

## **A PESQUISA COM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL QUE ENGRAVIDARAM: CONSIDERAÇÕES ÉTICAS A PARTIR DA RESOLUÇÃO N. 510/2016**

*Mykaella Cristina Antunes Nunes*  
*Normanda Araujo de Moraes*  
Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE, Brasil

### RESUMO

O estudo teve como objetivo descrever os procedimentos éticos adotados na pesquisa com mulheres que engravidaram decorrente de estupro, que ainda se coadunam com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e também mostrar que especificidades essa nova resolução traz para esse tipo de pesquisa. As estratégias metodológicas utilizadas para a atenuação dos riscos e benefícios às participantes ultrapassam o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enquanto procedimento ético necessário. Nas pesquisas com mulheres vítimas de VS e que engravidaram, a exclusividade do registro escrito, na forma de assinatura do termo, representava um obstáculo. Desse modo, a adequação proposta pela Resolução 510/2016 de flexibilizar a forma de se registrar ou não o consentimento ou assentimento do(a) participante, pode representar uma contribuição significativa, sem constrangimentos para as vítimas.

Palavras-chave: violência sexual; gravidez; procedimentos éticos.

### THE RESEARCH WITH VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE THAT FULFILLED: ETHICAL CONSIDERATIONS SINCE RESOLUTION N. 510/2016

### ABSTRACT

The purpose of the study was to describe the ethical procedures adopted in the research with women who became pregnant due to rape that are still consistent with Resolution No. 510/2016 of the National Health Council, as well as to show what specificities this new resolution brings to this type of research. The methodological strategies used to mitigate the risks and benefits to the participants exceeded the use of the Free and Informed Consent Form, as a necessary ethical procedure. In surveys of women who were victims of VS and who became pregnant, the exclusivity of the written record in the form of the term was an obstacle. Thus, the adequacy proposed by Resolution 510/2016 to make it easier to register participant's consent or assent may make a significant contribution, without constraints to the victims.

Keywords: sexual violence; pregnancy; ethical proceedings.

LA INVESTIGACIÓN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL QUE SE QUEDARON  
ENGARZADAS: CONSIDERACIONES ÉTICAS A PARTIR DE LA RESOLUCIÓN N. 510/2016

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo describir los procedimientos éticos adoptados en la investigación con mujeres que se quedaron embarazadas debido a la violación, que se coadunan con la Resolución 510/2016 del Consejo Nacional de Salud y también muestran qué especificidades esta nueva resolución trae para ese tipo de investigación. Las estrategias metodológicas utilizadas para la atenuación de los riesgos y beneficios a las participantes sobrepasan el uso del consentimiento libre y aclarado, como procedimiento ético necesario. En las encuestas con mujeres víctimas de VS que se quedaron embarazadas, la exclusividad del registro escrito, en forma de firma del término, representaba un obstáculo. De este modo, la adecuación propuesta por la Resolución 510/2016 de flexibilizar la forma de registrar o no el consentimiento o asentimiento del participante, puede representar una contribución significativa, sin limitaciones para las víctimas.

Palabras clave: violencia sexual; el embarazo; procedimientos éticos.

A violência sexual (VS) constitui uma das principais formas de violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública. De acordo com a OMS, violência sexual é qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou tráfico ou qualquer outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção. Pode ser praticada, segundo a organização, por qualquer pessoa, independentemente da relação com a vítima, e em qualquer cenário, incluindo a casa e o trabalho (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

A VS é um fenômeno universal, em que não existem restrições de sexo, idade, etnia ou classe social. Embora atinja homens e mulheres, as mulheres são as principais vítimas - em qualquer período de suas vidas, apesar de na infância, adolescência e juventude, as mulheres apresentarem risco mais elevado de sofrer esse tipo de agressão. Os homens, por sua vez, são considerados os principais agressores (Ministério da Saúde, 2012). Dentre as violências sexuais, o estupro é o mais praticado contra as mulheres, significando “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Ministério da Saúde, 2012, p. 27).

Em termos de gravidade do problema, a VS tem elevada incidência e acarreta severas consequências para a saúde da mulher. Segundo estimativa do UNICEF, em 2014, no contexto mundial, cerca de cento e vinte milhões de meninas com idades até 19 anos foram submetidas à VS pelo menos uma vez na vida (Deslandes, Vieira, Cavalcanti, & Silva, 2016). A respeito das consequências da VS, as agressões sofridas pelas vítimas podem comprometer sua vida pessoal, profissional e afetiva, resultando em sequelas físicas e psicológicas. A VS, em geral, pode trazer consequências que vão das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, gravidez indesejada ao aborto inseguro, dos transtornos psicológicos e psiquiátricos pós-trauma ao suicídio (Bedone & Faúndes, 2007; Faúndes, Rosas, Bedone, & Orozco, 2006; Oliveira et al., 2005).

Contudo, apesar da gravidade dessas complicações, muitas das mulheres, vítimas de VS não chegam aos serviços de saúde, por diversos motivos, dentre eles por vergonha em relação ao ocorrido, por desconhecimento dos serviços e por temor ao julgamento dos profissionais (Bedone & Faúndes, 2007; Oliveira et al., 2005; Villela & Lago, 2007). Outro entrave em relação ao atendimento diz respeito ao posicionamento dos profissionais de saúde, muitas vezes permeado pelo medo e pelo desconhecimento da real magnitude e impacto da VS na sociedade, nas famílias e na vida das vítimas (Duarte & Almeida, 2010; Vieira, 2012).

O Ministério da Saúde, reconhecendo que a VS afeta substancialmente o processo saúde-doença das mulheres e adolescentes, bem como que os serviços precisam estar melhor organizados para o trabalho dos profissionais, publicou no ano de 1999, a Norma Técnica (NT) “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, a fim melhorar a resposta à VS (Ministério da Saúde, 2012).

Dentre as orientações dadas pela NT nos casos de VS, estão descritas informações quanto às providências a serem tomadas nas situações de gravidez decorrente de VS. A NT informa que a mulher, bem como a adolescente e seus representantes legais devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação (aborto legal ou encaminhamento para adoção se a vítima escolher dar continuidade à gestação e não optar por incluir a criança em seus projetos de vida) e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2012). No entanto, esta é uma fase em geral vivida pelas mulheres como muito difícil pela presença de pensamentos e sentimentos incômodos envolvidos na situação (Nunes & Morais, 2016a).

Desta forma, existe uma complexidade de fatores em torno da experiência da VS que torna as vítimas mais vulneráveis a falar sobre o acontecimento como, por exemplo: os comprometimentos físicos, sociais e emocionais; as dificuldades de acesso aos serviços; o preconceito e o desconhecimento em relação à temática da VS por parte dos profissionais que reflete em resistência e/ou negligência no atendimento às vítimas, entre outros.

Conhecendo a importância desses aspectos no momento de vida da vítima e a realização de estudos com essa população, ressalta-se a importância dos cuidados éticos na pesquisa com pessoa em situação de VS. Recentemente, em 07 de abril de 2016 o Plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 510 acerca da Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, trazendo como principal inovação considerações com relação ao uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE com populações em que sejam identificados possíveis danos aos participantes em decorrência da pesquisa.

A fim de melhor compreender sobre essa inovação e o impacto sobre pesquisas em contextos de vulnerabilidade social, o presente artigo propõe-se a discutir acerca dessa nova Resolução em contextos de pesquisas com vítimas adultas que engravidaram decorrente de estupro. Este estudo propõe-se a elencar os procedimentos éticos utilizados na pesquisa de Mestrado da primeira autora sob supervisão da segunda, intitulado “Gravidez advinda de estupro e seus desfechos: uma análise das vivências das mulheres que interromperam ou continuaram a gestação” (Nunes, 2014).

Apesar de o estudo ter sido realizado em 2014, antes da Resolução nº 510 entrar em vigor, o objetivo do artigo é descrever os procedimentos éticos que foram utilizados nessa pesquisa, os quais ainda se coadunam com a Resolução nº 510. Também mostrar

que especificidades essa nova resolução traz para esse tipo de pesquisa. Considera-se que a realização de pesquisa com tal população implica maior atenção com relação à vítima, ao espaço institucional e à temática, a fim de não revitimizar e/ou mobilizar conteúdos que possam fragilizar ainda mais a participante, sendo aspectos importantes de serem considerados na intenção de pesquisa com esse público.

## **MÉTODO**

### **DELINEAMENTO**

Na pesquisa de mestrado, particularmente no estudo qualitativo que orientou a construção desse artigo foi utilizado um delineamento de estudo de casos múltiplos, uma vez que procurava estudar um fenômeno complexo pela riqueza de fatores envolvidos na dinâmica das vítimas de VS e pela diversidade dos casos (Yin, 2010).

### **PARTICIPANTES**

Foram entrevistadas três mulheres com idade entre 20 e 31 anos, que engravidaram como resultado de um estupro e que deram entrada no Serviço de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sexual e Doméstica de um hospital na cidade de Fortaleza-CE. Definiu-se que participariam da pesquisa somente as mulheres com idade mínima de 18 anos completos, em razão de questões éticas diferenciadas para menores de 18 anos. As participantes foram identificadas no trabalho pelos nomes fictícios de Ana, Bruna e Clara.

Ana, 20 anos, raça/cor parda, de religião católica, solteira, ensino médio completo e trabalhando na época da pesquisa na área de comércio/serviços. Foi a primeira participante localizada. Chegou ao serviço hospitalar, acompanhada de uma amiga, que desconhecia a história da VS e da gravidez. Deu entrada no serviço de emergência do hospital e precisou ficar em observação devido a sangramento vaginal. Somente após atendimento com a assistente social e com o médico de plantão relatou que o sangramento era devido à tentativa de aborto e que a gravidez era fruto de VS. Ao saber que estava grávida decorrente de estupro tomou medicamento com efeito abortivo, sem sucesso. E logo ao chegar ao hospital e tomar conhecimento sobre o “aborto legal” nos casos de gravidez resultado de VS, manifestou o desejo de não dar continuidade à gestação. Contudo, Ana encontrava-se na 20ª semana de gestação e ao ser avaliada sua situação, a equipe de saúde negou o procedimento. Durante toda a internação hospitalar, a família de Ana não compareceu ao hospital e nem manteve contato por telefone. Ana residia com a família num município do interior do Ceará e foi expulsa de casa ao comunicar para a mesma sobre a gravidez, contudo não revelou sobre a VS. Foi acolhida por uma amiga em Fortaleza, tendo omitido desta a VS e a gravidez. Ana foi acompanhada em seus processos de rejeição à gravidez/criança pela equipe de Psicologia e pelos demais profissionais. A primeira entrevista foi feita nesta fase, enquanto permanecia internada. Ao receber alta passou a ser acompanhada pelo serviço de pré-natal do hospital, quando foi realizada a segunda entrevista. Nesta época, Ana já manifestava sinais de uma construção de vínculo afetivo com a criança e mostrava-se preocupada com as futuras responsabilidades advindas do papel de mãe. Posteriormente, teve seu parto realizado no hospital, tendo nascido uma menina.

Bruna, 31 anos, raça/cor parda, de religião católica, solteira, ensino médio incompleto e trabalhando na área de comércio/serviços no período da coleta. Foi

contatada por telefone para participar da pesquisa. Houve uma diminuição da chegada das vítimas grávidas decorrente de VS ao serviço hospitalar e por razão do tempo que se dispunha para a elaboração da dissertação, estabeleceu-se que seriam feitos contatos com mulheres que já haviam passado pelo serviço. Contudo, muitos telefones encontravam-se incorretos, ou as vítimas eram adolescentes, ou não aceitaram participar da entrevista, entre outros motivos. Apenas com Bruna conseguiu-se o aceite para a pesquisa e após ela não se fez mais contato telefônico com nenhuma outra mulher. Bruna encontrava-se afastada do hospital há 5 meses. Foi informada na época do atendimento sobre a importância do acompanhamento psicológico nesses casos e desse serviço no hospital, mas não teve interesse em ser acompanhada. Aceitou participar da pesquisa, tendo sido feita uma única entrevista, por gratidão ao serviço hospitalar e principalmente à psicóloga do hospital que a atendeu. Justificou a participação como forma de retribuir a atenção e seu objetivo alcançado, o aborto. Optou pela realização do aborto legal pela impossibilidade de construir laços de afetividade com a criança. Encontrava-se na ocasião da entrevista tentando retomar o trabalho e restabelecer as relações afetivas e sociais abaladas pela ocorrência da VS. Sobre Bruna, chegou ao hospital após ter buscado outros serviços e mesmo ter tentado realizar o abortamento sem êxito. Revelou o acontecido da VS à mãe somente após descobrir que estava grávida. No entanto, em todo o processo de atendimento compareceu sozinha ao hospital. Na ocasião encontrava-se na 11ª semana de gestação, tendo a participante buscado o serviço hospitalar a fim de requerer a interrupção da gestação.

Clara, 27 anos, raça/cor parda, de religião evangélica, solteira, ensino superior incompleto e não trabalhava na época da pesquisa. Chegou ao serviço hospitalar acompanhada de uma irmã para quem compartilhou a história da VS. Encontrava-se grávida decorrente do estupro e não desejava seguir com a gestação. Tentou por métodos próprios realizar o abortamento em casa, mas não conseguiu. Procurou informações sobre o “aborto legal” nas situações de VS na internet e em alguns serviços em que chegou a buscar ajuda. Foi orientada por esses serviços a procurar o hospital em que foi feita a pesquisa. Foi atendida pela equipe multiprofissional, tendo seu caso progredido para a realização do aborto legal. Desde o primeiro contato com Clara, esta mostrava-se muito convicta de sua escolha pelo aborto legal. Durante as duas entrevistas que foram realizadas, relatou sobre a impossibilidade de amar um ser que não foi gerado com amor e sobre o estrago de vida que seria para ela e para a criança. Clara recebeu alta hospitalar após a realização do aborto e não retornou ao hospital para acompanhamento psicológico. Na segunda entrevista referiu não ter voltado por não querer reatar a história da VS/gravidez naquele momento, mas que depois se precisasse procuraria pela assistência em outro serviço.

#### INSTRUMENTO

Foi utilizado o tipo de entrevista semiestruturada, tendo sido realizadas cinco entrevistas: duas com Ana, uma com Bruna e duas com Clara. Em razão da complexidade de cada caso foram elaboradas entrevistas diferentes, totalizando quatro modelos de entrevistas. Isso aconteceu devido às especificidades de cada entrevistada. No caso de Ana que precisou dar continuidade à gestação; Bruna que já havia passado pelo serviço; e de Clara que optou pela interrupção da gestação, circunstâncias essas que influenciaram nos ajustes da entrevista para cada caso.

De uma forma geral, os aspectos investigados nas entrevistas diziam respeito à (ao): como chegou ao serviço hospitalar; o que tem pensado e sentido; se contou para

alguém o que lhe ocorreu; o que acha melhor para ela (interromper ou continuar a gestação); se houve mudanças em sua vida; como avalia a decisão que tomou, se recebeu ajuda de alguém e quais os desejos que possui para o futuro. Também foram utilizadas informações extraídas das fichas de notificação da VS, de avaliação psicológica e social usadas pelos profissionais do hospital.

#### PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para os dois casos (Ana e Clara) em que foi possível realizar as duas entrevistas, estas se deram num primeiro momento, no hospital em estudo e num segundo momento, após o desfecho da gestação (continuidade ou interrupção), as participantes puderam ser entrevistadas em local de sua preferência (no caso de Ana deu-se no hospital do estudo e no caso de Clara em uma universidade particular). Já para o caso de Bruna, em que foi feita entrevista única, esta foi realizada no hospital por escolha da participante.

Foram realizadas duas entrevistas, em momentos distintos, durante e após a internação hospitalar a fim de acompanhar os processos de desenvolvimento das vítimas, de uma fase para outra, apenas não sendo possível realizar as duas entrevistas em um caso. O contato com as participantes foi realizado em dois casos (Ana e Clara) pessoalmente, tendo se convencionado que as mulheres a participarem da pesquisa teriam que ter sido anteriormente atendidas pela primeira autora, que também atuava como psicóloga no hospital, aspecto este que refletiu positivamente na relação com as entrevistadas. Apenas em um caso (Bruna), o contato para participação na pesquisa foi feito por telefone pelo fato da vítima já ter sido atendida no hospital.

Estabeleceu-se *a priori* que o tempo de uma entrevista para a outra seria de 30 dias, pelas questões de restabelecimento das condições físicas, emocionais e sociais das vítimas. Mas, também por se tratar de uma pesquisa de mestrado, pelo risco de perder as participantes ao se estender mais esse período e pelo tempo estabelecido para a coleta. Contudo, ao iniciar as entrevistas, esse intervalo precisou ser ajustado à necessidade de vida da participante, tendo, no caso de Ana, a segunda entrevista ocorrido após um mês e seis dias e no caso de Clara após um mês e 19 dias. O tempo de duração das entrevistas variou entre 20 a 40 minutos, tendo sido todas gravadas e transcritas na íntegra.

Os dados das entrevistas foram analisados e sistematizados em tópicos, tomando-se como referência as orientações para a pesquisa com seres humanos da resolução 466/2012 que se incorporam na resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Foram definidos os seguintes tópicos: falar sobre a violência sexual em situação de pesquisa; a abordagem às participantes da pesquisa; o vínculo pesquisadora-participante; a condução da entrevista; a garantia da assistência psicológica; e o uso do TCLE em pesquisas com vítimas de VS que engravidaram, que serão discutidos a seguir.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **FALAR SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL EM SITUAÇÃO DE PESQUISA**

Estudos apontam que dentre os motivos mais recorrentemente apresentados pelas vítimas adultas para não denunciarem a VS ou mesmo não buscarem os serviços de assistência, estão a presença de sentimentos relacionados à agressão sofrida, como a vergonha pelo ocorrido e o medo de retaliação por parte do agressor (Bedone & Faúndes, 2007; Drezett, 2003; Faria, Araújo, & Baptista, 2008; Nunes & Morais, 2016a). Somado a esses aspectos, no caso das participantes entrevistadas nesse estudo, ainda tinha que se considerar os efeitos adversos da gestação não planejada e desejada, imposta pela VS, a qual as vítimas tiveram que lidar. Conforme descrito na literatura, a gravidez nessas situações configura-se como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres (Ministério da Saúde, 2012).

Diante da gravidez decorrente de VS, a escolha mais frequente das mulheres tem sido a interrupção da gestação (Bedone & Faúndes, 2007; Higa, Reis, & Lopes 2007; Mattar et al., 2007). No entanto, independentemente do desfecho ser o aborto legal ou a continuidade da gravidez, trata-se de uma experiência que requer novas organizações de vida e sentidos atribuídos em razão dos traumas sofridos pelas vítimas (Nunes & Morais, 2016b). Além disso, nos casos que se encaminhem para a interrupção, até que o aborto legal se realize é necessário passar pela avaliação da equipe de saúde, gerando uma espera cheia de ansiedade e angústia.

Considerando essa multiplicidade de fatores, que requerem o conhecimento e a compreensão por parte do pesquisador acerca das condições, da existência e da vivência do público pesquisado, no caso dos processos de subjetivação da experiência da VS/gravidez por parte das vítimas, como orienta a Resolução nº 466/2012 e também a Resolução 510/2016, é que se tomou alguns cuidados para se realizar esta pesquisa.

Inicialmente, esse cuidado foi tomado na forma de abordagem às mulheres em relação ao convite para participar da pesquisa, procurando ter uma postura empática e de respeito à situação das participantes. Além de procurar informá-las acerca do teor da pesquisa e dos princípios bioéticos da pesquisa com seres humanos. Posteriormente, os cuidados deram-se no que diz respeito à condução da entrevista, respeitando o tempo de fala e de pausa das entrevistadas, deixando-as livres para expressar suas percepções e emoções. Por último, no que se refere aos possíveis encaminhamentos decorrentes da pesquisa, em termos de assistência e de acompanhamentos de saúde ou outros.

Considera-se que o assunto da VS por si só pode representar risco emocional (e.g. ansiedade, insegurança, tristeza) para as participantes, em razão da complexidade do tema e do estresse psicossocial pelo qual essas mulheres poderiam passar durante as entrevistas ao descreverem a vivência da violência e da gravidez resultante, e de como ficariam após compartilhar essas experiências. Contudo, a circunstância de atuar como psicóloga no serviço e duas das participantes estarem em atendimento tornou o processo mais favorável para a abordagem às mulheres sobre a pesquisa e o convite. E mesmo no caso em que o contato se deu por telefone, o fato de atuar no hospital e estudar a temática foi importante para o aceite da participante.

Também foi dada atenção às informações sobre os princípios bioéticos, os objetivos e os procedimentos do estudo, de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos, reiterando-se para as participantes que as mesmas teriam garantida o sigilo sobre a sua

identidade e que poderiam desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo (e.g. à dimensão física, psíquica e moral). Estes aspectos, da mesma forma, mantêm-se preservados na nova resolução, descritos no Art. 9º ao tratar dos direitos dos participantes.

Estes informes foram muito importantes no caso da participante em que o contato foi feito por telefone, pois a questão do sigilo foi algo referido pela mesma durante a abordagem, tendo funcionado como um cuidado essencial, principalmente pelo fato de o contato não ter sido presencial. Considera-se que a explicação desses aspectos, de forma clara, empática e respeitosa, somados ao fato de ser profissional do hospital e estudiosa da temática contribuíram para o aceite da participante, como mostra este relato: *“Porque assim você explicou né, bem direitinho, que era um estudo, era um trabalho da faculdade e tudo. Então se é pra uma coisa boa não me custa nada”* (Bruna).

Em relação às outras participantes, observou-se menor atenção a esses aspectos, supõe-se que por conta de a atenção estar voltada para a situação de gravidez naquele momento. Além desse fator, devido ao fato da pesquisadora ser também profissional naquele serviço e isso poder representar segurança para elas.

#### **A ABORDAGEM ÀS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

A abordagem às participantes, em dois casos (Ana e Bruna), foi feita após encerrar-se o atendimento em psicologia realizado pela autora mestranda no hospital. Essa primeira abordagem dava-se de forma resumida, apenas para sinalizar para a participante sobre a existência da pesquisa, que não dizia respeito a uma etapa do atendimento dela, e que em outro momento ela seria convidada a participar da pesquisa e neste momento receberia mais informações sobre a mesma. Em todas essas etapas procurou-se ter uma postura respeitosa para com a situação da participante e empática em relação às suas vivências, deixando-as à vontade para decidir sobre participar ou não e de que a recusa não implicaria em danos ao seu atendimento no hospital. Após o aceite das participantes, as primeiras entrevistas foram realizadas e as mulheres foram informadas acerca das segundas, tendo dado liberdade para elas escolherem o local que mais se sentiriam confortáveis.

No caso em que o contato inicial foi feito por telefone, a pesquisadora procurou se apresentar primeiramente como psicóloga, que trabalhava no hospital da pesquisa, que estudava e trabalhava com a temática da VS e que estava realizando um estudo. Após esta apresentação, informou o teor da pesquisa e sobre como a participante foi localizada, sobre a confidencialidade de suas informações pessoais e de sua privacidade; bem como de que o local para a realização da entrevista seria de escolha dela e de que não precisava ser no hospital. Por preferência da participante, a entrevista deu-se no hospital, num dia de sábado, quando ela poderia optar por não querer voltar ao hospital, muito menos num dia como esse em que poderia estar fazendo outras coisas. A compreensão de que o hospital representava o ambiente mais seguro para a participante poder falar sobre a vivência de VS e suas consequências, e que o pesquisador precisava disponibilizar-se para essas situações, significaram expressões de cuidado para com a situação.

Avalia-se que o cuidado tomado no contato pessoal e no contato telefônico para a realização do convite a participar da pesquisa foi fundamental para o aceite e também para a construção do vínculo. Principalmente em relação à Bruna, participante que já

havia se desligado do hospital há 5 meses, teve-se muito cuidado quanto à abordagem e condução da entrevista, visto o tempo decorrido da experiência para a pesquisa. Embora o teor das entrevistas tenha sido extremamente mobilizador, visto os conteúdos que reportavam à vivência da violência, da gravidez e do desfecho (interrupção ou continuidade), acredita-se que a forma como foram tratadas desde o começo, a partir do convite, atenuaram a ansiedade ou estranheza, facilitando que as participantes se sentissem protegidas e à vontade na situação de pesquisa.

### **O VÍNCULO PESQUISADORA-PARTICIPANTE**

Conhecendo sobre a dificuldade de falar sobre a temática da VS/gravidez pelas vítimas e ainda mais se tratando de situação de pesquisa, convencionou-se que as participantes do estudo seriam mulheres que tivessem sido atendidas pela primeira autora. Tinha-se entendimento de que poderia ser um desgaste para a mulher ao buscar por ajuda/atendimento, segundo seu interesse, ser convidada a participar de uma pesquisa, que não esperava e dava-se de acordo com um roteiro diferente do atendimento em saúde.

Como já referido, na época, a primeira pesquisadora trabalhava como psicóloga no hospital em que a pesquisa foi realizada e fazia parte do Serviço de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sexual e Doméstica, responsável pelo atendimento de mulheres vítimas de VS e que engravidaram e buscavam a interrupção pelo aborto legal. Pensou-se em tal estratégia como forma de garantir o vínculo e a maior participação das mulheres, sobretudo porque se considerava a complexidade do tema, principalmente se tratado com pesquisador “desconhecido” e também o estresse psicossocial pelo qual essas mulheres tinham passado.

Contudo, como já abordado anteriormente, pela escassez da chegada de mulheres ao serviço, em um caso (Bruna) precisou-se adotar outra estratégia de contato, mas que em ambas as situações guiou-se pela relação de confiança entre a pesquisadora e a participante em todo o processo de pesquisa, no convite e na realização da(s) entrevista(s). Em todas elas, considerou-se como essencial para que as falas fluíssem, o *rapport* a ser estabelecido com as participantes, de modo a estar na mesma sintonia que elas, tornando a situação de entrevista numa conversa mais leve, sem sobrepor a figura da pesquisadora à da participante e de forma paciente, seguindo o ritmo dela.

Ressalta-se que esse manejo para com as entrevistas e construção do vínculo com as participantes muito se deve ao fato da primeira pesquisadora ser psicóloga, o que contribuiu em termos da condução da entrevista e também para que a participante sentisse o processo de uma forma mais amena, podendo falar detalhadamente sobre suas experiências sem que tivessem que ser perguntadas. Somado a isso, tinha ainda a circunstância das participantes terem muito o que falar em decorrência do que viveram, e o espaço em que se realizaram as entrevistas (no hospital ou externo a ele), que possibilitou que as participantes falassem livremente sem interrupções.

### **A CONDUÇÃO DA ENTREVISTA**

Durante a condução das entrevistas procurou-se atentar para as características da pessoa-participante da pesquisa. Seu ritmo e tom de fala, seu silêncio, suas pausas, suas expressões, sua respiração, suas emoções, respeitando cada particularidade por compreender a dificuldade para aquelas mulheres de falar sobre a vivência da VS, da

gravidez e do aborto nos dois casos. Também por entender que esses aspectos diziam muito sobre a forma como sentiam e percebiam a experiência e suas escolhas, sendo material de análise também para a pesquisa.

Em nenhum momento houve interrupção da gravação da entrevista por entender que esses aspectos também comunicavam algo sobre aquele momento na vida da vítima. Também por considerar que desligar o gravador poderia soar menos valia para com aquele sentimento. Deste modo, o gravador permaneceu ligado todo o tempo da entrevista e diante das reações de desânimo, choro, desespero, revolta, entre outras que estiveram presentes, procurou-se sempre devolver à participante conforto através das pausas na entrevista, no tom de fala, no toque, entre outros.

Acredita-se que as entrevistas foram capazes de possibilitar efeitos positivos nas participantes, oriundos do contexto de acolhimento, empatia e segurança no qual puderam falar sobre experiências tão envoltas de estereótipos, vergonha e medo, indizíveis para muitas pessoas; e, também ao fim das entrevistas poderem se sentir aliviadas por dividirem suas experiências.

#### **A GARANTIA DA ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA**

O pesquisador deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção, a fim de evitar dano ou atenuar seus efeitos, segundo as orientações das Resoluções 466/2012 e 510/2016. Neste sentido, outro cuidado importante adotado nesta pesquisa foi em relação aos possíveis riscos da pesquisa, entendendo como “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente” às participantes, que já se fazia presente na Resolução 466/2012 e mantém-se presente na Resolução 510/2016.

Tinha-se conhecimento de que as entrevistas poderiam despertar conteúdos (pensamentos e sentimentos) ainda não conhecidos e assimilados pelas mulheres e que para tanto seria necessário garantir a assistência psicológica se assim elas desejassem. Desta forma, assegurou-se a assistência psicológica à participante da pesquisa, tendo sido informadas ao fim de cada entrevista de que poderiam ser atendidas pelo serviço de psicologia do hospital no setor de acompanhamento ambulatorial caso alguma tivesse interesse. De acordo com a Resolução 466/2012 e a nova Resolução, a assistência ao participante da pesquisa deve ser prestada para atender danos imateriais decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa.

Nenhuma das participantes foi encaminhada para o serviço de ambulatório devido a danos acarretados pela pesquisa, mas todas foram informadas da importância desse atendimento e de que o serviço de psicologia do hospital poderia ser a referência para elas se posteriormente desejassem iniciar o acompanhamento. Além da garantia formal dessa possibilidade de assistência, tinha-se a preocupação de observar as reações das participantes em relação ao processo da entrevista. No sentido de que havendo a necessidade de apoio, esse seria realizado pela pesquisadora, visto o cuidado que se tinha para que as participantes ao término da entrevista estivessem bem.

## **O USO DO TCLE EM PESQUISAS COM VÍTIMAS DE VS QUE ENGRAVIDARAM**

A pesquisa atendeu às recomendações bioéticas para pesquisas com seres humanos no que diz respeito à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da instituição de origem das autoras, tendo sido aprovado conforme parecer de nº 625.809 de 25.04.2014 e do hospital pesquisado de nº 2310094836735/2013.

As participantes foram informadas sobre os princípios bioéticos e também sobre os objetivos e procedimentos do estudo quando convidadas para participar voluntariamente da pesquisa, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

O TCLE foi utilizado na sua forma convencional, por documento digitado com as informações sobre a pesquisa, nome dos pesquisadores e assinatura da participante. O documento foi lido e explicado para que não ficassem dúvidas, conforme prevê a Resolução 466/2012. A via do pesquisador foi guardada e a via da participante entregue a mesma, contudo em dois casos (Ana e Bruna) as mulheres não quiseram levar os termos supõe-se que para garantir o sigilo em torno da situação de VS/gravidez vivida.

A Resolução 510/2016 considera o contexto do qual faz parte o público pesquisado e sua vulnerabilidade, em decorrência de fatores individuais, psicológicos, econômicos, culturais, sociais ou políticos; e, também discorre sobre novas formas de consentimento e assentimento de pesquisa (documento em qualquer meio, formato ou mídia, como papel, áudio, filmagem, mídia eletrônica e digital). Dessa forma, prevê que a forma do registro do consentimento ou do assentimento livre e esclarecido, pode ser escolhida a partir das características individuais, sociais, linguísticas, econômicas e culturais do participante da pesquisa e em razão das abordagens metodológicas aplicadas.

Dessa forma, considera-se que o público de mulheres vítimas de VS que engravidaram, apresenta as características que tornariam mais adequada à situação outra forma de consentimento que não registrasse a violência e suas consequências em documento assinado por elas, uma vez que - como verificado - a história da VS/gravidez acarreta muito sofrimento e vergonha para essas mulheres, que guardam em segredo essas experiências.

A Resolução 510/2016 propõe, ainda, em seu Art. 4º, que o consentimento e assentimento para a pesquisa pode ser obtido ou registrado em qualquer fase de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante. Também que quando for inviável a realização do processo de Consentimento Livre e Esclarecido, a dispensa desse processo deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP para apreciação (Art. 14º). Desta forma, percebe-se uma maior abertura para as pesquisas em ciências humanas e sociais com grupos em contextos de vulnerabilidade, como no caso de mulheres vítimas de VS que engravidaram, sendo de grande relevância essas modificações para novas pesquisas com essas populações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo descreveu os procedimentos éticos adotados na pesquisa com mulheres que engravidaram decorrente de estupro, que ainda se coadunam com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e também mostrou que especificidades essa nova resolução traz para esse tipo de pesquisa. Procurou-se evidenciar que a discussão sobre a ética com essas participantes não deve se resumir ao aspecto legal, mas a atitudes que dizem respeito a todo o processo de pesquisa, tais como: a forma de abordagem das participantes; a condução e manejo das entrevistas; a postura empática e acolhedora da pesquisadora; a possibilidade de realização de encaminhamentos para a rede socioassistencial, dentre outros.

Sugere-se que é importante que esse tipo de pesquisa seja conduzido por alguém que tenha conhecimento profundo da temática da VS, experiência no manejo do sofrimento e acolhimento das vítimas, conhecimento das regulamentações acerca do atendimento de vítimas de VS (que engravidaram ou não) e que, preferencialmente, possua vínculo com o serviço de saúde onde as mulheres buscam ajuda. Sobre esse último aspecto, entende-se que ele é bastante necessário, pois impede que a vítima conte e reconte o ocorrido, uma vez que atrela a rotina de atendimento do serviço aos objetivos da pesquisa. Assim sendo, os papéis de psicóloga do serviço e pesquisadora se complementam em prol do bem-estar da mulher atendida.

Conclui-se reforçando a importância de se considerar as características individuais, sociais, econômicas e culturais da pessoa ou grupo de pessoas participante da pesquisa e as abordagens metodológicas aplicadas, como recomenda a recém-aprovada Resolução 510/2016 para as pesquisas em ciências humanas e sociais. A boa condução de todo o processo é que oferece maior garantia de que as participantes não sairão lesadas com a pesquisa. Mais do que não sair lesadas, a condução do processo sob essas diretrizes pode permitir que a situação de pesquisa contribua positivamente para o enfrentamento e a forma como cada mulher (re)significa a situação de violência sofrida e a gravidez decorrente.

## REFERÊNCIAS

- Bedone, A. J., & Faúndes, A. (2007) Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 465-469.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). *Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Autor.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). *Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016*. Brasília: Autor.
- Deslandes, S. F., Vieira, L. J. E. S., Cavalcanti, L. F., & Silva, R. M. (2016). Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 865-877.
- Drezett, J. (2003). Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2(1), 36-50.

- Duarte, D. A., & Almeida, M. G. M. (2010). Conhecimento dos profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(2), 279-287.
- Faria, A. L., Araújo, C. A. A., & Baptista, V. H. (2008). Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 1138-1143.
- Faúndes, A., Rosas, C. F., Bedone, A. J., & Orozco, L. T. (2006). Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(2), 126-135.
- Higa, R., Reis, M. J., & Lopes, M. H. B. M. (2007). Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas – SP. *Ciência Cuidado & Saúde*, 6(3), 372-376.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Mattar, R., Abrahão, A. R., Neto, J. A., Colas, O. R., Schroeder, I., Machado, S. J. et al. (2007). Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, 23(2), 459-464.
- Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nunes, M. C. A. (2014). *Gravidez advinda de estupro e seus desfechos: uma análise das vivências das mulheres que interromperam ou continuaram a gestação*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Fortaleza, Brasil.
- Nunes, M. C. A., & Morais, N. A. (2016a). Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. *Revista da SPAGESP*, 17(2), 21-36.
- Nunes, M. C. A., & Morais, N. A. (2016b). Estupro e gravidez: Relatos das vivências de mulheres antes e após o desfecho da gestação. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(4), 468-476.
- Oliveira, E. M., Barbosa, R. M., Moura, A. A. V. M., Kossel, K., Morelli, K., & Botelho, L. F. F. et al. (2005). Atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 376-382.
- Vieira, E. M. (2012). Aborto legal: o conhecimento dos profissionais e as implicações das políticas públicas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(1), 1-3.
- Villela, W. V., & Lago, T. (2007). Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2), 471-475.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman.

**Sobre as autoras:**

**Mykaella Cristina Antunes Nunes** é doutoranda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza e bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

**Normanda Araujo de Moraes** é docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza.

**E-mail de correspondência:** mykaellanunes@hotmail.com

*Recebido: 11/09/2017*

*1ª revisão: 11/11/2017*

*Aprovado: 20/11/2017*