Aí eu cheguei lá no hospital especializado, eu tive que falar com o segurança que eu fui abusada. Nossa, foi horrível, eu tive que falar com muita gente, não foi confortável, não foi bom. [...] passei por outros dois hospitais que ficam perto do hospital especializado de carro, mas quando você está a pé ou de ônibus... então eu cheguei lá no hospital especializado e eu estava procurando o lugar, e ninguém sabia, o próprio pessoal do hospital especializado não sabia informar, não sabia onde era, e me informaram assim meio por cima. Não tinha alguém para me acompanhar, para me levar até o local? E eu fiquei rodando o hospital, e quando eu consegui achar o lugar que fazia o acolhimento, parte de exames e tudo mais, me trataram como se eu fosse uma paciente qualquer, só que eu não era. (E15)

A mesma entrevistada também descreveu como se sentiu após acolhimento dos profissionais do serviço, situação que impactou a continuidade do seu tratamento:

[...] Eu não queria ter ido até o hospital, eu não queria ter feito os exames, por mais que tenha sido importante para evitar certos tipos de doenças, mas não foi... Não foi acolhedor, não foi confortável, eu me senti humilhada, eu me senti julgada a todo momento pelo fato de que eu estava bêbada, alcoolizada.

[...] Eu me senti julgada a todo momento como se eu tivesse que justificar, como se eu tivesse que ter que provar, sabe eu não preciso provar, eu não deveria precisar, e foi bem assim humilhante, foi bem chocante e foi bem ruim a minha experiência quando eu fui lá fazer os exames, quando eu fui procurar ajuda. Porque eles tratam como se fosse normal, eu não sei se fica automatizado porque toda hora tem mulher sofrendo com isso. Mas faltou empatia, eu queria que alguém tivesse me abraçado na hora, tivesse falado coisas, que fosse reconfortante para mim porque eu estava sozinha, eu não estava com ninguém, eu estava sozinha. Eu não sabia se eu continuava ou se eu desistia e ia embora, mas foi muito ruim, e eu não tive este apoio que tanto prometem. Na televisão, que tanto prometem no SUS e eu não tive, é horrível e eu acho que todas as mulheres e eu acho que elas não têm. (E15)

Em contrapartida, 10 mulheres perceberam a experiência de forma positiva quanto ao acolhimento e atendimento ofertado pelos profissionais de saúde, e sentiram-se acolhidas e amparadas por profissionais qualificados, o que gerou satisfação:

[...] me deram o coquetel, me deram vacina e foi um atendimento muito ímpar, foi incrível assim, me ajudaram bastante. [...] teve uma rede de suporte boa assim, foi muito bom. (E13)

[...] as pessoas que trabalham lá no hospital especializado são totalmente capacitadas, me tranquilizaram, me trataram super bem. (E17)

[...] chegando lá no hospital especializado me ajudaram em tudo, eu não fazia ideia do que eu tinha que fazer. (E10)

Dentre as dez mulheres que perceberam a experiência de forma positiva, três citaram a assistência de Enfermagem:

[...] o pessoal do hospital especializado, nossa, todo mundo muito 10! Super me apoiaram um monte. No dia que eu fui lá, eu tinha passado o dia inteiro sem comer, aí a Enfermagem: “não a gente pega lá uma comida para você no refeitório” então, sabe, a Enfermagem muito gente boa nesse momento. (E1)

[...] A minha irmã me acompanhou, tanto para avaliação do perito e tudo mais. Todos os remédios que precisei tomar, ela mesmo me disse assim que no hospital, o atendimento da Enfermagem no geral foi o que mais deixou mais leve a situação, com palavra assim de apoio. (E3)

[...] lá no dia, as Enfermeiras do hospital especializado foram super legais comigo em tudo, o acolhimento foi muito bacana, foi bacana sim. (E5)

Uma entrevistada ressaltou que foi importante o fato de a equipe de atendimento ser feminina no primeiro dia de contato com o hospital especializado, o que contribuiu para seu bem-estar durante o atendimento:

[...] Eu não sabia o que esperar, o fato também de ser só mulher no hospital especializado, então também ajuda, tem todo um processo que às vezes a pessoa que está de fora sendo homem, a pessoa não entende. Então, quando nós chegamos lá era só mulher, entre assistente social, Enfermeira e técnicas, o pessoal da coleta de sangue, sempre foi mulher, então, ainda mais nesta fase estar super com muito medo, não tem muita confiança em homens. Não tenho nem o que falar como isso ajuda a gente. (E1)

Sobre o seguimento ambulatorial, dentre as sete que não realizaram nenhum acompanhamento, três explicaram porque não aderiram ao acompanhamento. Os motivos eram associados ao desejo de esquecer a violência e não se sentiram acolhidas no primeiro dia, fator determinante para a sua não adesão:

[...] Eu optei em não fazer. Eu acho que era mais para eu não tocar na ferida, para tentar esquecer de certa forma o mais rápido possível. E foi uma maneira que eu encontrei para lidar com a situação, que era uma maneira de não voltar no assunto. De certa forma, consegui esquecer, mas não cem por cento, pois tem alguns momentos que ainda eu relembro da situação. (E16)

[...] Não voltei, e não voltaria porque a gente fica tocando em um assunto para que? Eu não tive nada lá no hospital, eu só fui atendida para pegar medicação praticamente, para mim foi isso. Não tive uma instrução, não tive, poderia ter falado que vai ser assim, vai ser assado, eu sei como é isso, eu não tive nada. Eu não tive essas palavras, eu não tive. (E15)

Em outra situação, uma mulher não realizou acompanhamento pelo hospital especializado, mas procurou tratamento na rede particular:

[...] eu tinha convênio, e acabei fazendo todos os exames. Eu não cheguei a consultar o infectologista. Na época eu fui na ginecologista mesmo, fiz o primeiro exame, uma primeira bateria de exames que é feito, e depois de um tempo você volta para fazer outros exames porque aquele primeiro exame é só para ver como você estava antes, e depois você tem que fazer o posterior dos remédios. Graças a Deus, deu tudo normal, tudo certo. (E11)

As oito mulheres, que relataram o acompanhamento, realizaram uma a três consultas com a equipe de infectologia do serviço. Duas mulheres comentaram que preferiram continuar o acompanhamento pela rede particular, com a finalidade de evitar sentimentos negativos que aflorava ao ir para o hospital especializado:

[...] Com a infectologia, eu fiquei acho que só dois meses, que foi realmente o fato de sair os resultados que fiz os exames lá no hospital, aí eu tinha de refazer, porque precisava fazer em três meses. Eu já tinha começado a fazer todo o acompanhamento com os meus médicos particulares, porque, assim, como eu desenvolvi pequenos traumas, o hospital especializado foi um deles. Então para qualquer coisa que eu precise ir um dia no hospital especializado,

ou fazer alguma coisa ou passo na frente, eu lembro muito do incidente, então, por isso que eu tentei evitar ao máximo ir para lá. (E3)

[...] só nesse último retorno eu acabei não indo na infectologia do hospital. Eu fiz o exame, mas eu fui em um clínico meu que era de confiança da família, porque para eu voltar no hospital, passar ali era muito difícil. No dia, eu fui sozinha no hospital, então passar pelos parques no caminho, chegar sozinha lá, eu não queria fazer aquilo de novo, pois vinha todo aquele sentimento que hoje eles falam gatilhos, então acabei indo em outro médico para fazer a última consulta com a infectologia. (E10)

Quanto ao acompanhamento com a equipe de psicologia, 11 mulheres realizaram algum tipo de acompanhamento e seis não. Quatro fizeram pelo hospital especializado. Relataram que foram acompanhadas entre um mês até um ano, e seis fizeram o acompanhamento pela rede particular e pelo Núcleo de Apoio à Vítima de Estupro (NAVES):

[...] no psicólogo eu fui uma vez só, eu falei para ele que eu fazia acompanhamento psicológico e aí ele falou se eu quisesse remarcar com ele eu poderia. Eu falei que achei que era importante ir pela primeira vez com ele, porque o cara é especialista naquilo, depois eu dei continuidade no tratamento particular. Eu faço acompanhamento particular até hoje. (E6)

[...] Eu fui em uma, mas eu acabei marcando no NAVES e eu acabei ficando mais íntima dela. Daí acabei trocando, e com a psicologia do NAVES estou até hoje. (E9)

[...] Não, eu fiz os retornos na rede privada. Eu fiz pouco acompanhamento, eu não queria tratar nessa época. Eu queria tratar, mas eu não estava preparada para falar sobre isso, então demorou um pouco para que eu voltasse. Eu fiz três sessões de terapia, que foi um mês depois do que aconteceu, mas eu não estava preparada para falar sobre isso. Aí depois de um ano, que eu comecei a procurar ajuda de verdade, que já era uma coisa em cima de outra, era a minha ansiedade, era transtorno alimentar, era um monte de coisa em cima da outra, a minha vida acadêmica. Enfim, eu tinha começado meu mestrado, então, foi complicado. (E13)

4.2.3 Dificuldades e estratégias de enfrentamento após a vivência da DFSA

Esta categoria teve 25,3% de representatividade na pesquisa obtida por meio do software webQDA®, com a participação de 18 entrevistadas. As mulheres quando sofreram a DFSA relembrou as situações de violência vividas anteriormente, e retomaram as lembranças:

[...] eu sofria a violência sexual desde criança. Quando eu era criança, o meu avô, ele fazia isso comigo. Eu lembro umas coisas, acontecia quando minha mãe o chamava para tomar conta da gente, ele me chamava e dizia que queria brincar, ele ficava passando a mão em mim, ficava acariciando o negócio dele e saía um líquido das pernas dele... Então, eu já era uma pessoa traumática. (E8)

[...] eu também passei na minha infância, sem penetração, mas passei por isso com alguém da família. [...] Eu guardei essa informação sobre que era de um membro da família por dez anos, e eu só trouxe à tona no ano passado. E tem sido muito difícil enfrentar essas duas ocasiões que eu só fugi, porque eu achei que eu ia superar só fugindo. (E15)

[...] Pouco tempo antes de sofrer este abuso, eu sofria violência doméstica. Eu tinha acabado de sair de um relacionamento super abusivo, então esse era um dia que eu saí mesmo para extravasar e para me divertir, eu queria só viver meu momento ali e acabou acontecendo esse fato assim. [...] foram quatro anos, com violência verbal, física e psicológica, sem sexual. (E11)

Outras seis mulheres tiveram obstáculos para enfrentar a violência vivida, como a somatização da depressão, quadros de ansiedade, síndrome do pânico, transtorno bipolar ou distúrbios alimentares:

[...] já tinha um histórico de ansiedade, sou ansiosa e eu já tinha, eu sofria de síndrome do pânico, eu já estava curada, mas daí voltou com a situação, a síndrome do pânico voltou, e a depressão. (E3)

[...] Eu engordei 15 quilos nessa época, eu tive problema com bulimia na minha adolescência, e todos os meus transtornos alimentares, eles voltaram, compulsão, bulimia. Eu comia, comia e eu me sentia culpada, eu ia e vomitava. Eu nem conseguia evitar, cara, foi "punk" esse negócio. (E13)

[...] Eu tenho transtorno bipolar, eu fiquei deprimida e fui internada no hospital psiquiátrico por causa disso. E então eu tinha dois empregos e eu perdi os dois, eu não tinha condição psicológica para trabalhar, eu tive que refazer minha vida completamente desde a forma profissional até a familiar. Isso teve um peso muito grande. (E15)

A principal dificuldade apontada por metade das mulheres foi quanto à volta da convivência em sociedade, pelo contato com outros homens e relacionar-se afetivamente. Isso foi devido aos sentimentos negativos que a presença masculina trazia a elas, principalmente o medo de passar por uma nova situação de violência:

[...] Eu não deixo as pessoas chegarem muito perto de mim, eu não consigo ainda, principalmente homens. Eu nunca mais consegui me envolver com as pessoas, nem namoro, nem nada. Eu tenho muito medo de sofrer de novo o que eu sofri. Qualquer pessoa que chega perto e eu vejo um risco, uma coisa que nem às vezes é tudo aquilo, mas eu vejo alguma coisa que me lembre, que pode ir para aquele caminho, já travo, não quero mais nada e eu já sumo. [...] Hoje em dia não posso encontrar ninguém parecido com ele, eu travo, eu começo a tremer, eu acho que tenho síndrome do pânico, eu começo a chorar. Até hoje eu nunca mais consegui me envolver com ninguém, já faz anos. [...] eu nunca mais deixei alguém se aproximar de mim. (E7)

[...] eu não conseguia estar no mesmo lugar que uma pessoa do sexo masculino sem que a minha mão não começasse a tremer. Então foi muito difícil assim, no meu trabalho, em relações sociais, até com pessoas da

família eu ficava apavorada. Hoje em dia, mesmo pegar um aplicativo de transporte, andar de ônibus acho que estou correndo perigo. Então são coisas assim que a gente vai tentando trazer para realidade, mas é muito difícil conviver assim. (E11)

[...] agora que eu namoro algum tempo e tudo mais, eu ainda me sinto muito travada assim na minha relação sexual. Às vezes, eu fico com medo, fiquei com medo de homens é o meu subconsciente. Tenho medo de ficar com homem em um lugar que eu me sinto desprotegida, que eu sei que não tem por onde correr... eu tento sempre me cuidar que está tudo bem, quenão vai fazer mal para mim. (E10)

Treze mulheres ainda sinalizaram outras dificuldades que viveram após a DFSA, que são circunstâncias do presente que remetem às memórias do vivido:

[...] Às vezes me dá um gatilho e algumas horas eu fico chateada, mas eu tento abstrair [...] Quando eu vejo alguma reportagem na televisão e alguma menina que passou por isso, algum filme que tenha isso, nas redes sociais, essas coisas me lembram, fico um pouco chateada e daí eu tento esquecer, porque, não vai adiantar eu ficar mal, agora eu tenho que dar um jeito na minha vida. (E12)

[...] até hoje, eu ainda não consigo ver algumas situações, qualquer tipo de lesão de hematoma no corpo de alguém ou até no meu mesmo, eu vejo eu fico muito mole, eu começo a me sentir muito debilitada. Se eu sair para baladas em geral, festas em geral, música eletrônica, o engraçado é quando eu lembro do aplicativo de transporte, que foi por isso, por intermédio disso que eu voltei para casa, isso é uma coisa que eu meio que me deixa mala região do bairro, eu não consigo ir lá e não lembrar. O hospital ou qualquer hospital me deixa assim, qualquer notícia que eu já vejo com relação a estupro, eu fico muito mal. Eu não consigo me recuperar por completo, eu desenvolvi gatilhos, e acaba gerando mais crises de pânico e eu acabo tomando mais remédio, então eu tento me afastar das coisas que despertam isso. (E3)

[...] eu tenho tido alguns sintomas diferentes que eu nunca tinha sentido antes. Eu sonho, eu tenho sonhos e eu acho que eu machuco minha genitália, porque eu acordo e, por exemplo, se eu vou tomar banho arde bastante como se eu tivesse passado a unha ou alguma coisa assim para machucar. (E15)

Casos debatidos na mídia, como o caso da Mariana Ferrer⁴, repercutiram em suas vidas e também levaram-nas a reviver sentimentos. Quatro mulheres fizeram referência ao caso:

⁴Em maio de 2019 o caso Mariana Ferrer tornou-se público pelo seu Instagram, pois ele ganhou visibilidade do caso pela mídia. Mariana, uma mulher de 24 anos, influencer, procurou a justiça devido ao crime de estupro de vulnerável que sofreu em dezembro de 2018 durante uma festa no Café de La Musique na cidade de Florianópolis-SC. Mariana foi dopada no Beach Club. Posteriormente, na sentença do agressor em 2020, ele foi absolvido por falta de provas e, segundo a sentença, não sabia que Mariana estava inconsciente no momento da relação (BRASIL, 2020i).

[...] O ano passado eu tive uma crise porque, não sei se você soube daquele outro caso da menina de Santa Catarina, aquela Marina, Mariana Ferrer?, Na época que saiu, foi um tipo de gatilho. (E9)

[...] Teve o caso da Mariana Ferrer de Floripa o ano passado que mexeu muito comigo. Eu fiquei muito mal, liguei aqui para minha advogada, chorando, achando que ia acontecer isso comigo também. Então, assim, são tantos gatilhos que eu acabei desenvolvendo, são muitos. (E3)

[...] O caso da Mariana Ferrer foi mais ou menos na mesma época, e eu a seguia no Instagram, eu tinha muito medo de ficar assim, tendo que ir lá e dizer e falarem: “ah, coitada, ela é uma fraca”. Eu tinha muito medo de acabar igual ela, com medo de sair de casa, com medo de viver mesmo, foi um gatilho isso para mim. (E10)

Após passarem pela VS, 16 mulheres também demonstraram buscar por alternativas que as ajudassem a superar a violência sofrida. Sentiram a necessidade de realizar algumas adaptações na forma de viver e procuram evitar o contato com situações que remetem ao passado. Dentre as mudanças apontadas, buscaram estar com pessoas que confiavam, viviam com mais cautela e evitavam situações em que se sentiam inseguras:

[...] Eu vivo com mais cautela, com mais atenção com as pessoas que, teoricamente, eu não conheço, não convivo, acho que é em relação, é só isso. Eu tenho mais segurança nas poucas pessoas que eu tenho perto que eu opto por sair. (E16)

[...] eu acho que esta situação, ela acaba fazendo a gente recuar de algumas coisas. Eu sempre tomei muito cuidado, mas mesmo assim aconteceu de eu ter este apagão. Depois disto, inclusive, evito sair assim sem ter várias pessoas próximas, conhecidas. Eu fiquei com um pouco de medo, acredito que depois disto acaba se tendo algumas travas, fiz mudanças de hábito, eu não saio mais com pessoas mais ou menos conhecidas, eu só saio com pessoas que realmente eu sei, Deus me livre, que aconteça alguma coisa, elas não vão sair de perto de mim. Elas jamais vão deixar eu sozinha. Seria mais esta cautela de sair com pessoas conhecidas, que vão estar comigo o tempo inteiro e que não vão desgrudar de mim ou eu nem saio. (E2)

[...] eu tinha muito medo e vergonha de encontrar outros caras e passar pela mesma coisa. Então eu comecei assim, claro você tem mais cuidado, ser mais cuidadosa e voltei a viver para as coisas que eu precisava fazer de uma vida normal, como se isso não tivesse feito parte da minha vida. Ai eu, tipo, eu tomo mais cuidado, tipo, eu vou sair e não vou bobear, eu tenho mais cuidado com isso. (E10)

A principal forma de adaptação, apontada por cinco mulheres, estava relacionada à redução do consumo de bebida alcoólica:

[...] hoje em dia diminuí muito a quantidade de bebida, hoje eu não consigo beber nem um terço do que eu bebia anteriormente. Acho que foi uma das

coisas que mudou. Eu diminuí muito a quantidade de bebida que eu ingeria. Do jeito que a gente vive, a gente precisa se adaptar, eu diminuí o quanto bebia. Eu acho que eu fico um pouco desconfiada porque eu fiquei um tempo, logo que aconteceu ainda tinha festa, aí eu sempre pedia para os outros beberem da minha caneca, cheirar minha bebida. (E9)

Ah, hoje em dia eu tenho mais vida normal, claro que com muito mais cuidado. Hoje eu não vou mais na casa de ninguém sozinha, sem amiga, eu não confio da mesma forma que eu confiava nas pessoas. Quando eu exagero um pouco na bebida, eu procuro não ficar sozinha com algum menino. Tomo cuidado dobrado, mas eu consigo levar uma vida mais normal. (E12)

[...] eu só fiquei com um aprendizado, né, de vida, assim [...] eu bebi demais aquele dia, mas serviu de lição. [...] Mas desde então, não é que eu não bebo mais, eu bebo, mas é bem pouco, e sempre só com gente em casa, só em casa mesmo. Mas, assim, eu bebo mais em casa, assim, agora tranquila, não bebo mais tanto, raramente eu lembro mais disto, só quando eu estou com uns amigos. [...] Olha, eu estou levando a vida normal, assim, eu não acredito que tenha ficado algum trauma, só ficou mais uma lição mesmo, e (risos) pretendo nunca passar por algo parecido. Então, sempre tomar mais cuidado. (E5)

Como forma de enfrentar e superar a violência sofrida, inicialmente as mulheres buscam ignorar o ocorrido, contudo, diante do sentimento de frustração, buscam atendimento psicológico:

[...] É um trauma que por mais que a gente consiga amenizar, ele nunca passa, ele nunca vai embora. Não é uma coisa que você consegue deixar de lado porque sempre tem alguma coisa para te lembrar que aquilo aconteceu. Precisa de bastante terapia para conseguir de novo se encaixar na sociedade. (E11)

[...] eu fui na ginecologista e eu estava sentindo dores na relação sexual com meu parceiro. Ela disse que eu não tinha nada que resultasse em dor, e ela falou que era para eu procurar terapia porque isso era psicológico, então eu comecei a terapia há pouco tempo, e eu tenho que ficar lembrando isso e criando formas de superar, e eu achei que eu tinha superado, porque eu refiz a minha vida. Eu comecei e terminei a faculdade, eu tive outro emprego, eu comecei a namorar. Eu achei que eu tinha ido para frente, que eu tinha conseguido enfrentar isso, só que depois que a ginecologista falou que isso era psicológico, eu comecei dar atenção a isso, porque eu achei que só ignorar ia passar, ia curar, não sei, ia cicatrizar de alguma forma, e eu achei que era só parar de falar isso, eu achei que era só ignorar e só deixar... mas agora eu descobri que não é assim. Eu estou nesse processo de enfrentar essa dor, de curar essa ferida, de enfrentar a realidade, e tem sido bem doloroso para mim. (E15)

[...] em nenhum momento eu tentei negar, mas eu tentava justificar, tentar achar uma justificativa, só que não tinha (risos). Com o tempo, isto foi se tornando uma lembrança de uma experiência ruim, mas que já não tinha mais aquele peso negativo em mim, já não me dava ansiedade, já não era uma coisa que me prejudicava. [...] Eu fiz um ano e pouco de terapia no hospital, e a gente aprende na verdade a como ver, tirar dessa experiência algumas coisas. Não é uma coisa que me marca mais tão negativamente, não é uma coisa que eu tenho que dá agonia, já é uma coisa que eu tenho controlado. [...] Eu acho que principalmente, o mais difícil foi voltar a sair e ter certeza que

não ia acontecer nada. Então acho que esta parte foi a que mais me deixava ansiosa no começo, e daí devagarinho foi passando. Com o tratamento, a gente vai voltando a entender que não é que aconteceu aquela vez que vai acontecer de novo, então acaba que você acaba que relaxa um pouco mais, na outra relaxa mais e daí assim vai. (E1)

Outra forma que as mulheres apontavam como enfrentamento da violência sofrida, foi em relação ao perceberem que estavam sendo amparadas por familiares e pessoas próximas. As situações foram apontadas por 14 mulheres:

[...] eu saí várias vezes com grupo de amigos, então eu acho que também é... você teve o apoio de amigos não só de familiares, mas dos amigos também, é super importante. Você vai precisar deles para passar esta fase, então tem que ser uma coisa que você realmente confie. (E1)

[...] Eu tenho minha mãe e minha melhor amiga, meus pais no caso. Graças a Deus, eu tenho esse apoio familiar totalmente, eu tenho. Porém, se não fosse eles eu não sei o que seria. (E7)

[...] o apoio da minha família, foi muito importante, de algumas amigas, até em relação ao trabalho. Na época, a minha chefe ficou sabendo e foi muito importante, [...] quando fui contratada eu não estava bem estruturada, assim, eu tive a oportunidade de conversar com ela e foi muito, muito, muito bonito o jeito que ela me acolheu e muito sensato, porque não era que eu estava passando por algo passageiro, não era uma coisa corriqueira. Ela conseguiu entender a profundidade e me ajudar muito também. Então esse apoio das pessoas que estão à volta da gente, o não julgamento dessas questões assim é muito, muito importante para eu entender qual era o meu lugar, meu lugar de vítima e que não era uma pessoa que só tinha saído e que deu alguma coisa errada. (E11)

Apesar da metade das entrevistadas relatarem que ainda possuem dificuldades em se relacionar-se afetivamente com a figura masculina após a DFSA, para outras seis mulheres o relacionamento afetivo trouxe apoio à recuperação:

[...] depois de um tempo, eu consegui me abrir com meu namorado, e foi uma coisa que me ajudou muito, eu conseguir falar para o meu parceiro sexual do que eu passei foi uma coisa que “ok ele me aceita, não é uma vergonha isso, está tudo bem”, acho que foi uma coisa que me ajudou muito. (E10)

[...] O meu namorado, ele é a pessoa que mais me conhece nessa vida. De tudo, eu me sinto muito confortável para conversar com ele de tudo, inclusive as minhas mágoas, os meus traumas, e isso que tem mantido a relação saudável, porque não deve estar sendo fácil para ele me encontrar nesse processo de cicatrização [...] A minha principal motivação é o meu relacionamento, eu sou muito feliz e quero que a gente possa ficar velhinhos juntos (choro) e eu não quero que o meu passado interfira. (E15)

[...] Por incrível que pareça, desde que eu vim morar com meu noivo tem me ajudado muito. Na verdade, eu fui morar com ele desde o ano passado. Ele é uma pessoa que tem me ajudado muito, assim no cotidiano, o dia a dia dele me apoiando muito com relação a isso é uma coisa que tem me ajudado

demais, que é o que minha própria psicóloga e psiquiatra fala: “quando a gente passa por um trauma a gente acaba pegando uma pessoa como porto seguro”, e ele acabou se tornando isso para mim. (E3)

Estratégias como retorno ao convívio social e trabalho, busca de novas atividades, apoio espiritual e manter o bom humor foram apontados por seis mulheres como enfrentamento da violência:

[...] Depois disso eu percebi que a gente não necessariamente precisamos parar de viver, e continuei vivendo normalmente diante a isso, é um episódio que ocorreu. O meu curso de direito é minha paixão, sair ajuda a não pensar sobre tudo aquilo, confiar mais na família, meu namorado também, ele tem ajudado bastante. Agora eu estou montando meu próprio empreendimento, é uma coisa que eu gosto, eu estou fazendo algo voltado para a estética, uma coisa que antes eu não me permitia fazer. (E17)

[...]a rotina me ajudou, pois eu tinha que trabalhar com muito homem. Antes, nos atendimentos que eu ia em algum lugar desconhecido, eu levava sempre alguém junto, mas com o tempo eu fui vendo que não tinha necessidade, eu fui enfrentando, tive que ir indo, eu não tinha outra opção. Conforme eu fui amadurecendo, eu fui readquirindo minha confiança eu vi que eu podia, eu comecei a ir sozinha e não me fazia falta aquela pessoa. Talvez se eu tivesse que ficar em casa ou se meu trabalho não fosse este, poderia ter sido mais difícil por não ter contato com outras pessoas, mas eu tinha que ter, isto me ajudou a querer a seguir em frente, a ter forças para conseguir e fazer minha profissão. (E1)

[...] Ah, eu acho que eu busquei muito me apegar a Deus, eu oro e peço para que ele sempre tire todas as marcas, todas essas coisas que ficaram, eu me apeguei bastante a Deus e aos meus filhos, o que mais me ajudou foi o amor mesmo, tanto o amor de Deus na minha vida quanto os meus filhos. (E14)

[...] eu não consigo falar sério por muito tempo, eu tenho que tirar sarro de alguma coisa (risos). Eu preciso ter uma válvula de escape, a comédia para mim é o que me ajuda, o que é a vida sem rir? Se eu for deixar isso me abalar, trazer isso para dentro de mim, não saber tratar ou não saber cuidar, enfim... eu acho que aí que eu talvez não estivesse mais aqui se eu tivesse levado a vida de outra forma, preciso de uma forma para aliviar essa angústia, e o meu mecanismo de defesa é tirar sarro das coisas. (E13)

Em relação à violência por parceiro íntimo que uma das mulheres sofreu, manifesta o interesse em ajudar outras mulheres, alertando-as para não se conformar com esse tipo de relacionamento submisso:

[...] se eu pudesse ajudar alguma mulher nessa vida, que passou por esse tipo de envolvimento quando o cara tinha que te drogar para você dormir com ele, porque se não, não tinha como, porque você tinha medo dele, se ele tem que te drogar para isso, que elas na primeira vez escapasse, ir embora, que isso não é um relacionamento, não é certo porque quem sofre somos nós mulheres, porque os homens se acham uns poderosos, e eu tenho, tipo, muito sentimento ruim em relação a isso, porque o homem, ele acha que pode tudo porque somos mulheres. Nós temos que ser vulneráveis e aceitar tudo

que eles estão impondo para nós, e sem reclamar. E não é assim, a gente tem nossa vida, trabalhamos, somos fortes, podemos tudo igual! Então, ele não tem que fazer isso porque é um abuso! (E8)

Duas entrevistadas apontaram que relatar a DFSA, apesar de doloroso, poderia colaborar para que outras pessoas saibam dos riscos:

[...] eu acho que todas as mulheres deveriam saber que só colocar uma pedra ali e achar que vai passar (choro), não faz passar. A gente tem que falar disso, por mais que seja difícil falar isso, elas têm que ser cientes disso, que a gente precisa falar. (E15)

[...] Eu acho que começar a falar sobre isso é difícil, eu me sinto confortável porque falar nisso eu acho que vai ajudar outras pessoas. Então é isso que eu estou em mente, eu sou muito transparente, eu acho que eu posso ajudar outra pessoa. Cara, é muito importante, assim, que as pessoas, elas saibam que a vida acontece, acho que a gente tem a ideia muito aquarelada da realidade. (E13)

Na percepção de outras quatro mulheres, falar sobre o assunto poderia trazer conscientização, valorização e visibilidade para ajudar outras mulheres, com apoio, principalmente, da pesquisa:

[...] é extremamente importante para criar de fato trabalhos, pesquisas, trazer visibilidade para esse assunto. Eu acho extremamente importante criar uma base de pesquisa disso, fontes de verdade, ouvir as pessoas é mais importante. (E13)

[...] A gente vê tanta coisa e tem tão poucas pessoas querendo ajudar, querendo fazer mudanças e até quando fui convidada para a pesquisa, eu fiquei meio assim, e eu falei com a minha companheira, e eu pensei “será que eu vou?” E ela falou “pode ser que você ajude alguém”. E o que eu puder eu vou fazer para ajudar, eu acho que quanto mais informação melhor, as pessoas veem os noticiários, mas não sabem dar informações, eu mesmo não sabia onde ir, eu não sabia que tinha que ir no hospital, que era referência nesses casos, falta muita informação assim. (E11)

[...] Acho que se eu tivesse entrado mais em contato com esse tipo de coisa, talvez não tinha acontecido, principalmente adolescente que gosta de sair, ir para balada e pegar copo de todo mundo, então acho que é uma coisa muito importante para, tipo, conscientizar. (E10)

[...] Precisa conversar, falar sobre, eu estou no meio acadêmico, assim, conversar com as minhas amigas, saber que teve, saber que aconteceu com outras pessoas que eu nem fazia ideia, assim. Então eu acho que conversar com outras pessoas, pôr para fora. Por isso que quando fui convidada para participar da pesquisa, eu não pensei duas vezes em não falar, porque eu acho que faz bem falar. (E6)

5 DISCUSSÃO

5.1 DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES QUE NOTIFICARAM A DFSA

A partir dos resultados, observou-se aumento anual das notificações de mulheres que sofreram DFSA no serviço investigado. Somente em 2019, esse serviço concentrou quase 24% do total das notificações dos anos investigados. Esse dado vai ao encontro do resultado de pesquisas em todo mundo que acompanharam, nas duas últimas décadas, a evolução dos casos de DFSA (PREGO-MELEIRO, 2020a;2020b; GARCÍA et al., 2021).

Uma pesquisa, realizada no Departamento de Emergência de um hospital universitário na Suíça, identificou que 48% de todos os casos atendidos de VS tinham envolvimento de SQ (RICARD-GAUTHIER et al., 2021). Na Espanha, a Guarda Civil registrou 240 casos de DFSA no território de País de Basco e Catalunha entre 2008 e 2017. Os registros de casos na Espanha podem conter mais de uma vítima e, no estudo, observou-se que entre os 240 casos, 326 mulheres sofreram DFSA. Os pesquisadores identificaram um aumento do número de casos, de forma crescente, desde o ano de 2012 e, o último ano pesquisado concentrou 20% do total dos casos investigados (QUINTANA et al., 2020).

Dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas no Brasil, realizado em 2012, possibilitaram a identificação dos padrões de prevalência de estupro e analisaram a relação com o consumo de álcool da população. Assim, estimaram a prevalência do estupro na vida de 2,6% da população em geral, 1,7% entre os homens e 3,5% entre as mulheres, assim demonstraram que a prevalência atinge a faixa etária entre 26 e 59 anos, baixa escolaridade, e sem companheiro(a) (MASSARO et al., 2019).

Em relação ao consumo de álcool, os dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas no Brasil identificaram que 6% dos pesquisados relataram ser vítimas de estupro com diagnóstico de transtorno por uso prévio de álcool, e 3,3% descreveram consumo elevado de forma episódica. A pesquisa evidenciou que tanto homens quanto mulheres entre 25 e 59 anos, ser solteiro e as duas formas de consumo de álcool são fatores associados ao aumento de probabilidade de vitimização por estupro (MASSARO et al., 2019).

Mais da metade das mulheres no estudo em tela estavam na faixa etária entre 20 e 29 anos e 75,4% eram mulheres brancas. Estudos apontam como um crime que acomete principalmente mulheres jovens, antes dos 30 anos, e mais da metade são mulheres brancas. A predominância da notificação de mulheres brancas não coloca a raça como fator de risco. Isso não leva a considerar que agressores tenham predileção pela cor, mas que mulheres brancas buscam por mais ajuda nos serviços e as mulheres negras não possuem o mesmo acesso (BONAR et al., 2019a; COLLINGTON et al., 2019; EHLKE; KELLEY; BRAITMAN, 2021; NORRIS et al., 2019; CANTOR et al., 2020; SUTTON; SIMONS; TYLER, 2019; MILLER et al., 2020; SELL; TESTA, 2020; TESTA; LIVINGSTON, WANG et al., 2021).

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, com 174 universitárias afro-americanas, apontou que 25,3% sofreram VS anteriormente ao ingresso na universidade, e 20,6% durante a graduação. Dessas, 15% suspeitaram ou sofreram o estupro quando estavam incapacitadas pelo álcool. A maioria compartilhou a história com amigo próximo e foram menos propensas a reportar às autoridades em relação às mulheres brancas (COLLINGTON et al., 2019).

No mesmo estudo, relataram ainda que não notificaram por constrangimento, vontade de lidar sozinhas com o problema, medo de retaliação, e não queriam prejudicar o agressor. Isso permitiu que os pesquisadores afirmassem que existiam diferenças raciais para buscar ajuda, sendo essencial que os alunos se sentissem confortáveis para buscar apoio e relatar à polícia ou à universidade (COLLINGTON et al., 2019).

O nível educacional das mulheres do presente estudo foi constituído, em sua maioria, por mulheres com maior escolaridade. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa americana que identificou que 46% das mulheres vítimas eram trabalhadoras, e 33% estudantes. Pesquisas americanas envolvem, na grande maioria, estudantes que moram no campus universitário e são mais propensos à DFSA pela condição de habitação associada ao consumo de álcool durante interações sociais nesses locais (ULLMAN; O'CALLAGHAN; LORENZ, 2019).

De forma geral, pesquisas relacionam o aumento da VS e DFSA na comunidade universitária no Brasil e no mundo, mesmo não residindo no campus universitário ou em fraternidades estudantis (SELL; TESTA, 2020; NORRIS et al., 2019; TESTA; LIVINGSTON; WANG, 2019; CANTOR et al., 2020; MILLER et al., 2020; WATERMAN; LEFKOWITZ, 2020; WANG et al., 2021; CAMPE, 2021; FIALLA et al.,

2021; SUTTON; SIMONS; TYLER, 2021). No entanto, outra pesquisa brasileira evidenciou que casos de estupro relacionados ao consumo de álcool e nível educacional superior a nove anos de estudo pode favorecer a diminuição da probabilidade de ser vítima de estupro (MASSARO et al., 2019).

Neste estudo, os locais, onde a VS mais ocorreu, foram a residência (38,8%) e a via pública (27,4%); metade das ocorrências aconteceu aos finais de semana e no período noturno. Em outros estudos, observaram-se resultados semelhantes. Metade dos casos analisados ocorreu nas residências e 11% em via pública. Mais de 40% aconteceram entre sábado e domingo, e 70% à noite e de madrugada (FRYSZER et al., 2020; QUINTANA et al., 2020; PREGO-MELEIRO et al., 2020; RICARD-GAUTHIER et al., 2021).

Pesquisadores espanhóis reforçaram que o consumo de álcool ou outras SQ promovem condições favoráveis para que as mulheres sofram ataques sexuais sem capacidade para consentir. A DFSA pode ocorrer a partir dos espaços de descontração noturna, como em bares ou eventos, e envolver o deslocamento das mulheres incapacitadas para as residências. Do mesmo modo, a DFSA pode acontecer diretamente em festas em contextos de residências, isto é, na própria residência das mulheres, dos agressores ou em residências desconhecidas (QUINTANA et al., 2020).

O perfil do agressor, numa análise de 850 casos na Alemanha, apontou que, em 48,4% dos casos, o agressor era desconhecido e, em 34,3%, um amigo ou conhecido; 90% eram do sexo masculino e 78% agiram sozinhos. O mesmo estudo apontou que havia maior procura por ajuda às autoridades quando o agressor era desconhecido e isso também motivava as mulheres a receber mais cuidados médicos (FRYSZER et al., 2020); dados semelhantes aos encontrados neste estudo em relação ao agressor.

No estudo em tela, a maioria das mulheres suspeitaram que o agressor fez uso de álcool ou drogas antes de cometer a violência. Em uma pesquisa com abrangência em todo território norte-americano, encontraram a suspeita de que 66.5% dos agressores haviam consumido álcool ou drogas antes do crime (BASILE et al., 2021). Na Itália, o consumo de álcool ou substâncias foram considerados como fortes preditores da violência, especialmente quando as substâncias eram consumidas entre agressor e vítima, resultando em maior número de estupros (WATERMAN; LEFKOWITZ, 2020).

Em uma pesquisa prospectiva, realizada com 901 universitários americanos, foram investigados padrões de impulsividade, ingestão de álcool e a sua relação com a possibilidade de se cometer algum ato violento. Assim, foi identificado que jovens que consumiam álcool antes da faculdade tinham mais chances de perpetrar algum tipo de VS, mas o uso de álcool não moderou a influência de personalidade para cometer agressão (WILHITE; FROMME, 2021). Contudo, pela sociedade, o consumo de SQ culpabiliza o comportamento das mulheres. Porém, em relação ao agressor, ele é aceito, justificável e isenta os agressores por sua perda de controle e da responsabilidade de cometer a violência nessas circunstâncias (PREGO-MELEIRO et al., 2020).

Sobre a procura pela profilaxia após a VS, pesquisadores discutem a forte relação da procura pelos serviços de saúde, para recebimento das profilaxias e para evitar a gestação, quando o agressor é desconhecido. Estima-se que seja uma das limitações dos bancos de dados sobre o estupro quando o agressor pode ser conhecido e, portanto, não procuram ajuda (ENGEL, 2017). Em relação aos procedimentos profiláticos realizados no hospital especializado, resultados similares foram encontrados no estado de Goiás, onde 85,1% das vítimas receberam profilaxia IST, 79,5% iniciaram esquema antirretroviral, 61,5% receberam profilaxia contra Hepatite B, 59,6% contracepção de emergência e 96,9% fizeram coleta de sangue (SOUSA et al., 2019).

Em uma revisão de literatura americana, avaliaram a prevalência de políticas para Anticoncepção de Emergência (AE) para VS, resultando numa análise de assistência de 3314 hospitais. Identificaram que 60% dos hospitais tinham uma política de AE instituída, 75% forneciam aconselhamento, 44% ofereciam a AE e destes, 62% tinham AE para dispensar no atendimento; para HIV, a testagem era disponível em 64%, e 53% ofereciam profilaxia para HIV (WANG et al., 2021).

No Brasil, a realização dos procedimentos profiláticos nos hospitais especializados ainda precisa ser uniformizada. O Brasil possui política institucionalizada para VS pelo MS (BRASIL, 2012; 2015a), mas em uma pesquisa que analisou assistência prestada em 28 hospitais no estado do Paraná, teve resultados inferiores. Quanto à realização do protocolo nos atendimentos antes das 72 horas, foi identificado que 50% aderiram à prescrição de profilaxias de IST, HIV e Hepatite B e coleta de exames laboratoriais; destes, 63% ofereceram contracepção de emergência (MUSSE; FAÚNDES; ANDRADE, 2020).

As medidas profiláticas para IST e AE, realizadas em situação de VS, visam proporcionar impacto positivo, com redução de danos à saúde das mulheres. Em Santa Catarina, um estudo que buscou estimar a ocorrência de gravidez e IST resultantes de VS, analisou 1230 FNI de VS em mulheres no período entre 2018 e 2013. Na pesquisa, identificaram a presença de fatores protetivos em relação à ocorrência de gravidez quando as mulheres foram atendidas em 72 horas e receberam a contracepção de emergência, pois a gestação ocorreu em apenas 7,6% das mulheres atendidas e, em maior proporção, para aquelas que não procuraram o serviço a tempo e não receberam a AE. Quanto à ocorrência de IST, não encontraram impactos nos desfechos (DELZIOVO et al., 2018).

A respeito da coleta de vestígios, neste estudo, 65,7% das mulheres autorizaram a coleta no momento da notificação no hospital especializado. O hospital estudado faz parte de um programa com experiência intersetorial e interinstitucional que inova a atenção às mulheres quando o médico perito do IML vai até o hospital para coletar os vestígios. Essa integração de serviços entre saúde e segurança pública expõe menos as mulheres para se deslocar para outros serviços, promove humanização, e colabora com o aumento da adesão da coleta de vestígios, mesmo que esse procedimento não seja obrigatório para receber assistência à saúde (CURITIBA, 2002; MAFIOLETTI et al., 2018). Essa realidade não foi a mesma encontrada em um hospital especializado no estado de Goiás, onde 99,4% das mulheres não realizaram a coleta de vestígios (SOUSA et al., 2019).

Em relação à qualidade das informações obtidas pela FNI sobre VS, cabe acrescentar que, neste estudo, observou-se que 93 notificações foram preenchidas com o meio de agressão por envenenamento ou intoxicação por SQ, e a partir da leitura do campo “breve relato da ocorrência”, foi possível perceber mais 249 notificações que deveriam ser consideradas como meio de agressão com intoxicação por envolver consumo de substâncias. Isso permite inferir que a VS aconteceu na presença de algum nível de incapacidade por SQ para consentir o ato sexual.

Numa pesquisa com dados secundários a partir das FNI, identificaram-se as influências que ocorreram no momento do preenchimento. Elas poderiam conter inconsistências causadas pela dificuldade de preenchimento, sobrecarga de trabalho, bem como falta de sensibilidade dos profissionais e acadêmicos que as preenchem (SOUSA et al., 2015).

Nesse sentido, sobre o consumo de SQ em relação à caracterização da pessoa que foi violentada e à caracterização do agressor, existe uma lacuna na FNI de VS utilizada nos serviços de saúde no Brasil. Observa-se que no campo da ficha sobre os meios de agressão, a DFSA entra no campo "envenenamento ou intoxicação", mas pode receber interpretações equivocadas por não estar tão evidente que também envolve o uso recreativo das SQ de forma voluntária pela vítima e constituir um fator importante que facilite a VS.

Em comparação, na FNI, os dados do provável autor da violência sobre a suspeita de uso de álcool ou outras drogas, possui campos específicos para preenchimento. Essa lacuna não favorece o preenchimento claro se o profissional não tiver aproximação adequada para preencher sobre o uso voluntário ou não das SQ na VS (BRASIL, 2016). Essa caracterização da VS pela FNI no Brasil pode remeter a interpretação ambígua, por padrões que dependem de qual gênero se trata e o contexto envolvido, se é da pessoa que sofreu a violência ou do agressor.

Estudos defendem a necessidade de educação continuada para preparação dos profissionais para notificarem corretamente e culminar na construção de políticas mais eficazes, a partir da obtenção de perfil da VS (GASPAR; PEREIRA, 2018). É necessário que os profissionais estejam atentos para identificar casos nos quais as SQ estão relacionadas à VS para que as estatísticas tragam a suspeita de utilização de SQ de forma clara e fidedigna, tanto para descrever o perfil dos agressores, quanto das mulheres incapacitadas que sofreram a VS (SOUSA et al., 2015; GASPAR; PEREIRA, 2018).

5.2 DISCUSSÃO DO PERFIL E PERCEPÇÕES DAS MULHERES QUE SOFRERAM A DFSA

As mulheres entrevistadas relataram a experiência acerca da DFSA, explicaram como aconteceu, relataram sobre a busca por ajuda, as dificuldades e as estratégias de superação que encontraram após a DFSA. Em relação ao agressor, um terço das mulheres o identificou como uma pessoa conhecida. Esse dado vai ao encontro dos achados de uma pesquisa qualitativa, realizada com 15 universitárias americanas, a qual identificou que em 14 casos de DFSA, o agressor era alguém conhecido das mulheres (CARON; MITCHELL, 2021).

A identificação do agressor é permeada pela cultura do estupro, com crenças e estereótipos que não favorecem à mulher para que se sinta à vontade na identificação do agressor. Nesse sentido, as pesquisas trazem que o agressor é identificado em maior proporção como desconhecido (ENGEL, 2017; FRYSZER et al., 2020; GIANNINI; COELHO, 2020). É importante destacar que, em algumas situações, é possível que as mulheres em situação de violência, mesmo conhecendo seus agressores não o identifiquem, em virtude do medo de envolver-se em maiores problemas, de enfrentar consequências na sua rotina, por sofrer retaliação das pessoas conhecidas em comum com o agressor e, ainda, sofrer por falta de segurança por ter quebrado o silêncio (CARON; MITCHELL, 2021).

As mulheres que são violentadas por alguém conhecido são consideradas pelos agressores como “vítimas seguras”, pois torna-se improvável que haja denúncia da VS, em razão da presença dos estigmas sociais que responsabilizam as mulheres. Elas são levadas a acreditar que provocaram a situação de violência e, culturalmente, a sociedade justifica e desculpa o agressor pelos seus atos (CARON; MITCHELL, 2021).

Além disso, a mídia e a sociedade valorizam os depoimentos das mulheres quando o agressor é desconhecido, principalmente quando estão relacionados a uma abordagem violenta, por exemplo, como em um ataque, com ameaças de morte, uso de força corporal, porte de armas ou objetos intimidatórios (ENGEL, 2017). Nesse sentido, a DFSA pode destoar desse perfil estereotipado que as mídias divulgam e a sociedade aceita, e pode levar a mulher a acreditar que é responsável pela violência sofrida (ANDERSON et al., 2019; O'CALLAGHAN; ULLMAN, 2020; PREGO-MELEIRO et al., 2020a).

Os agressores utilizam várias formas e artifícios para favorecer a sua aproximação, agindo com coerção e persuasão na DFSA (SALTER, 2009; KELLEY; BRAITMAN, 2019; PREGO-MELEIRO, et al., 2020a; 2020b). Os agressores abordam as mulheres através do diálogo, assumem uma postura astuta, observadora do comportamento destas e procuram as que consideram mais vulneráveis (SALTER, 2009; GILBERT et al., 2019).

Pesquisadores estudaram as chances de perpetração de VS com uso de incapacitação entre universitários americanos e detectaram que 20-26% dos universitários tinham alguma propensão de fazer sexo com outra pessoa que estivesse muito embriagada para resistir aos avanços sexuais, ainda mais se tivessem

a garantia que ninguém saberia e que não seriam punidos (GILBERT et al., 2019; PALMER; MCMAHON; FISSEL, 2021).

A respeito dos conhecimentos prévios das mulheres antes de sofrer DFSA, 17 relataram que já ouviram falar, mas o que conheciam estava relacionado principalmente aos conteúdos da mídia televisiva abordados sobre o Boa Noite Cinderela. Numa pesquisa espanhola, utilizando o método bola de neve, mensuraram a percepção e hábitos da vida noturna de 2355 participantes. Destes, 66% eram mulheres. Evidenciou-se que os conhecimentos dos participantes eram equivocados e possuíam pouco conhecimentos sobre DFSA. Um dos equívocos mencionados no estudo foi em relação a acreditar que a VS ocorre em maior proporção quando há administração secreta de alguma SQ e que os participantes desconsideravam o mais comum, quando ocorre o consumo de bebida alcoólica de forma voluntária pela vítima (PREGO-MELEIRO et al., 2021).

A DFSA pode ocorrer de duas formas, a DFSA oportunista e a DFSA proativa. A primeira ocorre quando o agressor se aproveita da incapacidade das mulheres devido ao uso voluntário de SQ ingeridas. A segunda forma ocorre, principalmente, pela adição de drogas secretamente em bebidas. A incapacidade temporária provocada pelo uso de SQ, como por exemplo o álcool, justifica que a maioria dos ataques sexuais sejam por DFSA oportunista, ligada ao próprio consumo voluntário (PREGO-MELEIRO et al., 2020a). No estudo em tela, 17 casos estavam associados a consumo de bebida alcoólica antes da DFSA. Na Alemanha, um estudo com 850 mulheres identificou que 557 mulheres tinham consumido bebida alcoólica antes da DFSA (FRYSZER et al., 2020).

Por outro lado, deve-se atentar para fatores que influenciam a detecção, pelos exames forenses, das SQ adicionadas em bebidas para identificar a DFSA proativa, a qual sugere a subestimação da administração secreta de SQ nas amostras laboratoriais que forem coletadas após 24 horas do crime, pois as SQ são absorvidas rapidamente pelo organismo, e os métodos analíticos são pouco sensíveis para detectar todos os tipos de substâncias que possuem efeitos incapacitantes (PREGO-MELEIRO et al., 2020b; QUINTANA et al., 2020). Neste estudo, 11 mulheres suspeitaram que suas bebidas tinham adição de drogas devido aos sintomas de inconsciência e lapsos de memória que tiveram. Em comparação no estudo realizado na Alemanha com 850 mulheres, também foi apontado que 111 mulheres atribuíram

a suspeita de adição de drogas na bebida por apresentarem lapsos de memória (FRYSZER et al., 2020).

A DFSA atinge mulheres que estão incapazes de se defender devido ao uso de alguma substância, por isso o emprego de força física ocorre em menor proporção nessas situações. Muitas vezes, as mulheres possuem dificuldade em perceber que foram violentadas, pois a resistência física foi comprometida. Além disso, em determinadas situações, o nível de incapacidade das mulheres a impede de caracterizarem quem era os agressores (ANDERSON et al., 2019; O'CALLAGHAN; ULMAN, 2019).

A dificuldade inicial na percepção da agressão sofrida pelas mulheres também foi identificada no relato das entrevistadas neste estudo. Isso demonstra a relação desigual de poder entre homens e mulheres, que na DFSA se manifesta pelo comportamento masculino ao violentar a mulher sob o estado incapacitado na presença do consumo de SQ, o qual anula a vontade delas, sendo tratadas como objeto para satisfazer desejos sexuais masculinos (PREGO-MELEIRO et al., 2020a).

Sobre o contexto que a DFSA acontece, pesquisas descrevem a associação com ambientes de descontração. Pesquisadores apontam que a ocasião das festas, principalmente as festas noturnas, favorecem a vitimização (PREGO-MELEIRO et al., 2020a). Os agressores visualizam uma oportunidade de se aproximar das mulheres em bares, discotecas e eventos musicais. A DFSA acontece nos ambientes das festas ou quando há o deslocamento das mulheres incapacitadas para outro local mais reservado, como a residência da vítima, agressor ou de terceiros (RICARD-GAUTHIER et al., 2021).

Além de locais residenciais, a violência também ocorre em lugares como parques, estacionamentos, hotéis, motéis, pousadas, praia, dentro de veículos, via pública e terrenos baldios (CARON; MITCHELL, 2021; ANDERSON et al., 2019; QUINTANA et al., 2020), ou seja, o agressor leva as mulheres para lugares reservados, as isolam da presença de outras pessoas (CARON; MITCHELL, 2021).

Em muitos casos, a mulher recorda que estava em um ambiente inicial e, posteriormente, acorda em um lugar diferente com sinais que a leva a acreditar que foi violentada (EHLKE; KELLEY; BRAITMAN, 2021; QUINTANA et al., 2020). Neste estudo, também foram apontadas situações nas quais as mulheres acordaram ainda na festa, retomaram a consciência dentro de um carro, voltando para casa ou acordaram posteriormente em suas residências ou residências desconhecidas.

Um terço das mulheres entrevistadas neste estudo relataram que estavam acompanhadas em festas por conhecidos ou amigos, porém essas pessoas não perceberam, ou não visualizaram o risco da aproximação de um potencial agressor sexual. As pessoas que estavam na presença das mulheres antes de acontecer a DFSA podem desempenhar um papel fundamental para evitar a violência.

Desde a década de 1970, pesquisadores norte-americanos exploram o papel dos “espectadores”, isto é, pessoas próximas que podem assumir uma posição ativa, ao invés de passiva, e contribuir com a identificação de determinados comportamentos de risco para evitar que o crime aconteça com pessoas ao seu redor (PREGO-MELEIRO et al., 2020). Em uma pesquisa, apontaram que os espectadores estavam mais dispostos a intervir se a mulher estivesse sob a influência de SQ, porém essa reação depende da relação de proximidade com a vítima (ZELIN; WALKER; JOHNSON, 2019).

Além dos espectadores que acompanham as mulheres nas festas, as ações de espectadores podem ser ampliadas para os profissionais envolvidos nos eventos, por exemplo, profissionais de segurança, que também são considerados espectadores dos crimes nesses espaços. Pesquisas afirmam que podem ser realizadas mobilizações para aumentar a capacidade de intervenção dos profissionais em eventos (PIRES et al., 2018).

Os organizadores de eventos podem abordar as ocorrências de VS nesses espaços comunitários, pois possuem acesso aos meios de divulgação para impactar na abordagem e, além disso, podem coordenar campanhas de enfrentamento e políticas antiviolência sexual. Dessa forma, o foco da promoção e prevenção pode ser em participantes dos eventos e profissionais envolvidos em eventos, com vistas a encorajar o comportamento pró-social para evitar situações de DFSA (PIRES et al., 2018; BAILLIE; FILEBORN; WADDS, 2021).

A respeito do consumo de bebida alcoólica, nesta pesquisa, a maioria das entrevistadas consumiram álcool e, quando retomaram a consciência, perceberam que passaram por um momento de apagão ou lapsos de memória, fenômeno que é reportado também no contexto internacional. Pesquisa realizada na Coreia do Sul apontou que 27,2% dos universitários tiveram pelo menos uma experiência de apagão após consumir álcool e, destes, 6,1% foram violentados quando estavam incapacitados (KIM et al., 2019).

Na Suíça, de 836 casos de VS que buscaram atendimento no departamento de emergência, 286 eram de mulheres que relataram perda de memória, sendo dois terços de mulheres que consumiram apenas álcool e 49 que consumiram álcool e outras SQ (RICARD-GAUTHIER et al., 2021). Na Alemanha, entre 850 mulheres pesquisadas, 411 apresentaram lapsos de memória (FRYSZER et al., 2020).

Um estudo americano verificou a frequência de apagão e a procura por assistência no departamento de emergência durante 12 meses, e identificou que dos 836 participantes, 405 eram mulheres jovens entre 14 e 20 anos. Evidenciaram que uma a cada cinco mulheres teve apagões consistentes, havendo associação estatística do apagão, ser mulher, consumo elevado de SQ como álcool, uso indevido de medicamentos prescritos, e VS no estado incapacitado (BONAR et al., 2019b).

No estudo em tela, o processo de retomada de consciência das mulheres após a DFSA aconteceu por conta própria com algumas das entrevistadas ou por percepção de pessoas próximas. Reconhecer a violência sofrida é um processo complexo. A mulher pode minimizar o ocorrido e negar o vivido. Muitas mulheres compartilham sua experiência da DFSA e conseguem admitir para si mesmas o que aconteceu (CARON; MITCHELL, 2021).

Nesse sentido, perceber-se violentada após DFSA também é visto como receber um rótulo de que “foi violentada”, ainda mais se o consumo da bebida alcoólica estiver envolvido. Elas não se reconhecem como vítimas facilmente, pois não sentem que a experiência atende aos critérios de um crime sexual como é abordado em casos da mídia, que emprega estereótipos da cultura do estupro (PREGO-MALEIRO et al., 2020a; 2020b). Isso leva as mulheres a ver a DFSA como uma experiência de sexo ruim ou negativo, suavizam a violência sofrida como um mal entendido ou falta de comunicação entre a vítima e o agressor (CARON; MITCHELL, 2021; PREGO-MALEIRO, 2020b).

Quanto aos sintomas físicos na DFSA, foram encontrados, nesta pesquisa, a presença de hematomas pelo corpo e machucados nas áreas íntimas. Achados semelhantes de estudo realizado na Suíça, no qual dois terços das mulheres tiveram lesões corporais, e um terço, lesões íntimas (RICARD-GAUTHIER et al., 2021).

Deve-se considerar que existem situações em que as lesões são imperceptíveis na DFSA, pois a intensidade da força corporal empregada pelo agressor não se compara a outros tipos de VS. A resistência física que as mulheres incapacitadas oferecem é muito menor. Nesse sentido, a ausência de marcas físicas

dificulta no autoconhecimento que sofreram DFSA. Isso influencia também nas decisões tomadas para comunicar o crime sofrido às autoridades ou serviços de saúde, ainda mais se houver a amnésia temporária e, assim, menosprezam os sinais e sintomas envolvidos (PREGO-MELEIRO et al., 2020a; MULDER et al., 2021).

Após reconhecerem a DFSA, as mulheres reagem com sentimentos negativos. Neste estudo, foram relatados sentimentos de medo, mal-estar, culpa, vergonha, raiva e dúvida. Esse achado vai ao encontro do que foi identificado entre 15 universitárias americanas, as quais relataram que o impacto emocional que tiveram consistiu em sentimentos depressivos, raiva, medo, ansiedade, distúrbios de sono e ideação suicida (CARON; MITCHELL, 2021).

Medo, culpa e vergonha são os sentimentos mais encontrados nas pesquisas sobre VS (BARAGATTI et al., 2019; LIMA; LAROCCA; NASCIMENTO, 2019; SOUZA et al., 2021a; SOUZA et al., 2021b). O medo ocorre como um elemento central que interfere no dia a dia; após a violência sofrida, as mulheres relatam que se sentem inseguras devido à possibilidade de que isso possa acontecer novamente, desprotegidas e temem encontrar o agressor (TRIGUEIRO et al., 2018; MULDER et al., 2021).

Quanto ao mal-estar, consiste no estado de tensão psíquica devido a essa insatisfação social, que as leva a sentir-se desamparadas e desorientadas em relação ao que viveram. Portanto, lidam com resultados de insegurança e sofrimento emocional após a violência (SANTOS, 2018).

Muitas mulheres se culpabilizam pela VS, se censuram, se responsabilizam e, por isso, se sentem julgadas pela sociedade, pela forma que estavam diante de um agressor. Por exemplo, a sociedade atribui a culpa pelo modo que as mulheres estavam vestidas, por estar em um local ou horário inoportuno, que justificam a postura do agressor em violentá-las (PIRES et al., 2018).

Na DFSA, a culpa ainda pode ser intensificada pelo consumo de bebida alcoólica. Pesquisa, realizada com 632 mulheres norte-americanas, apontou que a culpa foi um dos principais sentimentos que as mulheres atribuíram ao seu estado de incapacidade na DFSA, quando comparado a situações de VS forçada sem DFSA (O'CALLAGHAN; ULMAN, 2020).

Já na análise prospectiva com 56 mulheres americanas, atendidas em um departamento de emergência, os pesquisadores buscaram determinar se os sintomas de estresse pós-traumático diferiram por tipo de VS. Eles identificaram que, em 26,8%,

a VS foi forçada, 32,1% por DFSA e 41,1% forçada e com DFSA, mas não obtiveram significância estatística para determinar se dentre os sintomas, a culpa estaria mais relacionada pelo tipo de VS descrita. Dessa forma, os pesquisadores descreveram seus resultados com possíveis limitações devido ao tamanho da sua amostra e tempo de acompanhamento das mulheres para mensurar achados por tipo de VS (JAFFE; HAHN; GILMORE, 2019).

Pesquisa, realizada em Portugal com 12 mulheres, avaliou a relação do consumo de SQ, VS e contextos festivos. As mulheres apontaram concepções que acreditavam que a postura dos homens em cometer a VS era justificável pelo descontrole e comportamento abusivo por uma questão biológica, e acreditavam que o comportamento feminino era relacionado a um momento de descuido, pois não se protegeram suficientemente (PIRES et al., 2018).

O fato de elas acreditarem que a mulher precisa ser cuidadosa e manter um grau de consciência para evitar a VS, leva-as a acreditar que as mulheres são responsáveis por sofrer a DFSA. Essa perspectiva demonstra a extensão de desigualdade de gênero em relação aos contextos festivos: socialmente, o mesmo consumo de SQ desculpabiliza o comportamento masculino, ao tirar vantagem violentando a mulher embriagada e, ao mesmo tempo, pode culpabilizar a mulher pela falta de autocontrole, pois relaciona-se o comportamento dela a um descuido e irresponsabilidade (PIRES et al., 2018).

A culpabilização pelo ocorrido demonstra-se na dúvida em relação à DFSA sofrida pelas mulheres deste estudo. O sentimento é permeado por incertezas e as mulheres se questionam sobre o que aconteceu enquanto estavam inconscientes, mas não conseguem recordar e se culpam (BUSARDÒ et al., 2019; SINGH; SINGH; JYOTI, 2020). Entender que o corpo foi violado sob efeito das SQ é uma situação impactante e as mulheres podem relutar em aceitar que a violência aconteceu (BUSARDÒ et al., 2019).

Ter sido vítima de DFSA desencadeou sentimentos negativos como a vergonha. A violência torna-se inaceitável e as mulheres precisam lidar com a confusão de sentimentos para organizar tudo o que pensam a fim de agir (MULDER et al., 2021). Assim, lidar com a humilhação foi descrita como uma situação mais dolorosa do que a própria DFSA sofrida (CARON; MITCHELL, 2021). Quando as mulheres notificam as autoridades, elas podem ocultar o consumo de SQ na agressão por vergonha. A vergonha dificulta o estabelecimento de diálogo, leva ao isolamento,

se sentem "mal vistas" e tentam lidar com o problema sozinhas (SOARES et al., 2018; TRENTIN et al., 2019).

Em relação à busca das mulheres por ajuda, 16 mulheres descreveram que a buscaram pelo desejo de evitar impacto futuro em suas vidas e para diminuir possíveis consequências em relação a sua saúde. Foi relatado, por 13 mulheres, que a busca foi motivada principalmente pelo apoio recebido dos familiares e amigos próximos para reunir forças e continuar a procurar pelos cuidados de saúde. A mobilização interna das mulheres para receber apoio informal promoveu a tomada de decisão sobre a violência sofrida. Isso mostra que elas não assumiram um papel de vítima e iniciaram o processo de resiliência (FORNARI; LABRONICI, 2018).

As mulheres também relatam o medo de serem desacreditadas quando buscam apoio, pois se deparam com uma situação em que seria a palavra da mulher contra a do agressor, principalmente quando este é conhecido. A falta de apoio da família, amigos ou autoridades, nessas circunstâncias da DFSA, está relacionada ao arrependimento pelo seu consumo de SQ (CARON; MITCHELL, 2021; COLLINGTON et al., 2019).

A ausência de apoio social adequado pode levar a mulher a viver um ciclo de perpetuação da violência ou favorecer a subnotificação, pois a ausência de apoio informal justifica a ação dos agressores e retoma também a culpa e responsabilidade à mulher, que pode leva-la à elaboração de estratégias de enfrentamento inadequadas para a violência (PREGO-MELEIRO, 2020).

A partir das escolhas individuais, somadas ao apoio da rede informal, esse movimento levou as mulheres a acessar a rota crítica, e o apoio recebido foi impulsionador para as ações de continuidade da busca por ajuda de qualidade (BARAGATTI et al., 2019). Pesquisadores também apontaram que as mulheres, ao considerarem contar a alguém sobre a DFSA, mas não tiveram confiança e receptividade para prosseguir, esse apoio informal foi anulado, e passou a atuar de forma inibitória. Assim, as mulheres podem ser levadas a interromper a busca por ajuda e tomar estratégias inadequadas de enfrentamento (PREGO-MELIRO et al., 2020a).

Nesse momento decisório e mediado por pré-concepções da cultura do estupro, tanto das mulheres como da rede informal que elas procuraram, as mulheres precisam receber esse suporte para serem encorajadas a se expor sobre a DFSA sofrida para quem confia inicialmente e, dessa maneira, contribuir para que não

permaneçam em silêncio, sem procurar, na sequência, por ajuda formal (ARBOIT et al., 2019; CARON; MITCHELL, 2021; PREGO-MELEIRO et al., 2021). Nesse sentido, é necessário sensibilizar a sociedade como um todo para valorizar a tomada de decisão das mulheres, livre de pré-julgamentos ou preconceitos, para incentivá-las a procurar por apoio formal, com o objetivo de amenizar as consequências dos impactos físicos e do sofrimento psíquico oriundos da VS, auxiliando-as, desse modo, para o início do percurso da vida resiliente após VS (TRIGUEIRO et al., 2017; FORNARI; LABRONICI, 2018).

O principal motivo, que metade das entrevistadas relatou para procurar ajuda, foi o medo de contrair IST após a VS por DFSA. Uma pesquisa semelhante, realizada nos Estados Unidos entre 2017 e 2019, com 15 universitárias, identificou que nove delas procuraram os serviços de saúde, sendo que apenas duas foi para receber profilaxias de IST (CARON; MITCHELL, 2021).

A prevalência de IST em situações de VS é elevada, e o risco de contrair depende de diversas variáveis, como por exemplo, o tipo de penetração, número de agressores envolvidos, tempo de exposição e a ocorrência de traumatismos genitais. Ainda depende dos fatores de idade e suscetibilidade da pessoa. O medo de contrair infecções aumenta a ansiedade (BRASIL, 2020c).

Quando as mulheres buscam por ajuda elas querem receber tratamento para evitar a infecção, mas também envolve o desejo de receber apoio emocional nessa situação. Ressalta-se que as subjetividades envolvidas devem ser valorizadas, além dos fatores biologicistas, pois o impacto emocional causado pelo medo de contrair doenças afeta diretamente a saúde mental e leva ao sofrimento psíquico (TRIGUEIRO et al., 2017; 2018; SOUZA et al., 2021a).

Cabe ressaltar que um terço das entrevistadas relatou completo desconhecimento sobre locais que poderiam buscar ajuda formal antes de ocorrer a DFSA. Desconhecer a rede intersetorial de atenção em situação de VS, no âmbito da área da saúde, segurança, assistência social e direitos humanos, envolve várias consequências: a primeira, retarda o acesso, em tempo oportuno, à atenção especializada, para evitar a gestação indesejada, além da administração das profilaxias para IST, cuja realização é indicada até 72 horas da violência (ANDRADE et al., 2020a; BRASIL, 2020c). A segunda, quando as mulheres procuram o serviço se desejam denunciar, a coleta de vestígios para DFSA é imprescindível ser realizada em até 24 horas, devido aos exames toxicológicos com métodos de análise que

necessitam ser coletados o mais brevemente para detectar as SQ envolvidas (GRELA; GAUTAM; COLE, 2018; POULSEN et al., 2021).

A terceira situação envolvida nesse contexto expõe a situação como a sociedade visualiza de forma preconceituosa e menospreza a magnitude desse problema de saúde. Como é um fenômeno envolto em muitas crenças, para serem modificadas, é necessário melhorar o acesso a informações, para cuidar e tratar de mulheres violentadas. Isso demonstra que a promoção e prevenção em saúde ainda está longe do ideal, com falhas das ações de políticas de saúde no âmbito da saúde sexual (PREGO-MELEIRO, 2020b).

No Brasil, o atendimento integral às pessoas em situação de VS está normatizado desde 1998 e, a partir de então, tem recebido esforços, por meio de Leis e decretos, para se institucionalizar como prática em todos serviços de saúde, fortalecendo, assim, e ampliando as iniciativas e ações de desenvolvimento na rede de atenção intersetorial à violência (BRASIL, 2015a).

No que diz respeito às dificuldades ao acesso à rede de atenção intersetorial à VS, nos primeiros locais de atenção que as mulheres buscaram ajuda profissional, encontraram barreiras para o acesso ao serviço especializado, como a dificuldade de orientação advindo dos profissionais de saúde para direcioná-las aos locais corretos para atendimento, o que as levou ao sofrimento e desconfortos. O desconhecimento dos profissionais sobre o funcionamento da rede de cuidados em situação de VS leva as mulheres a peregrinar pelos serviços de saúde, até encontrarem profissionais que as orientem de forma efetiva (TRIGUEIRO et al., 2018).

A partir de 2002, as políticas públicas sobre a violência avançaram e se ampliaram como rede intersetorial, principalmente após a promulgação da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a). Porém, o desconhecimento dos profissionais que atuam na linha de frente, demonstra que a rede de atenção ainda precisa ser amplamente divulgada nas práticas dos serviços. As deliberações da gestão não estão atingindo, de forma exitosa, a operacionalização das ações, que se mostra fragmentada para as mulheres (BEZERRA et al., 2018; TRENTIN et al., 2019; MOREIRA et al., 2020).

A desarticulação da rede desmotiva a procura por cuidado especializado na VS. Ressalte-se que as mulheres estão vivendo uma experiência dolorosa recente, estão fragilizadas e merecem ser acolhidas. Portanto, é essencial reforçar a importância do investimento na educação permanente para os profissionais e melhorias de protocolos de atendimento à mulher em situação de VS, incluindo

orientações de fluxos assistenciais para aqueles profissionais que também não compõem a rede especializada (TRIGUEIRO et al., 2018; PENAFORT; MAFIOLETTI; PERES, 2019; SOUZA et al., 2021a).

A respeito do atendimento especializado em situação de VS, o mesmo tem como objetivo atenuar, prevenir e tratar situações negativas, físicas e psicológicas, após a violência sofrida. Dez mulheres relataram no estudo em tela que se sentiram amparadas pelos profissionais que as atenderam no serviço especializado, o que gerou satisfação. Isso pode permitir o enfrentamento do trauma e a continuidade do percurso resiliente (FORNARI; LABRONICI, 2018).

Os profissionais dos serviços especializados devem ser criteriosamente selecionados e mostrar aptidão para fazer parte da equipe para trabalhar com VS (FAÚNDES et al., 2006), pois para atender as mulheres, requer uma equipe multiprofissional capacitada e estimulada, que se identifique com esse trabalho (OLIVEIRA; MENEGUEL, 2012). Os serviços especializados, devido à complexidade da VS, precisam dispor de equipe com profissionais capazes de oferecer atendimento de forma individualizada, que não naturalizam a violência de gênero, e atuam com vistas a resgatar o empoderamento dessas mulheres (TRIGUEIRO et al., 2017).

No primeiro contato com o serviço de saúde especializado, a mulher, que sofreu VS, precisa ser amparada por profissionais livres de pré-julgamentos, atitudes discriminatórias ou juízos de valor. Eles precisam estabelecer uma postura ética e acolhedora (BRASIL, 2017a; TRIGUEIRO et al., 2018; SOUZA et al., 2021a). Esse primeiro contato com o serviço especializado marca a vida das mulheres. Assim, é necessário ter abordagem profissional adequada, visando diminuir a exposição desnecessária, diminuir as chances de as mulheres relatarem, várias vezes, a VS sofrida para cada profissional que irá atendê-la, pois são medidas que visam evitar a revitimização nos serviços de saúde (TRIGUEIRO et al., 2018; MOREIRA et al., 2020; BATISTETTI; LIMA; SOUZA, 2020).

Quando as mulheres procuram o serviço especializado após a DFSA, também devem receber dos profissionais elementos do cuidado que as levem a refletir sobre a ruptura da cultura do estupro, pois as mulheres atribuem a culpa a si pela violência sofrida, devido à ingestão de bebida alcoólica e/ou outras SQ (O'CALLAGHAN; ULLMAN, 2020).

Os profissionais da equipe precisam estar em alerta, e atender com prioridade casos de VS, pois é necessário entender que a mulher que buscou ajuda precisa

principalmente de apoio emocional e deve ficar menos exposta ao aguardar atendimento (TRIGUEIRO et al., 2018; ANDRADE et al., 2020a).

A mulher está abalada e sua autoestima está fragilizada da forma mais grave do que qualquer outra lesão física. Nesse sentido, é essencial priorizar e diminuir o tempo de espera, ter mais empatia, compreensão. As mulheres carecem ser atendidas por profissionais dispostos a escutar com respeito e interesse, preparados para dar apoio emocional (FAÚNDES, 2006; TRIGUEIRO et al., 2018).

Outro dado a ser discutido refere-se ao fato de o atendimento no serviço especializado ser realizado por equipe feminina, principalmente no primeiro contato com o hospital. Pesquisa realizada com 11 mulheres em situação de VS, atendidas em um serviço especializado no Paraná, apontou que estas se sentiram constrangidas diante dos profissionais do sexo masculino na realização de exame ginecológico. Assim, diante desse momento de fragilidade, ser examinada por um homem lhes causou sofrimento, levando a considerar não voltar para a continuidade do tratamento, devido à sensação de invasão do seu corpo novamente pelo sexo oposto (TRIGUEIRO et al., 2018).

Em outras pesquisas também são relatadas situações que remetem à necessidade de que as mulheres sentem maior conforto e amparo quando são atendidas por uma equipe feminina (SUBKI et al., 2018; CARMODY et al., 2011). Quando elas não veem saída e repugnam ser examinadas por profissional do sexo masculino, pode ocorrer evasão do serviço, principalmente se a mulher não sentir que possui alternativas para ser examinada por um profissional do sexo feminino (OLIVEIRA, MENEGHEL, 2012).

Também foi evidenciado, na pesquisa realizada em dois hospitais da Bélgica, em 2016, com nove mulheres e quatro homens que sofreram VS, ao afirmarem que se pudessem escolher o sexo do profissional que fosse atendê-los, escolheriam profissionais do sexo feminino, pois se sentem mais confortáveis atendidos por mulheres (PEETERS et al., 2019).

A equipe de Enfermagem é linha de frente nos serviços especializados no atendimento de situações de VS. Tem seu corpo profissional formado por 85% por mulheres e são profissionais capacitados para o cuidado e podem oferecer assistência individualizada (MACHADO et al, 2017). No estudo em tela, as mulheres ressaltaram detalhes da assistência de Enfermagem que colaboraram com sua forma positiva de ver o atendimento de VS. Do mesmo modo, em outra pesquisa com 11 mulheres que

sofreram VS, elas se sentiram mais calmas, seguras e acolhidas pela equipe de Enfermagem quando receberam atendimento e cuidado individualizado (BATISTETTI; LIMA; SOUZA, 2020).

A Enfermagem, por ser a categoria profissional que está 24 horas disponível nos setores de emergência, deve realizar sua assistência de forma humanizada, com escuta e diálogo para favorecer o bem-estar emocional, pois a falta de empatia e descaso nos atendimentos recebidos podem levar à baixa adesão da continuidade dos cuidados de saúde (TRIGUEIRO et al., 2018; SOUZA et al., 2021a).

Entretanto, a realidade aponta que a assistência de Enfermagem realizada na VS consiste em condutas direcionadas principalmente para questões biológicas, isto é, as práticas realizadas são um conjunto de ações que envolvem tanto a assistência clínica medicamentosa, guiadas por protocolos institucionais, como são direcionadas para os cuidados imediatos a serem realizados para minimizar danos fisiológicos (SANTOS et al., 2021).

Na abordagem da VS, a Enfermagem deve ter o foco para além das lesões aparentes e na medicalização de sinais e sintomas. É necessário buscar mais que a supervalorização biológica, visando atender às demandas subjetivas das mulheres e suas necessidades específicas, nem sempre evidentes em uma primeira abordagem (SOUZA et al., 2021a).

Na assistência clínica não medicamentosa, a Enfermeiras(os) deve realizar orientações pautadas numa postura de respeito, sem revitimizar as mulheres. É importante, nesse momento de trocas, que as Enfermeiras(os) consigam realizar as orientações necessárias tanto no âmbito da saúde como nas questões legais, estabelecendo confiança e, através do diálogo, favorecendo a autonomia das decisões (BRASIL, 2017a; MARTON et al., 2019; SANTOS et al., 2021).

Como forma de evitar sucessivas exposições e repetição do relato da história da violência sofrida para anamnese de outros profissionais, o procedimento de coleta de vestígios também poderia ser realizado por uma Enfermeira(o) especialista na área forense que possui atributos e habilidade para essa finalidade (SANTOS et al., 2021; ABEFORENSE, 2015).

À medida que se estabelecem políticas e procedimentos para atendimento em situações de VS, também se concretiza o papel da Enfermagem nesse processo de atendimento, mas ainda é necessário ampliações na reestruturação organizacional e intersetorial dos serviços (MAFIOLETTI et., 2018). Nos Estados Unidos e Canadá, as

Enfermeiras(os) da área Forense realizam, por quase três décadas, o exame para coleta de vestígios. Eles são respaldados a coletar através da realização da capacitação *Sexual Assault Nurse Examiner (SANE)*. Como as Enfermeiras(os) são responsáveis pelo exame da coleta de vestígios, não é necessário novo exame do profissional médico, assim, as mulheres são menos expostas na VS (FURTADO et al, 2021).

A enfermagem forense no Brasil iniciou em 2011 e, em 2017, foi reconhecida como especialidade. A atuação nesse cenário se encontra em desenvolvimento, e as Enfermeiras(os) atuam, em maior proporção, em serviços especializados, principalmente no primeiro dia de atendimento. Ainda não expandiram para atuar na preservação de vestígios e participar na cadeia de custódia (COFEN, 2011;2017; SILVA et al., 2021; REIS et al., 2021).

A respeito da assistência à VS, posteriormente ao primeiro contato com o serviço especializado, a continuidade do cuidado deve ocorrer mediante o seguimento ambulatorial, ou seja, uma série de consultas com equipe multiprofissional até a alta clínica, e nesta pesquisa, sete mulheres relataram que, após o primeiro atendimento, não compareceram para as consultas do seguimento ambulatorial. A não adesão ao tratamento foi associada ao desejo de esquecer a DFSA, por se sentir pouco acolhida pelos profissionais e ter recebido atenção apenas voltada à medicalização da VS.

Numa pesquisa realizada entre 2014 e 2015, com 11 mulheres atendidas em um hospital especializado no Paraná, evidenciou-se a dificuldade das mulheres que sofreram VS sentir-se acolhidas no serviço e apontou a necessidade de estabelecer uma relação de cuidado entre profissionais de saúde e mulheres que incite a importância de adesão ao seguimento ambulatorial após a VS (TRIGUEIRO et al., 2018). O amparo, encorajamento e acolhimento quando presentes na postura do profissional, podem proporcionar a qualidade de atendimento e pode contribuir para maior adesão ao tratamento (SOUSA et al., 2019).

Pesquisadores e profissionais da prática apontaram que o acompanhamento não deve ser forçado. Deve-se permitir que a mulher tenha tempo para construir uma relação de confiança e segurança com os profissionais, pois existe uma contradição vivenciada pela mulher: ao passo que sente que precisa do tratamento (ANDRADE et al., 2020a), vive ainda sentimentos como angústia, tristeza e sofrimento que remetem às lembranças da violência recente, o que dificulta a adesão ao seguimento ambulatorial (TRIGUEIRO et al., 2018; ANDRADE et al., 2020a).

Cabe ressaltar que o MS preconiza acompanhamento ambulatorial por seis meses (BRASIL, 2012; 2015a), e pesquisadores sobre VS reforçam que o acompanhamento seja por no mínimo seis meses pela complexidade que envolve a VS (FAÚNDES, 2006; DELZIOVO et al., 2018).

Em um hospital especializado no Paraná, pesquisas de VS avaliaram a adesão desfavorável do seguimento ambulatorial. Entre 2003 e 2005, a taxa de seguimento foi de 86% que retornaram para primeira consulta, seguida por 25% em 90 dias e 12,5% em 180 dias (ANDRADE et al., 2017). Entre 2009 e 2013, apenas 19,5% completaram o seguimento ambulatorial por 180 dias como recomendado (BRASIL, 2019b; TRIGUEIRO et al., 2015). Em outra pesquisa realizada entre 2010 e 2015, identificou-se que 59,8% não realizaram nenhum retorno para coleta de exames laboratoriais para seguimento ambulatorial, 18,6% não realizaram o retorno de 30 dias, 11,9% o retorno de 90 dias e 9,6% o retorno de 180 dias (KANGUSSU, 2018).

Neste estudo, duas mulheres entrevistadas descreveram a opção por continuar o tratamento em outros serviços de saúde, como a rede particular e o NAVES, para evitar sentimentos negativos que emergiram ao voltar ao hospital especializado. Para essas mulheres, o hospital tornou-se parte do evento estressor ao voltar para esse mesmo espaço físico que fazia recordar da VS que sofreram (ANDRADE et al., 2020a).

As instituições envolvidas para atendimento em situação de VS devem assegurar cada etapa de atendimento. Isso inclui medidas de prevenção, emergência, acompanhamento, reabilitação e tratamento dos agravos e impactos da VS sobre a saúde física e psicológica. A última norma técnica do MS assegura a continuidade do atendimento, que deve ser avaliada pela equipe de saúde para identificar a necessidade e a importância de se encaminhar para outros serviços de saúde da rede, por exemplo a UBS, ambulatórios, policlínicas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde Especializadas, Centro de Referências de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centros de Referência de Atenção à Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher Brasileira, entre outros (BRASIL, 2015a).

Quando as mulheres recusam algum procedimento, a sua autonomia deve ser respeitada e devem ser informadas pelos profissionais de saúde quanto aos outros serviços existentes na rede intersetorial que podem oferecer a continuidade do tratamento (BRASIL, 2012). Em Curitiba, desde 2013, as mulheres contam com o

serviço do NAVES, que faz parte das ações do Ministério Público e visa realizar suporte jurídico e apoio psicológico de forma individualizada, gratuita e sigilosa (PROCURADORIA GERAL DE JUSTICA, 2013).

Em 2016, foi publicado um estudo que investigou o grau de implantação conforme as normas estabelecidas pelo MS para o atendimento integral às mulheres em situação de VS (BRASIL, 2012). Foram avaliados os seis serviços especializados na cidade de Recife em Pernambuco. Nessa pesquisa, da qual emergiu um modelo lógico para subsidiar a construção de uma matriz de análise e julgamento, evidenciou-se que os serviços de acompanhamento ambulatorial não foram adequadamente implantados por todas as instituições e necessitam ampliar sua assistência (BRASIL, 2012; SANTOS, 2016).

Dentre as ações recomendadas pelo MS, faz parte a busca ativa das mulheres que não compareceram às consultas de retorno. Dos seis serviços analisados, apenas um não realizava a busca ativa em Recife. Essa intervenção pode melhorar o percentual de retorno e levar maior adesão ao tratamento (BRASIL, 2012; SANTOS, 2016).

Em outros ambulatórios ou serviços de saúde também é realizada a busca ativa para aumentar a adesão às consultas (VIEIRA et al., 2008; CHOIFI; MEIRELLES; SILVA, 2020). Essa intervenção de busca ativa também foi aplicada aos pacientes que não compareceram às consultas ambulatoriais para tratamento de HIV. A medida foi aplicada pela equipe multidisciplinar de um ambulatório. Entre 366 pacientes, havia 62 faltosos; após a intervenção, 34 pacientes, ou seja, 55% retomaram o tratamento (DIAS, 2014).

Para a realização da busca ativa, a Enfermagem e a Assistência Social podem realizar a atividade e contribuir para a adesão ao seguimento ambulatorial (FEBRASGO, 2018). Pesquisas também evidenciaram o papel da Enfermagem na participação do acompanhamento das mulheres após o primeiro atendimento na emergência e nas consultas ambulatoriais. Evidenciou-se que a Enfermagem, como parte da equipe multiprofissional, atua na organização do serviço, orientações na consulta de Enfermagem, elaboração de protocolos para sistematização do atendimento e no registro das intervenções cabíveis e necessárias realizadas na VS. Desse modo, a participação da Enfermagem no ambulatório precisa ser implementada nos demais hospitais de referência para aumentar os esforços de adesão ao seguimento ambulatorial (BARROS et., 2015; REIS et al., 2016; SANTOS, 2016;

RIBEIRO; SCHUELTER-TREVISOL, 2021). Para implementar a busca ativa no hospital especializado, essa ação cabe ser valorizada pelos gestores de saúde como um mecanismo de avaliação permanente dentre as ações desenvolvidas (BRASIL, 2012; 2015a; SANTOS, 2016).

Na VS, por se tratar de um assunto que exige sigilo, ainda poderia ser implementada uma autorização de comunicação, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e entregue no início do tratamento, no primeiro dia de atendimento, para autorizar o hospital especializado a entrar em contato, como realizado em um ambulatório de HIV (DIAS, 2014).

Em relação ao processo de recuperação, neste estudo, seis mulheres relataram dificuldades na recuperação após a DFSA quando possuíam histórico prévio de violência. Em um departamento de emergência americano, pesquisaram 56 mulheres que sofreram DFSA no período entre 2016 e 2018, e verificou-se que 39,3% possuíam história prévia de VS (JAFFE; HAHN; GILMORE, 2019).

Em 2019, outro estudo realizado nos Estados Unidos, acompanhou 72 pessoas e destas, 69 eram mulheres. Identificou-se que, do total, 41,8% relataram histórico de violência prévia e 66,2% sofreram DFSA (HAHN et al., 2019). Mulheres com história de violência anteriormente podem possuir maiores chances de revitimização por DFSA. Esta também está ligada à presença de risco aumentado para os sintomas pós-traumáticos como o estado depressivo, e pode haver falta de reconhecimento de risco para uma nova revitimização pelas mulheres (PREGO-MELEIRO et al., 2020b).

No estudo em tela, seis mulheres relataram diagnóstico prévio de algum transtorno mental e atribuíram isso à dificuldade de enfrentar a DFSA. Em um estudo australiano, empreendido entre 2011 e 2013, foram analisados 204 casos de DFSA. Destes, 93% ocorreram entre mulheres, e aproximadamente 50% das vítimas de DFSA possuíam condições desfavoráveis de saúde mental antes da VS, e 21,1% das mulheres sofriam de depressão anteriormente (ANDERSON et al., 2019).

A recordação da VS acarreta efeitos marcantes na vida das mulheres. Os sentimentos negativos expressam a complexidade do sofrimento psíquico que limita a vida nas esferas biopsicossociais. Portanto, é necessário compreender esses aspectos subjetivos para oferecer suporte psicológico e social, a fim de contribuir, com acompanhamento profissional individualizado ou ações em grupos, no enfrentamento

das consequências dessas experiências com VS (TRIGUEIRO et al., 2017; TRIGUEIRO et al., 2018).

Metade das mulheres deste estudo apontou a dificuldade em voltar a conviver em sociedade, principalmente relacionado à presença masculina, como também voltar a relacionar-se afetivamente e sexualmente e medo de reincidência da violência. Pesquisas apontam que, após a VS, uma das dificuldades que as mulheres encontram no retorno da rotina se refere à aflição do contato com pessoas desconhecidas que possam apresentar características físicas semelhantes às do agressor (TRIGUEIRO et al., 2017). Esse medo interfere em todas as relações sociais, afetivo-sexuais, no trabalho e nos estudos e, da mesma forma, é comum a dependência da rede social entre familiares e amigos para qualquer tarefa que necessite realizar ao sair da sua residência (TRIGUEIRO et al., 2017).

As circunstâncias do cotidiano podem resgatar as lembranças que envolvem a DFSA. Treze mulheres comentaram que buscam evitar situações que despertem essas lembranças, sentem que não conseguiram se recuperar por completo, e tentam se afastar dessas situações que as fazem recordar a DFSA. As mulheres lutam contra as consequências complexas da VS. Elas experimentam altos níveis de estresse ao reviver as lembranças trazidas por situações que produzem flashbacks, memórias difíceis ou em pesadelos. Essas recordações são despertadas por situações cotidianas, as quais elas evitam entrar em contato, levando a situações de isolamento e fobia social (SIGURDARDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR, 2021). O sofrimento psíquico é intensificado por sentimentos negativos, trazidos pela recordação da VS (TRIGUEIRO et al., 2017).

A representatividade da violência atualmente tem ocorrido pela mídia digital, que leva a maiores discussões e empoderamento do assunto (ANDRADE et al., 2020b). Um caso de DFSA em Santa Catarina teve repercussão e visibilidade pela mídia a partir do ano de 2019, após ser divulgado pela conta privada no Instagram de Mariana Ferrer, o qual as mulheres, nesta pesquisa, associaram e reviveram seus sentimentos negativos ao acompanhar o andamento do caso. Conforme o relato de Mariana Ferrer, ela vivenciou amnésia do período que sofreu VS.

O contexto ocorreu no Café De La Musique, local que atuava como Influencer. Em sua comanda de consumo havia apenas um pedido de almoço e, posteriormente, um copo de bebida alcoólica. Ela também estava acompanhada por outras conhecidas. Percebeu que foi violentada após voltar para casa, com a ajuda da mãe,

ao notar manchas de sangue na roupa que usava. Percebeu também que a região vaginal estava dolorida e, pelas imagens do estabelecimento, identificou o agressor, prosseguindo com a denúncia (BRASIL, 2020i).

No processo de Mariana Ferrer, a defesa do agressor afirmou que houve consentimento, pelo fato de que não se identificaram situações de recusa aos avanços sexuais do agressor, e que ele não tinha conhecimento do estado incapacitante que ela se encontrava, levando a ser absolvido. Os exames laboratoriais não confirmaram que Mariana estava sob efeito de SQ. Mesmo com as demais provas físicas, o agressor foi absolvido da pena (COSTA; SIQUEIRA, 2021).

O caso repercutiu na mídia e foi fonte de reflexão da desigualdade de poder entre os gêneros também expresso na esfera judicial, isto é, a mulher continua, muitas vezes, destituída de poder e é culpabilizada pela violência sofrida. As ações das mulheres são sustentadas por estereótipos de gênero, por exemplo, a roupa que vestia no momento da violência, como foi retratada a situação no momento do julgamento da Mariana. Pela indignação pública, esse caso levou à criação do projeto de Lei nº 5096, de 2020. Foi aprovada, a Lei recebeu nome de “Mariana Ferrer”, para coibir situações como aconteceu nesse caso, ou seja, a forma com que a vítima foi tratada, a manipulação da culpabilização das mulheres pela VS (BRASIL, 2020j; 2021; COSTA; SIQUEIRA, 2021).

A respeito das adaptações no cotidiano após a DFSA, as mulheres procuraram evitar situações que as remetessem ao passado. Uma situação apontada neste estudo, como forma de se sentirem protegidas, foi não consumir bebida alcoólica e quando consomem, o fazem apenas em situações que estão acompanhadas por família e amigos que confiam demasiadamente. As formas como buscam se proteger ou estabelecer o autocontrole podem variar. Quando a VS envolve SQ, as mulheres podem lidar recorrendo a estratégias de enfrentamento baseadas em comportamentos aditivos, nos quais existe a maior probabilidade de abstinência (PREGO-MELEIRO et al., 2020b), ou envolve assumir um comportamento que evite que seu consumo não leve à inconsciência. Assim, elas tentam controlar a situação agindo com mais cuidado com as bebidas que lhes são oferecidas, e não entrando em carros desconhecidos (PIRES et al., 2018).

Para superar a DFSA e dar novo sentido a sua existência, as mulheres apresentaram estratégias para o enfrentamento da violência. Sete delas relataram que, inicialmente, tentaram ignorar o ocorrido, negar seus sentimentos. Contudo, após

frustração, buscaram ajuda e apoio psicológico profissional. As mulheres passam por esse momento de acreditar que irão conseguir superar apenas tentando esquecer a VS (LIMA; LAROCCA; NASCIMENTO, 2019). Elas temem perder o controle da situação das suas vidas e evitam pensar sobre a VS. É uma reação comum, em resposta ao trauma vivido (CARON; MITCHELL, 2021).

Porém, ignorar o que aconteceu não é uma estratégia sustentável a longo prazo e a maioria das mulheres são impulsionadas a procurar por ajuda profissional e sentem resultados positivos (PREGO-MELEIRO et al., 2020a; MULDER et al., 2021). Como fator positivo e protetivo para auxílio do enfrentamento, 14 entrevistadas relataram o apoio constante dos familiares e amigos. Pesquisadores salientam que as pessoas precisam aprender a reagir de forma positiva quando uma pessoa próxima sofreu VS, pois receber esse suporte contribui para a diminuição do sentimento de isolamento e fobia social (PEETERS et al., 2019; SOARES; LOPES, 2018).

Desse modo, para superar os impactos da violência, as mulheres necessitam receber o apoio informal dos familiares e amigos. Esse suporte fornece apoio, segurança e visa à recuperação da autoestima, a qual é essencial para o processo de superação após a violência sofrida (TRIGUEIRO et al., 2017; FORNARI; LABRONICI, 2018; TRIGUEIRO et al., 2018).

Ainda, como parte das estratégias de enfrentamento, seis mulheres alegaram que o posicionamento da parceria afetiva com receptividade, aceitação, ausência de julgamentos foi um dos fatores protetivos que auxiliou nas estratégias de enfrentamento. Receber o apoio do parceiro afetivo-sexual, a partir do momento que elas superaram o medo da figura masculina, influencia no seu fortalecimento interno. Elas se sentem aceitas e mais seguras, atuando também como aditivo da rede de apoio informal, pois as mulheres encontram subsídio para tornar seus parceiros os tutores de resiliência (FORNARI; LABRONICI, 2018; PEETERS et al., 2019).

Neste estudo, outras estratégias de enfrentamento identificadas por seis mulheres foram a aproximação da religiosidade, o retorno ao convívio social, os estudos e o trabalho. Pesquisas evidenciaram que as mulheres buscaram a religiosidade como forma de superação, com a reativação da fé (FORNARI; LABROCINI, 2018; MACHADO; FREITAG, 2021) e satisfação na retomada da rotina do trabalho e estudos (TRIGUEIRO et al., 2018).

Também foi apontado neste estudo que o ato de falar sobre a DFSA sofrida pode ajudar outras mulheres a reconhecer os riscos e não terem a mesma experiência

de vida que elas tiveram. Assim, o fato de participar de pesquisas também foi apontado por elas como fator positivo para ajudar a trazer visibilidade e conscientização à DFSA. Apesar de as mulheres terem passado por experiência negativa de vida, elas também desenvolveram o senso de engajamento social, embasado nos sentimentos de empatia e solidariedade para alertar outras mulheres sobre a violência de gênero (SOUZA et al., 2016c).

Resultado semelhante também foi encontrado numa pesquisa na qual metade das mulheres entrevistadas perceberam o quão útil pode ser participar de pesquisa; notaram que, ao contar sobre sua experiência de vida, também é uma forma de recuperação, pois libera a vergonha que se guardou e, falar sobre a DFSA sofrida, auxiliou a dar um ponto final na experiência que tiveram, a ponto de se arrependem por não terem exposto anteriormente sua experiência (CARON; MITCHELL, 2021).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se nesta pesquisa, dentre a população investigada, que o consumo de SQ foi um dos fatores que facilitou a VS nos últimos dez anos, em uma tendência crescente nas notificações registradas. Atingiu mulheres entre 18 e 39 anos, brancas, heterossexuais, solteiras, com oito anos de estudo ou mais. A DFSA aconteceu nos finais de semana, durante a noite e madrugada, nas residências e em via pública, perpetrada principalmente por um agressor desconhecido. O tratamento profilático para IST e de gestação foram administrados em mais da metade das mulheres dentro do prazo de 72 horas, as quais também realizaram a denúncia, com a coleta de vestígios.

Ao serem entrevistadas, as mulheres afirmaram que a SQ mais consumida por elas foi o álcool e também levantaram a suspeita da adição de outras substâncias a sua bebida pelo agressor. A DFSA aconteceu a partir do momento que se encontravam em ambientes de descontração, estavam acompanhadas por amigos ou conhecidos, os quais não perceberam sua situação de risco. Ao sofrer perda de consciência, acordaram, posteriormente, ainda nas festas ou perceberam que foram levadas para residências. A assimilação que foram violentadas nesse período de inconsciência aconteceu no momento que identificaram hematomas pelo corpo e lesões nas áreas íntimas. Também foi evidenciado que a DFSA gerou sentimentos negativos como medo, vergonha e culpa, ainda mais por terem consumido bebida alcoólica.

A mobilização interna que isso causou, juntamente com o apoio dos familiares e amigos, foram fatores impulsionadores para procurar apoio formal e, assim, buscar assistência e diminuir consequências na sua saúde mental e física. O principal motivo para procurar ajuda foi o medo de contrair IST. Ao iniciar a busca por apoio formal, desconheciam a rede intersetorial de atenção à VS e encontraram barreiras de acesso ao hospital especializado. Durante o primeiro contato com o hospital especializado, as mulheres perceberam o apoio recebido como uma experiência positiva e destacaram a assistência da Enfermagem.

Após sofrer DFSA, elas encontraram dificuldades em superar o vivido, levando-as a um período de isolamento e fobia social, com dificuldade de relacionamento afetivo-sexual, além do medo de reincidência da violência. Portanto, tentaram esquecer a DFSA. Porém, não foi uma estratégia de enfrentamento

adequada a longo prazo e, assim, reconheceram a necessidade de apoio psicológico. Nesse processo, também evidenciou-se a importância do apoio da família e amigos como uma estratégia de enfrentamento adequada. Além disso, o relacionamento afetivo-sexual, retorno ao convívio social, trabalho e estudos foram estratégias de enfrentamento que utilizaram para superar a DFSA. Ao final deste estudo, as mulheres reconheceram que, ao participar da pesquisa, poderiam colaborar com a conscientização de mulheres através da sua história, e também reconheceram a pesquisa como fonte de visibilidade para ajudar outras mulheres com relação à DFSA.

As mulheres após a DFSA sentem-se culpadas pela violência sofrida ao perderem a consciência e buscam recordar o vivido. Essa dúvida traz a culpabilização e cogitam a possibilidade de algum comportamento seu ter gerado ou facilitado a VS, o que pode ser atribuído à cultura do estupro enraizada na sociedade.

As contribuições desta pesquisa para a enfermagem são o reconhecimento de que a culpa não deve ser atribuída à mulher; o profissional de Enfermagem, inserido em todos os pontos de atenção à saúde, fazendo parte ou não da rede intersetorial, deve buscar atender a mulher com uma postura de empatia, livre de pré-julgamentos e fornecer assistência de enfermagem com base no cuidado humanizado e ético. Dessa forma, permite a realização do acolhimento com escuta qualificada, estabelecendo uma comunicação efetiva para promover sentimentos de segurança, e, mediante as orientações em saúde e assistência prestadas, possa ocasionar conforto e apoio emocional.

Quanto ao atendimento no hospital especializado, pautado por políticas públicas, a enfermagem no Brasil poderia avançar e incorporar a Enfermeira(o) forense como profissional para o exame e coleta de vestígios. Essa estratégia também pode repercutir para aumentar as estatísticas de denúncia: a profissional de enfermagem pode ser uma excelente alternativa de atendimento para aquelas que desejam ser examinadas por profissionais do sexo feminino e se sintam mais confortáveis com esse atendimento. Desse modo, a Enfermeira(o) também deve ser incorporado em todo o seguimento ambulatorial para dar continuidade ao cuidado e manter a relação de vínculo estabelecida desde o primeiro contato das mulheres com o serviço.

Como limitações deste estudo, a análise quantitativa foi realizada por um banco de dados secundário referente de FNI e estas ainda têm limitações no preenchimento pelos profissionais de saúde. Quanto à limitação da pesquisa

qualitativa, os resultados são direcionados e referentes apenas à população entrevistada, o que impede sua generalização.

Recomendam-se trabalhos futuros que investiguem a DFSA também a partir de análises clínicas na população brasileira, como também informações extraídas por meio de anamnese. Sugerem-se pesquisas voltadas a investigar a DFSA em outros grupos como em adolescentes, universitários e em relação à violência perpetrada por parceiro íntimo. Recomendam-se ainda pesquisas com foco no período da pandemia e após a pandemia do coronavírus, que podem promover novos achados com significados associados ao período de isolamento social, capaz ou não de agravar a ocorrência da DFSA. Além de realizar pesquisas descritivas da caracterização da DFSA, sugere-se acompanhar avanços das pesquisas internacionais que estão voltadas para pesquisa com enfoque na intervenção para DFSA e na sensibilização de espectadores para atuar na prevenção da DFSA.

Como implicação para a prática, sugere-se deixar mais evidente, na FNI, um campo específico sobre uso e suspeita de SQ pela mulher, da mesma forma que já se tem especificado na FNI, no campo “suspeita do uso de álcool ou uso de droga”, para descrever essa informação sobre os dados do provável agressor. Ao deixar em evidência, é possível que os dados sobre SQ sejam melhor alimentados, pois estarão de forma evidente, sem necessitar buscar informações no breve relato, como foi realizado nesta pesquisa, pois ficou claro que o preenchimento não acontece em sua completude através do caminho: tipologia da violência no campo sobre meio de agressão, pela opção de envenenamento e intoxicação.

Para a prática profissional, a gestão de hospital especializado deve continuar a promover capacitações e treinamento anual, voltados para acadêmicos e profissionais, como também destacar o aprendizado do preenchimento da FNI devido à rotatividade de profissionais e acadêmicos nos serviços.

Outro ponto a ser considerado é o constrangimento que envolve a presença de múltiplas pessoas no atendimento à mulher que sofreu VS. Para diminuir o impacto negativo causado por isso, implica repensar a quantidade de envolvidos, principalmente em hospitais universitários.

A respeito da baixa adesão e continuidade do seguimento ambulatorial, pode ser uma alternativa a implantação de busca ativa como uma ferramenta de cuidado, ao se estimular o retorno das mulheres que não compareceram ou encorajar e incentivar que retomem a coleta de exames e o acompanhamento. Nesse sentido,

para realizar o cuidado em saúde, necessita-se também que profissionais sejam sensibilizados com mais intensidade em relação ao acolhimento, o qual deve ser melhor trabalhado pelos profissionais, assim como o investimento em ambiência pela gestão deve contribuir para que o hospital especializado não seja um evento estressor no futuro, como mencionado por algumas entrevistadas.

A respeito do acompanhamento psicológico recomendado pelo MS, deve-se deixar mais evidente às mulheres a possibilidade de acompanhamento por tempo superior a seis meses no hospital especializado ou encaminhamento para outros serviços. Ademais, comunicar as mulheres que elas podem ter essa flexibilidade de iniciar o tratamento psicológico quando se sentirem preparadas.

REFERÊNCIAS

ABEFORENSE. **Regulamento das competências técnicas da Enfermagem forense**, 2015. Disponível em: <https://www.abeforense.org.br/competencias-tecnicas-da-enfermagem-forense/>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ANDERSON, LJ et al. *A global epidemiological perspective on the toxicology of drug facilitated sexual assault: A systematic review*. **J Forensic Leg Med**, v. 47, p. 46-54, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2017.02.005>. Acesso em: 26 jan. 2020.

ANDERSON et al. *The role of voluntary and involuntary drug and alcohol consumption and premorbid mental health factors in drug-facilitated sexual assault*. **Forensic sci med pathol**, v. 15, p. 382-91, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12024-019-00124-3>. Acesso em: 26 jan. 2020.

ANDRADE, RP et al. **Violência Sexual contra mulheres**: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento. Curitiba: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Paraná, 2019a.

ANDRADE, SR et al. *Configuration of the management of Nursing care in Brazil: a documentary analysis*. **Enferm foco**, v. 10, n. 1, p. 127-33, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1926>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ANDRADE, RP et al. Atenção à vítima de violência sexual. **Femina**, v. 48, n. 1, p. 49-53, 2020a. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052444/femina-2019-481-49-53.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ANDRADE, CM et al. Violência Interpessoal e Autoprovocada: Caracterização dos casos de notificação em uma Regional de Saúde do Paraná. **Cogit enferm**, v. 25, n. e63758, 2020b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1124572>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ARBOIT, J; PADOIN, SMM; PAULA, CC. *Critical path of women in situation of violence: an integrative literature review*. **Rev bras enferm**, v. 72, p. 321-32, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0265>. Acesso em: 20 out 2020.

BAILLIE, G; FILEBORN, B; WADDS, P. *Gendered Responses to Gendered Harms: Sexual Violence and Bystander Intervention at Australian Music Festivals*. **Violence against women**, v. 28, n. 3-4, p. 711-39, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10778012211012096>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BANDEIRA, ML; AMARAL, M. Violência, corpo e sexualidade: um balanço da produção acadêmica no campo de estudos feministas, gênero e raça/cor/etnia. **Rev bras sociol**, v. 5, n. 11, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20336/rbs.221>. Acesso em: 20 set. 2020.

BAPTISTA, RS et al. *Sexual violence against women: nurses' practice*. **Rev rene**, v. 16, n. 2, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200010>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BARAGATTI, DY et al. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa. **Rev panam salud publica**, v. 43, n. e34, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.34>. Acesso em: 18 out 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. 3º reimp. da 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2019.

BARROS, LA et al. *The (un) receptive experiences of female rape victims who seek healthcare services*. **Rev esc enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 0193-0200, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200002>. Acesso em: 18 out. 2020.

BARSTED, LL. O Avanço Legislativo Contra a Violência de Gênero: a Lei Maria da Penha. **Rev EMERJ**, v. 15, n. 57, p. 90-110, 2012. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista57/revista57_90.pdf. Acesso em: 25 jan. 2021.

BASILE, KC et al. *Victim and perpetrator characteristics in alcohol/drug-involved sexual violence victimization in the US*. **Drug alcohol depend**, v. 226, p. 108839, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108839>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BATISTETTI, LT; LIMA, MCD; SOUZA, RRK. *The perception of sexual violence's victims about the embracement in a reference hospital in Paraná*. **Rev fun care**, v. 12, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7191>. Acesso em: 25 jan. 2020.

BEDONE, AJ; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad saude publica**, v. 23, n. 2, p. 465-469, 2007. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200024>. Acesso em: 25 set. 2020.

BERTHO, H; COELHO, G; MOURA, R. Só 7% das cidades brasileiras contam com delegacia da mulher. **Rev AzMina**, 2020. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/so-7-das-cidades-brasileiras-contam-com-delegacia-da-mulher/>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BEZERRA, JF et al. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Rev bras promoc saude**, v. 31, n. 1, 2018. Disponível em: [10.5020/18061230.2018.6544](https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6544). Acesso em: 24 jan. 2020.

BRANCO et al. Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Cienc saude coletiva**, v. 25, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, 1940.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.353, de 28 de agosto de 1985**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1985.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1986.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 94.406, 30 de março de 1987**. Regulamenta a Lei n. 7.498, de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1987.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.072 de 25 de julho de 1990**. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 1.973, 1 de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

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

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.778, 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.406, 5 de novembro de 2004**. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Diário Oficial da União, Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Diário Oficial da União, Brasília, 2004d.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0036.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006**. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007**. Institui o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008a. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325, 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Diário Oficial da União, Brasília, 2008b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres/Presidência da República. Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de atendimento às Mulheres - DEAMs**. Brasília: Ministério da Justiça. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília; 2011b. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.086, 30 de agosto de 2013**. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2013a

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.958, 13 de março de 2013**. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2013b

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.845, 1 de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, Brasília, 2013c

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Sumário Executivo. **Pesquisa nacional de vitimização**. Brasília: Ministério da Justiça, 2013d. Disponível em: https://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Sumario_SENASP_final.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014**. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas para as Mulheres. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial da União, Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1662, 06 de outubro de 2015**. Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde, inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde **Viva: instrutivo notificação de violência Interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Plano Nacional de Ação sobre Mulheres, Paz e Segurança**. Brasília: FUNAG, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Diário Oficial da União, Brasília, 2018a.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Violência contra a mulher: um olhar do Ministério Público brasileiro**. Brasília: CNMP, 2018b.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.112, de 12 de novembro de 2019**. Altera o Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013, para dispor sobre o Programa Mulher Segura e Protegida. Diário Oficial da União, Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil 2019**: Semanas Epidemiológicas 29 a 40 de 2019. Boletim Epidemiológico, v. 50, n. 30, out. 2019b. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/07/Boletim-epidemiologico-SVS-30.pdf>. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Informações de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Brasil**: banco de dados. 2020a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 01 maio 2021.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES)**. 2020b. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Balanco 2019 – Ligue 180**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020d. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/balanco-anual-ligue-180-registra-1-3-milhao-de-ligacoes-em-2019/BalanoLigue180.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2020e.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Rio de Janeiro. Ofício da Tutela Coletiva da saúde. Recomendação Conjunta. **PAJ/DPU/RJ nº 2020/016-10281PP/MPF/PRRJ nº IC - 1.30.001.003293/2014-96 - PR-RJ-00084315/2020**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública da União, 2020f. Acesso em: <https://www.conjur.com.br/dl/recomendacao-mpfdpu.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Informações de Morbidade hospitalar do SUS do Paraná**: banco de dados. 2020g. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nipr.def>. Acesso em: 01 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos

serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 2020h.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Sentença nos autos nº 0004733-33.2019.8.24.0023**. Acusado: André Camargo Aranha. Vítima: Mariana Borges Ferreira. Juiz Rudson Marcos. Santa Catarina: Tribunal de Justiça de Santa Catarina, 2020i.

BRASIL. **Projeto de Lei nº5.096, de 05 de novembro de 2020**. Altera o Decreto – Lei 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal - para dispor sobre a audiência de instrução e julgamento nos casos de crimes contra a dignidade sexual. Diário Oficial da União, Brasília, 2020j.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.245, de 22 de novembro de 2021**. Altera os Decretos-Leis nos 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), e a Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995 (Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais), para coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da vítima e de testemunhas e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo (Lei Mariana Ferrer). Diário Oficial da União, Brasília, 2021.

BONAR, EE et al. *Stealthing perpetration and victimization: prevalence and correlates among emerging adults*. **J interpers violence**, v. 36, n. 21-22, p. NP11577-NP11592, 2019a. Disponível em: 10.1177/0886260519888519. Acesso em: 20 jan. 2022.

BONAR, EE et al. *Individual and social factors related to trajectories of blackouts among underage drinkers in the emergency department*. **Alcohol alcohol**, v. 54, n. 4, p. 370-377, 2019b. Disponível em: 10.1093/alcalc/agy087. Acesso em: 20 jan. 2022.

BUENO, S et al. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019a.

BUENO, S et al. **Visível e Invisível: A vitimização de mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública-Datafolha, 2019b. Disponível em: https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf. Acesso em: 30 jan. 2020.

BUENO, S et al. **Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil**. 3.ed.São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública-Datafolha, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>. Acesso em: 29 set. 2021.

BUSARDÒ, FP et al. *Drug-facilitated sexual assaults (DFSA): a serious underestimated issue*. **Eur rev med pharmacol sci**,v. 23, n. 24, 2019. Disponível em: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/10577-10587.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

CAMPE, MI. *College campus sexual assault and female students with disabilities*. **J interpers violence**, v. 36, n. 15-16, p. NP7971-NP7996, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260519840405>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CANTOR, N; JOPPA, M; ANGELONE, DJ. *An examination of dating violence among college student-athletes*. **J interpers violence**, v. 36, n. 23-24, n. p. NP13275-NP13295, 2020. Disponível em: [10.1177/0886260520905545](https://doi.org/10.1177/0886260520905545). Acesso em: 20 jan. 2022.

CARDOSO, BB; VIEIRA, FMSB; SARACENI, V. *Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?*. **Cad saude publica**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CARMODY, D et al. *Patient perceptions of medical students' involvement in their obstetrics and gynaecology health care*. **Aust n z j obstet gynaecol**, v. 51, n. 6, p. 553-558, 2011. Disponível em: [10.1111/j.1479-828X.2011.01362.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01362.x). Acesso em: 20 jan. 2022.

CARON, SL; MITCHELL, D. *"I've Never Told Anyone": A Qualitative Analysis of Interviews With College Women Who Experienced Sexual Assault and Remained Silent*. **Violence against women**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10778012211022766>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CASSIANO, ACM et al. *Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde*. **Rev serv publico**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CAPUTI, TL et al. *Internet Searches for Sexual Harassment and Assault, Reporting, and Training Since the #MeToo Movement*. **JAMA intern med**, v. 179, n. 2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5094>. Acesso em: 25 jan. 2020.

CAVALCANTI, GMB et al. *A violência contra a mulher no Sistema Único de Saúde*. **Rev fun care**, v. 12, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7148>. Acesso em: 25 jan. 2020.

CEMICAMP. **Perfil do atendimento à violência no Brasil**. Campinas, 2006. Disponível em: http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Legislacao/5_PesquisaPerfildoatendimentoaviolenciasexualnoBrasil2006.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.

CERQUEIRA, D; COELHO, DSC; FERREIRA, H. **Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014**. Brasília: IPEA, 2017.

CERQUEIRA, D et al. **Atlas da violência 2020**. Brasília: IPEA, Ministério da Economia, 2020.

CHOHFI, MCF; MEIRELLES, JACM; SILVA, CJ. Estudo comparativo das características históricas, sociodemográficas e de adesão dos usuários de substâncias psicoativas de um programa ambulatorial público. **Cad pos-grad disturb desenvolv**, v. 20, n. 2, p. 86-104, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v20n2p86-104>. Acesso em: 20 jan. 2022.

COFEN. **Resolução COFEN nº 389 de 18 de outubro de 2011**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

COFEN. **Resolução nº 556, de 2017**. Regulamenta a atividade do enfermeiro forense no Brasil, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

COLÁS, O; AQUINO, NMR; MATTAR, R. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. **Rev bras ginecol obstet**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 443-445, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000900001>. Acesso em: 25 set. 2020.

COLÁS, OR; ROSAS, CF; PEREIRA, IG. Resgate histórico do primeiro programa público de interrupção da gestação por estupro no Brasil. **Femina**, v. 49, n. 3, p. 183-186, 2021.

COLLINGTON, D et al. *Sexual assault among college students attending a historically Black college/university*. **Am j under grad res**, v. 15, n. 4, p. 37, 2019. Disponível em: 10.33697/ajur.2019.004. Acesso em: 20 jan. 2022.

COSTA, M; SIQUEIRA, L. **Maternidade aborto e direito da mulher**. 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maynara-Costa-2/publication/351038426_livro_maternidade_aborto_e_direito_da_mulher/links/6080ad2d907dcf667bb5af2d/livro-maternidade-aborto-e-direito-da-mulher.pdf#page=14. Acesso em: 04 out. 2021.

CORTES, LF; PADOIN, SMM. Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Esc anna nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160083, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160083>. Acesso em: 25 set. 2020.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção a Mulher Vítima de Violência**. Mulher de Verdade: a saúde de braços abertos. Curitiba, 2002.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção a Mulher Vítima de Violência**. Mulher de Verdade: a saúde de braços abertos. Curitiba, 2004.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção à Mulher em Situação de Violência Curitiba**: Saúde Levada a Sério. Curitiba; 2008.

DAHLBERG, LL; KRUG, EG. Violência: um problema global de saúde pública. **Cienc saude colet**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>. Acesso em: 15 out. 2020.

DELZIOVO, CR et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina–Brasil. **Cienc saude colet**, v. 23, p. 1687-1696, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>. Acesso em: 15 out. 2020.

DIAS, H. Busca ativa de pacientes faltosos reduziu abandono de tratamento de HIV. **Agência USP de Notícias**. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www5.usp.br/noticias/saude-2/busca-ativa-de-pacientes-faltosos-reduziu-abandono-de-tratamento-de-hiv/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

DORTA, DJ et al. **Toxicologia forense**. São Paulo: Blucher, 2018.

EBSERH. Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral Universidade Federal do Paraná. Diretoria de atenção à saúde e gestão de contratos. **Dimensionamento de serviços assistenciais**. Brasília: EBSERH, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-sul/chc-ufpr/dimensionamento-de-servicos>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ELLIOTT, SM. *Drug-facilitated sexual assault: educating women about the risks*. **Nurs womens health**, v. 12, n. 1, 2008. Disponível em: 10.1111/j.1751-486X.2007.00273.x. Acesso em: 24 jan. 2020.

EHLKE, SJ; KELLEY, ML; BRAITMAN, AL. *Weekly drinking and binge drinking mediate the association between drinking location and sexual coercion*. **J interpers violence**, v. 36, n. 19-20, p. NP10843-NP10862, 2021. Disponível em: 10.1177/0886260519879239. Acesso em: 20 jan. 2022.

ENGEL, CL. **As atualizações e a persistência da cultura do estupro no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2017.

FAÚNDES, A et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev bras ginecol obstet**, v. 28, p. 126-135, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FEBRASGO. **Violência sexual contra a mulher e abordagem da gestação proveniente de estupro**. Protocolos Febrasgo nº 60, 2018. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/violencia-sexual-contra-a-mulher-e-abordagem-da-gestacao-proveniente-de-estupro.pdf>. Acesso em 01 out. 2021.

FERREIRA, H. Deputadas criticam corte de recursos para combate à violência contra a mulher. **Agência Câmara de Notícias**, 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/635067-deputadas-criticam-corte-de-recursos-para-combate-a-violencia-contra-a-mulher/>. Acesso em: 03 nov. 2021.

FIALLA, MRPM et al. *Matrix of critical processes of violence against and between young university students: the experience of nursing*. **Rev esc enferm USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020004303716>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FLEURY, S; OUVENERY, AM. **Política de saúde**: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 25-57.

FOLGAR, MI et al. *Drug-facilitated sexual assault and chemical submission*. **Psychol soc educ**. v. 9, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.25115/psye.v9i2.701>. Acesso em: 26 jan. 2020.

FONTANELLA, BJB; RICAS, J; TURATO, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad saude publica**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FORNARI, LF; LABRONICI, LM. O processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado. **Cogit enferm**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52081>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FRYSZER, LA et al. *Sexually assaulted women: Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany*. **Eur j obstet gynecol reprod biol**, v. 250, p. 117-123, 2020. Disponível em: [10.1016/j.ejogrb.2020.04.059](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.059). Acesso em: 20 jan. 2022.

FURLIN, N. A contribuição dos movimentos feministas na institucionalização das políticas de gênero: aproximações e especificidades no caso Brasil e Chile. **Almanaque cienc polit**, Vitória, v. 4, n. 2, p. 01-21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/acp.v4i2.32799>. Acesso em: 29 out. 2020.

FURTADO, BMASM et al. *Investigation in forensic nursing: trajectories and possibilities of action*. **Rev esc enferm USP**. V. 55, p. e20200586, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0586>. Acesso em: 20 jan. 2022.

GARCÍA, MG et al. *Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries*. **J forensic legal med**, v. 79, p. 102151, 2021. Disponível em: [10.1016/j.jflm.2021.102151](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2021.102151). Acesso em: 20 jan. 2022.

GASPAR, RS; PEREIRA, MUL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cad saude publica**, v. 34, n. 11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172617>. Acesso em: 29 set. 2021.

GIANNINI, RA; COELHO, TK. Evidências sobre a violência contra mulheres no Brasil, na Colômbia e no México: tendências, desafios e caminhos para o futuro. **Instituto Igarapé**. Rio de Janeiro: Artigo Estratégico 45, janeiro de 2020. Disponível em: <https://igarape.org.br/evidencias-sobre-violencia-contra-mulheres-no-brasil-na-colombia-e-no-mexico>. Acesso em: 17 out. 2020.

GILBERT, L et al. *Situational contexts and risk factors associated with incapacitated and nonincapacitated sexual assaults among college women*. **J womens health**, v. 28, n. 2, p. 185-193, 2019. Disponível em: [10.1089/jwh.2018.7191](https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7191). Acesso em: 20 jan. 2022.

GRELA, A; GAUTAM, L; COLE, MD. A multifactorial critical appraisal of substances found in drug facilitated sexual assault cases. **Forensic sciint**, v. 292, p. 50-60, 2018. Disponível em: [10.1016/j.forsciint.2018.08.034](https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.08.034). Acesso em: 20 jan. 2022.

HAHN, CK et al. *The association between type of sexual assault and post-assault alcohol misuse is moderated by avoidance among recipients of a sexual assault medical forensic examination*. **J stud alcohol drugs**, v. 80, n. 5, p. 507-514, 2019. Disponível em: [10.15288/jsad.2019.80.507](https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80.507). Acesso em: 20 jan. 2022.

HERZ, M; YAMATO, RV. As Transformações das Regras Internacionais sobre Violência na Ordem Mundial Contemporânea. **Dados rev cienc sociais**, v. 61, p. 3-45, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/001152582018145>. Acesso em: 20 jan. 2022.

HILLS, PJ et al. *Consent, wantedness, and pleasure: Three dimensions affecting the perceived stress of and judgements of rape in sexual encounters*. **J exp psychol appl**, v. 26, n. 1, p. 171, 2020. Disponível em: [10.1037/xap0000221](https://doi.org/10.1037/xap0000221). Acesso em: 20 jan. 2022.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF FORENSIC NURSES (IAFN). **History of the Association**. Elkridge: IAFN; 2018. Disponível em: <https://www.forensicnurses.org/page/AboutUS>. Acesso em: 21 jan. 2021.

JARAMILLO-BOLIVAR, C; CANAVAL-ERAZO, G. *Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto*. **Uni salud**, v. 22, n. 2, p. 178-185, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22267/rus.202202.189>. Acesso em: 20 jan. 2022.

JAFFE, AE; HAHN, CK; GILMORE, AK. *Acute stress symptoms after forcible and substance-involved rapes*. **Psychol women q**, v. 43, n. 4, p. 485-493, 2019. Disponível em: [10.1177/0361684319845099](https://doi.org/10.1177/0361684319845099). Acesso em: 20 jan. 2022.

KANGUSSU, DMM. **Violência sexual em mulheres atendidas em um hospital universitário de Curitiba, Brasil**. 80f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

KIM, DH et al. *Factors associated with types of sexual assault victimization and bystander behavior among South Korean university students*. **Violence vict**, v. 34, n. 6, p. 952-971, 2019. Disponível em: [10.1891/0886-6708.VV-D-18-00068](https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-18-00068). Acesso em: 20 jan. 2022.

KRUG, EG et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAHANE, N; KAUR, G. *Drug facilitated sexual assault and their analysis*. **Matertoday proc**, 2021. Disponível em: [10.1016/j.matpr.2021.08.262](https://doi.org/10.1016/j.matpr.2021.08.262). Acesso em: 20 jan. 2022.

LIMA, MCD; LAROCCA, LM; NASCIMENTO, DJ. Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. **Saude debate**, v. 43, n. 121, p. 417-428, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912110>. Acesso em: 20 jan. 2022.

LOURO, GLG. **Gênero, Sexualidade e Educação**: Uma Perspectiva Pós-estruturalista. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 16-36. Disponível em: <https://bibliotecaonlinedahisfj.files.wordpress.com/2015/03/genero-sexualidade-e-educacao-guacira-lobes-louro.pdf>. Acesso em: 29 set. 2021.

LOURO, GL. **O Corpo educado**: Pedagogias da sexualidade. Autêntica, 2008.

MACHADO, MH et al. **Perfil da enfermagem no Brasil – Relatório final**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COFEN, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

MACHADO, LP; FREITAG, VL. Cuidado de enfermagem a mulher vítima de violência sexual: uma revisão integrativa da literatura. **Res soc dev**, v. 10, n. 2, p. e33210212595-e33210212595, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12595>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MADEIRO, AP; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Cienc saude colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Acesso em: 25 set. 2020.

MAFIOLETTI, TM et al. *Violence against women: historical trajectory of a care program (Curitiba-1997-2014)*. **Rev bras enferm**, v. 71, p. 2907-2915, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0583>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MAFIOLETTI, TM et al. Rede de atenção às mulheres em situação de violência: experiência de um município do sul do Brasil. **Res soc dev**, v. 9, n. 10, p. e1509108452-e1509108452, 2020. Disponível em: [10.33448/rsd-v9i10.8452](https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8452). Acesso em: 20 jan. 2022.

MAFIOLETTI, TM et al. Violência contra as mulheres: Informações Epidemiológicas de Programa de Referência no município de Curitiba. **Rev genero**, v. 21, n. 2, p. 6-22, 2021.

MARTON, R et al. Perfil epidemiológico das vítimas de violência sexual envolvendo Drogas Facilitadoras de Crime (DFCs). **Rev bras crimin**, v. 8, n. 2, p. 63-67, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15260/rbc.v8i2.391>. Acesso em: 20 set. 2020.

MASSARO, LTSet al. *Rape in Brazil and relationships with alcohol consumption: estimates based on confidential self-reports*. **Cad saude publica**, v. 35, n. 2, 2019. Disponível em: [10.1590/0102-311X00022118](https://doi.org/10.1590/0102-311X00022118). Acesso em: 20 jan. 2022.

MENEGHEL, SN; PORTELLA, AP. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. **Cienc saude colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MILLER, E et al. *Cluster randomized trial of a college health center sexual violence intervention*. **Am j prev med**, v. 59, n. 1, p. 98-108, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.02.007>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MOREIRA, GAR et al. *Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual*. **Saude soc**, v. 29, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MUSSE, FCC; FAUNDES, A; ANDRADE, RP. *Sexual Violence Against Women: adherence of reference hospital and sociodemographic profiles*. **Saude pesq**, v. 13, n. 3, p. 653-663, 2020. Disponível em: 10.17765/2176-9206.2020v13n3p653-663. Acesso em: 26 set 2020.

MULDER, J et al. *Reporting after sexual violence: The influence of victim, assault and perpetrator characteristics*. **J forensic legal med**, v. 79, p. 102076, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.102076>. Acesso em: 20 jan. 2022.

NORRIS, AL et al. *Longitudinal assessment of heavy alcohol use and incapacitated sexual assault: A cross-lagged analysis*. **Addict behav**, v. 93, p. 198-203, 2019. Disponível em: 10.1016/j.addbeh.2019.02.001. Acesso em: 20 jan. 2022.

O'CALLAGHAN, E; ULLMAN, SE. *Differences in Women's Substance-Related Sexual Assaults: Force, Impairment, and Combined Assault Types*. **J interpers violence**, v. 37, n. 3-4, p. NP1348-NP1376, 2020. Disponível em: 10.1177/0886260520926321. Acesso em: 20 jan. 2022.

OEA. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**: Convenção de Belém do Pará. Belém, Brasil, 1994.

OLSEN, KR et al. **Manual de Toxologia Clínica**. Porto Alegre: AMGH, 2014.

OLIVEIRA, AFS; EMANUELLE, T; BARRETO, CA. *O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual*. **Rev saude foco**, ed. 11, 2019.

OLIVEIRA, VNA; MENEGHEL, SN. *Atenção a mulheres vítimas de violência sexual em um hospital de referência, Porto Alegre, Brasil*. **Quaderns psicol**, v. 14, n. 2, p. 101-109, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1144>. Acesso em: 20 jan. 2022.

OPAS. **Género, salud y desarrollo en las Américas**: Indicadores básicos 2019. 2019a. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52538/9789275322635_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 20 jan. 2022.

OPAS. **Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de las Américas**. Washington, DC: OPAS; 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275121634>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ONU. **Carta das Nações Unidas**. São Francisco, 1945. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/11/A-Carta-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

ONU. **Report of the world conference of the international women's year**. Cidade do México: ONU, 1975. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/relatorio_conferencia_mexico.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

ONU. **Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres**. Proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução 48/104, de 20 de dezembro de 1993. 1993.

ONU. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim, 1995. Disponível em: www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

ONU. **Declaração e programa de ação de Viena**. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Viena: CEDIN, 1997. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declaração%20e%20Programa%20de%20Acção%20adoptado%20pela%20Conferência%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ONU. **Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: UNIC Rio, 2016. Disponível em: <https://www1.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ONU. **Plataforma Agenda 2030**. 2018. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/5/>. Acesso em: 29 set. 2021.

ONU. **Declaração do Milênio das Nações Unidas**. Nova York: ONU, 2020. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_milenio_nacoes_unidas.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

ONU MUJERES. **La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing cumplen 20 años**. ONU-Mujeres, 2015. Disponível em: https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/sg%20report_synthesis-sp-fin.pdf?la=es&vs=3454. Acesso em: 07 set 2020.

OMS. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 10 set 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2018.

PEETERS et al. *Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: the perspective of victims*. **BMC int health hum rights**, v. 21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0207-5>. Acesso em: 20 jan. 2022.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PIOSIADLO, LCM; FONSECA, RMGS; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Esc anna nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 728-733, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140104>. Acesso em: 18 out 2020.

PALMER, JE; MCMAHON, S; FISSEL, E. *Correlates of incoming male college students' proclivity to perpetrate sexual assault*. **Violence against women**, v. 27, n. 3-4, p. 507-528, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801220905663>. Acesso em: 20 jan. 2022.

PENAFORT, CH; MAFIOLETTI, T; PERES, AM. Intersetorialidade na Atenção as Mulheres em Situação de Violência: Uma Metassíntese. **Cuestiones genero**, n. 14, p. 135-148, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18002/cg.v0i14.5780>. Acesso em: 20 jan. 2022.

PENHA, M. **Sobrevivi... posso contar**. 2. ed. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

PIRES, C et al. Violência sexual e consumo de substâncias psicoativas: podem os contextos festivos ser educativos?. **Ex æquo**, v. 37, p. 143-158, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22355/exaequo>. Acesso em: 20 jan. 2022.

POULSEN, H et al. *Toxicological assessment of the role of alcohol and drugs in drug-facilitated sexual assault cases in New Zealand*. **J anal toxicol**, v. 45, n. 1, p. 44-52, 2021. Disponível em: 10.1093/jat/bkz110. Acesso em: 20 jan. 2022.

PREGO-MELEIRO, Pet al. *Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint*. **Forensic sci int**, v. 315, p. 110460, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110460>. Acesso em: 20 jan. 2022.

PREGO-MELEIRO, Pet al. *An ecological working framework as a new model for understanding and preventing the victimization of women by drug-facilitated sexual assault*. **Forensic sci int**, v. 315, p. 110438, 2020b. Disponível em: 10.1016/j.forsciint.2020.110438. Acesso em: 20 jan. 2022.

PREGO-MELEIRO, P et al. *Gender-based differences in perceptions about sexual violence, equality and drug-facilitated sexual assaults in nightlife contexts*. **Adicciones**, v. 11, p. 1561, 2021. Disponível em: 10.20882/adicciones.1561. Acesso em: 20 jan. 2022.

PROCURADORIA GERAL DE JUSTICA. **Resolução nº 3979/2013 – PGJ**. Cria e regulamenta, no Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba, o

Núcleo de Apoio às Vítimas de Estupro – NAVES, e dá outras providências. 2013. Disponível em: https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2013/11/ResolucaoNaves_0411.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

QUINTANA, JMet al. *Characteristics of drug-facilitated sexual assault in Spain*. **J invest psychol offender profiling**, v. 17, n. 3, p. 215-223, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jip.1550>. Acesso em: 20 jan. 2022.

RAPE, ABUSE & INCEST NATIONAL NETWORK (RAINN). **Drug-Facilitated Sexual Assault**. 2021. Disponível em: <https://www.rainn.org/articles/drug-facilitated-sexual-assault>. Acesso em: 05 maio 2021.

REIS, IOet al. Atuação do enfermeiro forense em casos de agressão sexual no contexto norte-americano. **J nurs health**, v. 11, n. 1, p. e2111120111, 2021.

RIBEIRO, MA; FERRIANI, MGC; REIS, JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad saude publica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200013>. Acesso em: 20 jan. 2022.

RIBEIRO, MG; SCHUELTER-TREVISOL, F. Violência sexual e adesão ao protocolo de atendimento de um hospital do sul do Brasil. **Enferm foco**, v. 12, n. 2, p. 312-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4140>. Acesso em: 20 jan. 2022.

RICARD-GAUTHIER, Det al. *Care of women and girls after sexual assault in Geneva: a descriptive study between 2005 and 2014*. **Eur j obstet gynecol reprod biol**, v. 266, p. 77-82, 2021. Disponível em: [10.1016/j.ejogrb.2021.09.020](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.09.020). Acesso em: 20 jan. 2022.

SAFFIOTI, HB. **Feminismos e seus frutos no Brasil**. In: SADER, Emir (Org.). *Movimentos sociais na transição democrática*. São Paulo: Cortez, 1986.

SAFFIOTI, HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cad pagu campinas**, n.16, p. 115-136, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007>. Acesso em: 18 out. 2020.

SAGOT, M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América latina: estudios de caso de diez países**. San José: OPAS, 2000.

SALTER, AC. **Predadores, pedófilos, estrupradores e outros agressores sexuais**. São Paulo: M.Books, 2009.

SANTOS, DP. Civilização, violência e educação: uma leitura a partir de Freud e Adorno. **Rev inter ação**, v. 43, n. 2, p. 529-548, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ia.v43i2.52261>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SANTOS. GMS. **Avaliação da implantação do atendimento integral às mulheres em situação de violência sexual no Recife, Pernambuco**. 2016. 213 f.

Dissertação (Mestrado profissional em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, 2016.

SANTOS, DLA. **Mulher na busca pelo aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas**. 2019. 227 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2019.

SANTOS, TMHS; TOMÉ, MDP. A Lei Maria da Penha e sua (In) efetividade no enfrentamento da violência contra a mulher. **Cad human perspec**, v.4 n.8, 2020.

SANTOS, DGet al. Assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa. **Rev enferm UERJ**, v. 29, p. 51107, 2021.

SELL, NM; TESTA, M. *Is bringing one's own alcohol to parties protective or risky? A prospective examination of sexual victimization among first-year college women*. **J am coll health**, p. 1-5, 2020. Disponível em: 10.1080/07448481.2020.1791883. Acesso em: 20 jan. 2022.

SCOTT, JW. “**Experiência**”. Tradução: Ana Cecília Lima. In: SILVA, A; LAGO, M; RAMOS, T (Orgs.). *Falas de gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999. p. 21- 55.

SCOTT, JW. *The uses and abuses of Gender*. **Tijdschrift voor Genderstudies**, Amsterdam, v. 16, n. 1, p. 63-77, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5117/TVGEND2013.1.SCOT>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SIGURDARDOTTIR, S; HALLDORSDDOTTIR, S. *Persistent suffering: the serious consequences of sexual violence against women and girls, their search for inner healing and the significance of the# MeToo movement*. **Int j environres public health**, v. 18, n. 4, p. 1849, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041849>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SILVA, VR. A cultura do estupro e a culpabilização da vítima de violência sexual: comentários Acórdão nº70080574668 do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Rev facdir**, v. 47, n. 3, 2019a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/RFADIR-v47n2a2019-51386>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SILVA, JOMet al. Planejamento e implementação do curso *Sexual Assault Nurse Examiner* para o atendimento às vítimas de violência sexual: relato de experiência. **Rev esc enferm USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020029803739>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SINGH, G; SINGH, P; JYOTI, P. *Date Rape Drugs in Sexual Assaults: A Threat to Indian Society*. **Eur j mol clin med**, v. 7, n. 7, p. 4677-4683, 2020.

SOARES, V. **Mulher, autonomia e trabalho**. Autonomia e empoderamento da mulher. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2011, p. 281-301.

SOARES, JSF; LOPES, MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface**, v. 22, n. 66, 2018. Disponível em: [10.1590/1807-57622016.0835](https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0835). Acesso em: 20 jan. 2022.

SOUSA, MH et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev bras epidemiol**, v. 18, p. 94-107, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010008>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SOUSA, TCC et al. Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial. **Cad saude colet**, v. 27, n. 2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900020059>. Acesso em: 27 jan. 2020.

SOUZA, MAR; PERES, AM; MAFIOLETTI, TM. Educação permanente na rede de atenção às mulheres em situação de violência. **Rev enferm ref**, v. 5, n. 2, 2020.

SOUZA, LPS et al. Violência de gênero: o silêncio e enfrentamento vivido pelas mulheres à luz da fenomenologia social. **Rev enferm UFPE**, p. 3842-3850, 2016a. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i10a11451p3842-3850-2016>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SOUZA, F et al. **webQDA**: manual de utilização rápida. Aveiro: UA Editora, 2016b.

SOUZA, LPS et al. Gender violence: the silence and confrontation experienced by women in the light of social phenomenology. **Rev enferm UFPE**, v. 10, n. 10, p. 3842-3850, 2016c. Disponível em: [10.5205/1981-8963-V10I10A11451P3842-3850-2016](https://doi.org/10.5205/1981-8963-V10I10A11451P3842-3850-2016). Acesso em: 20 ago. 2020.

SOUZA, CN et al. O papel da enfermagem na violência sexual contra a mulher. **Rev bras interdisc saude**, v. 1, n. 4, 2019. Disponível em: <http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/237>. Acesso em: 20 out. 2020.

SOUZA, MAR et al. Percepção das mulheres em situação de violência sobre o apoio formal: Scoping review. **Esc anna nery**, v. 25, n. 2, 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0087>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SOUZA, VMP et al. Violência de gênero no espaço universitário. **Cogit enferm**, v. 26, 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67689>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SUBKI, AH et al. *Women's perception and attitude to medical students' participation in obstetrics and gynecology care*. **Saudi medj**, v. 39, n. 9, p. 902, 2018. Disponível em: [10.15537/smj.2018.9.22668](https://doi.org/10.15537/smj.2018.9.22668). Acesso em: 20 jan. 2022.

SUTTON, TE; SIMONS, LG; TYLER, KA. *Hooking-up and sexual victimization on campus: Examining moderators of risk*. **J interpersonal violence**, v. 36, n. 15-16, p. NP8146-NP8175, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260519842178>. Acesso em: 20 jan. 2022.

TALIB, RA et al. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros, (1989-2004)**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/09/pesquisa_aborto_legal.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

TESTA, M; LIVINGSTON, JA; WANG, W. *Dangerous liaisons: The role of hookups and heavy episodic drinking in college sexual victimization*. **Violence victims**, v. 34, n. 3, p. 492-507, 2019. Disponível em: 10.1891/0886-6708.VV-D-18-00075. Acesso em: 20 jan. 2022.

TRENTIN, D. et al. Olhar de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência sexual: perspectiva da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. **Texto contexto enferm**, v. 28, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0083>. Acesso em: 08 jun. 2020.

TRIGUEIRO, TH et al. Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. **Cogit enferm**, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.40355>. Acesso em: 20 jan. 2022.

TRIGUEIRO, TH et al. O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológica. **Esc anna nery**, v. 21, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0282>. Acesso em: 20 jan. 2022.

TRIGUEIRO, TH et al. *Non-adherence to outpatient follow-up by women who experienced sexual violence*. **Texto context enferm**, v. 27, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018006490015>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ULLMAN, SE; O'CALLAGHAN, E; LORENZ, K. *Women's experiences of impairment and incapacitation during alcohol/drug-related sexual assaults: Toward a survivor-informed approach to measurement*. **Arc sex behav**, v. 48, n. 7, p. 2105-2116, 2019. Disponível em: 10.1007/s10508-019-1441-6. Acesso em: 20 jan. 2022.

UN WOMEN. **Annual Report 2018-2019**. UN Women Headquarters. 2019.

UNODC. **Guidelines for the forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts**. 2011. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/scientific/forensic_analys_of_drugs_facilitating_sexual_assault_and_other_criminal_acts.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

UNITED STATES OF AMERICAN. Statista Research Department. **Forcible and rape and sexual assault victims in the U.S. 1993-2018**. Statista Research Department, 2019. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/642458/rape-and-sexual-assault-victims-in-the-us-by-gender/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

VEDANA, BB; GERVASONI, T. Os movimentos feministas na América-Latina e as perspectivas para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. **Rev artemis**, João Pessoa, v. 29, n. 1, p. 279-298, 2020. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/2426233332?accountid=146694>. Acesso em: 20 set. 2020.

VIANA, AL et al. Violência contra a mulher. **Rev enferm UFPE.**, Recife, v. 12, n. 4, p. 923-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110273p923-929-2018>. Acesso em: 10 set. 2020.

VIEIRA, CSCA et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Rev bras enferm**, v. 61, p. 682-688, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000700005>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ZANATTA, MA; FARIA, JP. Violência contra a mulher e desigualdade de gênero na estrutura da sociedade: da superação dos signos pela ótica das estruturas da sociedade: da superação dos signos pela ótica das relações de poder. **Rev gen sex dir**, Salvador, v.4, n.1, 2018.

ZELIN, AI; WALKER, RV; JOHNSON, DM. *Cornered at a bar: How victim clothing, alcohol intake, and relationship with bystander impact intention to help.* **Violence against women**, v. 25, n. 10, p. 1163-1190, 2019. Disponível em: 10.1177/1077801218809948. Acesso em: 20 jan. 2022.

WAGNER, I. **How Iceland Is Closing the Gender Wage Gap**. 2021. Disponível em: <https://hbr.org/2021/01/how-iceland-is-closing-the-gender-wage-gap?>. Acesso em: 02 nov. 2021.

WANG, MJ et al. *Scoping review of access to emergency contraception for sexual assault victims in emergency departments in the United States.* **Trauma violence abuse**, v. 22, n. 2, p. 413-421, 2021. Disponível em: 10.1177/1524838019882023. Acesso em: 20 jan. 2022.

WATERMAN, EA; LEFKOWITZ, ES. *Does alcohol use in large group contexts mediate the association between sex-related alcohol expectancies and rape?* **Violence victims**, v. 35, n. 2, p. 195-209, 2020. Disponível em: 10.1891/VV-D-18-00101. Acesso em: 20 jan. 2022.

WILHITE, ER; FROMME, K. *The differential influence of drinking, sensation seeking, and impulsivity on the perpetration of unwanted sexual advances and sexual coercion.* **J interspers violence**, v. 36, n. 3-4, p. 1437-1454, 2021. Disponível em: 10.1177/0886260517742151. Acesso em: 20 jan. 2022.

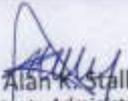
WEF. **Global Gender Gap Report 2020**. Geneva: WEF, 2020. Disponível em: <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2020/dataexplorer>. Acesso em: 17 out. 2020.

WHO. **Understanding and addressing violence against women**. Geneva: WHO, 2012.

WHO. **Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO; 2013.

WHO. **Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women**. Geneva: WHO, 2019.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

 Alan K. Stall Assistente Administrativo Comitê de Ética em Pesquisa Hospital de Clínicas da UFPR 19/02/2021		
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		
<p>Nós, professora orientadora Tatiane Herreira Trigueiro e aluna da pós-graduação Glauciane Marques de Assis Berteloni, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná (UFPR), estamos convidando a Senhora que foi atendida no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR para participar de um estudo intitulado: Mulheres Vítimas de Violência Sexual sob efeito de Drogas de Abuso. A senhora foi atendida com sinais e sintomas que sugerem que foi intoxicada com drogas para não perceber que foi vítima de violência sexual. A sua participação na pesquisa pode colaborar com os estudos científicos sobre o assunto, e de grande importância ouvir suas experiências e conhecimentos.</p> <p>O objetivo desta pesquisa é descrever a experiência das mulheres em situação de violência sexual com sinais clínicos dos efeitos das drogas facilitadoras atendidas em um hospital especializado do Paraná entre os anos de 2019 e 2020.</p> <p>Caso a Senhora participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista semiestruturada e áudio-gravada com 5 perguntas.</p> <p>Para tanto, para que a entrevista ocorra você pode sugerir a data e horário de sua disponibilidade, quanto ao local, posso encontrá-la no local de sua preferência, podemos ofertar também uma sala na UFPR ou virtual, a entrevista levará em torno de 30 minutos.</p> <p>Quantos aos riscos, na realização da entrevista é possível que a senhora experimente algum desconforto, como tristeza, angústia, choro ao recordar das memórias deste momento delicado da sua vida, você pode parar quando sentir necessidade e, em caso de concordância, poderá ser reencaminhada ao serviço de psicologia.</p> <p>Os benefícios serão vistos a partir do perfil levantado e compreensão da experiência de mulheres vítimas de violência sexual por intoxicação para que a maternidade possa atender as principais demandas e melhorar a qualidade do atendimento.</p> <p>Os pesquisadores responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que a Senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo a por e-mail, telefone em horário comercial das 08 às 18 horas. Em emergências ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 99948-6957 ou (43) 99604-1887 ou (41) 3402-7529 disponível nas 24 horas, com acesso direto com os pesquisadores envolvidos. Ou pelos endereços eletrônicos tatiherreira@ufpr.br e glauciane_berteloni@hotmail.com</p> <p>Se a Senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.</p>		

A sua participação neste estudo é voluntária e se a Senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas entre os pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa quanto ao transporte não são de sua responsabilidade e a Senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. A Senhora terá a garantia de que problemas psicológicos quanto ao recordar as lembranças da situação de violência sexual decorrentes do estudo, serão encaminhadas ao Serviço de Psicologia para Vítimas de Violência Sexual do CHC-UFPR.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, ___ de _____ de _____.

APÊNDICE 2 – PERGUNTAS PARA A ENTREVISTA

Identificação: _____ Idade: _____

_____ Data entrevista: ___/___/_____ Data da ocorrência: ___/___/_____

Escolaridade atual: _____

Profissão/Ocupação atual: _____

Dados atuais da mulher:

() Com companheiro(a) () Sem companheiro(a)

() Sem filhos () Com filhos, nº _____

Dados atuais de residência:

() Curitiba () Região Metropolitana de Curitiba: _____

1. **Existem vários meios de (abuso sexual) violência sexual. Um deles é este que você passou, no qual se utiliza algum tipo de substância. Como você se sente em relação a isso?**
2. **Você conhecia algo sobre esta forma de abuso?**
3. **O que te incentivou a procurar ajuda?**
4. **Por quanto tempo você fez o tratamento no ambulatório?**
5. **Como você tem enfrentado seu cotidiano após esta situação vivida?**

Agradeço sua participação...

Modalidade que a entrevista foi realizada: () meio digital: **ligação comum** () presencial

Deseja ajuda para o transporte? () Sim () Não () N/A

Necessitou de encaminhamento à psicóloga devido à entrevista? () Sim (x) Não

ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

CURITIBA		FOLHA 1																													
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA																															
*3 Data da notificação		4 Hora do atendimento (00:00-23:59)	5 UF PR																												
6 Município de notificação: CURITIBA		Código (IBGE) 4106902																													
7 Unidade Notificadora (UN) <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>1 - Unidade de Saúde</td> <td>2 - Unidade de Assistência Social</td> <td>3 - Estabelecimento de Ensino</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - Conselho Tutar</td> <td>5 - Unidade de Saúde Indígena</td> <td>6 - Centro Especializado à Mulher</td> <td>7 - Outros <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				1 - Unidade de Saúde	2 - Unidade de Assistência Social	3 - Estabelecimento de Ensino		4 - Conselho Tutar	5 - Unidade de Saúde Indígena	6 - Centro Especializado à Mulher	7 - Outros <input type="checkbox"/>																				
1 - Unidade de Saúde	2 - Unidade de Assistência Social	3 - Estabelecimento de Ensino																													
4 - Conselho Tutar	5 - Unidade de Saúde Indígena	6 - Centro Especializado à Mulher	7 - Outros <input type="checkbox"/>																												
*8 Nome e Código da UN		9 Unidade de Saúde	*10 Código de CNES																												
*11 Nome		*12 Data da ocorrência da violência																													
*13 Nome		*14 Data de nascimento																													
*15 Idade <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>1 - Hora</td> <td></td> <td>*16 Sexo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 - Dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>M - Masculino</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - Mês</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F - Feminino</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 - Ano</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>I - Ignorado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		1 - Hora		*16 Sexo		2 - Dia	<input type="checkbox"/>	M - Masculino	<input type="checkbox"/>	3 - Mês	<input type="checkbox"/>	F - Feminino	<input type="checkbox"/>	4 - Ano	<input type="checkbox"/>	I - Ignorado	<input type="checkbox"/>	*17 Gestante <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>1 - 1º trimestre</td> <td>2 - 2º trimestre</td> <td>3 - 3º trimestre</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 - Idade gestacional ignorada</td> <td>5 - Não</td> <td>6 - Não se aplica</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9 - Ignorado</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1 - 1º trimestre	2 - 2º trimestre	3 - 3º trimestre	<input type="checkbox"/>	4 - Idade gestacional ignorada	5 - Não	6 - Não se aplica	<input type="checkbox"/>	9 - Ignorado			
1 - Hora		*16 Sexo																													
2 - Dia	<input type="checkbox"/>	M - Masculino	<input type="checkbox"/>																												
3 - Mês	<input type="checkbox"/>	F - Feminino	<input type="checkbox"/>																												
4 - Ano	<input type="checkbox"/>	I - Ignorado	<input type="checkbox"/>																												
1 - 1º trimestre	2 - 2º trimestre	3 - 3º trimestre	<input type="checkbox"/>																												
4 - Idade gestacional ignorada	5 - Não	6 - Não se aplica	<input type="checkbox"/>																												
9 - Ignorado																															
18 Escolaridade		19 Raça/Cor																													
0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado																													
16 Escolaridade		4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica <input type="checkbox"/>																													
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe / responsável																													
19 UF		20 Nome do pai / responsável																													
21 Município de residência		Código (IBGE)																													
22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida...)																													
24 Número		25 Complemento (apto, casa...)																													
26 Geo Campo 1		27 Geo Campo 2																													
28 Ponte de referência		29 CEP																													
30 (DDD)Fone		31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado																													
32 País (se reside fora do Brasil)		33 Nome Social (se travesti / transexual)																													
34 Ocupação		35 Situação conjugal/Estado civil																													
36 Orientação sexual		37 Identidade de gênero																													
38 Possui algum tipo de deficiência, transtorno		39 Se sim, qual tipo de deficiência, transtorno																													
39 Deficiência física		40 UF																													
40 UF		41 Município de ocorrência																													
41 Município de ocorrência		Código (IBGE)																													
42 Distrito/Regional		43 Bairro																													
43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida...)																													
44 Logradouro (rua, avenida...)		Código																													
45 Número		46 Complemento (apto, casa...)																													
46 Complemento (apto, casa...)		47 Geo Campo 3																													
47 Geo Campo 3		48 Geo Campo 4																													
48 Geo Campo 4		49 Ponto de referência																													
49 Ponto de referência		50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado																													
51 Hora da ocorrência		52 Local de ocorrência																													
52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes																													
53 Ocorreu outras vezes		54 A lesão foi autoprovocada?																													
54 A lesão foi autoprovocada?		55 Essa violência foi motivada por:																													
55 Essa violência foi motivada por:		56 Tipo de violência																													
56 Tipo de violência		57 Meio de agressão																													
57 Meio de agressão		58 Natureza																													
58 Natureza		59 Campo de preenchimento obrigatório pelo sistema SINAN																													

ANEXO2 – CARTA DE CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA



Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC/UFPR

CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezada Coordenadora

Declaramos que nós, da equipe do Serviço do Complexo Hospital de Clínicas UFPR que atende Mulheres Vítimas de Violência Sexual, estamos de acordo com o projeto de pesquisa intitulado “Mulheres vítimas de violência sexual por utilização de droga facilitadora”, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro, do Departamento de Enfermagem da UFPR, sob matrícula 205576, nas nossas dependências.

Este projeto de pesquisa somente poderá ser iniciado após a sua aprovação pelo CEP/CHC/UFPR.

Estamos cientes de que para a realização de coleta de dados será necessário a coleta de dados a partir de entrevistas com mulheres vítimas de violência sexual mediante uso de droga facilitadora entre os anos de 2015 e 2020, bem como de que a pesquisa deve seguir as determinações da resolução CNS 466/2012 e complementares. Durante as entrevistas, se aparecerem situações em que as pacientes apresentem alterações emocionais que possam serem beneficiadas pelo atendimento psicológico, serão encaminhadas, se assim o desejarem, para a retomada do seu acompanhamento psicológico, para o qual já foram encaminhadas previamente, como rotina do ambulatório.

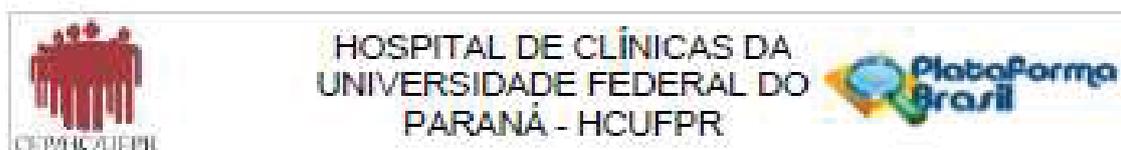
Atenciosamente,

Curitiba, 08 de setembro de 2020

Chefe do Serviço de Psicologia
Juarez Marques de Medeiros

Rua General Carneiro 181 - Telefone (041) 3360-1041
CEP 80.060-900 Curitiba/PR – www.hc.ufpr.br
Comitê de Ética em Pesquisa: cep@hc.ufpr.br

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres vítimas de violência sexual por utilização de drogas facilitadoras

Pesquisador: Tatiane Ferreira Trigueiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35055020.3.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.297.848

Apresentação do Projeto:

Respostas as pendências relatadas no parecer número 4.272.177.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentação de respostas as pendências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração em relação a proposta analisada anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1 - Acrescentado endereço eletrônico dos pesquisadores e número de telefone fixo para contato no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 2 - Corrigido as datas para busca de dados das pacientes atendidas para 2019 a 2020 em todos os documentos;
- 3- Anexado carta de concordância do Serviço de Psicologia;
- 4- Anexado instrumento de coleta de dados.

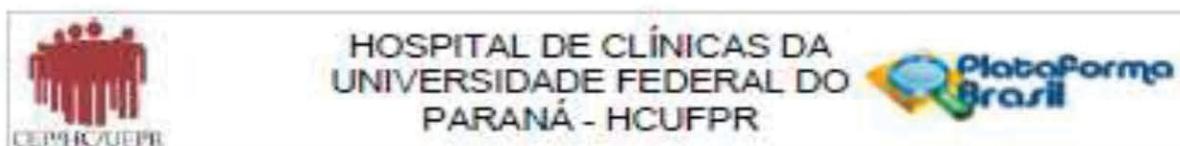
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HCUFPR uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas

Endereço: Rua Cel. Camero, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hcufr.br



Continuação do Parecer: 4.397.640

Outros	1_CHECKLIST_DOCUMENTAL_PROJETO_PESQUISA.pdf	13/07/2020 10:42:24	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	compromissoequipepesquisa.pdf	13/07/2020 10:41:42	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/07/2020 10:40:29	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	11_MODELO_PROJETO_PESQUISA_13_07.doc	13/07/2020 10:39:56	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	MODELO_DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS_CHC_UFPR.pdf	08/07/2020 23:57:38	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	cartatocoginecologia.pdf	08/07/2020 23:37:37	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	cartadeconcordanciaepidemia.pdf	08/07/2020 23:37:19	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Declaração de concordância	cartaconcordanciamatemoinfantil.pdf	08/07/2020 23:36:07	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	3_DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	08/07/2020 23:34:37	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	2_CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	08/07/2020 23:33:59	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	08/07/2020 23:27:44	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

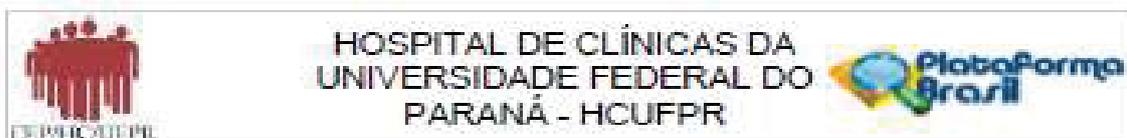
Necessita Aprovação da CONEP:

Não

CURITIBA, 24 de Setembro de 2020

Assinado por:
maria ortolina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: oec@hcufr.br



Continuação do Parecer: 4.397.648

Outros	1_CHECKLIST_DOCUMENTAL_PROJETO_PESQUISA.pdf	13/07/2020 10:42:24	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	compromissopequipedepesquisa.pdf	13/07/2020 10:41:42	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/07/2020 10:40:29	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	11_MODELO_PROJETO_PESQUISA_13_07.doc	13/07/2020 10:39:56	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	MODELO_DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS_CHC_UFPR.pdf	08/07/2020 23:57:38	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	cartatocoginecologia.pdf	08/07/2020 23:37:37	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	cartadeconcordanciaepidemiologia.pdf	08/07/2020 23:37:19	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Declaração de concordância	cartaconcordanciamaemoinfantil.pdf	08/07/2020 23:36:07	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	3_DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	08/07/2020 23:34:37	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	2_CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_GEP.pdf	08/07/2020 23:33:59	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	08/07/2020 23:27:44	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 24 de Setembro de 2020.

Assinado por:
maria cristina carlor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Camargo, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br