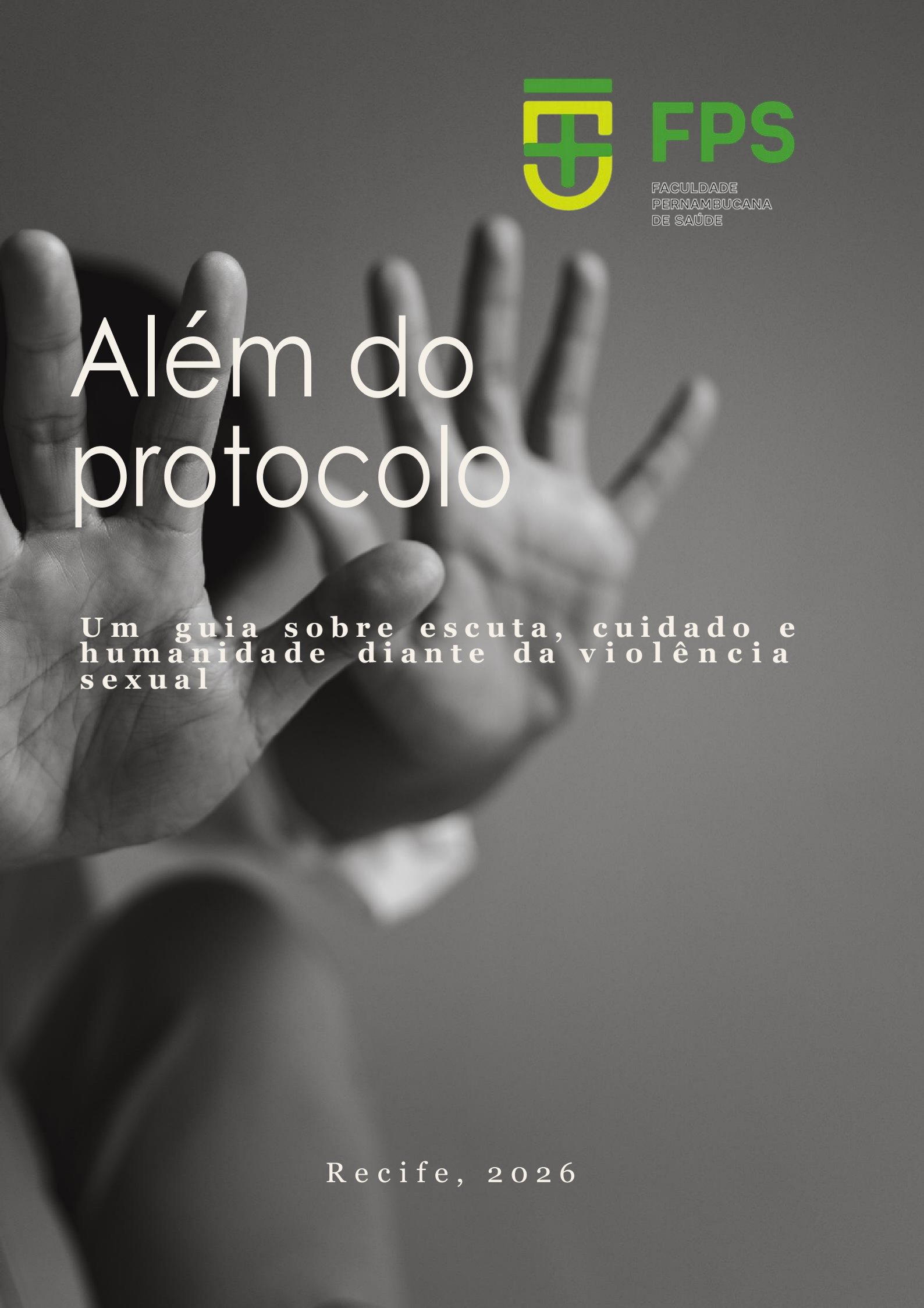


FPS
FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

Além do protocolo

Um guia sobre escuta, cuidado e humanidade diante da violência sexual

Recife, 2026

Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Além do protocolo

Um guia sobre escuta, cuidado e humanidade diante da violência sexual

Roteiro: Camila Tenório Gonçalves
Orientação: Prof. Dra. Juliana Monteiro Costa e Prof. Me. Eduarda Pontual Santos

Recife, 2026.

Além do protocolo - Um pequeno guia sobre escuta, cuidado e humanidade diante da violência sexual

Autoras



Camila Tenório Gonçalves: Psicóloga clínica (CRP 02/27189) e bacharela em Direito. Mestranda em Psicologia da Saúde pela FPS. Pós-graduada em Saúde Mental e Desenvolvimento Humano (PUC-PR), Saúde Mental e Psiquiatria (IPq-USP) e TCC (PUC-RS). Atua a partir das terapias cognitivas contextuais, dedicando-se ao estudo das interfaces entre sofrimento psíquico, cultura, gênero e violência.



Juliana Monteiro Costa: Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco. Membro do grupo de Trabalho "Famílias, Desenvolvimento Humano, Educação e Saúde da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). Coordenadora de Tutor do 5o Período de Psicologia da FPS. Tutora da extensão do curso de medicina da FPS. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS e Docente Colaboradora do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área da Saúde da FPS.



Eduarda Pontual Santos: Graduação em Psicologia (UNICAP-1998) e Mestrado em Saúde Materno Infantil (IMIP-2009). Coordenadora do 2º período de Psicologia da FPS. Coordenadora da Casa das Mães, do setor de Psicologia e do Centro Sony Santos do Hospital da Mulher do Recife. Psicóloga clínica e hospitalar do IMIP.

Ficha catalográfica

Ficha Catalográfica

Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

G635v	Gonçalves, Camila Tenório Vivências de mulheres vítimas de violência sexual em um centro de referência de Pernambuco. / Camila Tenório Gonçalves; orientadora Juliana Monteiro Costa; coorientadora Eduarda Pontual Santos. – Recife: Do Autor, 2026. 22 f. Guia ISBN: 978-65-6034-230-9 1. Violência sexual. 2. Saúde da Mulher. 3. Acolhimento Humanizado 4. Gênero. 5. Psicologia da Saúde. I. Costa, Juliana Monteiro, orientadora. II. Santos, Eduarda Pontual, coorientadora. III. Título. CDU 364.632-055.2(813.1)

Ficha catalográfica será elaborada pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

SUMÁRIO

Apresentação 06

Quem cuida precisa de cuidado 9

Cada lugar tem sua função 11

O tempo da escuta não cabe no protocolo 14

Não tratamos a violência sexual. Tratamos a pessoa 16

O que não fazer 18

Ninguém sustenta sozinho 20

Referências 22

APRESENTAÇÃO

Alguns trabalhos que exigem conhecimento técnico. Outros exigem resistência. Alguns exigem algo mais difícil e mais raro: continuar humano diante da dor que se repete.

Desde os primórdios da tradição literária ocidental, encontramos registros simbólicos contundentes do silenciamento das vozes femininas. Na Odisseia, de Homero, Telêmaco — filho de Ulisses e Penélope — dirige-se à mãe para ordenar que ela se retire e se cale, afirmando que a palavra pública não lhe pertence. Frequentemente analisada como uma das cenas fundadoras da cultura letrada ocidental, essa passagem inaugura também uma distribuição desigual da palavra, na qual às mulheres foi historicamente negado o direito de falar e, sobretudo, de serem ouvidas.

Foi com essa percepção que cheguei ao Centro Sony Santos. Durante dois meses, estive presente não apenas como pesquisadora, mas como alguém que esteve diante de mulheres tentando reorganizar a própria existência depois da violência. Ouvi histórias. Vi palavras faltarem. E compreendi que o problema não está somente na violência em si, mas em tudo aquilo que faz uma mulher acreditar que sua dor não encontrará lugar no mundo.

Este e-book nasceu desse percurso. É o produto técnico da pesquisa de mestrado intitulada "Vivências de Mulheres Vítimas de Violência Sexual em um Centro de Referência de Pernambuco", desenvolvida com o objetivo de que o conhecimento produzido no campo acadêmico pudesse chegar, de forma acessível e aplicável, às mãos de quem trabalha diariamente no acolhimento dessas mulheres.

Mais do que um estudo sobre violência sexual, a pesquisa nasceu como uma investigação acerca dos processos históricos, sociais e discursivos que produzem e sustentam o silenciamento das mulheres. Porque a violência, aqui, não se encerra no ato em si. Ela se prolonga na vergonha, no medo, no descrédito social, nas barreiras institucionais, na dificuldade de nomeação da experiência e na persistente deslegitimação de suas narrativas.

Nem todas as mulheres que participaram do meu estudo chegaram aos registros oficiais. Não porque a violência não tivesse acontecido, mas porque medo, vergonha, barreiras institucionais e uma cultura ainda pouco preparada para escutar produziram novos apagamentos. A violência, nesses casos, não deixou apenas marcas. Deixou vazios.

Quem trabalha no acolhimento encontra isso todos os dias. Nas conversas que tenho com profissionais sobre essa temática, uma cena se repete: a busca por respostas. Um desejo legítimo de tornar o encontro com tanto sofrimento menos angustiante, mais manejável. Os protocolos são fundamentais porque organizam fluxos, orientam condutas, reduzem danos. O problema começa quando se espera que deem conta de tudo. Nenhum manual consegue garantir aquilo que mais transforma uma experiência de acolhimento: a maneira como um ser humano olha para outro enquanto ele tenta narrar algo que quase não sobreviveu para contar. Nenhum profissional atravessa essas histórias sem ser afetado. Um dos maiores riscos do trabalho contínuo com a violência é justamente este: acostumar-se. Perder o espanto. e transformar a dor do outro em procedimento automático.

Este material nasce como recusa a isso. Recusa à ideia de que a violência sexual possa ser tratada apenas como fluxo institucional. Recusa à banalização do sofrimento feminino. Recusa à crença de que a escuta seja um detalhe secundário diante das urgências técnicas.

O que orienta estas páginas é o desejo de contribuir para uma compreensão fundamental: a escuta ética não transforma mulheres em personagens de uma narrativa de sofrimento permanente, nem as reduz à posição de vítimas como identidade definitiva. O que ela faz é deslocar o centro da responsabilidade. Quando uma mulher é efetivamente escutada, reconhecida e levada a sério, algo muda também em quem escuta. O profissional, a instituição e a própria sociedade deixam de ocupar o lugar confortável de quem apenas observa a violência à distância e passam a ser convocados a responder por aquilo que ouviram e, sobretudo, por aquilo que historicamente foi silenciado. Porque depois que uma dor é reconhecida, já não é mais possível sustentar a mesma indiferença.

A pesquisa cresceu em mim à medida que compreendi a centralidade dessas narrativas como expressão de existência, resistência e produção de sentido. Mais do que números, encontrei histórias. Histórias atravessadas por dor, mas também por ambivalências, tentativas de elaboração, sobrevivência e reconstrução. Por isso, proponho que este e-book possa ser lido também como um gesto — ainda que modesto — de amplificação. Um esforço para que essas vozes possam ecoar para além dos espaços restritos em que tantas vezes permanecem confinadas.

No mundo pelo qual eu luto, um material como este seria obsoleto e sua leitura provocaria espanto. A escuta não seria um privilégio concedido seletivamente e o acolhimento não dependeria da performance da vítima ideal. As instituições não reproduziriam novas formas de violência sob o nome de cuidado e as mulheres não precisariam gastar parte tão significativa de suas vidas tentando provar que aquilo que viveram realmente aconteceu. Nesse mundo, talvez este material não desaparecesse completamente. Talvez permanecesse como testemunho de um tempo que precisou ser transformado — um registro de estruturas que existiram, produziram sofrimento e foram, coletivamente, recusadas.

Busco, então, com muita cautela, não transformar a dor em dado frio, e contribuir para uma prática de acolhimento que dispute memória, reconhecimento e possibilidade de transformação.

E é por isso que, ao concluir este trabalho, não posso dizer que tenha sido um prazer desenvolvê-lo, pela crueldade do tema que ele enfrenta. Mas posso afirmar, com absoluta sinceridade, que foi uma grande honra escutar essas mulheres e ter a responsabilidade de transformar parte de suas histórias em algo que possa, agora, servir a outras.

QUEM CUIDA PRECISA DE CUIDADO

"Aquele que luta com monstros deve acautelar-se para não tornar-se também um monstro. Quando se olha muito tempo para um abismo, o abismo olha para você."
— F. Nietzsche

Começo com Friedrich Nietzsche porque há frases que explicam mais sobre o humano do que muitos manuais clínicos e, essa, fala diretamente sobre quem trabalha diante da violência. O abismo de que ele fala pode ser o contato prolongado e sistemático com o sofrimento humano em sua forma mais brutal e o que esse contato faz com quem o sustenta.

Na saúde, esse desgaste pode ser chamado de desgaste emocional, fadiga por compaixão ou, até, traumatização vicária. Mas existe algo mais difícil de nomear do que qualquer diagnóstico: o risco de endurecer aos poucos, de perder o espanto, de ouvir uma história devastadora com a mesma naturalidade de quem confere um formulário. Isso acontece de forma insidiosa, quando a repetição da violência encontra profissionais cansados e instituições que exigem produtividade até diante da dor humana.

Reconhecer esse risco é o que permite continuar sem se perder. O cuidado ético e sustentável começa quando as instituições compreendem que quem acolhe o sofrimento alheio não é imune ao peso do que escuta. Quem cuida também precisa ser cuidado. Não como concessão, mas como condição.

Vale, então, o questionamento, antes de pensarmos em protocolos: o que estamos dispostos a construir para que o cuidado não se transforme em exaustão solitária?

Há uma imagem bastante conhecida nas instruções de voo que, apesar de repetida, continua necessária: em caso de emergência, coloque primeiro a máscara de oxigênio em você antes de ajudar outra pessoa. Não porque o outro importe menos, mas porque alguém sem ar já não consegue sustentar cuidado algum.

No trabalho com violência sexual, isso também é verdade. Precisamos cuidar de quem acolhe não apenas para preservar profissionais, mas para preservar a própria possibilidade de humanidade dentro do cuidado. Porque, quando ninguém respira, a escuta endurece, a presença desaparece e a sobrevivência do outro corre o risco de virar apenas burocracia.



CADA LUGAR TEM SUA FUNÇÃO

Existe uma distinção que raramente aparece com clareza suficiente na formação dos profissionais de saúde, mas que define de maneira profunda a qualidade do cuidado oferecido: a diferença entre o papel clínico, o papel pericial e o papel terapêutico. Três lugares distintos, com linguagens distintas, com responsabilidades distintas. E confundi-los não é apenas um erro técnico. É um erro ético.

Quando uma mulher chega a uma unidade de emergência após uma situação de violência sexual, o que ela encontra ali não deveria ser um tribunal. O foco do atendimento emergencial é acolher, oferecer profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis e para gravidez indesejada, tratar as lesões físicas presentes e garantir que ela saia dali com mais suporte do que trouxe. O corpo que chegou machucado precisa de cuidado. A pessoa que chegou em crise precisa de presença. O foco daquele encontro não deveria ser submeter a mulher a uma lógica de prova ou a um julgamento investigativo sobre a veracidade do relato.

No contexto da perícia médico-legal, a função é outra e igualmente legítima: reunir e documentar vestígios físicos que possam subsidiar a investigação criminal. O olhar é forense, o registro é técnico e preciso, e o objetivo é oferecer à Justiça elementos materiais que ela não poderia obter de outra forma. Já no setting clínico de acompanhamento continuado, o tempo é diferente, o vínculo é diferente e o que se constrói ali também é diferente. Não se trata de coletar informações nem de documentar vestígios, mas de oferecer condições para que uma pessoa possa, no seu próprio ritmo, elaborar aquilo que viveu. O instrumento principal não é o protocolo nem o laudo. É a relação.

Há ainda uma distinção que merece atenção especial: estabelecer responsabilidade penal ou afirmar juridicamente a ocorrência do crime não é atribuição da área da saúde. Ao profissional de saúde cabe descrever achados clínicos, compatibilidades e elementos técnicos relevantes, sem ultrapassar os limites éticos e legais da sua função. Dizer que determinados achados são compatíveis com violência sexual é profundamente diferente de afirmar, de maneira conclusiva, que a violência ocorreu, e essa diferença define os limites do que nos compete afirmar.

Quando esse limite é ultrapassado, os efeitos se fazem sentir em múltiplas direções. Laudos que afirmam mais do que os achados sustentam podem fragilizar processos judiciais e comprometer a credibilidade do próprio sistema de proteção. Ao mesmo tempo, a exigência implícita de que o corpo da mulher apresente provas visíveis e inequívocas para que ela seja levada a sério reproduz, dentro do espaço de cuidado, a mesma lógica de desconfiança que ela já enfrentou antes de chegar até nós.

Porque a ausência de lesões físicas não é ausência de violência.

Boa parte das violências sexuais não deixa marcas detectáveis no exame físico, e isso não invalida o relato. Invalida apenas a expectativa de que o corpo sempre testemunhará a seu favor de maneira legível.

Escutar alguém para oferecer cuidado é diferente de escutar alguém para produzir evidência. Quando esses lugares se confundem, o risco é que o encontro clínico deixe de ser espaço de acolhimento e passe a reproduzir a lógica interrogativa que tantas mulheres já enfrentaram antes mesmo de chegar ao serviço.

Compreender esses papéis com clareza não diminui a responsabilidade do profissional de saúde. Amplia-a. Dentro do espaço clínico, a função não é investigar a veracidade do que foi dito, mas oferecer cuidado àquele ser humano que está ali. No contexto pericial, o rigor técnico precisa ser exercido com consciência de que laudos têm consequências reais sobre vidas reais. E no acompanhamento terapêutico, a presença precisa ser sustentada com paciência suficiente para que o tempo da pessoa seja respeitado, mesmo quando ele não coincide com o tempo da instituição.

Isso também exige que abandonemos uma fantasia muito comum nos contextos de cuidado: a ideia de que um único profissional dará conta de tudo. Nenhum atendimento isolado resolve integralmente os efeitos de uma violência sexual. O trabalho ético começa justamente quando compreendemos que fazemos parte de uma rede maior e que a qualidade do cuidado depende, muitas vezes, da capacidade de cada profissional reconhecer os limites e a importância da própria função.

Nem sempre caberá a nós investigar. Nem sempre caberá a nós acompanhar a longo prazo. Nem sempre caberá a nós produzir prova. Mas sempre caberá a nós fazer, com responsabilidade e humanidade, aquilo que aquele lugar nos convoca a fazer.

Saber exatamente onde se está e o que aquele lugar exige é, em si, uma forma de cuidado.

O TEMPO DA ESCUTA NÃO CABE NO PROTOCOLO

Escutar alguém em situação de violência vai muito além de coletar informações, preencher lacunas de um prontuário ou organizar cronologias. Existe algo profundamente ético na escuta porque ela interrompe, ainda que por alguns instantes, a solidão de quem sofreu. Muitas mulheres chegam aos serviços de saúde depois de passarem tempo demais tentando explicar a própria dor e encontrando dúvida, minimização ou desconfiança. Algumas ouviram que exageraram. Outras aprenderam a suspeitar de si mesmas. Há quem tenha sustentado sozinha uma violência inteira porque o entorno parecia mais confortável em desacreditá-la do que em reconhecer aquilo que aconteceu.

Por isso, acolher significa oferecer um espaço em que alguém consiga existir sem precisar disputar credibilidade enquanto tenta organizar o próprio sofrimento. A escuta começa antes das palavras. Ela aparece na qualidade da presença, na forma como alguém olha, espera, responde e suporta o tempo do outro sem apressá-lo. Existe cuidado quando o profissional compreende que experiências traumáticas frequentemente chegam fragmentadas, atravessadas por pausas, esquecimentos, contradições e silêncios, porque o trauma desorganiza a linguagem e altera a maneira como a memória é registrada e narrada.

Escutar eticamente é sustentar aquilo que ainda não consegue ser plenamente dito. É compreender que ninguém elabora uma experiência traumática sob frieza, ameaça ou desconfiança e que acolher também significa produzir segurança. A técnica continua sendo indispensável, mas ela ganha outra dimensão quando atravessada pela capacidade de permanecer diante do sofrimento humano sem transformar dor em interrogatório ou sobrevivência em burocracia.

E isso também exige uma mudança importante na forma como entendemos o cuidado. O que está em jogo não é resolver a violência, apagar rapidamente seus efeitos ou conduzir a pessoa até um lugar que imaginamos ideal. O trabalho clínico consiste em ajudar alguém a construir condições de pensamento sobre a própria experiência, no tempo dela, com os recursos dela e a partir do lugar subjetivo em que ela se encontra.

Isso aparece de forma muito clara quando pensamos na culpa. Muitas mulheres sabem, intelectualmente, que não foram responsáveis pela violência que sofreram. O profissional explicou. Elas ouviram. Em algum nível racional, compreendem isso. E ainda assim não conseguem sentir dessa maneira. Porque a culpa raramente nasce apenas do evento traumático. Ela costuma ser construída muito antes, em uma cultura que ensina mulheres a vigiarem o próprio corpo, a própria roupa, a própria circulação, como se evitar a violência fosse responsabilidade delas.

Por isso, o cuidado nem sempre exige respostas rápidas ou interpretações brilhantes. Muitas vezes, exige paciência suficiente para sustentar um vínculo em que, aos poucos, a experiência de não ser culpada possa deixar de ser apenas uma informação compreendida cognitivamente e se tornar algo emocionalmente vivido.

Em muitos casos, o que mais repara uma experiência de violência não é apenas a intervenção correta, embora ela seja fundamental, mas a experiência rara de encontrar alguém capaz de permanecer presente diante da dor sem desviar o olhar.

NÃO TRATAMOS A VIOLÊNCIA SEXUAL. TRATAMOS A PESSOA.

Há uma advertência que precisa acompanhar qualquer trabalho clínico com violência sexual: nós não tratamos a violência em abstrato. Tratamos a pessoa que está diante de nós. E essa diferença muda profundamente a maneira como escutamos, observamos, perguntamos e compreendemos aquilo que aparece no encontro clínico.

Quando alguém chega ao consultório com insônia persistente, ansiedade difusa, libido ausente ou uma dor que resiste ao diagnóstico orgânico, ela não chega como "um caso de violência sexual". Chega como uma pessoa específica, com uma história específica, um corpo específico e uma maneira singular de ter atravessado aquilo que viveu. A violência pode atravessar muitos dos sintomas apresentados, mas ela não esgota quem aquela pessoa é nem deve se transformar no único eixo organizador do cuidado.

O sofrimento costuma aparecer de forma múltipla e pouco organizada. Numa mesma sessão, alguém pode falar da dificuldade para dormir, mencionar casualmente um episódio vivido anos antes, descrever uma disfunção sexual atribuída a outro fator e trazer uma tristeza que ainda não consegue nomear. Nada disso surge em sequência lógica. Nada vem acompanhado de explicações claras. E o trabalho clínico exige justamente a capacidade de permanecer diante dessa multiplicidade sem a urgência de organizá-la antes do tempo.

O que orienta o cuidado, portanto, é a atenção aos sintomas e à forma como eles se apresentam naquela pessoa concreta. Insônia precisa ser manejada como insônia. Comportamento suicida exige avaliação de risco imediata. Automutilação demanda cuidado específico. A urgência clínica existe mesmo quando a história ainda está fragmentada e quando certos acontecimentos ainda não puderam ser simbolizados ou narrados.

Com o tempo, à medida que o vínculo se constrói e o espaço terapêutico se torna seguro, aquilo que estava encapsulado começa a emergir. Surge devagar, em fragmentos, em comentários aparentemente desconectados, em emoções que inicialmente parecem não fazer sentido. E quando isso acontece, o profissional precisa estar preparado para receber essa experiência sem espanto, sem julgamento e sem precipitar interpretações que a pessoa ainda não consegue sustentar emocionalmente.

Existe uma diferença importante entre aquilo que o clínico já consegue perceber e aquilo que a pessoa ainda consegue suportar saber sobre si mesma. O cuidado exige sensibilidade para sustentar essa distância sem invadi-la. Significa permanecer presente sem pressionar, oferecer espaço sem exigir revelações e construir condições para que algo possa ser pensado antes mesmo de conseguir ser plenamente dito.

O que está em jogo não é resolver a violência ou conduzir rapidamente alguém até uma suposta superação. O trabalho clínico consiste em ajudar aquela pessoa a construir condições de pensamento sobre a própria experiência, no tempo dela, com os recursos dela e a partir do lugar subjetivo em que ela se encontra. Isso exige abrir mão da ilusão de controle que, às vezes, acompanha os modelos excessivamente técnicos de cuidado e da expectativa de que existam passos universais capazes de produzir resultados previsíveis.

O cuidado com pessoas que viveram violência raramente acontece de forma linear. Há avanços, interrupções, retornos, silêncios e percursos muito singulares. E cada percurso pertence à pessoa que o atravessa.

Nosso papel não é definir esse caminho por ela. É garantir que ela não precise percorrê-lo sozinha.

O QUE NÃO FAZER

Até aqui, este ebook caminhou de forma deliberadamente aberta. Falou de postura, de ética, de presença, de limites entre papéis. Falou sobre o que orienta o cuidado sem prescrever exatamente como ele deve acontecer. É possível que esse caminho tenha frustrado alguns leitores que esperavam algo mais direto, mais operacional, mais próximo de um roteiro.

Essa abertura foi intencional.

Porque não existe matemática no sofrimento humano. Não existe protocolo capaz de antecipar cada mulher que entrará por aquela porta, com aquela história específica, naquele momento específico de sua vida. Cada pessoa é um mundo. Cada atendimento é um encontro singular. E qualquer material que prometa exatidão diante disso estará, de alguma forma, mentindo.

Dito isso, há um território onde a diretividade é não apenas possível, mas necessária: o das condutas que sabidamente produzem dano. Aquilo que, independentemente da singularidade de cada caso, não deveria acontecer. O que a evidência, a ética e a escuta acumulada ao longo desta pesquisa indicam como práticas que ferem antes de cuidar.

É sobre isso que este tópico trata.

- **Não pergunte o que ela fez para provocar.**
  Nem com essas palavras, nem com nenhuma variação delas. Perguntas sobre o comportamento anterior da vítima, sobre o que ela vestia, onde estava, com quem, por que foi, por que ficou, por que não saiu antes, transferem responsabilidade para quem sofreu a violência e reproduzem, dentro do espaço de cuidado, a mesma lógica que a violência já exerceu.

- **Não demonstre incredulidade.**
  Expressões faciais, silêncios prolongados, perguntas que exigem que o relato se justifique a si mesmo, comentários sobre incoerências na narrativa — tudo isso sinaliza desconfiança. E a pessoa que está ali já carrega, muitas vezes, a dúvida sobre se será acreditada. Confirmar esse medo dentro do serviço de saúde é uma segunda violência.

Não minimize.

Frases como "mas poderia ter sido pior", "pelo menos você está bem", "o importante é que você sobreviveu" pretendem consolar e frequentemente fazem o oposto. Elas interrompem o sofrimento antes que ele possa ser reconhecido. Minimizar não alivia a dor. Ensina à pessoa que ela não deveria senti-la.

Não apresse o relato.

O trauma não se organiza em linha reta. A pessoa pode falar devagar, voltar atrás, perder o fio, silenciar por minutos inteiros. Isso não é confusão — é a forma como memórias traumáticas se apresentam. Interromper, completar frases, demonstrar pressa ou impaciência fragmenta ainda mais o que já chegou fragmentado.

Não exija detalhes desnecessários.

Perguntar sobre detalhes do ato violento além do que é clinicamente necessário para o atendimento não é apuração de informação. É exposição. Cada detalhe desnecessariamente solicitado obriga a pessoa a revisitar o que viveu sem nenhum propósito terapêutico ou de cuidado.

Não ofereça sua opinião sobre o agressor.

Comentários sobre o agressor, sobre o relacionamento, sobre escolhas passadas da vítima ou sobre o que ela deveria ter feito não cabem dentro do setting de cuidado. Não é o papel do profissional de saúde julgar nenhuma das partes. É oferecer cuidado a quem está ali.

Não prometa o que não pode cumprir.

Dizer que "vai dar tudo certo", que "a Justiça vai resolver" ou que "ele vai pagar pelo que fez" são promessas que o profissional de saúde não tem condições de garantir. Quando não se cumprem, e muitas vezes não se cumprem, a pessoa carrega também a decepção de ter acreditado em algo que não aconteceu.

Não trate o silêncio como problema a ser resolvido.

O silêncio dentro de um atendimento pode ser elaboração, pode ser medo, pode ser exaustão, pode ser a única forma que aquela pessoa encontrou de estar presente sem se despedaçar. Preenchê-lo compulsivamente com perguntas ou com confortos verbais pode interromper algo que estava, silenciosamente, acontecendo.

Não descuide de si.

Este último item não é sobre o que não fazer com a paciente. É sobre o que não fazer consigo. Não ignorar o próprio desgaste. Não tratar a exaustão emocional como sinal de fraqueza. Não atravessar essas histórias todas sozinho, sem supervisão, sem espaço de elaboração, sem ninguém que também pergunte como você está.

NINGUÉM SUSTENTA SOZINHO

Serviços de atendimento imediato

180 — Central de Atendimento à Mulher (24h, todos os dias)

192 — SAMU (emergências médicas)

193 — Bombeiros

190 — Polícia Militar

100 — Disque Direitos Humanos

Organizações não governamentais de referência nacional

Instituto Maria da Penha
www.institutomariadapenha.org.br

Themis — Gênero, Justiça e Direitos Humanos
www.themis.org.br

CFEMEA — Centro Feminista de Estudos e Assessoria
www.cfemea.org.br

SOS Corpo — Instituto Feminista para a Democracia
www.soscorpo.org.br

Cunhã Coletivo Feminista
www.cunha.org.br

Instituto Patrícia Galvão
www.agenciapatriciagalvao.org.br

Recursos digitais e plataformas de apoio

Mapa do Acolhimento — www.mapadoacolhimento.org
Conecta mulheres em situação de violência a psicólogas e advogadas voluntárias.

Direitos Delas — www.direitosdelas.org.br
Informação jurídica acessível sobre direitos das mulheres.

Think Olga — www.thinkolga.com
Pesquisa e comunicação sobre segurança e direitos das mulheres.

Serviços de referência em Recife

Centro de Referência Especializado Sony Santos
Atendimento a mulheres em situação de violência: acolhimento psicossocial, orientação jurídica e encaminhamentos para a rede de proteção.
Telefone: (81) 2011-0118

Casa Abrigo Clarice Lispector
Acolhimento temporário para mulheres em risco de vida por violência doméstica. Moradia protegida, acompanhamento psicossocial e jurídico.
Telefone: (81) 3355-3008

Defensoria Pública de Pernambuco — NUDEM
Assistência jurídica gratuita: medidas protetivas, separação, guarda, alimentos.
Telefone: (81) 3183-3400
www.defensoria.pe.def.br

DEAM Recife — Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
Rua Dona Maria Augusta Novaes, s/n, Derby, Recife.
Telefone: (81) 3184-3914

Legislação de referência

Lei Maria da Penha — Lei 11.340/2006
Mecanismos de proteção contra a violência doméstica e familiar.

Lei 13.505,/2017
Estabelece diretrizes para o atendimento policial e pericial especializado às mulheres em situação de violência, reforçando a necessidade de escuta qualificada e acolhimento humanizado.

Lei 12.845/2013
Obriga hospitais públicos a oferecerem atendimento emergencial e integral a vítimas de violência sexual, incluindo profilaxias e interrupção legal da gravidez.

REFERêNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 25 maio 2025.

KLEIN, L. B. et al. Trauma-and violence-informed empowering care for sexual assault survivors. Journal of Forensic Nursing, v. 20, n. 3, p. 166-173, 2024. DOI: https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000483.

MACHADO, Liandre Padilha; FREITAG, Vera Lucia. Cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência sexual: uma revisão integrativa da literatura. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, e33210212595, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12595.

MELO, C. M.; SOARES, M. Q.; BEVILACQUA, P. D. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. Ciência G Saúde Coletiva, v. 27, n. 9, p. 3715-3728, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07242022.

SLADE, M. et al. Post-traumatic growth in mental health recovery: qualitative study of narratives. BMJ Open, v. 9, n. 6, e029342, 2019. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029342.

TEIXEIRA, Fernanda Ferreira et al. Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde: desafios para a integralidade do cuidado. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 3, e220253, 2023.

TROMBETA, Natane Cristina; FERRET, Jhainieiry Cordeiro Famelli. Da palavra ao acolhimento: a escuta qualificada com vítimas de violência sexual. Revista UNINGÁ Review, v. 28, n. 3, p. 180-184, out./dez. 2016.