



FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA
LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

MONOGRAFIA

Análise dos Desafios dos Profissionais de Saúde Mental no Atendimento Psicológico a Mulheres Vítimas de Violência Sexual nas Unidades Sanitárias da Cidade de Maputo

Maura A. M. De Almeida

Maputo, Agosto de 2024



FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

MONOGRAFIA

Análise dos Desafios dos Profissionais de Saúde Mental no Atendimento Psicológico de Mulheres Vítimas de Violência Sexual nas unidades Sanitárias da Cidade de Maputo

Estudante: Maura A. M. De Almeida

Supervisor: Msc. Alfredo Maposse

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação como requisito final para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária

Maputo, Agosto de 2024

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE

Esta Monografia foi julgada suficiente como um dos requisitos para obtenção de grau de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária e aprovada na sua forma final pelo curso de Licenciatura em Psicologia, Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane.

Director do Curso

Presidente do Júri

Oponente

Supervisor

Maputo, Agosto de 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida. Agradeço igualmente aos meus pais: António Simeão Mahoze e Lúcia da Silva Pelembe pelo cuidado e pelo esforço empreendido no processo da minha educação.

Agradeço igualmente ao meu esposo Abdulcadre Caetano de Almeida pelo apoio e companheirismo no processo de formação. Agradeço ainda aos meus filhos: Dalvin Abdulcadre de Almeida, Linold Abdulcadre de Almeida, Abdulcadre de Almeida Junior e Amna Abdulcadre de Almeida, pelo sacrifício consentido e pela compreensão de ter a mãe ausente durante o processo de formação.

Gostaria ainda de agradecer aos docentes da Faculdade de Educação pelos ensinamentos, pela paciência demonstrada no meu percurso académico. Em particular, os meus agradecimentos vão para o meu Supervisor Mestre Alfredo Maposse, por ter contribuído bastante para a consecução desta Monografia.

Quero ainda mostrar o meu agradecimento sincero aos profissionais de saúde Mental das Unidades Sanitárias que participaram na elaboração desta monografia por terem sido elementos fundamentais na transformação deste documento em trabalho de fim do curso, sem a participação destes não seria possível, mais uma vez, o meu muito obrigado.

Gostaria de endereçar um agradecimento especial a Dra. Ana Margarida Miranda Baptista pelo facto de constituir para mim uma motivação para seguir em frente nas minhas lutas profissionais e académicas e pelo carinho e apoio que sempre demonstrou a favor do meu crescimento profissional e pessoal. A ela gostaria ainda de dizer que apesar da relação profissional que neste momento temos, ela ocupa em mim um lugar de uma segunda mãe, e por isso Dra. Ana Margarida Miranda Baptista, muitíssimo obrigado por servir desta luz que me iluminou e continuar me iluminando hoje e sempre.

Os meus agradecimentos estendem-se a todos que directa ou indirectamente contribuíram no processo da minha formação e na elaboração deste trabalho que se traduziu em documento de

conclusão do curso de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária (monografia), mais uma vez, muito obrigado a todos.

DEDICATÓRIA

Dedico esta Monografia a minha mãe por ser esta mulher resiliente.

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro por minha honra que a presente Monografia nunca foi apresentada na sua essência ou parcialmente por nenhuma outra pessoa nem Instituição, com finalidade de obter qualquer grau académico. É resultado do meu labor individual, estando indicadas ao longo do texto e nas Referências Bibliográficas todas as fontes utilizadas.

Assinatura

(Maura A. M De Almeida)

Maputo, Agosto de 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CAIVV: Centro de Atendimento Integrado para Vítimas de Violência

MISAU: Ministério da Saúde

MS: Ministério da Saúde do Brasil

UEM: Universidade Eduardo Mondlane

US: Unidade Sanitária

VBG: Violência Baseada no Género

FACED: Faculdade de Educação

TEPT: Transtorno do Estresse Pós-Traumático

OMS: Organização Mundial Da Saúde

PSC: Psicologia Social e Comunitária

Resumo

A violência sexual contra a mulher é um problema de saúde global, acarretando impactos significativos para as vítimas e para os profissionais que lidam com elas, incluindo os de saúde mental. A presente monografia tem como objectivo analisar os desafios enfrentados por esses profissionais no atendimento psicológico a mulheres vítimas de violência sexual nos Centros de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIVVs) da Cidade de Maputo. A pesquisa utilizou uma abordagem metodológica de carácter qualitativo transversal, envolvendo 6 participantes, representando igual número de CAIVVs. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados evidenciaram que os profissionais de saúde mental enfrentam desafios relacionados à falta de recursos adequados para lidar com a violência sexual, além das dificuldades emocionais decorrentes do manejo de casos tão delicados. O estudo conclui que o cuidado no atendimento a vítimas de violência sexual também representa um desafio à integridade emocional e psicológica dos próprios profissionais. Recomenda-se o aprofundamento de estudos sobre o tema, com o uso de amostras maiores e metodologias sistemáticas para contribuir com a melhoria das condições de trabalho e o suporte emocional aos profissionais da área.

Palavras-chave: Violência sexual, Atendimento Integrado, Atendimento Psicológico, Violência contra a mulher.

Abstract

Sexual violence against women is a global health issue, causing significant impacts on victims and the professionals who assist them, including mental health workers. This dissertation aims to analyze the challenges faced by these professionals in providing psychological care to women victims of sexual violence at the Integrated Support Centers for Victims of Violence (CAIVVs) in the City of Maputo. The study employed a cross-sectional qualitative methodological approach, involving six participants, each representing one CAIVV. Data collection was conducted through semi-structured interviews. The results showed that mental health professionals face challenges related to the lack of adequate resources to address sexual violence, as well as emotional difficulties arising from handling such sensitive cases. The study concludes that providing care to victims of sexual violence also poses a challenge to the emotional and psychological well-being of the professionals themselves. It is recommended that further studies on the subject be conducted using larger samples and systematic methodologies to contribute to improving working conditions and providing emotional support for professionals in this field.

Keywords: Sexual violence, Integrated Support, Psychological Care, Violence against women.

Índice

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE	i
AGRADECIMENTOS	ii
DEDICATÓRIA	iv
DECLARAÇÃO DE HONRA	v
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	vi
Resumo	vii
Abstract	viii
CAPÍTULO I	1
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Contextualização	1
1.1.1 Delimitação do Tema	4
1.2 Formulação do Problema	5
1.3 Objectivos da pesquisa	8
1.3.1 Objectivo geral	8
1.3.2 Objectivos específicos	8
1.4 Perguntas de pesquisa.....	9
1.5 Justificativa	10
CAPÍTULO II	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 Definição de Conceitos.....	11
2.1.1 Violência	11
2.1.2 Violência Sexual	11
2.1.3 Violência sexual em mulheres	12

2.2	Consequências da Violação Sexual.....	13
2.3	Actuação dos profissionais de Profissional de saúde mental.....	14
2.4	Importância do atendimento Psicológico às vítimas de violência sexual.....	15
2.5	Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no Atendimento de vítimas de Violência Sexual.....	15
CAPÍTULO III		18
3	METODOLOGIA	18
3.1	Descrição do Local de Estudo.....	18
3.2	Classificação do estudo	19
3.2.1	Natureza.....	19
3.2.2	Abordagem do problema.....	Error! Bookmark not defined.
3.2.3	Objectivos	19
3.2.4	Procedimentos	20
3.3	Universo/População, e amostra.....	Error! Bookmark not defined.
3.3.1	População.....	Error! Bookmark not defined.
3.3.2	Amostra	20
3.4	Técnicas e instrumentos de recolha de dados	21
3.5	Estratégia de análise de dados.....	22
3.6	Questões éticas de pesquisa	22
3.7	Limitações.....	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO IV		24
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
4.1	Roteiro de atendimento psicológico a vítimas de violência sexual.....	24
4.2	Acolhimento de vítimas de violência sexual	26

4.3	Acompanhamento psicológico das vítimas de violência sexual	27
4.4	Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no atendimento psicológico a vítimas de violência sexual nos centros de atendimento.....	29
4.5	Intervenções/estratégias de <i>coping</i> privilegiadas pelos participantes	32
4.6	Feedback recebido pelas pacientes vítimas de violência sexual durante as consultas	33
4.7	Sentimentos dos participantes nas intervenções com vítimas de violência sexual	34
CAPÍTULO V		37
5	CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E CONTRIBUTOS.....	37
5.1	Conclusões	37
5.2	Recomendações.....	38
5.3	Contributo	38
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICE.....		45
Apêndice I: Termo de consentimento		46
Apêndice II: Guião de entrevista		47
Apêndice III: Mapa de alinhamento dos objectivos específicos e as perguntas da Entrevista ..		49
ANEXO		50
Anexo I: Credencial		51

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A violência sexual contra mulheres é um problema global de saúde pública, cujos impactos vão além das vítimas directas, atingindo também os profissionais que prestam assistência, incluindo os de saúde mental. Este fenómeno afecta não apenas a integridade física das mulheres, mas também o seu bem-estar psicológico, além de desafiar as estruturas institucionais e os profissionais envolvidos na assistência a essas vítimas.

A presente monografia, intitulada “*Análise dos Desafios dos Profissionais de Saúde Mental no Atendimento Psicológico a Mulheres Vítimas de Violência Sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo*”, surge no âmbito da conclusão do curso de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária (PSC), ministrado pela Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) e tem como foco central analisar as actuações e os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos Centros de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIVVs) localizados na cidade de Maputo.

Além de explorar as dinâmicas do trabalho realizado nesses centros, a pesquisa também busca compreender os sentimentos e percepções dos provedores de saúde mental no relacionamento com as vítimas. Ao investigar esses aspectos, pretende-se subsidiar intervenções psicossociais mais eficazes e oferecer contribuições para a melhoria dos serviços prestados às mulheres em situação de violência sexual.

A relevância deste estudo está no facto de que a violência sexual não apenas afeta profundamente a vida das vítimas, mas também exige dos profissionais de saúde mental um nível elevado de preparo emocional e técnico para lidar com casos tão delicados. Além disso, o estudo visa contribuir para a melhoria das políticas e práticas de atendimento, promovendo uma articulação mais eficiente entre os serviços de saúde, justiça, proteção e assistência social.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2013), a violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Diz-se persistente porque a violência sexual atravessa a história e sobrevive ao tempo. A violência sexual contra a mulher representa, por um lado, a dimensão de uma pandemia, atingindo mulheres, adolescentes e crianças em todos os espaços sociais sobretudo no doméstico, e, por outro lado, toma a forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, tanto produzindo vulnerabilidades quanto promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta.

A violência sexual contra mulheres faz parte da violência Baseada no Gênero (VBG) e continua sendo um problema social e de saúde pública no mundo e em Moçambique em particular, cuja resolução depende da intervenção dos diversos sectores que constituem o mecanismo multisectorial onde o sector da saúde faz parte (MISAU, 2022).

A violência sexual é um problema que afecta várias sociedades no mundo inteiro. Moçambique não é uma excepção, contudo, este problema ainda é pouco discutido. As questões ligadas à sexualidade são vistas como assuntos privados, pelo que os crimes cometidos neste âmbito, muitas vezes, ainda são tratados ao nível familiar ou comunitário (Forum Mulher, S/d).

Ademais, as pessoas que vivem ou vivenciaram uma experiência de violação sexual, geralmente, têm um comprometimento psicológico, como a dificuldade de mudar sua realidade, uma vez que “a pessoa acredita que não é mais dona de seus pensamentos, está literalmente invadida pelo psiquismo do violador e não tem mais um espaço mental próprio”, tornando-se deste modo imprescindível uma intervenção psicológica.

O atendimento às vítimas de violência sexual, incluindo a assistência psicológica devem estar articuladas aos demais segmentos das políticas públicas, como a proteção, segurança e a assistência Social. O atendimento pleno das vítimas de violação sexual impõe a articulação com outros serviços (Monteiro 2013).

Embora as mulheres constituam a maioria da população moçambicana (52%, segundo o Plano Nacional de Ação para Prevenção e Combate à Violência contra a Mulher, 2008), continuam sendo

vítimas frequentes de violência, incluindo a sexual, geralmente perpetrada por homens. Muitas vítimas não denunciam os casos por vergonha, medo ou lealdade familiar.

Em resposta a esse cenário, o Estado Moçambicano aprovou, em 2012, um mecanismo multissetorial de combate à violência contra a mulher. Esse instrumento reúne diversas entidades, como saúde, justiça, polícia e ação social, para atuar de forma integrada no combate à violência. Como parte desse esforço, foram criados os CAIVVs, que centralizam e agilizam o atendimento às vítimas, incluindo casos de violência sexual contra mulheres.

Este estudo concentra-se no trabalho realizado por profissionais de saúde mental nesses centros (CAIVVs), explorando os desafios específicos que enfrentam ao lidar com mulheres vítimas de violência sexual.

Esta monografia segue uma organização estruturada. No primeiro eixo, são apresentados os elementos pré-textuais, incluindo a declaração de originalidade, agradecimentos, dedicatória, declaração de honra, lista de abreviaturas, siglas e acrônimos, resumo e abstract. Em seguida, o segundo eixo, referente à introdução, traz a contextualização do tema, seguida da formulação do problema, dos objectivos, das perguntas de pesquisa e da justificativa do estudo. Posteriormente, o terceiro eixo dedica-se à revisão da literatura, abordando os conceitos-chave, as consequências da violação sexual, a atuação dos profissionais de saúde mental, a importância do atendimento psicológico às vítimas de violência sexual, bem como os desafios enfrentados por esses profissionais no atendimento. Na sequência, o quarto eixo apresenta a abordagem metodológica, descrevendo o local de estudo, a classificação da pesquisa, o universo/população e amostra, além das técnicas e instrumentos de coleta de dados. Também são detalhadas as estratégias de análise de dados, as questões éticas da pesquisa e suas limitações. O quinto eixo, por sua vez, contempla a apresentação e discussão dos dados obtidos. Por fim, o sexto eixo concentra-se nas conclusões, recomendações e contribuições do estudo, seguido das referências bibliográficas. Como etapa final, são apresentados os elementos pós-textuais.

1.1.1 Delimitação do Tema

A pesquisa “*Análise dos desafios dos profissionais de saúde mental no atendimento Psicológico a mulheres vítimas de Violência sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo*” centra – se na análise das actuações dos profissionais no âmbito do seu trabalho com as mulheres vítimas de violência sexual. O trabalho explora as dinâmicas da actuação profissional e sentimentos dos provedores de saúde mental na relação com as vítimas da violência sexual ao nível dos CAIVVs localizados na cidade de Maputo.

1.2 Formulação do Problema

O fenómeno da violência contra a mulher pode ser entendido como uma relação de forças que converte as diferenças entre os sexos em profunda desigualdade. Neste sentido, a violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de género, além de representar uma inaceitável e brutal violação de direitos humanos (Drezett, 2015). Essa premissa é fundamental para a compreensão dos agravos causados para a saúde física e mental das mulheres, bem como para a percepção do espaço da saúde como espaço privilegiado para tratar o problema, sobretudo no que tange à assistência psicológica às vítimas de violência sexual no CAIVV.

O Relatório de Actividades na Área da Violência Baseada no Género (VBG) do Misau, indica que desde 2017 foram reportados 187.922 casos de VBG no país, sendo destes, acerca de 8.553 dos casos de Violência Sexual identificados no ano de 2021, representando um aumento em 41% em comparação com o ano 2020 dos quais, cerca de pelo menos 95% das vítimas receberam suporte Psicológico aquando da entrada no serviço de saúde. No entanto, ainda fica por esclarecer os desafios que os profissionais de saúde mental enfrentam no atendimento a este grupo.

A OMS (2016), constatou que a violência contra as mulheres, especialmente a violência exercida pelos seus parceiros e ex-parceiros e a violência sexual, constitui um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos das mulheres. Estimativas indicam que uma em cada três mulheres no mundo (35%) sofreu violência física e ou sexual em um determinado momento de suas vidas. A violência contribui para problemas de saúde ao longo da vida principalmente para mulheres e crianças e para morte prematura, é a causa de doenças cardíacas, acidentes vasculares, cancro e HIV-sida, exercendo uma forte pressão também sobre sistemas de saúde e de justiça criminal, sobre os serviços sociais e de bem-estar, e sobre a estrutura económica das comunidades.

Como refere Macarringue (2013), a violência é um dos mais graves problemas que a sociedade contemporânea enfrenta, ocorre diariamente em Moçambique e noutros países, apesar de existir um quadro constitucional e legal que introduziu vários mecanismos de protecção dos direitos humanos, em especial dos direitos da mulher e da criança.

Em Moçambique o fenómeno de violência já atingiu proporções significativas, sendo as mulheres, as maiores vítimas das diversas formas de violência tendo deste modo sido conotado como crime público pela lei 29/2009 sobre a Violência doméstica (Medicus Mundi,(2021).

Cientes de que a violência sexual, produz consequências traumáticas e indeléveis para quem a sofre e, geralmente, vêm acompanhadas por chantagens e ameaças que aterrorizam, humilham e intimidam quem os sofre ou sofreu, é de suma importância a compreensão em especial, pelos profissionais de saúde mental as melhores formas de lidar com este tipo específico de violência.

E ainda, de acordo com o Forum Mulher (S/d) os crimes sexuais são frequentemente, conhecidos como “crimes contra a honra” e não são denunciados. Muitas vítimas calam-se por medo de perder a sua “honra” ou “reputação”. Afirma se que em Moçambique, ainda são poucos os casos de violência sexual denunciados aos sistemas judiciais. Sendo que, muitos casos são tratados de forma particular ou informal, dificultando muitas das vezes o processo de Atendimento, bem como a assistência psicológica às vítimas, uma vez que estas carregam consigo o pensamento de senso comum de que as consultas psicológicas são “para loucos”.

Friedrich (2016), constatou que ao realizar suas intervenções, os profissionais de saúde mental não estão isentos de imprimir sua subjetividade alicerçada nas experiências, valores, crenças e visão de mundo. Este comportamento pode também constituir uma prática nos profissionais dos CAIVVs, entretanto, ainda carece de estudos que comprovam a sua ocorrência nos profissionais de saúde mental no contexto do estudo.

Trabalhando na área de violência sexual, como Enfermeira foi possível perceber que a intervenção psicológica é fundamental no apoio da mulher vítima de violência seja qual for o tipo. Auxiliando na organização dos processos das vítimas, notei que o atendimento psicológico não está padronizado, podendo cada profissional de saúde mental atender da forma como lhe convêm. Ademais, trabalhando nos CAVVs, deparei-me com cenários em que os Centros careciam de salas condignas que ofereçam privacidade aos Profissionais de Saúde mental e as vítimas, podendo ser desafiante para o Profissional trabalhar em ambientes inapropriados.

Diante desta situação, percebe-se que o profissional de saúde mental, trabalhando nos CAVVs, pode ter uma diversidade de desafios e ser necessário buscar-se estratégias para o seu enfrentamento. É neste contexto que se levanta a seguinte pergunta de pesquisa:

Que Desafios são dos Profissionais de Saúde Mental no Atendimento Psicológico a Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Cidade de Maputo?

1.3 Objectivos da pesquisa

1.3.1 Objectivo geral

- Analisar os desafios dos Profissionais de Saúde Mental no Atendimento Psicológico a mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo.

1.3.2 Objectivos específicos

- Descrever o processo de atendimento psicológico oferecido às mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo;
- Identificar os principais desafios encontrados pelos profissionais de saúde mental ao lidar com mulheres vítimas de violência sexual;
- Explorar estratégias e intervenções utilizadas pelos profissionais para superar os desafios e melhorar o atendimento psicológico prestado nos CAIVVs.

1.4 Perguntas de pesquisa

A presente pesquisa é orientada pelas seguintes questões de pesquisa:

1. Qual é o processo do atendimento psicológico às mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVS da Cidade de Maputo?
2. Quais são os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no atendimento psicológico a mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo?
3. Que estratégias podem ser usadas para o enfrentamento dos desafios encontrados pelos profissionais de saúde mental no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo?

1.5 Justificativa

A violência sexual repercute significativamente na saúde física e mental, abrangendo desde o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV, até a gravidez indesejada. Esses factores agravam ainda mais o quadro traumático, contribuindo para o desenvolvimento de condições como depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos (OMS, 2013).

Sob essa perspectiva, a presente pesquisa justifica-se, em primeiro lugar, pelo interesse pessoal em aprofundar a compreensão sobre o fenómeno da violência sexual e as contribuições dos profissionais de psicologia no atendimento às vítimas. Esse entendimento permitirá que, enquanto futura Psicóloga Social e Comunitária (PSC), desenvolva competências de intervenção, respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão.

Do ponto de vista científico, a pesquisa oferece uma contribuição relevante ao proporcionar uma reflexão aprofundada sobre os serviços de atendimento psicológico prestados a vítimas de violência sexual no contexto estudado. Além disso, o trabalho busca avançar recomendações que auxiliem os profissionais de saúde mental a aprimorar sua atuação, fortalecendo as intervenções e o suporte às vítimas. Por conseguinte, esta pesquisa também enriquecerá o acervo bibliográfico da Faculdade de Educação, servindo como base para investigações futuras relacionadas ao tema.

No contexto social, o estudo poderá beneficiar as comunidades ao promover o conhecimento sobre a prática psicológica no enfrentamento da violência sexual contra mulheres, ressaltando a importância da busca por serviços de saúde mental em situações de violência. Ademais, espera-se que este trabalho contribua para que os profissionais de saúde mental lidem com resiliência, resignifiquem suas experiências e reestruturem a forma como enfrentam os desafios relacionados às intervenções com mulheres vítimas de violência sexual, impactando positivamente tanto a prática profissional quanto o bem-estar comunitário.

CAPÍTULO II

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Definição de Conceitos

2.1.1 Violência

Segundo a OMS (2013), violência é o uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ameaça ou real, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulta ou tem uma grande probabilidade em resultar em lesão, morte, dano psicológico, alterações no desenvolvimento ou privações.

Para esta pesquisa entendemos que a violência se refere a um acto deliberado que resulta em danos ou sofrimento para uma pessoa, seja através do uso da força física, da intimidação, da coação ou de outras formas de agressão.

2.1.2 Violência Sexual

A violência Sexual é caracterizada pelo facto de a mulher ser forçada a manter relações sexuais, através do uso da força, coerção ou ameaça, esta vai mais além como o facto de não admitir o uso de contraceptivo, obrigar a mulher a engravidar, ou exigir que ela tenha relação sexual com outras pessoas (Monteiro, 2013).

Segundo a WHO (2003) a violência sexual envolve a prática de actos sexuais não consensuais ou não desejados, incluindo estupro, abuso sexual e exploração sexual, muitas vezes acompanhada de coerção, ameaça ou uso da força.

A violência sexual é caracterizada por qualquer ato sexual não consensual, que pode envolver coerção, força física, abuso de poder ou outras formas de exploração sexual (Basile, *et al* , 2007).

O Ministério da Saúde (2022) aponta que o abuso sexual é um caso de saúde pública, e que de quatro mulheres uma sofre violência de gênero. No Brasil, em sua grande maioria, mulheres que sofrem deste tipo de violência partem de seus próprios parceiros íntimos. Diante disso, entende-se

que o abuso sexual não se limita entre meio 61 familiar, parte de um problema social no qual deve ser investigado e solucionado, pois se trata de grandes problemas que podem acarretar às vítimas, trazendo questões de desigualdade de gênero recorrente no país e no mundo, que separa o masculino do feminino entre seus papéis e posições, fazendo com que grande parte das mulheres seja reprimida submetendo-se sempre ao homem.

Desta forma percebe-se que Violência sexual se refere a qualquer ato sexual perpetrado contra a vontade de uma pessoa, seja por meio de força, ameaça, chantagem ou aproveitamento de vulnerabilidades, resultando em trauma e dano psicológico.

2.1.3 Violência sexual em mulheres

Trata-se de um fenômeno universal, atingindo mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, em espaços públicos e privados e em qualquer etapa da vida da mulher, repercutindo de maneira negativa em diferentes categorias da vida, podendo ser ou não reversível (Oliveira, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017), estima – se que 1 em cada 3 mulheres em todo mundo tem ha sido vitima de violência sexual em sua vida.

Vários estudos (Nunes; Lima; Moraes, 2017, Cloitre *et al.* 2019) mostram que, quando mulheres sofrem abuso sexual na infância ou adolescência podem desencadear problemas psicológicos, bem como, interferência em seus relacionamentos afetivos, trazer problemas sexuais, perda de confiança no parceiro, e também desenvolver depressão, que junto a ela podem acarretar em problemas emocionais que podem interferir na grande parte no ciclo da vida adulta da mulher

Em relação a assistência em mulheres vitimizadas sexualmente, é de suma importância que as instituições prestadoras desses serviços possam oferecer atendimento completo às necessidades de prevenção de danos, cuidados de emergência, acompanhamento, recuperação, tratamento de eventuais agravos e sequelas resultantes da violência sexual na saúde psicológica e física da vitima (Kangussu, 2018). As sequelas da violência sexual, para as vitimas são inúmeras e profundas, as

repercussões se estendem a saúde psicológica, física e reprodutiva, mesmo após a cessação do delito (Nunes; Lima; Morais, 2017).

2.2 Consequências da Violação Sexual

De acordo com Cloitre *et al* (2019), a experiência da violência sexual pode afetar às vítimas de diferentes formas, uma vez que algumas apresentam efeitos mínimos ou nenhum efeito aparente, enquanto outras desenvolvem severos problemas emocionais, sociais, físicos e ou psicológicos/psiquiátricos. A idade da vítima no início do abuso, a duração, a frequência e o grau de violência, a diferença de idade e proximidade afetiva entre o perpetrador e a vítima, o grau de segredo e ameaça, a ausência de figuras parentais protetoras, o recebimento de recompensas e a negação do perpetrador de que o abuso aconteceu são fatores que podem exacerbar as consequências negativas do abuso sexual (Campbell *et al*, 2009).

A violência sexual, apresenta consequências marcantes para a vida dos sobreviventes, podendo para além da morte, levar a perda de desejo sexual, transtornos mentais (sendo o transtorno do Estresse Pós-Traumático o mais frequente), doenças de transmissão sexual incluindo o HIV/SIDA, sangramentos e fibrose vaginal, dispareunia, doença inflamatória pélvica crônica, infecções urinárias e outras, gravidez indesejada, aborto inseguro entre outras (MISAU, 2022).

Ainda na visão de Habigzang (2006), além de transtornos psicopatológicos, vítimas de violência sexual podem apresentar alterações comportamentais, cognitivas e emocionais.

Nas consequências Psicológicas, as alterações comportamentais destacam-se: conduta hipersexualizada, disfunção sexual, abuso de substâncias, furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões de sono e alimentação, comportamentos autodestrutivos, tais como: auto - mutilação e tentativas de suicídio.

A violência sexual pode desenvolver alterações cognitivas. Estas alterações incluem: baixa concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas, tais como percepção de que é culpada pelo abuso, diferença em relação aos pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação.

Ainda nas consequências da violação sexual, podemos destacar as consequências emocionais que incluem: sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, depressão, tristeza, raiva e irritabilidade.

Segundo Habigzang (2006), a Violência sexual também pode ocasionar sintomas físicos, tais como hematomas e traumas nas regiões oral, genital e retal, coceira, inflamação e infecção nas áreas genital e retal, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, dores e doenças psicossomáticas e desconforto em relação ao corpo, assim como cefaléia crônica, alterações gastrointestinais, dor pélvica. A longo prazo, as consequências decorrentes do abuso permanecem e, em muitos casos, agravam-se quando não há uma intervenção adequada.

2.3 Actuação dos profissionais de Profissional de saúde mental

A violência sexual é pouco denunciada, dificultando seu registo estatístico e a pesquisa nesta área. Sabe-se de antemão que este tipo de violência pode levar a lesões, gravidez indesejada, disfunção sexual, e/ou doenças sexualmente transmissíveis (como o HIV), tendo também um grande impacto sobre o estado psicológico da mulher. Entre os danos causados à saúde mental, podem contar-se a ansiedade, a depressão e até o suicídio.

De acordo com American Psychological Association (APA) (2019) aos Profissionais de saúde mental são especialistas treinados para avaliar, diagnosticar e tratar distúrbios psicológicos e emocionais, bem como fornecer apoio psicoterapêutico e intervenções para promover o bem-estar mental.

Macy *et al.* (2018), dizem que os Profissionais de saúde mental são indivíduos com formação em psicologia, psiquiatria, trabalho social ou outras disciplinas relacionadas, que prestam serviços de avaliação, aconselhamento e tratamento a pessoas com problemas de saúde mental.”

Desta forma entende-se que os profissionais de saúde mental são especialistas que se dedicam ao estudo e tratamento de doenças mentais e emocionais, empregando uma variedade de abordagens terapêuticas e técnicas para ajudar as pessoas a enfrentar seus desafios mentais e emocionais.

2.4 Importância do atendimento Psicológico às vítimas de violência sexual

O atendimento psicológico às vítimas de violência sexual desempenha um papel crucial na promoção da recuperação e no enfrentamento dos impactos traumáticos dessa experiência. Diversos estudos e profissionais destacam a importância desse tipo de intervenção.

O atendimento psicológico proporciona um ambiente seguro para as vítimas explorarem estratégias de enfrentamento, promovendo o empoderamento e a resiliência (Foa & Rothbaum, 1998)

A intervenção psicológica precoce é crucial para mitigar os efeitos a longo prazo da violência sexual, oferecendo suporte imediato e estratégias de coping" (Cloitre et al., 2009).

O trabalho de Campbell, Dworkin e Cabral (2009) destaca que o apoio psicológico oferece as vítimas um espaço seguro para expressar emoções, promovendo a recuperação. Além disso, a Terapia Cognitivo-Comportamental, conforme sugerido por Resick et al (2012), tem se mostrado eficaz na redução de sintomas de trauma em sobreviventes de agressão sexual.

Portanto, o atendimento psicológico não apenas aborda o sofrimento imediato, mas também desempenha um papel fundamental na prevenção de sequelas psicológicas a longo prazo nas vítimas de violência sexual.

2.5 Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no Atendimento de vítimas de Violência Sexual

De acordo com Honada (2007), a intervenção de psicólogos às vítimas de Violência pode seguir essencialmente o formato individual, ou grupal, podendo ser diferenciadas no que diz respeito à duração e foco da intervenção (entre uma atuação mais pontual e outra com acompanhamento mais longo), e à articulação das ações assistenciais com a equipe multiprofissional.

Por sua vez, Habigzang (2006), concordando com a duração e foco da intervenção, acrescenta que estas podem também seguir o formato familiar, contudo, dentre as modalidades de tratamento ou intervenção, as pesquisas apontam que o formato grupal tem obtido resultados positivos. Isto porque o grupo oportuniza à vítima a verificar que não está sozinha e tem a função de oferecer apoio e alívio emocional individual, através da assimilação consciente dos episódios abusivos.

Busca, também, modificar o autoconceito das vítimas, de autodesprezo para autovalorização. Dessa forma, a grupoterapia para vítimas de abuso sexual apresenta-se como modalidade ótima para redução de sentimentos de diferença e auto-estigmatização das pacientes.

Segundo Campbell *et al* (2018) o processo de grupo prioriza espaços para que as vítimas possam reestruturar pensamentos e sentimentos distorcidos, através do relato de sentimentos referentes ao abuso, da discussão das crenças de culpa pela experiência abusiva e do desenvolvimento de habilidades preventivas a outras situações abusivas.

A questão do atendimento às vítimas de violência sexual pode ser considerada um importante determinante social da saúde da população na contemporaneidade, esta, comumente tem início nos serviços de saúde, entretanto, trata-se de uma esfera de intervenção complexa, em que os profissionais, muitas vezes, sentem-se inseguros e desconfortáveis no momento de agir (Donabedian, 1980).

Como referência Epstein e Hundert (2002), Shortell et al (1996), atendimento Psicológico é importantíssimo para que a resolução e esclarecimento do problema apresentado sejam mais efetivos, diminuir o nível de ansiedade da suposta vítima e prepará-la psiquicamente para o enfrentamento legal do problema, e dos conflitos inerentes à situação vivida, seu fortalecimento e ajuda na reconstrução emocional e social, bem como potencializar uma prevenção primária e secundária em saúde mental, pensando em evitar e reduzir doenças mentais que a vítima pode vir a desenvolver.

Na visão de Mechanic (2004), e Lilienfeld (2007), a violência sexual, articula significados culturais, éticos e morais relacionadas tanto às relações entre homens e mulheres quanto à sexualidade, por isso as ações para o atendimento e acompanhamento público das vítimas deve incidir sobre três dimensões:

- Ao nível das mentalidades fazendo perceber pela afirmação de que a violência sexual é um crime e que a mulher violentada não é culpada ou responsável pela sua ocorrência, de modo a romper com a banalização e a naturalização deste delito, facilitando que a mulher o reconheça como tal e procure ajuda, sem medo ou vergonha;

- Ao nível da organização de sistemas formais de vigilância e notificação de crimes sexuais de modo a acolher e encaminhar as denúncias e dar visibilidade a este agravo;
- Ao nível da estruturação de uma rede de assistência, articulando serviços de saúde e de segurança pública de modo a garantir atendimento imediato às vítimas e prevenir problemas de saúde a médio e longo prazo. Sendo que neste atendimento imediato devem ser consideradas as acções para evitar que do estupro resulte uma gravidez, como também a interrupção de uma eventual gravidez, em casos de falha ou da impossibilidade de realização da contracepção de emergência.

CAPÍTULO III

3 METODOLOGIA

Este capítulo é reservado à apresentação da metodologia adotada para a realização do presente trabalho. Nele são descritos o local de estudo, a abordagem metodológica, as técnicas de recolha de dados, entre outros aspectos.

De acordo com Oliveira (2018), a metodologia compreende um conjunto de operações que devem ser sistematizadas e trabalhadas com consistência, a partir dos seguintes procedimentos: clareza na colocação do problema, atendimento aos objetivos preestabelecidos, revisão consistente da literatura para construção do quadro teórico, escolha adequada dos instrumentos e/ou técnicas de pesquisa, coleta e análise dos dados, conclusões e recomendações.

3.1 Descrição do Local de Estudo

O estudo decorreu em 6 Unidades Sanitárias da cidade Maputo que integram gabinetes ou Centros de Atendimento Integrado á Vítimas de Violência (CAIVV), nomeadamente: do Hospital Geral de Mavalane (CAIVV); Hospital Geral do Chamanculo (gabinete de atendimento), Hospital Geral Jose Macamo (Gabinete de Atendimento), Centro de Saúde de Bagamoio (CAIVV), Centro de Saúde 1 de Maio (Gabinete de Atendimento) e Centro de Saúde da Malhangalene (CAIVV).

Os Centros de Atendimento Integrado (CAIVV) foram criados pelo mecanismo multisectorial de atendimento integrado a mulheres vítimas de violência, o qual preconiza uma atuação conjunta dos ministérios da Saúde, Justiça, Interior, Género, Criança e Acção social. Os CAIVVs foram criados para melhorar a eficiência e eficácia na resposta as vitimas de violência bem como melhorar a disponibilidade dos diversos serviços.

O CAIVV tem por objectivos:

- Assegurar a protecção das vítimas de violência doméstica e baseada no género;
- Garantir a protecção e o acesso aos serviços de atendimento integrado, nomeadamente: ordem e segurança pública, saúde, assistência jurídica e social ás vitimas de violência;
- Contribuir em acções de educação pública sobre a violência doméstica.

Em Moçambique, existe um total de 25 Centros de atendimento integrado as vítimas de violência doméstica e baseada no género, distribuídos em diferentes províncias do País.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, já que os dados foram coletados em um único momento, proporcionando uma análise do fenómeno dentro de um período específico, sem acompanhamento longitudinal dos participantes. Essa abordagem é eficaz para capturar uma visão geral das práticas e desafios enfrentados pelos profissionais no momento actual. Trata-se de uma pesquisa exploratória, uma vez que o nosso objetivo é aprofundar o entendimento de um tema complexo e pouco discutido, explorando as práticas e dificuldades enfrentadas no contexto do atendimento psicológico.

O carácter transversal possibilita uma análise instantânea e contextualizada do fenómeno, sendo apropriado para estudos que investigam situações delimitadas por um contexto e período específicos. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), essa abordagem é especialmente útil em estudos exploratórios e descritivos, que não têm como foco acompanhar mudanças ao longo do tempo, mas sim entender a realidade em uma perspectiva pontual.

O estudo adota uma abordagem qualitativa, uma vez que se propõe a explorar e compreender os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Essa abordagem é apropriada porque busca interpretar percepções, experiências e sentimentos dos participantes, fornecendo uma análise aprofundada de fenómenos complexos que não podem ser quantificados.

Já que, de acordo com Gerhardt e Silveira (2009), essa modalidade de pesquisa se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser reduzidos a números, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Dessa forma, podemos explorar os fenómenos em sua totalidade, sem nos limitarmos apenas a representações numéricas.

De acordo com Freitas e Prodanov (2013), a pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar informações mais detalhadas sobre o assunto em questão. Essa modalidade de pesquisa possui um planejamento flexível, permitindo a investigação do tema por diversos ângulos e aspectos. Envolvendo actividades como levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que possuem experiência prática com o problema e análise de exemplos que contribuem para a compreensão do fenômeno em estudo.

3.1.1 População

Segundo Gil (2008), população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. A delimitação da população consiste em explicitar que pessoas ou coisas, fenômenos etc., foram pesquisados, enumerando suas características comuns, como por exemplo, sexo, faixa etária, organização a que pertencem comunidade onde vivem etc.

Baseado nesses pressupostos, a população desta pesquisa corresponde ao total dos profissionais de saúde mental afectos aos CAIVVs e Gabinetes de atendimento a vitimas de violência

Quanto aos procedimentos, a escolha de uma pesquisa de campo é pertinente para este estudo, pois nos permitiu coletar dados directamente no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde mental que atendem as mulheres vitimas de violência sexual.

Segundo a concepção de Freitas e Prodanov (2013), a pesquisa de campo é utilizada com o objectivo de obter informações e/ou conhecimentos sobre um problema para o qual buscamos uma resposta, ou uma hipótese que desejamos confirmar, ou ainda para descobrir fenômenos conforme ocorrem naturalmente, o que envolve a coleta de dados relevantes e o registro de variáveis que presumimos serem importantes para análise.

3.1.2 Amostra

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a amostra constitui uma determinada parcela seleccionada a partir do tamanho do universo e se propõe a sua determinação com base em números representativos. Diante disso, foram seleccionados 6 profissionais, 1 em cada Unidade Sanitária arrolada por amostragem não probabilística por acessibilidade ou conveniência que para Gil (2008), consiste na selecção dos elementos que o pesquisador tem acesso admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo. A escolha desse tipo de amostragem deveu-se ao

facto de a pesquisa estar mais inclinada a compreensão sobre a ocorrência do fenómeno em si e não necessariamente a abrangência populacional com recurso a rigor estatístico.

A pesquisa contou com seis participantes, representando as seis unidades sanitárias envolvidas no estudo. Destes, cinco participantes eram do sexo feminino, enquanto um era do sexo masculino. Estes dados podem ser ilustrativos de uma tendência histórico tradicional da feminização da profissão de psicólogo como mostra Chies (2010), que atesta que no campo da saúde as profissões são predominantemente desempenhadas por mulheres enquanto os homens são mais inclinados a assumir funções relacionadas à engenharia, o que cimenta os estereótipos de género em determinados campos profissionais. Quanto à faixa etária, as idades dos participantes variaram de 30 a 44 anos de idade o que pode ser indicativo de alguma experiência e maturidade no campo da intervenção psicológica particularmente no campo de interesse desta pesquisa.

3.2 Técnicas de recolha de dados

Técnicas de recolha de dados são os métodos específicos de aplicação dos instrumentos enquanto que instrumentos de recolhas de dados referem-se aos meios utilizados para obter informações dos participantes.

No presente estudo, optou-se pela utilização da entrevista semiestruturada como técnicas para a recolha de dados. que na perspectiva de Marconi e Lakatos (2017), é caracterizada por possuir um roteiro previamente elaborado, com perguntas que norteiam o tema de estudo, mas que permitem flexibilidade ao entrevistador para fazer ajustes e explorar questões que surjam durante a interação com os participantes. Esta técnica foi escolhida por sua capacidade de captar a subjectividade das experiências e percepções dos profissionais de saúde mental envolvidos no atendimento psicológico às mulheres vítimas de violência sexual. A flexibilidade da entrevista semiestruturada possibilita compreender as nuances e especificidades do tema, ampliando a profundidade e a qualidade das informações obtidas.

Para a coleta de dados, foi utilizado o guião de entrevista, como o instrumento de recolha de dados, caracterizado por um roteiro de perguntas principais (ver apêndice 1), complementadas por outras que foram surgindo no decurso da entrevista.

Conforme descrito por Gerhardt e Silveira (2009), o guião de entrevista é um instrumento de recolha de dados estruturado para orientar o pesquisador na condução de entrevistas. Ele é composto por um conjunto de perguntas ou tópicos-chave que guiam a interação com o entrevistado, assegurando que os objetivos da pesquisa sejam abordados, ao mesmo tempo que permite flexibilidade para explorar aspectos emergentes durante a entrevista.

3.3 Análise de dados

Para a análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, conforme Oliveira e Barbosa (2006), esta técnica emprega a análise temática ou categorial para transcrever, tabular e categorizar os depoimentos dos entrevistados. Segundo os autores, essa abordagem é essencial para o tratamento de dados, visando identificar os discursos relacionados a um determinado tema.

De acordo com o autor mencionado, a análise de conteúdo compreende três fases distintas, durante a fase inicial, na pré-análise, foi realizada uma leitura inicial do material para familiarização e compreensão do conteúdo. Na segunda fase, buscou-se identificar e definir as categorias de análise. Após a definição das categorias, foram identificados trechos relevantes do texto que se encaixam em cada categoria. Na última fase da análise de conteúdo, os dados codificados foram tratados e interpretados. Buscou-se compreender o significado e a importância de cada categoria, bem como suas relações com o objetivo geral da pesquisa.

3.4 Questões éticas de pesquisa

Esta pesquisa foi conduzida com total respeito aos princípios éticos e morais, garantindo a proteção dos participantes e o cumprimento rigoroso das diretrizes éticas em pesquisa, conforme descrito por Vilelas (2009). Foram consideradas cuidadosamente todas as implicações éticas que poderiam surgir durante o processo de investigação, equilibrando o rigor científico com o respeito aos direitos e dignidade dos participantes.

Todas as fontes utilizadas foram devidamente citadas e referenciadas, respeitando as normas acadêmicas estabelecidas. Para assegurar a confidencialidade, foram implementadas medidas como o uso de códigos em vez de nomes reais e a proteção de informações pessoais, não sendo divulgadas sem autorização expressa dos participantes.

Os participantes foram previamente informados sobre os objectivos da pesquisa, os procedimentos envolvidos e seus direitos, incluindo:

- O direito de participar voluntariamente;
- A possibilidade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo;
- Garantias de anonimato e confidencialidade.

Para criar um ambiente seguro e confortável durante as entrevistas e outras formas de coleta de dados, foi assegurado o respeito à privacidade e intimidade dos participantes. As entrevistas foram conduzidas em espaços adequados, protegendo os participantes de qualquer desconforto ou exposição indesejada.

Além disso, medidas foram tomadas para minimizar quaisquer desconfortos ou riscos potenciais, fornecendo suporte e informações relevantes aos participantes. Todos foram tratados de forma justa e equitativa, sem discriminação baseada em características pessoais, garantindo respeito, dignidade e igualdade de oportunidades ao longo de todo o processo de pesquisa.

Antes de iniciar a pesquisa, foi obtida uma credencial junto à CEAP na Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) para a emissão no local onde a pesquisa foi conduzida. Em um encontro inicial com os responsáveis, os objectivos e benefícios esperados da pesquisa foram apresentados, bem como os procedimentos de coleta de dados e os mecanismos de acesso aos trabalhadores. Um exemplar do projeto foi deixado na instituição para referência, e foi garantido que os resultados colhidos seriam compartilhados e discutidos com a organização após a conclusão da pesquisa.

Durante a análise e divulgação dos dados coletados, a confidencialidade dos participantes continuou sendo rigorosamente mantida. O ambiente de coleta e análise de dados foi restrito e seguro, assegurando o cumprimento dos princípios de sigilo e respeito pela dignidade humana. Com essas medidas, o estudo reafirma seu compromisso com a ética, a integridade científica e o respeito pelos direitos dos participantes e da comunidade envolvida.

CAPÍTULO IV

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é referente a apresentação e discussão dos dados colhidos com base no guião de entrevista. As informações apresentadas foram tidas como relevantes para responder às perguntas investigativas.

4.1 Roteiro de atendimento psicológico a vítimas de violência sexual

O roteiro do atendimento a vítimas de violência sexual apresenta-se de forma vice-versa, dependendo da unidade sanitária em questão. Geralmente a intervenção psicológica é antecedida de outras intervenções, pelos clínicos (médicos e enfermeiros) ou referenciados pela polícia, nos casos de vítimas que partem de casa, como se pode constatar nos vários depoimentos dos participantes e no resumo do roteiro do atendimento ilustrado na figura 1

Tabela 1: Depoimentos dos participantes sobre o do atendimento a vitimas de violência sexual

Pergunta 1	Descrição dos entrevistados
Roteiro de atendimento psicológico em vigor para vítimas de violência sexual nas U.S.	<i>Consulta inicial com o clínico (medico ou enfermeira) / depois refere-se ao psicológica, polícia e Ação social. No início está a consulta com psicólogo está preconizado para 6 sessões, mas pode variar dependendo da avaliação do psicólogo (E1)</i>
	<i>Temos um serviço 24 horas, o banco de socorros é a principal porte de entrada. De seguida a vítima é referida a maternidade onde a Psicóloga e outros profissionais atendem este tipo de casos (E2)</i>
	<i>O paciente é referido pela polícia, depois de fazer consulta com um clínico é referido para a médica do VBJ que depois refere para a consulta de Psicologia e fazemos o atendimento que abrange a família e as pessoas mais próximas à vítima</i>
	<i>Temos 2 tipos de pacientes: o que vem de casa e os que vem da polícia. O paciente passa do Gabinete médico, oferecemos profilaxia, cuidados de lesões, apoio psicossocial e temos seguimento semanal, quinzenal dependendo da situação do paciente</i>
	<i>O atendimento é das 7h30 ate 15h30. A maioria dos pacientes são atendidos no banco de socorro porque vem com guia do posto policial. Depois são encaminhados ao CAIV para ter apoio</i>

	<i>psicológico, psicossocial e para elaboração do laudo médico legal e em alguns casos algumas vítimas vêm directamente ao nosso CAIV</i>
	<i>Quando a vítima chega, primeiro é feito o aconselhamento estando com a enfermeira de saúde materno infantil, depois do atendimento clínico vem receber o apoio psicossocial</i>

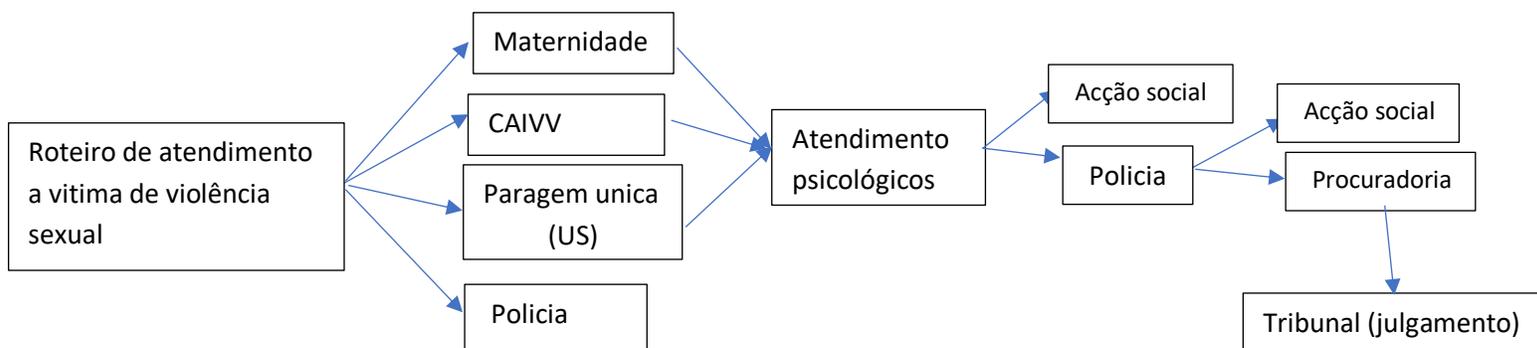


Fig. 1 Roteiro de atendimento a vítimas violência sexual (CAIVVs)

Analisando o roteiro de atendimento psicológico para vítimas de violência sexual nas Unidades Sanitárias, nota – se que os pontos de entrada das vitimas são feitas através da maternidade, CAIVVs ou de paragens únicas e desta parte - se para o atendimento psicológico, do atendimento psicológico o paciente pode seguir quer para a Acção social, ou para a policia ou pode ser atendida nas duas instâncias. No caso em que a vítima ó atendida na Polícia, deste segue para a Procuradoria e finalmente para o tribunal para efeitos de julgamento. Este fluxograma revela uma preocupação com a abrangência e continuidade do cuidado, envolvendo diferentes profissionais e aspectos clínicos, psicológicos e sociais. Essa abordagem abrangente é consistente com as discussões de autores como Herman (1992) e Foa e Rothbaum (1998), que destacam a importância de intervenções holísticas para abordar as complexidades do trauma em mulheres vítimas de violências baseada no género.

Esse fluxograma sugere uma padronização do cuidado com as vítimas. De acordo com Cloitre *et al* (2019) isso mostra uma estruturação que pode contribuir para a eficácia do tratamento em contextos de traumas para as vítimas. Esta enfase alinha-se aos argumentos de Campbell *et al* (2009), que destacam a importância do envolvimento da comunidade e sistemas de suporte. Assim,

os resultados indicam uma integração equilibrada entre padronização e flexibilidade, evidenciando uma abordagem sensível às necessidades individuais e contextuais das vítimas de violência sexual, alinhada a uma compreensão contemporânea e holística do atendimento a traumas complexos.

4.2 Acolhimento de vítimas de violência sexual

Relativamente ao acolhimento, os participantes foram unânimes em considerar que este ocorre nos diferentes pontos de entrada e geralmente consiste em três ações principais: priorização da vítima, isentando-a de formar bicha; Suporte psicológico imediato (apoio de primeira, escuta activa do problema da vítima); Cuidados clínicos, que incluem: exame físico, tratamento das lesões, testagem para a elegibilidade das profilaxias, como constata-se nos excertos dos participantes:

É3: "O paciente não forma nenhuma fila e não sai da consulta como entrou. Atendemos logo que o paciente chega"

"Quando recebemos a vítima temos um atendimento multidimensional de médicos, psicólogos e dependendo de como a violência acontece alguns passam pela profilaxia, contração de emergência"

Os discursos dos entrevistados revelam a existência de formas de acolhimentos variadas nos hospitais e centros de saúde e de forma contínuo com uma equipe integrada de psicólogos e enfermeiros, o que indica uma abordagem multidimensional e ininterrupta. Estes dados alinham-se com os argumentos de Berenguera *et al* (2005) e Almeida *et al* (2013), que ressaltam a importância da continuidade e integração de cuidados para uma abordagem eficaz e continuidade do atendimento pode ser crucial para o estabelecimento de relações de confiança com as vítimas, promovendo um ambiente propício à recuperação.

O atendimento rápido, priorizando a evitar filas (E3), e a variedade de profissionais envolvidos, como médicos e psicólogos (E4), revelam uma preocupação com a eficiência e a diversidade de competências no atendimento reflectindo assim uma preocupação com a eficiência, respaldando as recomendações de Donabedian (1980) sobre a qualidade do cuidado. Este autor sugere uma consciência prática da necessidade de intervenções imediatas para lidar com situações de violência sexual, contribuindo para a mitigação de danos e o apoio emocional imediato às vítimas. Epstein e

Hundert (2002) destacam a multidisciplinaridade no atendimento, apoiando as ideias da colaboração interprofissional para uma assistência abrangente

Além disso, a abordagem abrangente com médicos e psicólogos, adaptada conforme a violência ocorrida, destaca a flexibilidade do processo de acolhimento. Por outro lado, a que fazer menção sobre a ausência de um guia específico e a utilização ocasional da avaliação psicológica (E6) indicam uma abordagem mais flexível e adaptativa, todavia também pode indicar uma falta de organização de algumas instituições de saúde pondo em risco a vida dos pacientes. Este aspecto contradiz as recomendações de Shortell *et al* (1996) e Braveman *et al* (2017), que enfatizam a importância de diretrizes claras e processos organizados para garantir a segurança dos pacientes.

Portanto, os resultados destacam a necessidade de equilibrar a flexibilidade na abordagem com uma estrutura organizacional robusta para assegurar a eficácia e a segurança nos serviços de acolhimento em contextos de violência sexual. Essa conclusão reforça a importância do desenvolvimento de políticas e procedimentos claros para garantir a consistência e a qualidade do atendimento.

4.3 Acompanhamento psicológico das vítimas de violência sexual

Tabela 2: acompanhamento psicológico das vítimas de violência sexual

Descrição	Nº	Descrição das Respostas dos Entrevistados	Categorias
3. Acompanhamento das vítimas de violência sexual às consultas de atendimento Psicológico	E1	<i>As consultas de retorno são marcadas no cartão e é feita a chamada de lembrete (3 dias antes da consulta)</i>	Marcação e lembrete
	E2	<i>Maioritariamente voltam até 3 consultas consecutivas e depois quando se sentem melhores abandonam</i>	3 consultas no mínimo;
	E3	<i>Elas têm retornado. São casos raros que não há retorno, talvez no caso de agressão por partir do marido. Após receber esses casos, poucas vezes retornam, mas em casos de violência sexual, grande parte tem retornado</i>	Na violência sexual sempre há retorno;

	E4	<i>Geralmente marcamos as consultas, mas tem mulheres que não retornam porque resolveram-se com os maridos. Porém somos felizes pois em casos de violência sexual elas voltam pelas profilaxias. Para reter nós fizemos ligações de lembrete</i>	Marcação e lembretes
	E5	<i>Algumas vítimas retornam nos dias da consulta e outras esperam pela nossa ligação.</i>	retorno voluntario e lembretes
	E6	<i>O seguimento é feito semanalmente para avaliar o nível de superação e a posteriormente de 15 em 15 dias</i>	Retorno semanal e quinzenal

Fonte: Dados da Pesquisa

As respostas dos entrevistados sobre o retorno das vítimas de violência sexual às consultas de atendimento com psicólogo, diversas categorias emergem, proporcionando insights sobre os padrões de retorno e os factores que influenciam essa dinâmica. A estratégia de Marcação e lembrete de consultas ressoa com as discussões de Macy *et al* (2018), que destacam a importância de práticas organizacionais e lembretes para superar as barreiras emocionais e práticas que podem dificultar a continuidade do tratamento. Essa abordagem reconhece a necessidade de uma estrutura organizacional sólida para garantir o engajamento contínuo das pacientes

As aceções de E2 e E3 que visitas concentradas no inicio e desistência após melhoria ou retorno raro, O que sugere que a intervenção psicológica tem sido eficaz em lidar com os casos de violência sexual, incentivando as vitimas a continuarem o tratamento. A literatura aponta que o apoio psicológico especializado é fundamental para ajudar as vítimas a lidar com as consequências emocionais da violência sexual, como o estresse pós-traumático (Campbell *et al* 2018).

E6, na sua intervenção, revela uma abordagem sistemática de acompanhamento, com avaliações regulares e retornos programados. Essa prática está em consonância com as recomendações de Herman (1992), que enfatiza a importância de intervenções contínuas e avaliações frequentes no tratamento de vítimas de violência sexual. Essa abordagem sistemática não apenas contribui para

a eficácia do tratamento, mas também evidencia o compromisso em adaptar a intervenção às necessidades em evolução das pacientes.

4.4 Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no atendimento psicológico a vítimas de violência sexual nos centros de atendimento

A tabela 3 apresenta os desafios dos participantes, no atendimento as vítimas de violência sexual

Tabela 3: desafio dos participantes no atendimento as vítimas de violência sexual

Nº	Descrição das Respostas dos Entrevistados	Categorias
E1	<i>Mudança de residência por parte do paciente; abandono não justificado</i> <i>Falta de médico legista nos CAIVs; ação social permanente no CAIV;</i> um armário para organizar os processos	mudança de residência e abandono não explicado
E2	<i>Muitas vezes ficam com medo de encerrar o violador quando se afasta de um membro da família, por vezes há tendência de ocultar o violador;</i> <i>infraestruturas inapropriadas, melhoria da acção social</i>	medo de confrontar o agressor e à tendência de ocultação
E3	<i>O facto de não denunciar o agressor e as vezes o paciente não colabora.</i> <i>As vezes os casos são mais graves e pedimos que a paciente não fique no lugar onde sofreu a agressão e mesmo assim o paciente continua naquele lugar; fraco trabalho da policia na identificação do agressor,</i> <i>necessidade de medico legista permanente</i>	dificuldades de cooperação das vítimas com o processo terapêutico;
E4	<i>São vários. O primeiro desafio tem a ver com o próprio material, instrumentos de avaliação, testes psicológicos. Sempre temos de pedir.</i> <i>Outra dificuldade é que a mulher vê o CAIV como sendo o centro transitório, não voltam principalmente quando se trata de violência física, assim fica difícil de quebrar essa violência : necessidade de projectos que apoiam o sector de assistência psicológica no acompanhamento das vitimas de violência sexual</i>	Falta de materiais de avaliação; percepção do CAIV como transitório
E5	<i>A nossa ficha de seguimento preconiza a questão do diagnóstico psicológico e nós sabemos que no campo de psicologia não é possível ter o diagnóstico do imediato e também a ficha de primeira intenção ela</i>	foco no diagnóstico clínico dos instrumentos

	<i>preconiza que faça se registo de alguns achados clínicos a nível emocional, neste caso o desafio seria ter um psicólogo clínico forense para padronizar a informação que deve ser escrita na ficha da primeira intenção; capacitação dos psicólogos em matérias forense, reabilitação dos CAIVV</i>	de registo do acompanhamento
E6	<i>Falta de diretrizes orientadoras e claras para os profissionais; falta de telefone de contacto por parte das vítimas; deveriam ter uma assistência imediata da polícia e da ação social. Isto influencia para que a vítima não regresse. Por exemplo quando precisamos da polícia para transmitir a segurança ela não está em tempo real, acabamos não garantindo a segurança para ela</i>	falta de orientações claras

Os dados sobre os desafios encontrados no atendimento psicológico a mulheres vítimas de violência sexual, mostram vários insights e as complexidades e obstáculos enfrentados pelos profissionais. Observa-se que a “*Mudança de residência por parte do paciente e abandono*” (E1) representam um desafio importante para os participantes, pois dificulta a criação do vínculo com o profissional para uma intervenção de qualidade devido a ausências constantes nas consultas. Herman (1992) destaca que a construção de uma aliança terapêutica sólida é crucial em casos de trauma, ressaltando a importância de estratégias que superem a vulnerabilidade à descontinuidade do tratamento. O “*Medo de confrontar o agressor, dificuldade de denuncia-lo, falta de cooperação e tendência de ocultação*” (E2 e E3) revela a presença do medo nas pacientes, especialmente ao enfrentar o agressor, e uma tendência de ocultação dos factos que propicia a activação das defesas no paciente que por sua vez dificulta o trabalho do profissional na ajuda que se deve dar a vítima, o que corrobora com as teorias de trauma de Briere e Scott (2006). Essa análise enfatiza a necessidade de intervenções psicológicas sensíveis ao medo e à hesitação em denunciar, destacando a importância de abordagens terapêuticas adaptadas a contextos de trauma.

Um outro desafio está relacionado com as limitações nos materiais e instrumentos de avaliação e a percepção equivocada do atendimento psicológico no CAIV como transitório” (E4) oque encontra um paralelo nas críticas de Shortell *et al* (1996) sobre a falta de recursos comprometer a eficácia

dos serviços de saúde mental. Esse aspecto reforça a necessidade de investimentos adequados em infraestrutura para garantir a qualidade do atendimento psicológico, alinhando-se a uma perspectiva crítica da prestação de serviços de saúde mental, o que foi também denunciado pela Médicos Mundi (2021). não menos importante está o desafio relacionado com “Necessidade de emitir diagnóstico imediato” imposto pelo processo clínico (E5 e E6), o que concorre para uma mecanização do trabalho do psicólogo, podendo perder, assim, a essência da ajuda que se pretende oferecer a vítima, que vai para além da atribuição de rótulos (diagnóstico). As recomendações de Campbell *et al.* (2002) sobre a competência especializada são respaldadas, mas a falta de orientações claras destaca uma necessidade de aprimoramento na comunicação e na orientação, evidenciando a complexidade do cenário de violência sexual.

Ainda no que diz respeito aos desafios na intervenção com vítimas de violência sexual os dados que o E1 e E2 destacam a necessidade de melhorias relacionadas à infraestrutura e organização administrativa. E1 e E3 sugerem a presença de um médico legista nos CAIVs, também destaca-se a necessidade de uma acção social e da policia permanente e actuante no CAIV e uma estrutura organizacional mais eficiente para gerir os processos (E1, 3 e 6). Essas sugestões apontam para a importância de recursos humanos e materiais adequados para garantir a eficácia do atendimento e uma resposta mais eficiente às necessidades das vítimas. Essa abordagem se alinha à perspectiva de autores como Shortell *et al* (1996), que destacam a importância da infraestrutura e da gestão eficaz para o sucesso dos serviços de saúde.

Ademais, a referencia a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e recursos adequados para oferecer suporte holístico às vítimas é consistente com o que Campbell *et al* (2005), defende que, para este autor deve-se dar mais ênfase à colaboração entre diferentes profissionais no atendimento a vítimas de violência sexual dentro dos centros de saúde ou Hospitais (Campbell *et al.* 2005). No entanto, é vital considerar as críticas sobre a alocação eficiente de recursos, levantadas por autores que discutem os desafios na prestação de serviços de saúde mental. A busca por uma colaboração interdisciplinar deve ser equilibrada com uma gestão eficiente de recursos.

O entrevistado E3 aponta para a necessidade de melhorar a colaboração policial na identificação do agressor e destaca a importância de ter um médico legista em tempo integral para evitar a

dependência da disponibilidade de profissionais de fora. Essas complexidades são corroboradas por autores como Campbell *et al* (2005), que abordam as dificuldades na colaboração entre diferentes instituições. O entrevistado E4 enfatiza a necessidade de projetos de apoio, material terapêutico e suporte a grupos de apoio dentro das unidades de saúde. No entanto, é necessário considerar as implicações práticas dessas propostas, especialmente em termos de financiamento e gestão de recursos, como discutido por autores que analisam a eficácia dos serviços de saúde mental. E5 destaca ainda a importância da capacitação dos psicólogos clínicos em matéria forense e a reabilitação dos CAIVs para criar um ambiente acolhedor. Isso sugere uma necessidade de aprimoramento nas habilidades dos profissionais para lidar com aspectos legais e uma melhoria nas instalações para promover um ambiente mais acolhedor.

4.5 Intervenções/estratégias de *coping* privilegiadas pelos participantes

No que concerne as intervenções privilegiadas pelos participantes na sua actuação com as vítimas de violência sexual obtivemos as seguintes aceções ilustradas na tabela 5

Tabela 4: intervenções/estratégias de *coping* privilegiadas pelos participantes

Entrevistado	Descrição das Respostas dos Entrevistados	Categorias
E1	<i>avaliação psicológica ou clínica; garantir a segurança social da vítima visto que a maioria tem tido violação por conhecidos (próximos, parentes)</i>	avaliação psicológica, proteção da integridade física e social
E2	<i>Procurar garantir a inserção social da vítima sem medo de discriminação, oferecer, apoio psicossocial</i>	apoio psicossocial; estratégias de coping para lidar com o medo da discriminação
E3	<i>Terapia cognitivo comportamental e psicoeducação</i>	Terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação,
E4	<i>Terapia interpessoal, a psicoeducação, reestruturação cognitiva. De tanto viverem a violência acabam perdendo auto-estima e tem medo de perder o seu sustento</i>	

E5	<i>Aconselhamento interpessoal que leva 4 sessões semanais dependendo do estado do paciente e também nos apoiamos com a terapia cognitivo comportamental</i>	aconselhamento interpessoal
E6	<i>Psicoeducação e terapia cognitivo comportamental</i>	

Os dados dos entrevistados quanto as intervenções privilegiadas no atendimento das vítimas de violência sexual, mostram uma diversificação de abordagens para lidar com as complexidades desses casos. As “Intervenções integram a avaliação psicológica “(E1), as “Intervenções focadas na inserção social e apoio psicossocial” (E2) indica uma abordagem que busca assegurar a inserção social das vítimas, oferecendo apoio psicossocial e provisão de medicamentos. No entanto, críticos, como Summerfield (2001), alertam para o risco de medicalização excessiva, argumentando que o foco em medicamentos pode simplificar as complexidades do trauma, subestimando a importância de intervenções psicossociais mais amplas. A ênfase em “*Terapia cognitivo-comportamental e psicoeducação*” (E3, E4, E5, E6) revela a preferência por intervenções específicas, embora essas abordagens sejam respaldadas pela literatura especializada (Macy *et al* 2018), a crítica levantada por Prilleltensky (2003) sobre a uniformidade dessas intervenções ressoa, sugerindo a necessidade de uma variedade de estratégias adaptadas às diferentes necessidades das vítimas.

A OMS (2003) enfatiza a importância de abordagens individualizadas no tratamento de vítimas de violência sexual. Cada vítima é única e pode ter necessidades diferentes, quer sejam físicas, emocionais ou sociais. Portanto, a personalização das intervenções é essencial para garantir que o atendimento considere as necessidades específicas de cada vítima (OMS, 2003). Isso pode envolver a adaptação da frequência das sessões de aconselhamento, a escolha de abordagens terapêuticas específicas ou a consideração das circunstâncias individuais de cada vítima (OMS, 2003).

4.6 Feedback recebido pelas pacientes vítimas de violência sexual durante as consultas

No que concerne as opiniões dos participantes sobre o feedback das vítimas de violência sexual durante as consultas, cinco participantes mostraram haver um feedback positivo por parte das vítimas (E1,3,4,5 e 6), como ilustra o excerto do discurso de E4: “ *Feedback positivo. Criamos grupos de apoio das sobreviventes com a ajuda de alguns parceiros. As vítimas dizem que ja sabem se valorizar, elas são agradecidas, lutam para tirar outras mulheres desta situação*”. Entretanto,

apesar do feedback positivo, foi reportado situação de ansiedade (E2), bem como do não retorno para consultas de seguimento de algumas vítimas (E6).

Ao analisar as respostas dos participantes sobre o feedback recebido das vítimas de violência sexual que eles atendem, os dados mostram, em geral, um feedback positivo por parte das vítimas com destaque para “Satisfação com profilaxia, intervenção psicológica e inserção social” (E1 e E2). (E3) referiu-se ao aumento da “Conscientização das vitimas sobre a violência sexual no ambiente familiar, e a adoção de estratégias para lidar com o parceiro agressor”. Davies e Lyon (2014), argumentam que a conscientização sobre ambientes tóxicos deve ser acompanhada por recursos práticos, como suporte legal e financeiro, para garantir efetivamente a segurança das vítimas, sugerindo a necessidade de uma abordagem mais abrangente na intervenção, o que muitas das vezes os participantes desta pesquisa não se mostram limitados devidos as fragilidades típicas do sistema onde actuam que não permite a provisão de outros apoios se não o conforto psicológico. Esta fragilidade foi igualmente denunciada pela Medicus Mundi e Forum Mulher (2021).

4.7 Sentimentos dos participantes nas intervenções com vítimas de violência sexual

A tabela 5 resume os sentimentos dos participantes sobre as intervenções com as vítimas de violência sexual

Pergunta 7	Nº	Descrição das Respostas dos Entrevistados	Categoria
7. Sentimentos durante as intervenções com vítimas de violência sexual	E1	Demonstração de empatia; escuta ativa; acima de tudo não julgar	Empatia
	E2	Algum momento fico abalada com a situação pois antes de psicóloga também sou mulher. Em parte, satisfeita por ajudar outra mulher nas situações delicadas	Emocional abalada; satisfação
	E3	É um pouco difícil.... As vezes sinto que o paciente não cumpre com o combinado e acabo me sentindo incapacitada.	Incapacidade

	E4	Princípio foi um pouco difícil, mas sabemos que o psicólogo tem de se manter tratando o outro. E também alavancar as mulheres para resiliência, sinto que estou a fazer diferença na vida delas	Sensação de fazer diferença
	E5	Como pessoa tenho sentimentos de tristeza por serem casos repugnantes. Principalmente em menores de idade tenho tido algum tipo de empatia	Tristeza , empatia
	E6	Constrangida com alguns casos que atendo. Antes de profissional sou também humana.	Constrangimento

Tabela 5: **Sentimentos dos participantes sobre as intervenções com vítimas de violência sexual**

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme os depoimentos dos participantes sobre os sentimentos durante as intervenções com as vítimas de violência sexual, pode se depreender sentimentos diferenciados que podem ser resumidas em quatro categorias fundamentais tais como "empatia" (E1 e 5), "tristeza" (E2, 5 e 6), satisfação (E2 e 4) e incapacidade ou impotência (E3). O sentimento empático revelado pelos participantes durante o acompanhamento psicológico das vítimas é corroborado por Figley (1995), ao ressaltar a necessidade de empatia e compaixão no tratamento de vítimas de trauma. A Empatia é um elemento essencial no trabalho do profissional de psicologia na relação com os utentes para a garantia de um suporte emocional adequado as necessidades do paciente (Slattery *et al.* 2003).

Dada a delicadeza das situações de violência sexual uma mistura de sentimentos foi notória entre os participantes, a tristeza/frustração e incapacidade/paralisação devido ao contacto com as ocorrências de violações sexuais, mas também um sentimento de satisfação pelo trabalho desenvolvido com as vítimas. Este facto remete a uma maturidade profissional por parte dos participante, onde apesar de o primeiro contacto com a vítima gerar sentimentos de tristeza e paralisia, o que à primeira vista pode reflectir um processo contratransferencial onde o psicólogo responde emocionalmente e experienciar simbolicamente a violação sexual, os profissionais não se deixam mergulhados na transferência e retomam o seu papel de provisão do suporte emocional necessário para a recuperação da vítima, gerando um sentimento de satisfação neles mesmos. Em

ultima análise, esta actuação demonstra a implementação profissional do sentido de empatia e de apoio emocional e psicológico or parte dos participantes, como diz Parliemen (2000), o terapeuta deve ser capaz de “*etre avec lui sem etre lui*,” “estar com o paciente sem ser o paciente”. Pearlman e Caringi também referem a necessidade de gestão do envolvimento pessoal dos profissionais de saúde mental.

Contudo, é importante notar que o apoio emocional e a supervisão clínica adequados são fundamentais para ajudar os profissionais de saúde mental a lidar com as complexas emoções que podem surgir durante o atendimento a vítimas de violência sexual. Essa é uma área em que a formação contínua e o suporte institucional desempenham um papel crucial (Erickson *et al* 2021).

CAPÍTULO V

5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E CONTRIBUTOS

5.1 Conclusões

As conclusões espelham as principais questões de pesquisa (subsecção 1.4) que as mesmas reflectem os nossos objectivos específicos (subsecção 1.3), nomeadamente: *(i)* Qual é o processo do atendimento psicológico às mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVS da Cidade e Província Maputo? *(ii)* Quais são os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no atendimento psicológico a mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo? e *(iii)* Que estratégias podem ser usadas para o enfrentamento dos desafios encontrados pelos profissionais de saúde mental no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo?

No tocante ao processo do atendimento às vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo, o estudo concluiu que o processo de atendimento às vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade de Maputo é caracterizado por uma abordagem interdisciplinar e multifacetada, que envolve consultas iniciais, cuidados médicos, profilaxia e apoio psicológico. . Embora as discussões tenham se concentrado principalmente na intervenção inicial, é importante ressaltar a importância do acompanhamento a longo prazo no processo de recuperação das vítimas de violência sexual.

Com relação aos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no atendimento psicológico as vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade e Província Maputo

incluem infraestruturais inapropriadas, fraca coordenação da equipa multidisciplinar, além disso, questões práticas, como a disponibilidade de recursos, instrumentos de avaliação e diagnóstico psicológico adequado, representam desafios significativos para o atendimento. A falta de padronização na documentação clínica também é uma preocupação.

No concernente as estratégias de enfrentamento dos desafios encontrados pelos profissionais de saúde mental no atendimento Psicológico a mulheres vítimas de violência sexual conclui-se que a

melhoria do atendimento psicológico às mulheres vítimas de violência sexual exige a implementação de diversas estratégias tais como psicoeducação, para ajudar os utentes a compreenderem as vicissitudes dos serviços oferecidos e a necessidade de seguimento do atendimento, uso de técnicas específicas como cognitivo comportamental, mas acima de tudo a necessidade de complementaridade da intervenção psicológico com outras concorrentes, medicina legal, acção social, policia entre outros.

No geral, o sucesso da intervenção do profissional de psicologia com vitimas de violência sexual só será frutífera quando acompanhada por outras numa abordagem multifacetados e interdependente.

5.2 Recomendações

- Fortalecimento da capacidade de diagnóstico aos profissionais de saúde mental;
- Padronização dos processos de documentação clínica (assistência psicológica) ao nível das unidade sanitárias .
- Capacitação em questões forenses: Dado o aspecto criminal da violência sexual, os profissionais de saúde mental devem buscar treinamento contínuo em questões forenses para lidar eficazmente com casos de violência sexual.
- Reabilitação, adaptação ou construção de infraestruturas que estejam equipadas e organizadas para fornecer um atendimento eficiente e coordenado a vítimas de violência sexual.
- Implementação de programas de conscientização pública sobre a violência sexual e a importância de buscar ajuda.

5.3 Contributo

Esta pesquisa contribui significativamente em três principais áreas. No campo científico, oferece uma reflexão aprofundada sobre os serviços de atendimento psicológico prestados a vítimas de violência sexual, apresentando recomendações para aprimorar a atuação dos profissionais de saúde mental e fortalecer as intervenções e o suporte às vítimas. Além disso, amplia o acervo bibliográfico da Faculdade de Educação, podendo servir de base para futuras investigações sobre

o tema. No aspecto social, o estudo beneficia as comunidades ao promover conhecimento sobre a prática psicológica no enfrentamento da violência sexual contra mulheres, destacando a importância da busca por serviços de saúde mental nessas situações. Por fim, a pesquisa é relevante para os profissionais de saúde mental, auxiliando-os a lidarem com resiliência, a ressignificarem suas experiências e a aprimorarem suas estratégias no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, contribuindo para um impacto positivo na prática profissional e no bem-estar comunitário.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (APA). (2019). Understanding Child Sexual Abuse:

Basile, K. C., *et al* (2007). *Prevalence of intimate partner violence victimization among women—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 66(8), 1-8.

Campbell, R., Messing, J. T., & Ward, S. A. (2005). *Health care and the crime victim: Patient, provider, and system responses*. In R. Kennedy (Ed.), *Crime Victims with Developmental Disabilities: Report of a Workshop* (pp. 127–174). National Academies Press.

Campbell, R., Raja, S., & Mariska, M. (2018). *The Sexual Assault Epidemic: A Study of Minnesota's Criminal Justice Response*. *Violence Against Women*, 24(14), 1625–1652.

Campbell, R., Smith, J., Jones, A., & White, L. (2009). *Silenced by stigma: A qualitative examination of rape survivors' experiences with secondary victimization from service providers*. *Violence and Victims*, 24(6), 769–789.

Campbell, R., Wright, S., Collins, M., Turner, R., Mitchell, C. (2018). *The forensic exam and sexual assault nurse examiner care for sexual assault victims: An analysis of health care utilization and costs*. *The American Journal of Managed Care*, 24(3), 138-144.

Chies, P. V. (2010). *Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho*. *Revista Estudos Feministas*, 18(02), 507-528. Disponível: BibTeXEndNoteRefManRefWorks

Cloitre, M., Johnson, L., Smith, A., & Brown, A. (2019). *The Impact of Violence Scale: Development and Validation of a Measure of Exposure to Violence for Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 1–9.

Davies, G., & Lyon, D. (2014). *Surveillance and identity*. *Surveillance & Society*, 12(3), 321–330.

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Vol. I. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press.
- Drezett, J. (2015). *Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva*. Revista de Psicologia da UNESP, 2(1),36-50.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). *Defining and Assessing Professional Competence*. JAMA, 287(2), 226–235.
- Erickson, C. D., et al (2021). *Promoting mental health and well-being in American Indian and Alaska Native communities: A review of interventions*. American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 28(3), 1-23.
- Erickson, T., Johnson, M., & Smith, L. (2021). *Exploring New Frontiers in Mental Health: Integrating Technology and Traditional Therapeutic Approaches*. Journal of Technology in Human Services, 39(2), 120-136.
- Figley, C. R. (2019). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Psychosocial Stress Series, 98(2), 206-220.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. Guilford Press.
- Forum Mulher (S/d). *Violência Sexual Basta de Silêncio*. Moçambique: Editora Gráfica;
- Freitas, E. C., & Prodanov, C.C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2ª Edição. Brasil: Editora Novo Hamburgo
- Friedrich, S. A.G. (2016). *O atendimento terapêutico às vítimas de violência sexual no município de São José dos Pinhais/PR: Experiência de implantação do ambulatório sentinela*. Brasília: Tempus, actas de saúde colet.

- Gerhardt, T. E. & Silveira, D. T. (2009). Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
Disponível em [www. Grupouninter.com.br/ ...php/ .../523](http://www.grupouninter.com.br/...php/.../523) acessado a 20 de Agosto de 2023.
- Gil, A.C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas.
- Habigzang, L. F. (2006). *Avaliação e Intervenção psicológica Para Meninas Vítimas De Abuso Sexual Intrafamiliar*. Porto Alegre.
- Habigzang, L. F., et al (2006). *Violence against women: A study of women victims of sexual violence and assistance provided by health services*. Sexual Violence Research and Victimology, 1(1), 91-107.
- Habigzang, L. F., Santos, M. R., Silva, A. P., Ferreira, C. L., Lima, E. S. (2006). *Violence against women: A study of women victims of sexual violence and assistance provided by health services*. Sexual Violence Research and Victimology, 1(1), 91-107.
- Honada, H. (2007). *Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência*. São Paulo;
- Kangussu, I. (2018). *Atendimento psicológico a vítimas de violência sexual: Práticas e desafios*. Editora Saúde & Sociedade.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. Perspectives on Psychological Science, 2(1), 53–70.
- Medicus Mundi & Forum Mulher (2021). *Diagnóstico de Necessidades dos Serviços de Violência Baseada no Género na Cidade de Maputo*. Maputo. Disponível em <https://medicusmundimozambique.org/files/2023/06/diagnostico-vbg-maputo.pdf>.
- Macarringue, J. A. (2013). *Aplicação da lei de violência doméstica em Moçambique: constrangimentos institucionais e culturais A experiência dos Tribunais*. Outras Vozes, nº 41-42. Maputo;

- Macy, R. J., Ermentrout, D. M., & Promoff, G. R. (2018). The importance of clinical forensic medical examination findings in investigating intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 58, 111–116.
- Macy, R. J., Miller, J. W., Foster, E. A., Clark, L. H., Moore, K. R. (2018). *Health care utilization and costs for women with a history of intimate partner violence*. *The American Journal of Managed Care*, 24(3), 131-137.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª Edição. São Paulo: Atlas
- Marconi, M. A. Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica*. 8ª ed. São Paulo: Atlas;
- Mechanic, D. (2004). *Mental Health Services Then and Now*. *Health Affairs*, 23(4), 102–105.
- Medicusmundi(Sd). *Pesquisa descritiva sobre o funcionamento do Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência na cidade de Maputo*. Fórum mulher;
- Ministério da Saúde (2013). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 3ª Ed. Brasília
- MISAU (2022). *Relatório de Actividades na Área da Violência Baseada no Género (VBG)*. Moçambique;
- Monteiro, F. S. (2013). *O Papel Do Psicólogo No Atendimento às Vítimas E Autores De Violência Doméstica*. Brasília: UniCEUB-FACES;
- Oliveira, M. C., & Barbosa, J. V. (2006). *Metodologia de pesquisa adotada nos estudos sobre Balanced Scorecard*. Brasil: BH-MG
- Oliveira, A. (2014). *Violência de gênero: Impactos sociais e psicológicos*. Editora Acadêmica.
- Oliveira, M. M. de. (2018). *Como fazer pesquisa quantitativa*. 7ª Edição. Petró: Rio Vozes.

- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Relatório mundial sobre a violência e a saúde*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Violence against women prevalence estimates, 2018*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., & Morgan, K. L. (1996). *How Physicians Can Learn From One Another: A Case Study in Medical Group Practices*. *Health Care Management Review*, 21(1), 81–88.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Devers, K. J., & Hughes, E. F. (1996). *The impact of medical group practice organizational factors on physicians' perceived quality of care*. *Health Services Research*, 31(3), 791–813.
- Shortell, S. M., Waters, T. M., Clarke, K. W., Budetti, P. P., & Alexander, J. A. (1996). *Physician and health system integration*. *Journal of Medical Practice Management: MPM*, 11(5), 257–265.
- Slattery, G., McMahon, J., O'Regan, A., & Enright, P. (2003). *Post-traumatic stress disorder in children after the tsunami disaster in Sri Lanka*. *Current Paediatrics*, 13(7), 578–583.
- Vilela, W. V. & Lago, T. (2007). *Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual*. Rio de Janeiro: Fórum-Cad.Saúde Pública.
- World Health Organization (WHO). (2003). *World report on violence and health*.

APÊNDICE

Apêndice I: Termo de consentimento

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi a cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura da Pesquisadora)

(Assinatura do Supervisor)

A pesquisadora:

Maura A. M De Almeida

Contactos: 840600715

E-mail: mauramahoze@gmail.com

Apêndice II: Guião de entrevista

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITARIA

GUIÃO DE ENTREVISTA

O presente Guião de entrevista refere-se ao estudo "Análise dos Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde Mental no atendimento Psicológico a Mulheres Vítimas de Violência sexual nos CAIVVs da Cidade e Província de Maputo". Este servirá para a obtenção de dados para a elaboração da monografia, passo fundamental para a obtenção do título de Licenciatura.

O guião é composto por 6 questões abertas. Garante-se a confidencialidade e anonimato nas respostas e opiniões que forem dadas. Agradeço desde já a atenção e a sua colaboração.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: _____

Idade: _____

Profissão: _____

CAVV (Local): _____

1. Como é feito o primeiro Atendimento às vítimas de Violência Sexual nos CAIVVS?

2. Qual é processo de atendimento psicológico em vigor para vítimas de violência sexual nos CAIVVs?

3. Qual é a frequência das consultas de seguimento psicológico em mulheres vítimas de violência sexual?
4. Que desafios tem encontrado no atendimento psicológico à mulheres vítimas de violência sexual?
5. Diante dos desafios que tem encontrado, o que tem feito como profissional de saúde mental para enfrentá-los?
6. Qual tem sido o efeito das estratégias que usa para enfrentar os desafios que encontra durante as intervenções Psicológicas em vítimas de violência sexual no CAVVs?

Apêndice III: Mapa de alinhamento dos objetivos específicos e as perguntas da Entrevista

Objectivos Específicos	Perguntas do Guião de Entrevista
<p>Descrever o processo do atendimento psicológico às mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVS da Cidade e Província Maputo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é feito o primeiro Atendimento às vítimas de Violência Sexual nos CAIVVS? 2. Qual é processo de atendimento psicológico em vigor para vítimas de violência sexual nos CAIVVs? 3. Qual é a frequência das consultas de seguimento psicológico em mulheres vítimas de violência sexual?
<p>Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no atendimento psicológico a mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade e Província Maputo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Que desafios tem encontrado no atendimento psicológico à mulheres vítimas de violência sexual?
<p>Identificar estratégias que podem ser usadas para o enfrentamento dos desafios encontrados pelos profissionais de saúde mental no atendimento Psicológico a mulheres vítimas de violência sexual nos CAIVVs da Cidade e Província Maputo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Diante dos desafios que tem encontrado, o que tem feito como profissional de saúde mental para enfrentá-los? 6. Qual tem sido o efeito das estratégias que usa para enfrentar os desafios que encontra durante as intervenções Psicologicas em vitimas de violência sexual no CAVV?

ANEXO

Anexo I: Credencial



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CIDADE DE MAPUTO
CONSELHO DOS SERVIÇOS DE REPRESENTAÇÃO DO ESTADO
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE

A
Universidade Eduardo Mondlane (UEM) –
Faculdade de Educação – Departamento de
Psicologia
MAPUTO

N/Ref. n. 3372/SSCM/02012023

Data: 30 de Agosto de 2023

ASSUNTO: Resposta ao pedido de carta de cobertura para desencadear o estudo “Análise dos Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde Mental no atendimento Psicológico a Mulheres Vítimas de Violência sexual nos CAIVVs da Cidade e Província de Maputo”

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo acusa a recepção do pedido da Sra. **Maura Cristina A. Mahoze de Almeida**, estudante de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária na UEM, com o teor retro-mencionado.

Sobre a matéria, comunica-se que o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo (SSCM) autoriza a realização da actividade, devendo apresentar os resultados ao SSCM.

Sem mais de momento, queiram aceitar as nossas calorosas saudações.

Maputo, 30 de Agosto de 2023

A Directora

Dra. Sheila Márcia Tajá Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral Principal)

CC: Sra. Maura Cristina A. Mahoze de Almeida
CAIVV da cidade de Maputo

Endereço: Serviço de Saúde da Cidade de Maputo
C.P. 2217
Av. Maguiguana n° 1240
E-mail: dscm.gabdirector@gmail.com

Telefone: 21-360276/7
Telefax: 21-048658/ 21-430212
MAPUTO - República de Moçambique