



Ministério da
Saúde

Governo
Federal

UFMA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA REDE CEGONHA

MARCELY BRITO VALPORTO

**IMPLANTAÇÃO DE FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AS
GESTANTES VITIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA MATERNIDADE
BENEDITO LEITE**

São Luís – MA

2018

MARCELY BRITO VALPORTO

**IMPLANTAÇÃO DE FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AS
GESTANTES VITIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA MATERNIDADE
BENEDITO LEITE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof.^a. Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias.

São Luís – MA

2018

MARCELY BRITO VALPORTO

**IMPLANTAÇÃO DE FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AS
GESTANTES VITIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA MATERNIDADE
BENEDITO LEITE**

Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Obstetrícia ao Curso de Especialização em Obstetrícia Rede Cegonha da Universidade Federal do Minas Gerais e Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: ____/____/____

Nota: _____

Prof.^a Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias (Orientadora)

Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Maria do Carmo Rodrigues

Doutoranda em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dra.

Universidade Federal de Minas Gerais

Dedico este trabalho aos meus pais Manoel Valporto Filho e Maria Rita Brito Valporto que sempre me apoiaram nos meus estudos.

A meu esposo Marcos Diego e meu filho Diego Manoel que me amparam e me ajudaram a superar os momentos difíceis. Dedico também à equipe de gestão da Maternidade Benedito Leite pelo apoio e colaboração em especial à coordenadora de enfermagem, Kelma Lucena, e aos diretores Hilmar Hortegal e Manoel Caldas Pimentel.

Aos amigos que contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho. É sempre bom aplicar um pouco dos conhecimentos adquiridos na construção de uma sociedade melhor que estime os reais valores.

AGRADECIMENTOS

Primeiro à Deus que permitiu chegar até aqui e acreditar na pessoa que sou;

Aos meus pais por todo apoio e incentivo;

A meu esposo pela paciência e colaboração;

A meu filho pela sua compreensão nos momentos que me fiz ausente;

Ao Ministério da Saúde, ao Hospital Universitário Materno Infantil, à Maternidade Maria do Amparo, à Universidade Federal do Maranhão, a Universidade Federal de Minas Gerais, Ministério da Saúde e ao corpo docente do Departamento de Enfermagem; pela disponibilidade do campo de estágio.

À minha orientadora Prof^a Luzinea de Maria Pastor Santos Frias pela disponibilidade, apoio e orientação neste trabalho.

Aos professores e preceptores do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para que este sonho se tornasse realidade.

RESUMO

Introdução: A Violência sexual é problema global, generalizado, com consequências significativas para a saúde física e psicológica das vítimas e quando ocorre na gestação o impacto é mais significativo, pois vai refletir tanto na saúde da mulher, como na do recém-nascido. **Objetivo geral:** implantar um fluxograma de atendimento na Maternidade Benedito Leite para gestantes que sofreram violência sexual. **Objetivos específicos:** Acolher as mulheres que sofrem violência solidariamente tornando o atendimento mais humanizado, buscando minimizar a dor, evitar os agravos e reduzir a exposição da pessoa que sofreu a violência. Os profissionais da saúde devem estar capacitados a detectar riscos, identificar a violência não declarada, assistir e acompanhar as mulheres em situação de violência. **Metodologia:** Projeto de Intervenção que foi realizado no período de abril a dezembro de 2017, foi realizado o diagnóstico situacional da Instituição permitindo a identificação de “nós críticos”, entre elas, a ausência da sistematização, para atenção às mulheres em período de gestação parto e pós-parto que sofreram violência. Para que o projeto intervisse no processo de trabalho houve a necessidade de ações e estratégias, onde foi dividida em etapas, a primeira foi a realização do diagnóstico situacional; na segunda, apresentação do projeto de intervenção aos gestores; na terceira, realização de palestras com os funcionários da recepção, agentes de portaria, maqueiro, serviços gerais; na quarta, apresentação da primeira versão do fluxograma e sua aplicabilidade com a equipe multiprofissional; na quinta, treinamento com os enfermeiros do Acolhimento e Classificação de Risco baseado em evidências científicas, protocolos já existentes na unidade e aperfeiçoamento dos testes rápidos; a sexta etapa compreende a realização de oficina com os enfermeiros e assistentes sociais sobre notificação; na sétima etapa, apresentação da versão final do fluxograma. **Resultados:** As ações e estratégias permitiram a implantação do fluxograma tornando um instrumento de trabalho e ajudou a equipe multiprofissional na sua aplicabilidade, dessa forma o atendimento às gestantes vítimas de violência sexual tornou-se sistematizado, ágil, dinâmico e acima de tudo humanizado e acolhedor, foi avaliado o quantitativo das fichas de notificação onde houve um grande crescimento. Conclui-se que a unidade de saúde está preparada para receber mulheres vítimas de violência, embora ainda tenha necessidade de proporcionar treinamentos permanentes.

Palavras chave: Violência sexual. Acolhimento. Classificação de Risco.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence is global, widespread problem, with significant consequences for the physical and psychological health of the victims and when it occurs during pregnancy the impact is more significant because it will reflect both women's health, as in the newborn. **General objective:** deploy a service flowchart in Maternity Benedito Leite for pregnant women who have experienced sexual violence. **Specific objectives:** To accept women suffering violence jointly making the humanized care in order to minimize the pain, prevent injuries and reduce the exposure of the person who suffered the violence. Health professionals should be trained to identify risks, identify unreported violence, assist and accompany women in situations of violence. **Methodology:** Intervention Project which was conducted in the period April to December 2017, was held the situational diagnosis of the institution enabling the identification of "critical nodes", among them the lack of systematization, to care for women in childbirth gestation period and postpartum who have experienced violence. For the project intervened in the work process there was the need for action and strategies, which was divided into stages, the first was the completion of the situation analysis; in the second, presentation of the intervention project managers; in the third, lectures with the reception staff, concierge staff, stretcher bearer, general services; on Wednesday, presenting the first version of the flow chart and its applicability to the multidisciplinary team; Thursday, training nurses Childcare and Risk Rating based on scientific evidence, existing protocols in the unit and improvement of rapid tests; the sixth stage consists of making workshop with nurses and social workers on notice; in the seventh stage, presentation of the final version of the flow chart. **Results:** The actions and strategies allowed the flowchart deployment becoming a working tool and helped the multidisciplinary team in its applicability, therefore care to pregnant women victims of sexual violence became systematic, agile, dynamic and above all humane and welcoming the quantity of the notification records where there was a large growth was evaluated. We conclude that the health unit is ready to receive women victims of violence, although it still has need to provide permanent training.

Keywords: Sexual assault. Host. Risk rating.

LISTA DE SIGLAS

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ALCON – Alojamento Conjunto

DIU – Dispositivo Intrauterino

DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organizações das nações Unidas

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SRPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica

SUS - Sistema Único de Saúde

USG – Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO	11
3 PROBLEMATIZAÇÃO	13
4 OBJETIVOS	14
4.1 Objetivo geral	14
4.2 Objetivos específicos	14
5 METAS	14
6 JUSTIFICATIVA	15
7 REFERENCIAL TEÓRICO	16
8 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	19
8.1 Tipo de estudo	19
8.2 Participantes /Público alvo	19
8.3 Período do Projeto de Intervenção	19
8.4 Recursos	20
8.5 Cenário do projeto de intervenção	20
8.6 Ações / Etapas do Plano de Intervenção	20
9 ORÇAMENTO	22
10 CRONOGRAMA	23
11 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO	24
12 RESULTADOS PRELIMINARES	24
13 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICES	28
ANEXOS	35

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública de grandes dimensões, independe da idade, nível educacional, raça ou classe econômica, a violência contra a mulher está presente e causa repercussões na sua saúde merecendo lugar de destaque entre as preocupações cotidianas, assim como nas políticas governamentais dos países. Neste sentido, a violência tem sido tratada no âmbito da segurança pública e da justiça e também como objeto de movimentos sociais. A violência contra mulher pode caracterizar-se de diversas formas: física, doméstica, psicológica, moral, patrimonial e econômica e sexual.

A Violência sexual contra a mulher é um problema global, generalizado, com consequências significativas para a saúde física e psicológica das vítimas e quando ocorre na gestação, o impacto é mais relevante, pois vai refletir tanto na saúde da mulher como na do recém-nascido.

Para Maldonado (2005):

gravidez é um período de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher grávida e de todos que participam do processo de nascimento, em especial, do companheiro e futuro pai. É um período de transição, de mudanças de identidade e de papéis sociais, em que são necessárias novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra a relevância e o tratamento especial que deve ser dado à violência contra a mulher, uma vez que estimativas mostram que pelo menos um quinto da população feminina mundial já sofreu violência física ou sexual em algum momento de sua vida (MENEZES, 2012).

No Brasil, assim como em outros países, a violência sexual constitui um sério problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina. De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2016) do Ministério da Saúde, no período de 2009 a 2014 foram notificados 720.076 casos de violência sexual em todo o país, dos quais 481.105 casos tiveram como vítimas mulheres.

É necessário que todos os membros da equipe de saúde estejam empenhados em contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher, em todas as fases do atendimento. No entanto, os dados mostram que os serviços disponíveis não atendem às necessidades das pessoas que passam por tal situação.

O estudo realizado por Souto *et al.* (2017), revelou que mesmo aqueles procedimentos já nos serviços estabelecidos nos programas de saúde, tem um percentuais mínimos de realização, tais como: prevenção de gravidez não desejada com uso de contracepção de emergência 1,3%; Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), 6,4% das vítimas fizeram profilaxia de DST's, 7,1% profilaxia de HIV, 4,8% profilaxia de Hepatite B.

Portanto o objetivo deste estudo é implantar um fluxograma de atendimento para gestantes que sofreram violência sexual na Maternidade Benedito Leite. Acolher as mulheres que sofrem violência solidariamente tornando o atendimento mais humanizado, buscando minimizar a dor, evitar os agravos e reduzir a exposição da pessoa que sofreu a violência. Os profissionais da saúde devem estar capacitados a detectar riscos, identificar a violência não declarada, assistir e acompanhar as mulheres em situação de violência.

2 APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

A maternidade Benedito Leite, localizada no município de São Luís - MA, teve sua inauguração em 21 de julho de 1940, pelos senhores Benedito Clementino de Sirqueira Moura e Carmelito Amaral de Mattos, que muito trabalharam em benefício deste hospital e recebeu esse nome em homenagem ao então governador da época Benedito Leite. Com sede inicial na Rua do Norte, Centro; posteriormente, em 2014, mudou-se para o bairro da Cohab.

É uma instituição estadual, que presta atendimento de urgência/emergência e também aos partos de baixo risco. Possui 74 leitos distribuídos nos seguintes setores: 08 leitos no pré-parto, 58 leitos no ALCON sendo 32 no AICON normal e 26 no ALCON cesárea), 08 leitos na Observação/Curetagem. Há ainda 04 leitos na SRPA no Centro Cirúrgico Obstétrico, onde as puérperas ficam em observação após o parto cesáreo, e são liberadas para o ALCON após 3 horas.

A maternidade oferece ainda os serviços de vacinação, ultrassonografia, testes do pezinho, da orelhinha e do coração, registro civil, Grupo Sentinela para planejamento reprodutivo, programas Primeiro Olhar e Pequeno Maranhense, atendimentos a vítima de violência sexual, entre outros, totalizando 7.396 procedimentos mensais, 1.805 média de consultas mensal e 409 média de partos/internação mensal.

Especificamente, o local de realização do projeto é no pré-parto, o qual possui 08 leitos, 02 salas de parto e uma sala de cuidados neonatais. Além disso, tem como porta de entrada 01 sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e 01 sala de avaliação obstétrica. Atualmente, possui uma equipe formada por 12 Enfermeiros Obstetras e 54 médicos obstetras.

A equipe que presta assistência à parturiente no pré-parto é constituída por 03 médicos obstetras, 02 enfermeiros (as) obstetras, 02 neonatologistas e 04 técnicos de enfermagem, em escala de 12 horas de plantão. No alojamento conjunto, a equipe de enfermagem é composta de uma enfermeira e três técnicos de enfermagem por turno de trabalho.

São Luís, capital do estado do Maranhão, localizado na região Nordeste, tem uma população aproximada de 1.082.935 habitantes (Estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE 2016) e, em relação ao Sistema Único de Saúde,

funciona como Gestão Plena do Sistema, tendo como gestor a Secretaria Municipal de Saúde.

O município de São Luís atualmente conta com 95 Equipes de Saúde da Família e está dividido em 07 distritos, sendo o distrito do Tirirical o qual a maternidade faz parte, com 16 Unidades de Saúde da Família vinculadas. A gestante que faz acompanhamento do seu pré-natal em uma dessas unidades já é referenciada para a maternidade pelo programa Rede Cegonha, realizando visitas *in loco*.

3 PROBLEMATIZAÇÃO

A Maternidade Benedito Leite atende mulheres tanto da grande São Luís, como do interior do Estado. Sendo assim, a Instituição é espaço de procura de mulheres gestantes em situação de violência sexual, quer seja por encaminhamento de outras Instituições ou acompanhadas de familiares.

Na experiência como enfermeira no setor de Acolhimento e Classificação de Risco pude presenciar algumas mulheres nessa situação, onde era visível a dificuldade de toda a equipe para cuidar das mulheres, tanto pelo desconhecimento do processo de acompanhamento que envolve a atenção emocional, psicológica, como também no seu aspecto técnico e jurídico. Neste sentido, era urgente intervir nessa realidade possibilitando à mulher gestante em situação de violência sexual e também a seus familiares, um atendimento digno, humanizado e com competência técnica. Diante dessas inquietações e no sentido de tentar modificar esse quadro na Maternidade Benedito Leite é que se realizou esse projeto.

A inserção no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonhas proporcionou a possibilidade de num processo de trabalho coletivo que iniciou com o diagnóstico situacional da Instituição colocar a questão em foco, não só como proposição, mas dentro de um entendimento de grupo da importância de atender à mulher num momento tão delicado da sua vida.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Implantar um fluxograma de atendimento às gestantes que sofreram violência sexual, na Maternidade Benedito Leite no município de São Luís - MA.

4.2 Objetivos específicos

- ✓ Proporcionar atendimento humanizado e multidisciplinar às gestantes que sofreram de violência sexual;
- ✓ Identificar as gestantes vítimas de violência sexual com agilidade e eficácia no setor de ACCR;
- ✓ Fazer notificação de todos os casos de violência nas gestantes utilizando a ficha de notificação compulsória.

5 METAS

- ✓ Capacitar e sensibilizar 100 % da equipe multidisciplinar construindo um modelo de atendimento humanizado e acolhedor;
- ✓ Aumentar 90% do quantitativo de notificações.

6 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema para o projeto de intervenção está alicerçada tanto na atuação como enfermeira da Maternidade Benedito Leite, como por ser aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonhas, portanto visa trazer contribuições para a Instituição de trabalho, bem como para as mulheres, alvos da ação.

Entendemos que o projeto é relevante e necessário, pois a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública e uma afronta aos direitos humanos e sua ocorrência na gestação torna-se ainda mais grave pelas repercussões que podem acontecer com a mulher e seu filho. As consequências biopsicossociais são difíceis de mensurar, embora afetem a maioria das vítimas e suas famílias. Na esfera emocional, a violência sexual produz efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. Para a saúde, os danos do abuso sexual são expressivos, com particular impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva.

A gravidez, decorrente do estupro, destaca-se pela complexidade de reações e sentimentos que provoca, tanto para a vítima como para a sociedade. Geralmente é encarada como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres. Para completar o preocupante quadro, grande parte das sobreviventes da violência sexual é infectada por DST/AIDS, somando-se severas consequências físicas e emocionais, readaptação ao convívio social, ansiedade e distúrbio na imagem corporal (FAUNDES *et al*, 2006).

O projeto justifica-se também, pois a implantação de um fluxograma de atendimento às gestantes vítima de violência, poderá proporcionar um atendimento sistematizado, ágil, dinâmico levando à identificação dos casos precocemente e encaminhar a mulher ao serviço e acompanhamento específico.

Sendo assim, o fluxograma a ser implantado deve responder ao atendimento real e que a equipe possa assumir como instrumento de trabalho, garantindo a melhoria do acolhimento às gestantes que sofreram violência e que conseqüentemente buscam um atendimento qualificado e humanizado.

7 REFERENCIAL TEÓRICO

A violência contra a mulher refere-se a qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. Dessa forma, a violência contra as mulheres é uma manifestação da relação de poder historicamente desigual entre homens e mulheres. Entre todos os tipos de violência existentes contra a mulher no mundo, aquele praticado no ambiente familiar é um dos mais cruéis e perversos. O lar, identificado como local acolhedor e de proteção, passa a ser, nesses casos, um ambiente de perigo contínuo, que resulta em um estado de medo e ansiedade permanentes (BRASIL, 1994).

A violência doméstica e familiar contra mulheres é a tradução real do poder e da força física masculina e da história de desigualdades culturais entre homens e mulheres que, por meio dos papéis estereotipados, legitimam ou exacerbam a violência (SANTO; NAKANO; LETTIERE, 2010).

Envolta no emaranhado de emoções e relações afetivas, a violência doméstica contra a mulher mantém-se, até hoje, como uma sombra em nossa sociedade. No Brasil, quase 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano, sendo 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 4 por minuto e uma a cada 15 segundos. Em 70% dos casos, o agressor é uma pessoa com quem ela mantém ou manteve algum vínculo afetivo. As agressões são similares e recorrentes, acontece nas famílias, independente de raça, classe social, idade ou de orientação sexual de seus componentes (BRASIL, 2008).

No Estado do Maranhão, os dados em relação à violência revelam uma realidade assustadora para as mulheres. Os assassinatos de mulheres no Maranhão são os mais altos, de acordo com os Atlas da Violência, do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA, 2017). Foi o estado onde este crime mais cresceu entre 2005 e 2015, indo na contramão de estados como São Paulo, onde houve redução de 35%, e Rio de Janeiro, 28%. No Maranhão, o aumento foi de 130%. Foram mais de mil mulheres assassinadas no estado. Em Sergipe o aumento foi de 117%, Rondônia de 103%, Amazonas de 98%, Tocantins de 95%, Rio Grande do Norte de 95% e Pará, 81%.

No que concerne à violência sexual, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013, *online*), a caracteriza como “todo ato sexual ou tentativa de obtê-lo sem seu

consentimento, utilizando-se coerção ou intimidação, como força física, grave ameaça, uso de armas e pressão psicológica”.

Tal violência não é recente na história da humanidade, ocorrendo em contexto sociohistórico de relações de gênero que condicionam mulheres a posição hierarquicamente inferior na escala de perfeição metafísica, produzindo campo de relações assimétricas entre homens e mulheres em nossa sociedade, em que mulheres são ainda vítimas de preconceito e discriminação (SILVA, 2010).

O ex-secretário da ONU, Kofi Annan (2011, s/n) afirmou:

que a violência contra as mulheres causa enorme sofrimento; deixa marcas nas famílias, afetando as várias gerações; e empobrece as comunidades. Impede que as mulheres realizem as suas potencialidades, limita o crescimento econômico e compromete o desenvolvimento.

Verifica-se, portanto, que esse tipo de violência contra a mulher constitui grave problema de saúde pública e exige olhar diferenciado de profissionais e, principalmente, do poder público. Mesmo sendo difícil calcular o impacto exato de todos os tipos de violência sobre sistemas de saúde ou seus efeitos na produtividade econômica em todo o mundo, evidências apontam que vítimas de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde. Isso gera custos de tratamento significativamente mais altos, e durante toda a vida essas vítimas necessitam mais frequentemente de atendimentos de emergência, em comparação aos que não sofreram tais abusos (MENEZES, 2003).

A violência sexual ou atividade sexual além de violar direitos humanos, pode acarretar graves prejuízos à saúde das vítimas, como problemas físicos e psicológicos imediatos e/ou tardios. Atinge ambos os sexos, todas as faixas etárias, grupos sociais, étnicos, diferentes níveis socioeconômicos, educacionais e religiosos. Entretanto, as vítimas mais frequentes são do sexo feminino, principalmente crianças, adolescentes e mulheres jovens (GOMES, FALBO NETO, VIANA, & SILVA, 2006; RIBEIRO, FERRIANI, & REIS, 2004; FAUNDES, ROSAS, BEDONE, & OROZCO, 2006; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, & COUTO, 2006; INOUE&RISTUM, 2008). A violência sexual contra a mulher é baseada no gênero, com origem no desequilíbrio de poder entre homens e mulheres (FAUNDES *et al.*, 2006; GIFFIN, 1994). Afirmo Brasil (2012), que essa é uma compreensão que remonta a uma trama de raízes profundas, produz consequências traumáticas e indelévels para quem a sofre. Por atravessar períodos históricos, nações e fronteiras territoriais, e permear as mais diversas culturas,

independente de classe social, raça-etnia ou religião, guarda proporções pandêmicas e características universais.

Para a vítima de violência sexual, as consequências podem ser múltiplas. Incluem comprometimento da saúde física e mental, traumas físicos (ex. ginecológicos), gravidez indesejada, risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e AIDS. Além disso, vítimas de violência sexual são mais vulneráveis a outros tipos de violência, transtornos sexuais, uso de drogas, prostituição, estresse pós-traumático, depressão, sentimento de culpa, ansiedade, isolamento, estigma, baixa autoestima e suicídio (RIBEIRO *et al.*, 2004; INOUE&RISTUM, 2008).

As sobreviventes da violência sexual esperam muito mais que a simples aplicação de protocolos de conduta. Esperam receber atenção digna e respeitosa. Cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel no destino dessas mulheres. E o exercício ético e responsável de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos (DREZETT, 2003, p. 36-50).

8 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

8.1 Tipo de estudo

O trabalho é um projeto de intervenção que tem como finalidade implantar um fluxograma de atendimento às gestantes vítimas de violência na maternidade Benedito Leite em São Luís –MA (ANEXO A).

O projeto de Intervenção, de acordo com Paz *et al.* (2013, p.5) é “uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá a intervenção, ou seja, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas da realidade”. Sendo assim, é necessário o conhecimento da realidade a qual se pretende intervir, e segundo a autora citada, os projetos nascem do desejo de mudança. Nesse sentido, as propostas devem iniciar a partir de um diagnóstico situacional, para a identificação de problemas, ou “nós críticos”, e então propor mudanças que fizerem necessárias.

8.2 Participantes /Público alvo

Os envolvidos neste projeto de intervenção são, de forma direta, todos os profissionais que compõem o quadro de profissionais da maternidade Benedito Leite, portanto envolve tanto os profissionais que prestam cuidados diretos à mulher, como aqueles que atuam na portaria, na vigilância, nos serviços de limpeza, no entanto, o alvo da proposta são as mulheres no processo de gestação que sofrem violência e que precisam ser acolhidas, que o atendimento seja ágil, assim como as pessoas que acompanham as mulheres e que também poderão ser beneficiadas com a proposta.

8.3 Período do Projeto de Intervenção

O plano de intervenção foi implantado na Maternidade Benedito Leite no período de abril a dezembro de 2017.

8.4 Recursos Humanos

- Apoio e incentivo da coordenação de enfermagem na aplicação do plano de intervenção;
- Apoio e participação dos profissionais da unidade;
- Apoio e colaboração dos outros setores da unidade.

8.5 Cenário do projeto de intervenção

O projeto de intervenção será aplicado na Maternidade Benedito Leite no bairro da Cohab, na cidade de São Luís do Maranhão.

8.6 Ações / Etapas do Plano de Intervenção

A proposta iniciou em várias etapas, sendo que se considerou como primeira a realização do diagnóstico situacional da Instituição, onde foi possível conhecer de forma efetiva a realidade na qual já atuava, mas, que não tinha a apreensão da sua totalidade. Por outro lado, o diagnóstico proporcionou a interação com gestores e profissionais de outros setores permitindo a identificação de “nós críticos”, entre eles, a ausência de sistematização para a atenção às mulheres em período de gestação, parto e pós-parto que sofrem violência, onde foi possível a proposição de estratégias que permitisse as mudanças necessárias e garantindo que a proposta tivesse o caráter coletivo (APÊNDICE A).

2ª ETAPA - Apresentação para os gestores do projeto de intervenção. Essa etapa, foi bastante significativa, não só pela anuência dos participantes para a proposta, como pelas contribuições dos gestores para sua melhoria (APÊNDICE B).

3ª ETAPA – Realização de palestra com funcionários da Recepção, Agentes de Portaria, Maqueiro, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros do setor de Acolhimento e Classificação de Risco, Serviço Social, Supervisores, Obstetras. Totalizando uma média de 22 participantes, que teve a finalidade de apresentar o funcionamento do fluxograma, baseado na realidade da Maternidade e em evidências científicas. (APÊNDICE C).

4ª ETAPA – Apresentação da primeira versão do fluxograma e discussão da sua aplicabilidade com a equipe multiprofissional (APÊNDICE D).

5ª ETAPA - Treinamento com a equipe do Acolhimento e Classificação de Risco baseado em evidências científicas e protocolos já existentes na unidade; enfatizando a importância do fluxograma que, tornou-se uma ferramenta na assistência de enfermagem. Destacou-se também a necessidade da riqueza em detalhes nos registros do boletim de atendimento e a forma de acolher as vítimas no momento mais delicado que se encontram. Para finalizar essa etapa, no treinamento foi realizado um aprimoramento de testes rápidos, pois foi inserido mais três testes com a implantação do fluxograma, sendo eles; Sífilis, Hepatite B e C, pois a rotina anteriormente era realizar apenas o teste rápido para HIV. Participaram 13 profissionais envolvendo enfermeiro e técnico de enfermagem (APÊNDICE E).

6ª ETAPA – Oficina com profissionais de saúde (Enfermeiros e Assistentes Sociais) sobre a ficha de notificação compulsória (APÊNDICE F)

7ª ETAPA – Apresentação da versão final do fluxograma (APÊNDICE G).

9 ORÇAMENTO

DESPESAS			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Cartucho para impressora preto	02 unidades	R\$ 28,00	R\$ 56,00
Cartucho para impressora colorido	01 unidade	R\$ 35,00	R\$ 35,00
Papel A4	02 resmas	R\$ 17,00	R\$ 34,00
Grampos galvanizados	01 caixa	R\$ 4,40	R\$ 4,40
Capa Dura do Projeto	05 unidade	R\$ 39,00	R\$ 195,00
Impressão de cartazes	03 unidades	R\$ 10,00	R\$ 30,00
Transcrição do material	1 unidades	R\$ 50,00	R\$ 50,00
TOTAL			R\$ 413,40

11 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO

O acompanhamento do plano de intervenção será através da avaliação dos boletins de atendimento, quantitativo de fichas de notificação no setor de epidemiologia e depoimentos de aceitação do fluxograma pelos funcionários da unidade observados pelos relatos dos mesmos.

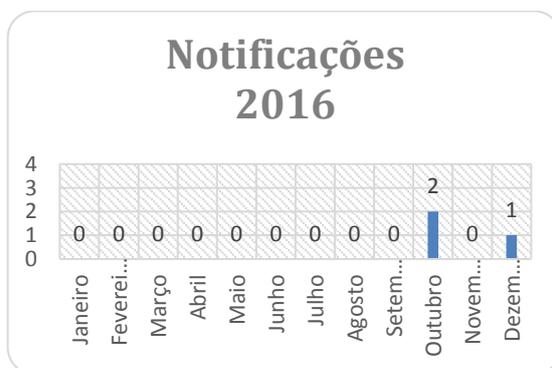
Avalia-se que a instituição teve um ganho significativo para a melhoria da assistência às gestantes vítimas de violência sexual, favorecendo a redução do número de novos casos.

12 RESULTADOS PRELIMINARES

Após os treinamentos e capacitações realizadas, pode-se observar que o fluxograma foi bem aceito pela equipe multiprofissional, o mesmo proporcionou a inserção de serviços ainda não implantados, sendo eles; apoio psicológico, testes rápidos de Sífilis, Hepatite B e C, o que contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência às gestantes vítimas de violência sexual, tornando um atendimento sistematizado, ágil, dinâmico e acolhedor.

Dessa forma, gerou um aumento do quantitativo de preenchimento das fichas de notificação, sendo que dessa forma o sistema do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificações) pode ser alimentado. Atualmente o fluxograma encontra-se em funcionamento. No entanto, faz-se necessário maior engajamento de todos e treinamento contínuos, assim como, a capacitação de todos os profissionais da instituição. Isso pode ser comprovado pelos gráficos 1 e 2 a seguir:

Gráfico 1 - Notificações 2016



Fonte: A autora (2017)

Gráfico 2- Notificações 2017



Fonte: A autora (2017)

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do Plano de Intervenção, assumimos o desafio de implantar o fluxograma de violência sexual na Maternidade Benedito Leite e o envolvimento dos profissionais de diversos setores, de forma direta ou indireta para melhoria na qualidade da assistência integral visando que mais pessoas pudessem ser contempladas. Foi possível promover ações e estratégias que realmente contribuíssem para aplicabilidade do fluxograma e registros das notificações dos casos de gestantes vítimas de violência sexual.

Sendo este um Projeto de Intervenção, acredita-se que os objetivos alcançados mostram a eficácia do mesmo e aponta para a necessidade de ações subsequentes relacionadas a essa temática. Também ficou evidente que a equipe de funcionários da maternidade contribuiu para o crescimento do plano de intervenção com a boa aplicabilidade do instrumento, mas requer uma avaliação contínua junto aos gestores para que não venha interferir na continuidade do plano, de modo que se entenda que aos poucos a problematização deixa de ser um obstáculo e passa a promover melhoria no processo de trabalho, por ser participativa, cooperativa e exigir um percentual elevado de tempo gasto com atividades de ordem prática. Isto porque, para se construir um novo conhecimento que seja capaz de ser utilizado como modificador da realidade institucional, é fundamental que os profissionais tenham a certeza da sua efetiva utilização nos locais de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ANNAN, Kofi. **O Dia Internacional para Eliminação da Violência contra as Mulheres**. Disponível em: <www.onu-brasil.org.br/busca.php>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília; 2016. Disponível em:<<http://bit.ly/20WwQ2n>>. Acesso em: 03 out. 2017.
- _____. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher: “CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ”**. 1994. Disponível em:<www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm>. Acesso em: 02 out. 2017
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 2012.
- _____. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/** Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) - Brasília: Secretaria de Estado de Saúdedo Distrito Federal, 2008.
- DREZETT, J. Sexual violence against woman and impact on the sexual and reproductive health. **Revista de Psicologia da UNESP**, n 2, p. 36-50, 2003.
- FAUNDES, A., ROSAS, C. F., BEDONE, A. J., & Orozco, L. T. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 28, 2006, 126-35.
- GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 1994, 10(1), 146-155.
- GOMES, M. L. M., Falbo Neto, G. H., Viana, C. H., & Silva, M. A. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, 2006, 6(1), S27-S34.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO D E GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2016**. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- INOUE, S. R. V., & RISTUM, M. Violência Sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia**, 2008, 25, 11- 21.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS E APLICADAS (Ipea). **Atlas da Violência**. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series>>. Acesso em: 20 dez.2017.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. Petrópolis: Vozes, 2005.

MENEZES TC, Amorim MMR, Santos LC, Fagundes A. **Violência física doméstica e gestação**: resultados de um inquérito no puerpério. RBGO [Internet]. 2003 Jun. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n5/16815.pdf>>. Acesso: 17 nov. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. QUEM. **Violência sexual: fortalecendo a resposta do setor de saúde**. Genebra; 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/1TScJUi>>. Acesso em: 03 dez. 2017

PAZ, A. A. M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em: 21 out. 2017.

RIBEIRO, A. M., FERRIANI, M. G. C., & REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004.

SANTO LN, NAKANO MAS, LETTIERE A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm** [online]. 2010 Jul-Set. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a02v19n3.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2017.

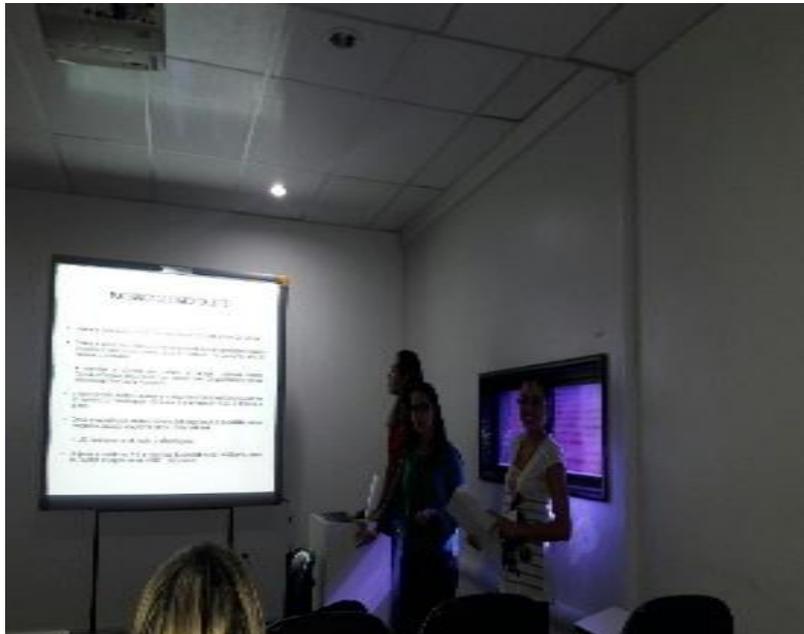
SCHRAIBER, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., & Couto, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde pública**, 2006.

SILVA, SG. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicol Cienc Prof**. 2010;30(3):556-71.

SOUTO, RMCV et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(9):2909-2918, 2017 Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-2909.pdf>> Acesso em: 18 nov. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Apresentação do diagnóstico situacional da instituição



APÊNDICE B – Apresentação aos gestores da Maternidade Benedito Leite



APÊNDICE C – Palestra sobre violência sexual com funcionários da maternidade



APÊNDICE D – Apresentação da primeira versão do Fluxograma



APÊNDICE E – Treinamento com a equipe de Acolhimento e Classificação de risco



APÊNDICE F – Oficina com enfermeiros e serviço social sobre ficha de notificação



ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado(a) VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
Verificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Anos	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestação 1 - Prévia 2 - Prévia 3 - Prévia 4 - Não se aplica	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado	
	14 Escolaridade 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (contar primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (contar primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (contar primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (contar primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (contar secundário ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (contar secundário ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto, casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares				
	Dados da Pessoa Agravada	31 Ocupação		32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		34 Possui algum tipo de deficiência/transorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
35 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento					
Dados de Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito	
	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	41 Número	42 Complemento (apto, casa, ...)		43 Geo campo 3	
	44 Geo campo 4		45 Ponto de Referência	46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		48 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 90 - Ignorado		
	49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008	

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE BENEDITO LEITE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de intervenção intitulado **“IMPLANTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AS GESTANTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DA MATERNIDADE BENEDITO LEITE, SÃO LUÍS-MA**, da especializanda **MARCELY BRITO VALPORTO** do Curso Cegonhas (UFMA/UFMG). A orientação do projeto é de responsabilidade da Prof^a Luzinéia de Maria Pastor Santos Frios, o qual terá o apoio desta Instituição.

São Luís, 30 de Agosto de 2017.

Kelma H. Aguiar Lucena
Coord. Enfermagem
COREN-MA 154808

Kelma Henrique Aguiar de Lucena
Coordenadora de Enfermagem