

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Acolhimento às mulheres com deficiência mental vítimas  
de violência sexual**

**Arthur Felipe Rodrigues Silva**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.**

Orientadora: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

**Campina Grande**

**2016**

# **Acolhimento às mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual**

**Arthur Felipe Rodrigues Silva**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.**

Orientadora: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

**Campina Grande**

**2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586a Silva, Arthur Felipe Rodrigues.

Acolhimento às mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual [manuscrito] / Arthur Felipe Rodrigues Silva. - 2016.

56 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Violência contra a Mulher. 2. Estupro. 3. Violência sexual. 4. Delitos sexuais. 5. Deficiência mental. I. Título.

21. ed. CDD 362.83



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Arthur Felipe Rodrigues Silva**

**Título:** Acolhimento às mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual

**Orientador (a):** Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

**Aprovado em:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### Banca Examinadora

Assinatura: Inacia Sátiro Xavier de França  
Prof.(a.) Dr.(a.) Inacia Sátiro Xavier de França

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Assinatura: Alexsandro Silva Coura  
Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Assinatura: Ednaldo Cavalcante de Araújo  
Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Dedico esta dissertação a Deus meu guia, aos meus pais, minhas irmãs e sobrinhas e minha namorada por serem meus fiéis incentivadores nesta trajetória, contribuindo para a realização deste sonho. A vocês, dedico minha vitória!

## **Agradecimentos**

A conclusão do mestrado junto à dissertação foi possível de ser realizada graças ao incentivo, apoio e disponibilidade de várias pessoas as quais manifesto os meus sinceros reconhecimentos e agradecimentos, em particular aos meus pais, Socorro e Nivaldo, minhas irmãs, Nielma e Karol, minhas sobrinhas; minha namorada Thayse, minha orientadora Prof. Dr. Inacia Sátiro, pelas orientações, ensinamentos e amizade; minhas amigas Jamilly e Isabella, aos amigos de turma, á todos que fizeram parte do quadro docente e Lidiane Melo, a Rafaella Queiroga por ter me apresentado à pesquisa, aos professores que compuseram a banca de defesa, Prof. Dr. Aleksandro e Prof. Dr. Ednaldo, ao coordenador do Trauma Moises, ao grupo de pesquisa Gepasc e aos participantes do estudo.

## RESUMO

A violência sexual é um problema de saúde pública de caráter global e dimensão epidemiológica que requer ações para estimular estudos sobre o tema, a fim de propor intervenções de prevenção e atendimento adequado. Objetivou-se compreender como a equipe de acolhimento de um hospital de referência presta assistência às mulheres com deficiência mental, vítimas de violência sexual. Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado no período de fevereiro a julho de 2016, no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETDLGF), referência em atendimento multiprofissional, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Os participantes da pesquisa foram profissionais que compõem a equipe de acolhimento do serviço hospitalar, onde a quantidade da amostra foi determinada com base no critério de saturação das informações. Concluiu-se a coleta com 18 entrevistas, composta por: seis enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, quatro psicólogos e três assistentes sociais. Adotaram-se os seguintes critérios de elegibilidade: que o profissional atuasse há pelo menos um ano na equipe de acolhimento e estivesse em atividade profissional durante o período de coleta de dados. A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e autorização institucional do hospital. Os dados referentes às entrevistas foram transcritos e analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Após a transcrição das respostas às entrevistas e sucessivas leituras, foram elencadas quatro categorias temáticas: a deficiência como vulnerabilidade para a violência sexual; impasses no atendimento da equipe multidisciplinar; procedimentos do acolhimento no atendimento dos casos de violência sexual, e por fim, elo familiar multifacetado. Conclui-se que os profissionais do acolhimento apresentam dificuldades na assistência às mulheres com deficiência mental quando são violentadas sexualmente. A falta de capacitação, estrutura física e dinâmica inadequadas, reflete no atendimento e na notificação dos casos. Os resultados desse estudo contribuem em atividades de profissionais envolvidos com o ensino, pesquisas e extensão no campo da assistência às pessoas com deficiência e, especificamente, no acolhimento das mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual.



**Descritores:** Violência contra a Mulher; Estupro; Violência Sexual; Delitos Sexuais; Deficiência Mental.

## **ABSTRACT**

Sexual violence is a public health problem of global character and epidemiological dimension that requires action to stimulate studies on the subject, in order to propose interventions for prevention and appropriate care. This study aimed to understand how the host team of a referral hospital provides care to women with mental disabilities, victims of sexual violence. A descriptive qualitative approach realized in the period from February to July 2016, at the *Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes* (HETDLGF), reference multidisciplinary care in the city of Campina Grande, Paraíba, Brazil. The research participants were professionals who make up the hospital host team service, in which the amount of the sample was determined based on the criterion of saturation of information. The collection was concluded with 18 interviews, composed by: six nurses, five nursing technicians, four psychologists and three social assistants. It was adopted the following eligibility criteria: the professional had worked at least one year in the host team, was in occupation during the data collection period and had availability to participate. Data collection was initiated only after the research project approval by the Ethics Committee of the State University of Paraíba and institutional approval of the Emergency and Trauma Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Data referring to interviews were transcribed and analyzed using Bardin's Content Analysis. After the transcription of the interviews' answers and successive readings, were listed four thematic categories: the disability as vulnerability to sexual violence; impasses in the care of the multidisciplinary team; reception procedures in attendance of cases of sexual violence; and finally, the family as a protective factor or a risk factor for sexual violence in women with mental disabilities. It was concluded that professionals hosting of the *Emergency and Trauma Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes - HETDLGF* presents difficulties in women with mental disability assistance when they were sexually assaulted. The lack of training, inadequate dynamic and physical structure, reflects the care and reporting of cases. The study's results can contribute in professional activities involved in teaching, research and extension in the field of assistance to people with disabilities and specifically, in welcoming women mentally disabled victims of sexual violence.

**Descriptors:** Violence against Women, Rape, Sexual Violence, Sex Offenses, Intellectual Disability.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>3. CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>18</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE SIGLAS

<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>HETDLGF</b>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>NUMOL</b>	Núcleo de Medicina e Odontologia Legal
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PcDF</b>	Pessoas com Deficiência Física
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UEPB</b>	Universidade Estadual da Paraíba

## 1. INTRODUÇÃO

A violência está incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a designação de Causas Externas<sup>1</sup>. É composta de várias faces e atinge de modo diferenciado a população. Entretanto os homicídios, em sua grande porção, sucedem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência sexual afeta em especial as mulheres e ocorre no espaço doméstico<sup>2</sup>.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres adota o conceito de violência contra as mulheres baseando-se na definição da Convenção de Belém do Pará (1994), “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Art. 1º)<sup>3</sup>.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres tem como objetivo geral enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno, onde um dos seus objetivos específicos é garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional<sup>3</sup>.

A violência é um problema de magnitude mundial presente nas relações de gênero, principalmente para as mulheres<sup>4,5</sup>. Embora esse tipo de violência seja uma causa significativa de morbimortalidade de mulheres, quase nunca é abordado como uma questão de saúde pública. Os reflexos desse problema são percebidos nos serviços de saúde, tanto pelos custos que representam, tanto pela complexidade do atendimento exigido<sup>4</sup>.

O estupro de forma particular atinge, meninas, adolescentes e mulheres jovens no mundo todo<sup>6</sup>, atestando assim a fragilidade do sexo feminino diante desse tipo de violência<sup>7,8</sup>. As mulheres abusadas sexualmente ou violentadas fisicamente representaram, um custo 2,5 maior para o sistema de saúde, no período de ano de assistência, quando comparado às mulheres que não foram vitimadas<sup>4</sup>. No ano de 2006 foi promulgada a Lei nº. 11.340/2006 conhecido como Lei Maria da Penha, o qual desenvolveu mecanismos de prevenção à violência contra a mulher<sup>9</sup>.

Estudos vinculados ao tema indicam que a maior parte da violência sexual é realizada por parentes ou pessoas próximas da vítima, onde há existência de vínculo sentimental ou hierárquico, ocorrendo no âmbito familiar, tornando o crime mais fácil de ser executado e

difícil de ser denunciado<sup>2,5,6,10,11</sup>. O medo de vingança, a sensação de culpa, a falta de conhecimento dos direitos legais e também o descrédito na justiça são fatores que contribuem para a falta de denúncia da violência sexual<sup>2</sup>. Em 2002 estimava-se que menos de 1% dos casos eram denunciados às competências legais. Após cinco anos, em 2007, confirmou-se que menos de 10% dos casos chegavam às delegacias<sup>2,10,12</sup>.

A violência doméstica e sexual no Brasil impulsionou o Ministério da Saúde a desenvolver e implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), priorizando ações de ampliação e acessibilidade das mulheres e adolescentes aos serviços de saúde. Para fortalecer a PNAISM, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Atenção à Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher, a quem compete capacitar os recursos humanos, equipar os serviços para diagnosticar os casos de violência, promover a assistência adequada, ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência. A PNAISM tem como objetivo oferecer ações de atenção à saúde acessível a todas as mulheres do município ou região<sup>13</sup>.

A PNAISM não faz segregação quando a violência sexual ocorre entre mulheres sem deficiência e com deficiência, todavia vale ressaltar que as mulheres com deficiência estão mais sujeitas às incidências de abusos e maus-tratos, principalmente aquelas com deficiência mental<sup>14</sup>. Fato constatado em estudo quando participantes com deficiência mental foram investigadas quanto à apresentação de habilidades de autoproteção adequadas para se protegerem em situações potencialmente abusivas do ponto de vista sexual. Os autores deste estudo concluíram que as participantes foram capazes de reconhecer quais situações as colocavam em risco de sofrer abuso sexual, contudo não foram capazes de se proteger deste tipo de violência e não comunicaram tal situação a pessoas de confiança<sup>14</sup>.

No ano de 2011 no Brasil, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 12.087 casos de estupro. Já em 2012, foram notificados 50.617 casos desse tipo de crime. Contudo, esses números correspondem, apenas, a taxa de 10% dos casos de tentativas ou de estupros consumados que são denunciados à polícia<sup>15</sup>. Ainda, em 2012, no estado da Paraíba, ocorreu um quantitativo de 856 casos de violência e desses, 90 foram de violência sexual contra a pessoa do sexo feminino<sup>16</sup>.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 45,6 milhões de pessoas declararam algum tipo de deficiência, correspondendo a 23,9% da população brasileira apresentando algum tipo de deficiência (visual, auditiva, motora ou mental/intelectual), 25.800.681 (26,5%), são mulheres e 19.805.367 (21,2%), são homens, sendo 38.473.702 vivendo em áreas urbanas e 7.132.347

em áreas rurais. Dentre as deficiências, a visual apresentou a maior ocorrência, comprometendo 18,6% da população brasileira; em sequência está à deficiência motora, acometendo 7% da população seguidas da deficiência auditiva com a taxa de 5,1% e por fim a deficiência mental ou intelectual com 1,4%<sup>17</sup>.

No que se refere às regiões do país, a Região Nordeste teve a maior taxa de prevalência de pessoas que apresentam ao menos um tipo de deficiência (26,3%). As menores taxas de incidências estão presentes nas regiões Sul (22,5%) e Centro Oeste (22,51%) respectivamente<sup>17</sup>.

Entre os estados do país, a maior incidência da deficiência ocorreu nos estados do Rio Grande do Norte (27,76%) e da Paraíba (27,58%), com taxas bem acima da média nacional (23,9%). As taxas do Distrito Federal e do Estado de São Paulo foram as mais baixas, com 22,3% e 22,6%<sup>17</sup>.

Com uma população de 3.972.202 habitantes, o estado da Paraíba comporta 1.045.962 (27,7%), de pessoas com algum tipo de deficiência. A capital João Pessoa e a cidade do agreste paraibano Campina Grande, apresentam respectivamente, 26% e 23% de pessoas com deficiência. Há cinco municípios do estado com maiores quantidades de pessoas com deficiência mental, são: João Pessoa (11.005), Campina Grande (5.265), Santa Rita (2.290), Bayeux (2.131) e Patos (1.609). Do montante dos deficientes do estado da Paraíba, 62.058 são deficientes mentais e destes, 27.624 são do sexo feminino, divididas em 20.808 da área urbana e 6.816 da área rural<sup>18</sup>.

A Política Nacional de Saúde para as Pessoas com Necessidades Especiais adota o conceito fixado pelo Decreto n. 3.298/99: “considerando a pessoa com deficiência aquela que apresente, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que reproduza incapacidade para o seu desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano<sup>19</sup>”.

As agressões sofridas sobre a mulher podem resultar em prejuízos significativos em sua vida pessoal, profissional e afetiva<sup>11</sup>. E podem resultar também em maior risco da ocorrência de uma gravidez<sup>20</sup>. A mulher com deficiência padece de maior risco de violência do que a mulher não deficiente, já que a mesma apresenta dificuldades como: comunicação; inabilidade em buscar ajuda; dependência excessiva de terceiros, entre outros<sup>10</sup>. As pessoas com deficiência mental têm baixos níveis de conhecimento sobre sexualidade e experimentam maiores problemas de negociação e consentimento para relações sexuais do que pessoas sem deficiência mental<sup>22</sup>.

No que concerne sobre a notificação compulsória da violência sexual, a sistematização dos dados possibilita a caracterização dos tipos e da natureza das violências cometidas, o

perfil das vítimas e dos agressores, porém não permite a identificação de violência sexual contra a pessoa com deficiência, pois as notificações referentes a esse crime apresenta nível elevado de ausência de registros em alguns campos da ficha de atendimento<sup>22</sup>.

Deste modo um estudo realizado no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL), localizado na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil, por Souto e colaboradores, com o objetivo de identificar os casos de violência sexual contra mulheres com deficiência relatou que, foram registrados 396 casos de vítimas femininas no período de 2004 e 2009 e, dentre esses, 19 vítimas eram mulheres com deficiência mental. Os autores não encontraram, neste estudo, registros de violência sexual contra mulheres que pertencessem a outros tipos de deficiência. Este estudo realizado em 2012 foi à primeira experiência do autor desta dissertação perante a temática violência sexual, onde participou como colaborador<sup>23</sup>.

Em se tratando da pessoa com deficiência mental o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), define como “o retardo no desenvolvimento intelectual, sendo caracterizada pela dificuldade permanente que a pessoa tem em se comunicar com outras pessoas, em cuidar de si mesma, em realizar atividades domésticas, aprender, trabalhar, brincar, etc”<sup>17</sup>.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência descreve ações de saúde para este grupo social. E tem como diretrizes: promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; assistência integral à saúde desse segmento social; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; e capacitação de recursos<sup>24</sup>. Contudo esta política ainda se encontra frágil em sua aplicabilidade, fazendo com que do montante de mais de 30 milhões de pessoas com deficiência no Brasil, onde mais da metade correspondem ao sexo feminino, fiquem a mercê de uma assistência precária à saúde<sup>24</sup>.

Em relação à acessibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que os profissionais atuantes nos programas de saúde pretendam assegurar o atendimento a todos os cidadãos, ainda há muito a que ser feito as pessoas com deficiência física (PcDF) recebam a assistência equitativa, igualitária e universal preconizada pelo sistema de saúde público, pois além das barreiras arquitetônicas, as dificuldades de acesso há, também, na interação paciente-profissional de saúde, impasses que influenciam no contexto desta interação<sup>25</sup>.

No ano de 2015 o Governo Federal definiu diretrizes para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS, no que discerne à humanização do atendimento, ao registro de informações e quanto à coleta de vestígios, por meio da Portaria Interministerial

Nº - 288, de 25 de março de 2015. Contudo a Portaria ausenta-se de instruções para atendimento e procedimentos as mulheres com algum tipo de deficiência<sup>26</sup>.

Na composição da última Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, apresenta como uma de suas prioridades o item que discerne sobre a Saúde da Mulher no subtítulo sexualidade em mulheres com deficiência e violência sexual. Já no item Saúde dos Portadores de Necessidades Especiais contempla o subtítulo: deficiência, gênero e sexualidade<sup>27</sup>.

A violência contra a mulher tem suas imbricações em um processo histórico relacionado ao gênero, sendo repassada de geração para geração, configurando modelos patriarcais de família, onde o homem detém o poder sobre a mulher, dominando-a e oprimindo-a<sup>32</sup>.

As sociedades patriarcais cultivam a ideologia que as mulheres compõem um grupo minoritário, frágil como uma forma de justificar a prática da discriminação de que são alvo. Devido a esses atributos negativos inseridos, secularmente, na cultura dessas sociedades, observa-se que, mesmo com as conquistas femininas obtidas nas últimas décadas, as mulheres permanecem expostas aos crimes de violência, porque perduram a banalização e a naturalização com que os crimes são tratados na maioria das vezes, em decorrência de fatores discriminatórios relacionados ao gênero<sup>33</sup>.

A visibilidade da violência contra a mulher teve o seu *apriori* a partir da década de 80 do século passado, graças ao movimento feminista que passou a reivindicar o direito à saúde e o enfrentamento à violência contra a mulher. Essas reivindicações culminaram com modificações nos postulados legais de proteção a mulher na família e na sociedade, ampliando, assim, seus direitos civis e sociais na Constituição de 1988<sup>34</sup>.

Frente a esse cenário, o Estado brasileiro criou as Delegacias de Defesa da Mulher, as Casas-Abrigo e os Centros de Atendimento Multiprofissionais destinados ao acolhimento das mulheres, com especificidade daquelas vítimas de violência física e sexual<sup>35</sup>. Contudo, essas iniciativas estatais não deram conta de minimizar os crimes de violência contra a mulher, de forma que esse tipo de crime permanece incidindo, em proporção crescente, sobre o segmento feminino, violando os seus direitos nas mais variadas idades, etnias e estratos sociais. Na perspectiva de enfrentamento da violência contra a mulher, o Estado criou a Lei n. 11.340/2006, denominada, popularmente, como Lei Maria da Penha. Esse dispositivo legal resguarda os direitos da mulher, estabelecendo que a violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos<sup>32</sup>.



Ainda como perspectiva estatal de atender a demanda das mulheres no concernente aos crimes de violência contra esse segmento social, o registro dos dados é consolidado no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esse instrumento é alimentado pelas Secretarias Municipais de Saúde, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, o que é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica de Estados e Municípios. O registro dos dados sobre violência nesse instrumento se constitui uma obrigação recomendada por vários atos normativos e legais. Entre eles, destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1997; a Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; e a Lei nº 10.741/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências<sup>36</sup>.

Contudo, o atendimento às mulheres em situação de violência ocorre de forma fragmentada e pontual, pois os serviços não atendem, plenamente, as necessidades prementes das vítimas. Ocorre descompromisso de continuidade na atenção à vítima, tanto nos aspectos de reabilitação física e emocional quanto nos de reabilitação social e jurídica. Assim, as vítimas de violência percorrem vários caminhos, em decorrência de um processo desarticulado dos serviços<sup>37</sup>. Essa situação se agrava quando a vítima é uma mulher com deficiência. No Brasil, pouco se conhece a respeito da violência contra essas mulheres, apesar da literatura afirmar que essa é uma população vulnerável em relação ao abuso sexual<sup>14</sup>.

A respeito da vulnerabilidade das mulheres a violência sexual, cumpre dizer que a Lei Nº 12.015/2009, em seu Capítulo I, trata dos crimes contra a liberdade sexual, atribuindo a esse crime a seguinte classificação e penalidade:

**a) Estupro** – Art. 213 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

§ 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos: Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.

§ 2º Se da conduta resulta morte: Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 anos.

**b) Violação sexual mediante fraude** – Art. 215- Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos. Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.

**c) Assédio sexual** - § 2º A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo dispositivo legal também consta um capítulo destinado aos crimes contra vulnerável (Art. 217-A), definido como — Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos; — induzimento de menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem (art. 218)2; —satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente (art. 218-A)3: e — favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável — (art. 218-B)4.

Para além desse entendimento jurídico acerca dos crimes contra a pessoa vulnerável, pode-se inferir que a pessoa com deficiência, também, precisa ser considerada como pessoa vulnerável a esse tipo de crime devido às suas desvantagens e limitações constituintes da sua vulnerabilidade.

Consta, na literatura que, via de regra, as pessoas com deficiência dependem afetiva e financeiramente do agressor, pois é ele quem administra o recurso assistencial recebido por elas, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o que dificulta a saída dessas mulheres das situações de risco e as torna mais vulneráveis<sup>38</sup>.

Para além das desvantagens e limitações próprias desse segmento social, a vulnerabilidade dessas pessoas está relacionada com os mitos, construídos socialmente, acerca de sua sexualidade.

Pesquisadores detectaram alguns dos mitos acerca das pessoas com deficiência: Pessoas com deficiência são assexuadas, não têm sentimentos, pensamentos e necessidades sexuais; Pessoas com deficiência são hiperssexuadas: seus desejos são incontroláveis e exacerbados. A expressão sexual explícita para quem tem deficiência é uma perversão; Pessoas com deficiência são pouco atraentes, indesejáveis e incapazes de conquistar um parceiro amoroso e manter um vínculo estável de relacionamento amoroso e sexual; Pessoas com deficiência não conseguem usufruir o sexo normal que é espontâneo e envolve a penetração seguida de orgasmo, por isso, são pessoas que têm sempre disfunções sexuais relacionadas ao desejo, à excitação e ao orgasmo; A reprodução para pessoas com deficiência é sempre problemática porque são estéreis, geram filhos com deficiência e ou não têm condições de cuidar deles<sup>39</sup>.

Devido a esses mitos negligenciam-se os cuidados contra situações de abuso, negando-se a essas pessoas o direito de acesso a orientação/educação sexual, aspectos esses que contribuem com a elevação dos índices de violência, de gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis<sup>40</sup>. Por fim, não bastasse à vulnerabilidade das pessoas com

deficiência a violência sexual, as notificações referentes a esse crime demonstram nível elevado de ausência de registros em alguns campos da ficha de atendimento<sup>22</sup>.

A vulnerabilidade feminina se agrava ao apresentar uma deficiência, visto que essas encontram-se mais suscetíveis à violência sexual<sup>28</sup>. Diante desse quadro é importante ressaltar que na Constituição Brasileira estão assegurados os direitos das pessoas com deficiências nos mais diferentes campos e aspectos<sup>29</sup>. Face ao exposto, esse estudo é relevante, pois além da pequena quantidade de pesquisas sobre esta temática, atribuem valores à luta de alguns autores que defendem a integridade sexual da pessoa com deficiência, independentes das limitações física, sensorial ou intelectual<sup>30,31</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como a equipe de acolhimento de um hospital de referência presta assistência às mulheres com deficiência mental, vítimas de violência sexual.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a equipe de acolhimento do hospital referido;
- Compreender o conhecimento da equipe de acolhimento sobre a temática do estudo;
- Descrever as facilidade e dificuldades no atendimento das mulheres com deficiência mental;
- Descrever quais os procedimentos adotados pelos profissionais de saúde nos casos de violência sexual em mulheres com deficiência mental.

### 3. CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizada no período de fevereiro a julho de 2016, no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETDLGF), referência em atendimento multiprofissional, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Os participantes da pesquisa foram profissionais que compõem a equipe de acolhimento do serviço hospitalar, onde a quantidade da amostra foi determinada com base no critério de saturação das informações. Desse modo, concluiu-se a coleta com 18 entrevistas, composta por: seis enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, quatro psicólogos e três assistentes sociais. Adotaram-se os seguintes critérios de elegibilidade: que o profissional atuasse há pelo menos um ano na equipe de acolhimento, estivesse em atividade profissional durante o período de coleta de dados. A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e autorização institucional do HETDLGF. O estudo foi executado em três etapas:

**Primeira etapa** – desenvolvimento do roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1), com questões pertinentes ao objetivo proposto.

**Segunda etapa** – realização das entrevistas semiestruturadas, utilizando-se o sistema de gravação de áudio. Após contato com os coordenadores de cada área profissional da saúde, pertencente ao acolhimento; os mesmos recrutaram os servidores dentro dos critérios de elegibilidade. Os participantes foram contatados no hospital, e as entrevistas realizadas em suas dependências, em local e hora adequados para os profissionais, com duração média de 25 minutos.

**Terceira etapa** – análise dos dados. Os dados referentes às entrevistas foram transcritos e analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática de Bardin<sup>41</sup>. Após a transcrição das respostas às entrevistas e sucessivas leituras, foram elencadas quatro categorias temáticas: a deficiência como vulnerabilidade para a violência sexual; impasses no atendimento da equipe multidisciplinar; procedimentos do acolhimento no atendimento dos casos de violência sexual, e por fim, elo familiar multifacetado.

Os participantes da pesquisa foram nomeados com as letras iniciais de sua formação profissional, seguidas por uma numeração de acordo com a sequência das entrevistas, com o intuito de resguardar a identidade dos mesmos. Sendo assim, Enfermeiros: E1, E2, E3, E4, E5

e E6; Técnicos de enfermagem: TE1, TE2, TE3, TE4 e TE5; Psicólogos: P1, P2, P3 e P4; e Assistentes sociais: AS1, AS2 e AS3.

O estudo atendeu os preceitos éticos recomendados pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do pelo Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram em duas vias o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido (PCLE) (APÊNDICE 2), assegurando o sigilo, a privacidade e o direito de declinar em qualquer fase da pesquisa. Quanto à coleta de dados, cada participante recebeu um pseudônimo preservando a sua identidade. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB) (ANEXO 2), e recebeu autorização institucional do HETDLGF (ANEXO 3).

## **4. RESULTADOS**

O artigo apresentado na seção resultados é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que buscou compreender como a equipe de acolhimento de um hospital de referência presta assistência às mulheres com deficiência mental, vítimas de violência sexual. O estudo acrescenta conhecimento para a área de Saúde Pública. Diante disso, foi submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, com Qualis B1 para Enfermagem e Saúde Coletiva. A forma de apresentação encontra-se respaldada às normas do Programa em Saúde Pública/UEPB.

### **4.1 ARTIGO**

#### **VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O ACOLHIMENTO PRESTADO ÀS MULHERES COM DEFICIÊNCIA MENTAL**

**Arthur Felipe Rodrigues Silva, Inacia Sátiro Xavier de França**

## RESUMO

Objetivou-se compreender como a equipe de acolhimento de um hospital de referência presta assistência às mulheres com deficiência mental, vítimas de violência sexual. Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizada no período de fevereiro a julho de 2016, no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETDLGF), em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Finalizou-se a coleta com 18 entrevistas, composta por: enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais. Os dados referentes às entrevistas foram transcritos e analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática de Bardin, elencando quatro categorias temáticas. Concluiu-se que os profissionais do acolhimento do HETDLGF, apresentam dificuldades na assistência a mulheres com deficiência mental quando estas são violentadas sexualmente. A falta de capacitação, estrutura física e dinâmica inadequadas, reflete no atendimento e na notificação dos casos.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher; Estupro; Violência Sexual; Delitos Sexuais; Deficiência Mental.

## ABSTRACT

This study aimed to understand how the host team of a referral hospital provides care to women with mental disabilities, victims of sexual violence. A descriptive qualitative approach accomplished in the period from February to July 2016, at the *Emergency and Trauma Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes* (HETDLGF) in Campina Grande, Paraíba, Brazil. The collection was finished with 18 interviews, composed by: nurses, nursing technicians, psychologists and social assistants. The data referring to interviews were transcribed and analyzed by the Bardin's Content Analysis, listing four thematic categories. It was concluded that the HETDLGF hosting professionals presents difficulties in the assistance of women with mental disability when they were sexually assaulted. The lack of training, inadequate dynamic and physical structure, reflects in care and reporting of cases.

**Descriptors:** Violence against Women, Rape, Sexual Violence, Sex Offenses, Intellectual Disability.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres adota o conceito de violência contra as mulheres baseando-se na definição da Convenção de Belém do Pará (1994), segundo a qual descreve ser “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Art. 1º)<sup>1</sup>.

A violência é um problema de magnitude mundial presente nas relações de gênero, principalmente para as mulheres<sup>2,3</sup>. Embora esse tipo de violência seja uma causa significativa de morbimortalidade de mulheres, quase nunca é abordado como uma questão de saúde pública. Os reflexos desse problema são percebidos nos serviços de saúde, tanto pelos custos que representam, tanto pela complexidade do atendimento exigido<sup>2</sup>.

Estudos vinculados ao tema indicam que a maior parte da violência sexual é realizada por parentes ou pessoas próximas da vítima, onde há existência de vínculo sentimental ou hierárquico, ocorrendo no âmbito familiar, tornando o crime mais fácil de ser executado e difícil de ser denunciado<sup>3,4,5,6,7</sup>.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), não faz segregação quando a violência sexual ocorre entre mulheres sem deficiência e com deficiência, todavia vale ressaltar que as mulheres com deficiência estão mais sujeitas às incidências de abusos e maus-tratos, principalmente aquelas com deficiência mental<sup>8</sup>. Fato constatado em estudo quando participantes com deficiência mental foram investigadas quanto à apresentação de habilidades de autoproteção adequadas para se protegerem em situações potencialmente abusivas do ponto de vista sexual. Os autores deste estudo concluíram que as participantes foram capazes de reconhecer quais situações as colocavam em risco de sofrer abuso sexual, contudo não foram capazes de se proteger deste tipo de violência e não comunicaram tal situação a pessoas de confiança<sup>8</sup>.

No ano de 2011 no Brasil, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 12.087 casos de estupro. Já em 2012, foram notificados 50.617 casos desse tipo de crime. Contudo, esses números correspondem, apenas, a taxa de 10% dos casos de tentativas ou de estupros consumados que são denunciados à polícia<sup>9</sup>. Ainda, em 2012, no estado da Paraíba, ocorreu um quantitativo de 856 casos de violência e desses, 90 foram de violência sexual contra a pessoa do sexo feminino<sup>10</sup>.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 45,6 milhões de pessoas declararam algum tipo de deficiência, correspondendo a 23,9% da população brasileira apresentando algum tipo de deficiência (visual, auditiva, motora e mental/intelectual), 25.800.681 (26,5%), são mulheres e 19.805.367 (21,2%), são homens<sup>11</sup>.

A Política Nacional de Saúde para as Pessoas com Necessidades Especiais adota o conceito fixado pelo Decreto n. 3.298/99, considerando a pessoa com deficiência aquela que apresente, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que reproduza incapacidade para o seu desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano<sup>12</sup>.

As agressões sofridas sobre a mulher podem resultar em prejuízos significativos em sua vida pessoal, profissional e afetiva<sup>6</sup>. E podem resultar também em maior risco da ocorrência de uma gravidez<sup>13</sup>. A mulher com deficiência padece de maior risco de violência do que a mulher não deficiente, já que a mesma apresenta dificuldades como: comunicação; inabilidade em buscar ajuda; dependência excessiva de terceiros, entre outros<sup>4</sup>. Uma série de estudos tem mostrado que pessoas com deficiência mental têm baixos níveis de conhecimento sobre sexualidade e experimentam maiores problemas de negociação e consentimento para relações sexuais do que pessoas sem deficiência mental<sup>14</sup>.

Em se tratando da pessoa com deficiência mental o IBGE, define como “o retardo no desenvolvimento intelectual, sendo caracterizada pela dificuldade permanente que a pessoa tem em se comunicar com outras pessoas, em cuidar de si mesma, em realizar atividades domésticas, aprender, trabalhar, brincar, etc”<sup>11</sup>.

Em relação à acessibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que os profissionais atuantes nos programas de saúde pretendam assegurar o atendimento a todos os cidadãos, ainda há muito a que ser feito as pessoas com deficiência física (PcDF)<sup>15</sup>.

A vulnerabilidade feminina se agrava ao apresentar uma deficiência, visto que essas encontram-se mais suscetíveis à violência sexual<sup>16</sup>. Diante desse quadro é importante ressaltar que na Constituição Brasileira estão assegurados os direitos das pessoas com deficiências nos mais diferentes campos e aspectos<sup>17</sup>. Face ao exposto, esse estudo é relevante, pois além da pequena quantidade de pesquisas sobre esta temática, atribuem valores à luta de alguns autores que defendem a integridade sexual da pessoa com deficiência, independentes das limitações física, sensorial ou intelectual<sup>18,19</sup>.



## MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa realizada no período de fevereiro a julho de 2016, no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETDLGF), referência em atendimento multiprofissional, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Os participantes da pesquisa foram profissionais que compõem a equipe de acolhimento do serviço hospitalar, onde a quantidade da amostra foi determinada com base no critério de saturação das informações. Desse modo, concluiu-se a coleta com 18 entrevistas, composta por: seis enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, quatro psicólogos e três assistentes sociais. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: profissional que atuasse há pelo menos um ano na equipe de acolhimento, estivesse em atividade profissional durante o período de coleta de dados. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e autorização institucional do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. O estudo foi executado em três etapas:

**Primeira etapa** – desenvolvimento do roteiro de entrevista semiestruturada com questões pertinentes ao objetivo proposto.

**Segunda etapa** – realização das entrevistas semiestruturada, utilizando-se o sistema de gravação de áudio. Após contato com os coordenadores de cada profissional da saúde pertencente ao acolhimento; os mesmos recrutaram os servidores dentro dos critérios de elegibilidade. Os participantes foram contatados no hospital, e as entrevistas realizadas em suas dependências, em local e hora adequados para os profissionais, com duração média de 25 minutos.

**Terceira etapa** – análise dos dados. Os dados referentes às entrevistas foram transcritos e analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática de Bardin<sup>20</sup>. Após a transcrição das respostas às entrevistas e sucessivas leituras, foram elencadas as categorias temáticas: a deficiência como vulnerabilidade para a violência sexual; impasses no atendimento da equipe multidisciplinar; procedimentos do acolhimento no atendimento dos casos de violência sexual, e por fim, elo familiar multifacetado.

Os participantes da pesquisa foram nomeados com as letras iniciais de sua formação profissional, seguidas por uma numeração de acordo com a sequência das entrevistas, com o intuito de resguardar a identidade dos mesmos. Sendo assim, Enfermeiros: E1, E2, E3, E4, E5

e E6; Técnicos de enfermagem: TE1, TE2, TE3, TE4 e TE5; Psicólogos: P1, P2, P3 e P4; e Assistentes sociais: AS1, AS2 e AS3.

O estudo atendeu os preceitos éticos recomendados pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram em duas vias o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido (PCLE) assegurando o sigilo, a privacidade e o direito de declinar em qualquer fase da pesquisa. Quanto à coleta de dados, cada participante recebeu um pseudônimo preservando a sua identidade. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB) e recebeu autorização institucional do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela abaixo constata-se a caracterização dos participantes com predomínio de profissionais enfermeiros, seguidos dos técnicos de enfermagem. O tempo de formação profissional variou entre 4 a 33 anos, entre todas as profissões. No que se refere ao tempo de atuação na equipe de acolhimento, observou-se o mínimo de 1 ano e máximo de 8 anos trabalhados.

**Tabela** – Caracterização profissional dos participantes da pesquisa.

	<b>Formação profissional</b>	<b>Tempo de formação profissional</b>	<b>Tempo de trabalho no HETDLGF</b>	<b>Tempo de atuação na Equipe de Acolhimento</b>
<b>E1</b>	Enfermeira	10 anos	2 anos	2 anos
<b>E2</b>	Enfermeira	33 anos	7 anos	1 ano
<b>E3</b>	Enfermeira	20 anos	6 anos	6 anos
<b>E4</b>	Enfermeira	4 anos	3 anos	2 anos
<b>E5</b>	Enfermeira	7 anos	6 anos	5 anos
<b>E6</b>	Enfermeira	18 anos	3 anos	3 anos
<b>TE1</b>	Técnica de enfermagem	11 anos	8 anos	8 anos
<b>TE2</b>	Técnica de enfermagem	15 anos	8 anos	1 ano
<b>TE3</b>	Técnica de	8 anos	5 anos	5 anos
<b>TE4</b>	Enfermagem Técnica de	8 anos	4 anos	4 anos

<b>TE5</b>	enfermagem Técnica de enfermagem	9 anos	5 anos	1 ano
<b>P1</b>	Psicóloga	24 anos	2 anos	2 anos
<b>P2</b>	Psicóloga	5 anos	1 ano	1 ano
<b>P3</b>	Psicólogo	13 anos	8 anos	5 anos
<b>P4</b>	Psicólogo	13 anos	8 anos	8 anos
<b>AS1</b>	Assistente social	13 anos	5 anos	5 anos
<b>AS2</b>	Assistente social	12 anos	8 anos	8 anos
<b>AS3</b>	Assistente social	12 anos	7 anos	7 anos

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Das falas dos participantes emergiram quatro categorias: a deficiência como vulnerabilidade para a violência sexual; impasses no atendimento da equipe multidisciplinar; procedimentos do acolhimento no atendimento dos casos de violência sexual, e por fim, elo familiar multifacetado.

As devidas categorias foram desenvolvidas a partir das respostas dos participantes frente aos seguintes questionamentos: qual a sua opinião sobre esse tipo de violência contra mulheres com deficiência e aquelas com deficiência mental? Quais foram os procedimentos adotados no atendimento nos casos de violência sexual de mulheres com e sem deficiência? Existe um protocolo de atendimento específico? Em sua opinião, como é possível prevenir violência sexual contra mulheres com deficiência mental? Existem dificuldades para atender essas demandas? Quais? Tem sugestões para um melhor atendimento?

Categoria 1:

#### A DEFICIÊNCIA COMO VULNERABILIDADE PARA A VIOLÊNCIA SEXUAL

Os profissionais de saúde participantes da pesquisa descreveram a deficiência como um fator predisponente à ocorrência da violência sexual, como mostram os discursos abaixo.

“A influência emocional que o homem exerce sobre a mulher, imagine na situação onde ela deficiente não pode se defender né, onde ela tem toda a sua dignidade já de certa forma vulnerável [...]” (AS1)

“Elas são mais vulnerável, mais fácil, imagina aí você com uma limitação física, que você não tem a oportunidade da defesa né, uma pessoa dessa aí sim, que ela se torna preferencial viu pra ser abordada de forma grotesca né [...].” (AS2)

“Vamos dizer que seja mais fácil né, pras pessoas que vai fazer o ato, aquela pessoa não tem como se defender, não tem uma defesa, seja mais fácil [...].” (E3)

“O fato da mulher apresentar algum tipo de deficiência seja um fator agravante por que muitos homens né possivelmente considera a deficiência dessa mulher talvez se sintam mais a vontade de cometer algum tipo de abuso [...].” (P3)

Constantemente, a pessoa do gênero feminino, é exposta a vários tipos de agressões e abusos físicos, verbais e sexuais realizados por companheiros ou ex-companheiros, parentes, amigos, pessoas desconhecidas, por instituições públicas e até mesmo pelo Estado<sup>21</sup>. Essas fragilidades encontradas no ser feminino associada a uma deficiência as tornam vulneráveis para o acometimento de várias violências, dentre elas, a sexual.

A vulnerabilidade das pessoas com deficiência já foi estudada por pesquisadores norte-americanos, para quem essas pessoas são vítimas em maiores proporções do que as pessoas da população em geral. Esse resultado corrobora com o estudo realizado por Kaufman *et al*<sup>22</sup>. Esses pesquisadores concluíram que as pessoas com deficiências são mais facilmente vítimas de violência sexual do que aquelas que não apresentam deficiências. E que esse fenômeno mantém relação com o poder abusivo de cuidadores, a falta de punição para os agressores e o silêncio nas instituições<sup>23,24</sup>.

A mulher com deficiência mental sofre maior risco da violência sexual do que a mulher sem deficiência, justificando-se por fatores descritos por Barros *et al*<sup>8</sup>.

Como:

- As dificuldades no julgamento.
- Ausência ou dificuldade de se comunicar, impedindo a busca por ajuda e consequentemente a realização da denuncia do abuso.
- A falta de conhecimento em como se defender do abuso.

- Ausência de incentivo por profissionais na área de educação especial em relação à inclusão.
- Desconhecimento sobre comportamento sexual apropriado, e dependência de terceiros em seu cotidiano.

Categoria 2:

### IMPASSES NO ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

As dificuldades no atendimento relatadas pelos profissionais permeiam desde a falta de infraestrutura da instituição hospitalar, a ausência de dinâmica entre as especialidades profissionais. Desse modo esta categoria foi dividida em subcategorias temáticas, descritas no quadro abaixo.

**Quadro** – Apresentação da categoria e subcategorias desenvolvidas a partir das falas dos participantes.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
IMPASSES NO ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Atendimento multidisciplinar prejudicado
	Privacidade no atendimento e sigilo profissional prejudicados

Fonte: construção dos autores.

Subcategoria:

### ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR PREJUDICADO

A Lei Nº 12.845, de 1 de agosto de 2013, “dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.” E descreve em seu Art. 1º:

“Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social”<sup>25</sup>.

A assistência multidisciplinar é aquela composta por vários profissionais de diferentes especialidades, atuando em único grupo, havendo necessidade e dependência de inter-relação entre eles, os quais devem reconhecer o paciente de forma holística e humanizada<sup>26</sup>.

“Eu acredito que aqui trabalha muito em conjunto né, o acolhimento ali, acontecendo um tipo de caso vamos supor uma agressão física, quando chega a gente entra em contato com a psicóloga com serviço social e trabalha todo mundo em conjunto, aquela coisa, a gente repassa, mas não faz ação junto não.” (TE1)

“[...] é difícil, é complicado a dinâmica entre os profissionais.”  
(AS1)

“A gente precisa de uma equipe multidisciplinar [...] a gente sempre pede apoio do psicólogo, mas às vezes ele não consegue também ficar muito tempo com a mulher [...]” (E1)

“[...] muitas vezes assim que chega uma avaliação com paciente, a consulta com serviço social muitas vezes isso não acontece, nem sempre a gente é solicitado, às vezes a gente nem sabe, mais tem um caso de uma mulher que sofreu violência sexual, às vezes a gente não é comunicado né? Às vezes por conta da dinâmica do hospital, são muitos pacientes [...]” (P3)

Os profissionais que assistem uma paciente acometida de violência, devem se portar como facilitadores do processo terapêutico, construindo estratégias que contemplem e respeitem a ocorrência, dentro do contexto social e as singularidades destas mulheres. Para a formulação desses planejamentos é necessário se aproximar das realidades vivenciadas pelas vítimas e fornecer visibilidade aos conflitos subtendidos durante as queixas, em perspectiva multidisciplinar<sup>27</sup>.

Os profissionais do acolhimento de saúde são fundamentais nesse contexto, principalmente estes que são os primeiros contatos das vítimas no ambiente hospitalar; sejam elas deficientes ou não devem arquitetar planos de ação conjunta, facilitando e construindo uma assistência de qualidade. A fala do profissional de enfermagem E1 descreve uma

ausência de assistência multidisciplinar, retratando a falta de compreensão de um atendimento conjunto, mesmo em fala sequente demonstrando a necessidade do profissional psicólogo na prestação de serviço.

A falha na assistência multidisciplinar no acolhimento hospitalar é persistente nos serviços públicos brasileiros, o Ministério da Saúde retratada essa problemática no Cadernos Humaniza SUS – Atenção Hospitalar de 2011, no subtítulo, A articulação clínica ampliada, acolhimento e cogestão no hospital<sup>28</sup>:

“Consideremos uma situação na qual os trabalhadores iniciam um processo de ampliação da clínica de maneira isolada. Mas todos os trabalhadores do hospital atuam no regime de plantão. Os profissionais são contratados de maneira precária. Não há reuniões de equipe. A passagem de plantão não é feita em equipe. Cada profissional atua de maneira segmentada. Não há trabalhadores horizontalizados, que atuam em jornada semanal, responsáveis por estabelecer referências de vínculo e cuidado continuado aos pacientes. Não há nenhuma forma de integração constituída com outros serviços da rede de saúde. Os profissionais de áreas distintas do hospital só se comunicam por meio de formulários de encaminhamentos e de interconsulta, muitas vezes apenas com a identificação de matrícula do paciente”<sup>29</sup>.

O aumento da demanda de casos de violência sexual nos serviços de saúde exige de forma crescente, qualificação contínua dos profissionais de saúde, com vistas ao alcance de uma assistência resolutiva, e não meramente paliativa<sup>29</sup>.

Subcategoria:

## PRIVACIDADE NO ATENDIMENTO E SIGILO PROFISSIONAL PREJUDICADOS

Os profissionais que integram uma assistência hospitalar sendo eles de nível médio e superior compactuam um papel importante na assistência à mulher vítima de violência. Nessa perspectiva, é relevante sensibilizar e capacitar todos os profissionais, incluindo aqueles que não atuem diretamente com o indivíduo agredido, no tocante ao sigilo, ao acolhimento, privacidade e aos encaminhamentos adequados a fim de que a vítima seja respeitada como ser humano<sup>30</sup>.

A privacidade do paciente desde sua admissão hospitalar dar-se comprometida, bem como física quanto informacional e emocionalmente, agravando-se conforme a doença ou o

grau de dependência. Ademais, o espaço físico e administrativo juntamente com as limitações práticas comprometem a condução da privacidade<sup>31</sup>.

O domínio do espaço físico é essencial para o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos, e fundamental no âmbito hospitalar, onde a circulação de pessoas é constante, pois se trata de um ambiente público, porém que implica doença. A invasão arbitrária desse espaço físico pelos profissionais de saúde, ou de outras pessoas, é desapropriada, pois o que aparentemente pode parecer necessário, para outros pode ser enquadrado como dano a privacidade<sup>32</sup>.

“O acolhimento às vezes entra uma, entra duas, entra três, elas não tem aquela privacidade num caso desse [...], a gente orienta, não tem como você aborda melhor o assunto nem procurar saber mais detalhes em relação no local, por que eu acho muito ruim a questão da privacidade aqui pra um caso desse.” (E3)

“Pela questão da falta de privacidade às vezes na consulta de enfermagem, é, o nosso acolhimento aqui tem uma demanda grande, então a gente resolve inúmeros problemas não só aqueles pacientes que estão chegando, mas outros que foram atendidos e voltam com problemas. Então muitas vezes falta a privacidade realmente, pra que elas né, pra que a gente tenha uma abordagem melhor.” (E5)

“Existe uma dificuldade quanto a questão da privacidade né, a logística do hospital, da emergência ela não disponibiliza um espaço, onde essa pessoa possa ficar preservada, então acaba tendo uma revitimização né, porque acaba tendo as pessoas curiosas que querem ouvir, que querem saber, que fazem perguntas, então as vezes é difícil a gente fazer um atendimento preservado, que preserve a vítima, então não tem uma sala específica pra que seja feito esse atendimento, que essa pessoa possa ficar mais preservada, então é difícil, é complicado a dinâmica entre os profissionais.” (AS1)

“A questão em primeiro lugar da privacidade, com relação ao serviço social, a sala que a gente tem de acolhimento às vezes a gente tá com um usuário na sala e forma uma fila imensa na porta, então o pessoal fica batendo, fica tentando abrir, é uma atendimento sigiloso, a gente não tem como atender numa situação dessas, às vezes a gente não tem nem um local pra tentar trazer e dá um encaminhamento. [...] vitimizando a mulher e por cada profissional que ela vai passando a gente tem o cuidado de olha, a história é essa, a gente já tomou tal e tal procedência, continue a partir daqui né, mas as pessoas, os profissionais tem mania de bancar o investigador, e cada vez que ela vai contando, vai doendo, vai revitimizando.” (AS3)



“[...] os próprios profissionais os outros profissionais que trabalham, muitas vezes não entendem exatamente as necessidades dessa mulher que sofreu violência, então às vezes ficam até meio curiosas querendo saber o que aconteceu, perguntando fazendo perguntas inoportunas às vezes a gente não tem condições físicas pra atender, não tem um espaço mais adequado, um espaço de maior privacidade onde você possa manter maior sigilo profissional.” (P3)

No contexto da assistência multiprofissional o sigilo das informações e a privacidade são moderações éticas de confidencialidade das mulheres violentadas, e consequentes precauções quanto à integridade física e emocional<sup>33</sup>.

O sigilo é concomitantemente direito do paciente e dever do profissional. Esse princípio é mais dever que direito, assegurando um compromisso de defesa que subitem e dispensa o pedido do atendido. Ele é obrigatório por todos os indivíduos que tiverem acesso aos dados pessoais do paciente em função de sua atividade profissional<sup>34</sup>.

Em parâmetros legais a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 no Capítulo I – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, descreve no Art. 5º, parágrafo X que: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”<sup>35</sup>.

O Código Penal Brasileiro de 1940, no Decreto – Lei Nº 2.848, determina a preservação das informações obtidas em âmbito profissional, no Art. 154, que proíbe “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de quem tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”<sup>36</sup>.

Todos os profissionais sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares psicólogos, assistentes sociais, atendentes – que venham a receber informações face a face do paciente –, como também aqueles que tiverem acesso aos seus registros em prontuário, estão impostos a manter em segredo tudo o que souberem da ocorrência e da prestação de serviço

37,38,39,40

### **Categoria 3:**

PROCEDIMENTOS DO ACOLHIMENTO NO ATENDIMENTO DOS CASOS DE  
VIOLÊNCIA SEXUAL

O acolhimento deve compreender o compromisso coletivo cultivando vínculos de maneira responsável, reconhecendo e incluindo as diversidades em geral; estimulando a valorização da vida em todos os serviços de saúde. Acolher refere-se à maneira como receber as pessoas nos serviços e como incluir suas demandas e necessidades. Refletir sobre acolhimento pode significar além do que um novo artifício para organizar a demanda, muito embora também seja fundamental. Trata-se de pensar no serviço que desenvolve relações acolhedoras em formato coletivo. Nessa perspectiva, acolher pode ser compreendido como um efeito e um conjunto de processos que resultam em uma ampliação da capacidade do serviço hospitalar<sup>30</sup>.

O serviço de enfermagem no acolhimento é composto pelos profissionais enfermeiros e pelos técnicos de enfermagem. O enfermeiro deve realizar a triagem de acordo com a Portaria Nº 2.048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde, que recomenda a implantação nos atendimentos de urgências o acolhimento e a triagem classificatória de risco que deverá ser realizada por profissional de saúde de nível superior, com capacitação específica utilizando-se de protocolos pré-estabelecidos, objetivando avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. Após a classificação o paciente é encaminhado a outras especialidades do acolhimento<sup>41</sup>.

A devida portaria não menciona protocolos de atendimento para pessoas com deficiências, tão pouco estas vítimas de violência sexual, similarmente a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, como também, o instrumento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS<sup>42,43</sup>.

Na busca em compreender o sistema de notificação da instituição pesquisada, encontrou-se um sistema centralizado realizado pela equipe de Epidemiologia Hospitalar, onde os componentes deste setor declaram a subnotificação dos achados justificando-se pelo acúmulo de trabalho e dependência de outros profissionais, como os do acolhimento para acioná-los e assim realizar a notificação.

“A gente comunica o serviço social e a psicologia, principalmente ao serviço social, pra que o serviço social faça a denúncia né e a abordagem também, mas aí às vezes passa mesmo despercebido e a gente nem sabe que é realmente [...] Não, a gente não tem protocolo não. Só realmente essa conduta assim. É essa conduta pra todos os tipos de violência.” (E3)

“Vai passar pela triagem, vai ser feito o acolhimento da paciente, vai entra em contato com psicologia, serviço social e vai ser encaminhado o paciente para atendimento clínico ou cirurgião dependendo do caso em si.[...]Não. Não ouvi falar se existe protocolo, eu não conheço.” (TE1)

“Normalmente casos como esse, logo os médicos que receberem, os enfermeiros que receberem acionam justamente o serviço social que a parti dai é que o serviço social vai entrar em contato se for menor de idade, conselho tutelar, delegacia, todo tipo de violência eles encaminham pra o serviço social.” (P2)

“Não, não existe protocolo. Nunca foi formulado um protocolo. No nosso caso, quando a vítima vem até nós, geralmente ela já tem passado pelo serviço de psicologia, então ela vem pras orientações e encaminhamentos legais. Então qual o nosso papel? Encaminha a vítima pra delegacia da mulher, encaminhar pra casa abrigo ou se for o caso, e pra qualquer outra instituição de acolhimento à vítima de violência sexual.” (AS3)

Todos os profissionais participantes desta pesquisa não descrevem mínima ação diferenciada nos cuidados das pessoas com deficiências, e relatam ausência de um protocolo nacional ou institucional para tal assistência.

#### **Categoria 4:**

#### **ELO FAMILIAR MULTIFACETADO**

Pesquisas de mais de uma década já revelavam que pessoas com deficiência mental apresentam déficit de conhecimento sobre sexualidade, os tornando mais susceptíveis à violência sexual<sup>8</sup>.

A sexualidade é manifestada no indivíduo independente dele ser ou não deficiente, porém, em sua maioria disfarçada pelas famílias, os caracterizando como seres assexuados. As exclusões de esclarecimento e de orientação sexual fazem com que essa população não desenvolva de forma satisfatória sua sexualidade, conseqüentemente não desenvolvam defesa para a agressão sexual<sup>44</sup>.

Outro estudo sobre violência sexual com mulheres com deficiência mental constatou que mais da metade dos casos os agressores eram conhecidos da vítima, onde havia prevalência de único perpetrador pertencente ao seu ciclo social<sup>45</sup>.

Os depoimentos dos profissionais do acolhimento expuseram multifaces familiar, comprovados pelos depoimentos abaixo:

“Contra as mulheres que tem deficiência eu acho que as pessoas que tomam conta dela tem que ter cuidado em dobro, tipo a família.” (TE4)

“[...] o que tem deficiência mental tem que se trabalhar aqueles que dão retaguarda a ela, os familiares mais próximo [...]” (AS2)

“As deficientes mental é, eu acho que tem que ter mais é o policiamento da própria família, uma pessoa dessa tem que saber quem fica com uma paciente dessa né, porque normalmente o agressor é alguém da família, vizinho, alguém muito próximo né, é ficar de olho mesmo na paciente.” (E1)

“A vigilância dos parentes e um bom acompanhamento, saúde, educação, olhe a gente não vai a lugar nenhum sem esses dois, não vai, um depende do outro [...]” (E2)

“[...] mas eu acho que o cuidador tem que estar bastante atento, muitas vezes até o cuidador mesmo que faz a agressão, mas que a família dá todo o apoio, quando a família tem todo um aparato é bom, mas quando não tem é complicado.” (E5)

A categoria envolve “a família” como um importante elo de proteção, cuidado, apoio e atenção às mulheres com deficiência, porém na maioria das vezes “o familiar” apresenta outra face, de ser o próprio agressor das mulheres com deficiência mental.

No estado de São Paulo, um estudo realizado no Hospital Pérola Byington, analisou 1.200 casos de violência sexual documentados no ano de 2000, em mais da metade dos casos o violentador era conhecido da vítima, seguindo uma sequência de agressores: o pai, o padrasto, o pai adotivo, o tio, o avô, o vizinho e finalizava com outros conhecidos da família.

Acreditasse que esses dados assemelham-se aos das mulheres com deficiência perante sua vulnerabilidade de defesa e dificuldade em denunciar o abuso<sup>46</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que os profissionais do acolhimento do HETDLGF apresentam dificuldades na assistência a mulheres com deficiência mental quando estas são violentadas sexualmente. A falta de capacitação, estrutura física e dinâmica inadequadas, reflete no atendimento e na notificação dos casos.

Os resultados desse estudo podem contribuir em atividades de profissionais envolvidos com o ensino, pesquisas e extensão no campo da assistência às pessoas com deficiência e, especificamente, no acolhimento das mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual. Além de que, a expectativa desse estudo é a de que os seus resultados forneçam, aos gestores em saúde, dados para a elaboração de estratégias e ações voltadas para detecção, avaliação, tratamento e reabilitação dessas pessoas de forma precoce.

E que forneçam subsídios para a prática das equipes de acolhimento, equipes de assistência domiciliar e profissionais de reabilitação para que possam delinear os problemas desta clientela, inserir-se na dinâmica social destas pessoas e de seus familiares para ajudá-los a buscar estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde oriundas dos crimes de violência sexual.

As limitações do estudo apresentam-se como a subnotificação dos casos de violências pela instituição hospitalar prejudicando a anexação dos dados quantitativos impedindo assim a análise e generalizações dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Heise L, Pitnguy J, Germain A. Violence against women: the Hidden Health Burden. World Bank Discussion Papers 225. Washington: World Bank; 1994.
- 3 Saidi H, Awori KO, Odula P. Gender-associated violence at a women's hospital in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J* 2008; 85(7):347-54.
4. Albuquerque W, Cavalcanti L. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. *Rev. Bras. Ed. Esp* 9.2 (2003): 141-154.
5. Alempijevic D, Savic S, Kesic V, Baralic I, Ibic G. Physical examination of sexual assault victims in Belgrade area. *Srp Arh Celok* 2006; 134(9-10):408-13.
6. Gauderer EC. Abuso sexual em crianças. *Pediatr Atual* 1991; 4(4):7-19.
7. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):192-9.
8. Barros RD, Williams LCA, Brino RF. Habilidades de auto proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. *Rev. bras. educ. espec.*[internet]. 2008 [cited 2015 out 02]; 14 (1), 93-110. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382008000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382008000100008&lng=en&nrm=iso) .
9. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). Nota Técnica. N.11. Brasília: IPEA, 2014.
10. Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Violência contra a mulher na Paraíba. 2012.
11. Oliveira LMB. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. Brasília. [internet]. 2012 [cited 2015 Out 02]. Available from: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. Política nacional da pessoa portadora de deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
13. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCGN, Borba CC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina-PI. *RBGO* 2004; 26(2):111-6.

14. Blasingame GD, Boer DP, Guidry L, Haaven J, Wilson RJ. Assessment, treatment, and supervision of individuals with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers. [internet] 2014 [cited 2015 Sep 10]. Available from: [https://www.atsa.com/pdfs/ATSA\\_IDPSB\\_packet.pdf](https://www.atsa.com/pdfs/ATSA_IDPSB_packet.pdf)
15. França ISX, Oliveira CF, Cruz GKP, Coura AS, Enders. Conhecimento de mulheres com deficiência física sobre câncer mamário e autoexame: Estratégia Educativa. *Rev. bras. educ. espec.* 2012; 13(4):766-74.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretos sexuais, reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
17. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
18. Cruz DMC, Silva JT, Alves HC. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. *Rev. bras. educ. espec.* 2007;13(1):131-46.
19. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev. bras. psiquiatr.* 2009;31 Suppl 2:S49-57.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
21. Piosiadlo LCM, Fonseca RMG, Gessner R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Out 03];18(4):728-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400728&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400728&lng=en).
22. Kaufman M, Silverberg C, Odette F. The ultimate guide to sex and disability – for all of us who live with disabilities, chronic pain and illness. 2. ed. Califórnia: Cleis Press, 2003.
23. Strickler HL. Interaction between family violence and mental retardation. *Mental Retardation*. [internet]. 2001 [cited 2016 Nov 12]; 39 (6): 461-71. , 2001. Available from: <http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/0047-6765%282001%29039%3C0461%3AIBFVAM%3E2.0.CO%3B2>.
24. [Sobsey D](#), [Wells D](#), [Lucardie R](#), [Mansell S](#). Violence and disability: An annotated bibliography. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 1995.
25. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº [12.845 de 1º de agosto de 2013](#). Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Brasília, DF; 2013. [acesso em 2016 Nov 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2013/lei/112845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/112845.htm)

26. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2001 [acesso em 2016 Set 18]; 35(1): 103-109. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
27. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. Saude soc. [Internet]. 2011 [acesso em 2016 Set 18]; 20(1): 124-35. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000100015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100015&lng=en)
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Caderno Humaniza SUS. Atenção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
29. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2009 [acesso em 2016 Set 16]; 30(4): 609-16. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9359/7536>
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. Direitos sexuais e reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
31. Populim JS. Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.
32. Woogara J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. Nursing Ethics. [internet]. 2001 [cited 2016 Sep 5]; 8(3): 234-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16010917>
33. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2016 Out 10]; 25(2): 205-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=en)
34. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2010
35. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
36. Brasil. Código penal, 1940. Código Penal. 50. ed. São Paulo; 2012.
37. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 5. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2000.
38. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.



39. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1999.
40. Carvalho JCM. Responsabilidade civil médica. 3. ed. Rio de Janeiro: Destaque; 2002.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência [para estabelecimentos assistenciais de saúde]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2002.
42. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
44. Araujo LAD. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Coordenadoria Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência. 2.ed Brasília: Ministério da Justiça; 2011.
45. Souto RQ, Leite CCS, França ISX, Cavalcanti AL. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. Cogitare Enferm. [internet]. 2012 [cited 2015 Sep 12]; 17(1): 72-77. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26377/17570>
46. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. Jornal da Rede Saúde; 2000.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os profissionais do acolhimento do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes – HETDLGF apresentam dificuldades na assistência a mulheres com deficiência mental quando estas são violentadas sexualmente. A falta de capacitação, estrutura física e dinâmica inadequadas, reflete no atendimento e na notificação dos casos.

Os resultados desse estudo podem contribuir em atividades de profissionais envolvidos com o ensino, pesquisas e extensão no campo da assistência às pessoas com deficiência e, especificamente, no acolhimento das mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual, dado que os resultados possibilitarão a compreensão da vivência destes sujeitos e as influências que o ambiente físico, sociocultural, econômico e político-ideológico exercem na sua cotidianidade. Além de que, a expectativa desse estudo é a de que os seus resultados forneçam, aos gestores em saúde, dados para a elaboração de estratégias e ações voltadas para detecção, avaliação, tratamento e reabilitação dessas pessoas de forma precoce.

E que forneçam subsídios para a prática das equipes de acolhimento, equipes de assistência domiciliar e profissionais de reabilitação para que possam delinear os problemas desta clientela, inserir-se na dinâmica social destas pessoas e de seus familiares para ajudá-los a buscar estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde oriundas dos crimes de violência sexual.

As limitações do estudo apresentam-se como a subnotificação dos casos de violências pela instituição hospitalar prejudicando a anexação dos dados quantitativos impedindo assim a análise e generalizações dos mesmos.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Minayo MC, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 1(4):7-23.
2. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):192-9.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Heise L, Pitnguy J, Germain A. Violence against women: the Hidden Health Burden. World Bank Discussion Papers 225. Washington: World Bank; 1994.
5. Saidi H, Awori KO, Odula P. Gender-associated violence at a women's hospital in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J* 2008; 85(7):347-54.
6. Alempijevic D, Savic S, Kesic V, Baralic I, Ibic G. Physical examination of sexual assault victims in Belgrade area. *Srp Arh Celok* 2006; 134(9-10):408-13.
7. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Torres Filho B, Araújo JR, Silva PFR. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2006; 6(1):65-70.
8. Vanrell PT. Odontologia legal e antropologia forense. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.
9. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF.
10. Albuquerque W, Cavalcanti L. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. *Rev. Bras. Ed. Esp* 9.2 (2003): 141-154.
11. Gauderer EC. Abuso sexual em crianças. *Pediatr Atual* 1991; 4(4):7-19.
12. Santana TL de, Trujillo LG, Mimekawa T, Campos VF de, Oliveira KM de, Akerman M. Caracterização da violência doméstica contra crianças na região do ABC: em busca de medidas de prevenção. *Arq Med ABC* 2002; 27(2):53-61.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

14. Barros RD, Williams LCA, Brino RF. Habilidades de auto proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. Rev. bras. educ. espec.[internet]. 2008 [cited 2015 out 02]; 14 (1), 93-110. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382008000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382008000100008&lng=en&nrm=iso)
15. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). Nota Técnica. N.11. Brasília: IPEA; 2014.
16. Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Violência contra a mulher na Paraíba. 2012.
17. Oliveira LMB. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. Brasília. [internet]. 2012 [cited 2015 Out 02]. Available from: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Análise populacional 2010. [internet] 2012[cited 2015 Sep 20]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. Política nacional da pessoa portadora de deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCGN, Borba CC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina-PI. RBGO 2004; 26(2):111-6.
21. Blasingame GD, Boer DP, Guidry L, Haaven J, Wilson RJ. Assessment, treatment, and supervision of individuals with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers. [internet] 2014 [cited 2015 Sep 10]. Available from: [http://www.atsa.com/pdfs/ATSA\\_IDPSB\\_packet.pdf](http://www.atsa.com/pdfs/ATSA_IDPSB_packet.pdf)
22. Assis SG; Avancii JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificação de violência com crianças no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2012.
23. Souto RQ, Leite CCS, França ISX, Cavalcanti AL. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. Cogitare Enferm. [internet]. 2012 [cited 2015 Sep 12]; 17(1): 72-77. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26377/17570>
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
25. França ISX, Oliveira CF, Cruz GKP, Coura AS, Enders. Conhecimento de mulheres com deficiência física sobre câncer mamário e autoexame: Estratégia Educativa. Rene. 2012; 13(4):766-74.

26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil: Ministério da Saúde; 2015.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretos sexuais, reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
29. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
30. Cruz DMC, Silva JT, Alves HC. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. *Rev. bras. educ. espec.* 2007;13(1):131-46.
31. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev. bras. psiquiatr.* 2009;31 Supl 2:S49-57.
32. Carneiro AA, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Soc. Soc.* 10(2): 369-97; 2012.
33. Rocha CLA. O direito a uma vida sem violência. In: LIMA, F.R.; SANTOS, C. (Coords.). *Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2010.
34. Oliveira EM. Violência contra a mulher: uma questão de gênero. *Acta Paul Enferm.* 13(3): 171-80; 2000.
35. Barsted LAL. Uma vida sem violência é direito nosso. Propostas de ação contra a violência intrafamiliar no Brasil. Brasília (DF): Secretaria Nacional dos Direitos Humanos/ Ministério da Justiça; 1998.
36. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell' DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 19]; 18( 5 ): 1263-272. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500011&lng=en. h](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500011&lng=en. h)
37. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 19]; 19( 3 ): 417-424. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000300002&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300002&lng=en.)
38. Almeida HL. Vulnerabilidade de mulheres com deficiência que sofrem violência [monografia]. Universidade de Brasília; Brasília; 2011.

39. Maia ACB, Ribeiro PRM. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de Pessoas com deficiências. Rev. Bras. Ed. Esp. [internet]. 2010 [cited 2016 Nov 19]; 16(2): 159-76; 2010. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382010000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382010000200002&lng=en&nrm=iso)
40. Maia ACB. Sexualidade e deficiências. São Paulo: Unesp; 2006.
41. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
25. Piosiadlo LCM, Fonseca RMG, Gessner R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Out 03];18(4):728-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400728&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400728&lng=en).
26. Kaufman M, Silverberg C, Odette F. The ultimate guide to sex and disability – for all of us who live with disabilities, chronic pain and illness. 2. ed. Califórnia: Cleis Press, 2003.
27. Strickler HL. Interaction between family violence and mental retardation. Mental Retardation. [internet]. 2001 [cited 2016 Nov 12]; 39 (6): 461-71. , 2001. Available from: <http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/0047-6765%282001%29039%3C0461%3AIBFVAM%3E2.0.CO%3B2>.
28. [Sobsey D](#), [Wells D](#), [Lucardie R](#), [Mansell S](#). Violence and disability: An annotated bibliography. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 1995.
47. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº [12.845 de 1º de agosto de 2013](#). Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Brasília, DF; 2013. [acesso em 2016 Nov 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2013/lei/112845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/112845.htm)
48. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2001 [acesso em 2016 Set 18]; 35(1): 103-109. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
49. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. Saude soc. [Internet]. 2011[acesso em 2016 Set 18]; 20(1): 124-35. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000100015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100015&lng=en)
50. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Caderno Humaniza SUS. Atenção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

51. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2009 [acesso em 2016 Set 16]; 30(4): 609-16. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9359/7536>
52. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. Direitos sexuais e reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
53. Populim JS. Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.
54. Woogara J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. Nursing Ethics. [internet]. 2001[cited 2016 Sep 5]; 8(3): 234-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16010917>
55. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2016 Out 10]; 25(2): 205-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=en)
56. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2010
57. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
58. Brasil. Código penal, 1940. Código Penal. 50. ed. São Paulo; 2012.
59. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 5. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2000.
60. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
61. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1999.
62. Carvalho JCM. Responsabilidade civil médica. 3. ed. Rio de Janeiro: Destaque; 2002.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência [para estabelecimentos assistenciais de saúde]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2002.
64. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

65. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
66. Araujo LAD. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Coordenadoria Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência. 2.ed Brasília: Ministério da Justiça; 2011.
67. Souto RQ, Leite CCS, França ISX, Cavalcanti AL. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. Cogitare Enferm. [internet]. 2012 [cited 2015 Sep 12]; 17(1): 72-77. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26377/17570>
68. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. Jornal da Rede Saúde; 2000.



**APÊNDICES E ANEXOS**

## APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PROJETO DE PESQUISA: **Assistência às mulheres com deficiência mental  
vítimas de violência sexual**

As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.

COORDENAÇÃO: Inacia Sátiro Xavier de França

Data da coleta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pesquisador \_\_\_\_\_

Pseudônimo do entrevistado: \_\_\_\_\_

### 1- Aspectos profissionais:

Formação profissional:

\_\_\_\_\_

Tempo de formação \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na instituição: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na Equipe de acolhimento \_\_\_\_\_

Recebeu capacitação para atuar na equipe \_\_\_\_\_, se SIM, qual tipo de capacitação \_\_\_\_\_.

Você com ou sem capacitação, sente preparado para a demanda do acolhimento?

\_\_\_\_\_

E para uma demanda de mulheres violentadas sexualmente, sente capacitado?

\_\_\_\_\_

E para a demanda de mulheres com deficiência, sente preparado?

\_\_\_\_\_

### 2- Conhecimento sobre o tema:

Qual a sua opinião sobre esse tipo de violência contra mulheres com deficiência e aquelas com **deficiência mental**?

---

---

### 3- Assistência profissional:

Quais foram os procedimentos adotados no atendimento nos casos de violência sexual de mulheres com e sem deficiência? Existe um protocolo de atendimento específico?

---

---

Existem dificuldades para atender essas demandas? Quais? Tem sugestões para um melhor atendimento? **(Com e sem defici. e especificar a metal)**

---

---

Em sua opinião, como é possível prevenir violência sexual contra mulheres com deficiência mental?

---

---

Obrigado!

**APÊNDICE 2**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**PESQUISA: “Assistência às mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual”**

**PESQUISADOR:** Arthur Felipe Rodrigues Silva, mestrando da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

Este projeto objetiva compreender como a equipe de acolhimento de um hospital de referência presta assistência às mulheres com deficiência mental, vítimas de violência sexual.

A coleta de dados se realizará por entrevista semiestruturada com os profissionais da Equipe de acolhimento do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETDLGF). Os riscos serão mínimos para os sujeitos da pesquisa, onde a maior delas é a ausência de suas atividades profissionais durante a entrevista (aproximadamente 20 minutos). O estudo trará benefícios para os gestores e profissionais de saúde, para as mulheres com deficiência e para os seus cuidadores.

De acordo com a Resolução 466/2012 do CNS e baseando-se nos princípios basilares da Bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) fica assegurado total sigilo sobre as informações coletadas, como também a privacidade de cada participante e o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa.

Campina Grande, \_\_\_/\_\_\_ de 2016.

---

Pesquisador

Telefone para contato: (83) 3315-3316.

**APÊNDICE 3****TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_ declaro que dou o meu consentimento para participação e publicação dos resultados da pesquisa: **“ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES COM DEFICIÊNCIA MENTAL VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL”**, realizada com os profissionais da Equipe de acolhimento do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETDLGF) em Campina Grande, Paraíba, Brasil.

---

Participante

## APÊNDICE 4

### TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, eu INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada: “**Assistência às mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual**”, abaixo assinado, assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas de Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde–MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução / UEPB/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmo, outrossim, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das informações correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentarei sempre que solicitado pelo CEP/HETDLGF (Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes - HETDLGF), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), envolvidos no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HETDLGF, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 2016

---

Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB

Telefone: 3315 3335. E-mail: [inacia.satiro@gmail.com](mailto:inacia.satiro@gmail.com)

## ANEXO 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEPIUEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER DO RELATOR: ( 02 )**

Número do Parecer: 51779215.0.0000.5187

**Título: " ESTUDO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES COM DEFICIÊNCIA E MULHERES SEM DEFICIÊNCIA ATENDIDAS EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE REFERENCIA ".**

Data da relatoria: 17 de fevereiro de 2016

**Apresentação do Projeto:**

Estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa. A realizar-se no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande, Paraíba, Brasil. A população alvo deste estudo será composta pelos prontuários das mulheres com deficiência e das mulheres sem deficiência vítimas de violência sexual, atendidas na instituição selecionada para a pesquisa. E pelos profissionais de saúde da Equipe de Acolhimento dessa instituição, responsáveis pelo atendimento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras. Serão selecionadas duas amostras censitárias: 1) uma amostra relativa aos dados secundários, constituída por todos os prontuários das mulheres atendidas no período de maio de 2015 a maio de 2017. 2) Uma amostra para os dados primários composta pelos profissionais da Equipe de Acolhimento do HETDLGF. Critérios de seleção para a amostra de dados secundários: prontuários de mulheres vítimas de violência sexual, com ou sem deficiência, com idade igual ou maior que 18 anos. Serão critérios para inclusão na amostra dos dados primários: profissionais atuantes na Equipe de Acolhimento que aceitem participar do estudo. Critérios de exclusão para os dados secundários: no caso de prontuário da mulher vitimizada em mais de um evento de violência sexual no período do estudo, será considerado apenas o

---

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, sou de parecer **Aprovado**, salvo melhor juízo.

**Situação do parecer:**

**Aprovado** (  )

**Pendente** (  )

**Retirado** (  ) – quando após um parecer de pendente decorrem 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

**Não Aprovado** (  )

**Cancelado** (  ) - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PROFESSORA DE POS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CONT. CI. ETC. DE PESQUISA



---



**ANEXO 2****GOVERNO  
DA PARAÍBA****SECRETARIA DA SAÚDE**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES  
DIREÇÃO TÉCNICA**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**ESTUDO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES COM DEFICIÊNCIA E MULHERES SEM DEFICIÊNCIA ATENDIDAS EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE REFERÊNCIA**”, a ser desenvolvida pelo (a) discente pesquisador (a) **ARTHUR FELIPE RODRIGUES SILVA**, sob orientação da docente, **INÁCIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA** está autorizada para ser realizada junto a este Serviço.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Este serviço estadual de saúde está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer Serviço da Rede Estadual de Saúde da Paraíba, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Atenciosamente,

CAMPINA GRANDE PB, 16/10/2015



Hospital de Emergência e Trauma  
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes  
Dr. José Bezerra da Silva Júnior  
Diretor Técnico CRM 6084 Mat 181 830-6

**Dr. JOSÉ BEZERRA DA SILVA JÚNIOR**  
DIRETOR TÉCNICO

Av. Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas, CEP: 58.432-809, Campina Grande-PB  
Fone: 3310-5850/3310-5878-Fax 3310-5869

