

CRISTINA CALDEIRA CUNHA SILVA TORRES

**Uma proposta para Assistência de Enfermagem à Mulheres Vítimas da Violência
Sexual na Saúde da Família**

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2011

CRISTINA CALDEIRA CUNHA SILVA TORRES

Uma proposta para Assistência de Enfermagem à Mulheres Vítimas da Violência Sexual na Saúde da Família

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Helena Terenzi Seixas

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2011

CRISTINA CALDEIRA CUNHA SILVA TORRES

Uma proposta para Assistência de Enfermagem à Mulheres Vítimas da Violência Sexual na Saúde da Família

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Helena Terenzi Seixas

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Denise Helena Terenzi Seixas

Prof^a. Fernanda Carolina Camargo

Aprovado em Belo Horizonte: 04/02/2012

Agradeço a minha família em especial à minha mãe, “Dona Hilda”, que sempre estimulou e acreditou que eu venceria todos os desafios.

Ao meu marido Antônio Fábio, pelo seu amor, carinho e dedicação. Aos amigos Alan, Juliana e Raquel, pelas difíceis caminhadas nestes dois anos juntos.

A todos os professores e tutores, por oportunizar espaços de reflexão e produção de conhecimento que enriqueceram esta caminhada.

RESUMO

O Ministério da Saúde preconiza um atendimento integral e humanizado às mulheres vítimas de violência sexual. Definiu-se como objetivo, discutir a violência sexual contra a mulher e as perspectivas de atuação das equipes de saúde da família, com ênfase as intervenções de enfermagem. Para a abordagem metodológica do presente estudo, serão desenvolvidas duas etapas. A primeira etapa relaciona-se a uma revisão da literatura atual sobre a temática violência sexual e suas abordagens para enfermagem na ESF, e a segunda etapa consiste na elaboração de protocolo assistencial tendo como base o conteúdo identificado no levantamento bibliográfico. O protocolo proporcionará maior autonomia, organização e confiança na sua área de atuação, podendo também facilitar tanto o trabalho individual, como o da equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Violência sexual, mulheres, enfermagem

ABSTRACT

The Health Department advocates an integrated and humanized service for women who were victims of sexual violence. The objective of the study is to discuss this sexual violence against women, as well as the perspectives of the health teams who support this women, especially the nurses. The approach and methods in this study will be done in two phases. The first phase includes a review of the actual bibliography of sexual violence and related nurse practices in ESF. The second phase is about developing a nurse assistance protocol based on the results of the literature review. This protocol will give the nurses more autonomy, organization, and confidence in their practices, improving their individual and team results.

Key Words: Sexual violence, Woman, Nursing

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	8
2. OBJETIVOS -----	11
2.1 Objetivo Geral -----	11
2.2 Objetivos específicos -----	11
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS -----	12
3.1 Método -----	12
3.2 Metodologia-----	12
3.2.1 Revisão de literatura -----	12
3.2.2 Elaboração do Protocolo-----	13
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO -----	14
4.1 Violência Sexual Contra a Mulher e o papel dos Serviços de Saúde-----	14
4.2 A Lei Maria da Penha -----	17
4.3 As ações de Enfermagem frente à Violência Sexual contra a Mulher -----	18
4.4 Protocolo de Assistência de Enfermagem Para Mulheres Vítimas Da Violência Sexual para uma equipe de Saúde Da Família -----	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	24
REFERÊNCIAS -----	25
ANEXOS -----	27
Anexo 1 -----	27
Anexo 2 -----	28

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento sócio econômico (BRASIL, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar>) define violência como "o uso intencional da 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"

A Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU considera como violência contra a mulher "todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada" (BRASIL, 2005).

Entre os diferentes tipos de violência que a mulher contemporânea têm sido submetida, a violência sexual apresenta-se em evidência para os serviços de saúde, frente às medidas assistenciais imediatas necessárias (Schraiber *et al.*, 2002). Haja vista que, atualmente a violência sexual contra a mulher tem sido foco de diversos estudos no mundo inteiro, buscando discutir a dimensão e a gravidade do problema (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

No Brasil, não existem dados precisos a respeito de crimes sexuais. Acredita-se que os registros das delegacias correspondam somente a 10 a 20% dos casos que realmente acontecem (Drezett e col., 1999; Saffioti e Almeida, 1995 *apud* Campos e Schor, 2008, p.2). Estudos indicam que a maior parte dessa violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado, levando essa condição a uma possível subnotificação (Brasil, 2002 *apud* Campos e Schor, 2008, p.2).

Segundo OLIVEIRA (2007), o Brasil apresenta os seguintes dados: 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica, que pode incluir além da agressão física, danos psicológicos e morais e a violência sexual; a cada minuto, uma mulher é agredida/violentada em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relação de afeto; as estatísticas disponíveis e os registros nas delegacias especializadas de crimes contra a mulher demonstram que 70% dos casos acontecem dentro de casa e que o agressor é o próprio marido ou companheiro.

Nos últimos 20 anos, foram criados no Brasil serviços voltados para a questão, como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), da gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando for o caso (Schraiber *et al.*,2002).

Em Belo Horizonte, existe a COMDIM (Coordenadoria dos Direitos da Mulher), que tem por objetivos elaborar, propor e coordenar as políticas municipais que assegurem o atendimento às necessidades específicas da mulher. Para tanto, desenvolve programas, serviços e ações afirmativas que visam a promoção e defesa dos direitos da mulher, a superação das desigualdades e o combate às diferentes formas de discriminação de gênero. Para o desenvolvimento de suas atribuições, a COMDIM promove a articulação de redes de entidades parceiras ligadas às diferentes esferas do poder público, organizações não governamentais e movimentos organizados da sociedade civil (COMDIM, 2011).

Nos últimos anos, vêm avançando os esforços para o reconhecimento da prevalência da violência contra a mulher e sua caracterização como fenômeno social, colocando desafios a todos que lidam com o problema. Por ser complexa, a resposta à violência contra a mulher, exige força de vontade e a contribuição da equipe multiprofissional, dos setores sociais e comunitários e dos governos nacional e municipal. Estes esforços vêm ajudando a construir um amplo campo de reflexão e ação, que coloca o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos dentro das diferentes áreas de atuação de políticas públicas, envolvendo fortemente serviços e profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher, vem atuando em duas estratégias: capacitar e equipar os serviços a diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada ampliando e desenvolvendo os serviços especializados ou de referência. A atualização das condutas e indicações aponta para a valorização do acolhimento, das estratégias de adesão e consolidação da eficácia das abordagens. Assim, mais e mais mulheres e pessoas em situação de violência encontrarão resposta adequada dos profissionais e estabelecerão vínculos de confiança com os serviços e este é, sem dúvida, um dos principais fatores que incidirão sobre a prevenção, a busca precoce de orientação e o apoio e a eficácia da assistência (BRASIL, 2005).

No Brasil, a violência sexual constitui um sério problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina. A violência baseada em questões de gênero é também uma violação dos direitos humanos. Nos serviços de saúde, a mulher violentada sexualmente necessita de acolhimento, fator fundamental para a

humanização da assistência à saúde e essencial para que se estabeleça um relacionamento adequado entre o profissional e a usuária (Higa *et al.*, 2008).

A mulher, entre os gêneros tem sido mais vulnerável à violência sexual, e por isso tem merecido a atenção por parte dos profissionais, principalmente de enfermagem que, na sua trajetória prática e em qualquer ambiente de trabalho, se defrontam com essa situação, que exige conhecimento específico e habilidades para realizar esse cuidar como expressão humanizadora da enfermagem, com um poder transformador, que deve ser sentido e vivido por parte de quem cuida e de quem é cuidado (Ramalho *et al.*, 2010).

Diante de um relato em uma consulta individual e da dúvida de como agir numa situação de conflito, no trabalho cotidiano como enfermeira na equipe Saúde da Família José Fortunato Mendes, surgiu o interesse na discussão deste tema atual e polêmico. O problema está na falta de um protocolo orientando o profissional sobre o que fazer na Unidade de Saúde para ajudar essa paciente, minimizando sua angústia e sofrimento.

Considerando-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pretende ser uma reorientação do modelo assistencial em saúde, é importante amparar as equipes para o enfrentamento da violência sexual nos seus territórios de abrangência. Nesse sentido, o presente estudo objetiva analisar a literatura atual sobre as abordagens da violência sexual contra a mulher e propor protocolo assistencial para esses casos no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família, com ênfase na atuação da enfermagem.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Discutir a violência sexual contra a mulher e as perspectivas de atuação das equipes de saúde da família, com ênfase as intervenções de enfermagem.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar a literatura atual sobre violência sexual contra a mulher e suas abordagens na Estratégia Saúde da Família

Propor protocolo de Assistência de Enfermagem às Mulheres Vítimas de Violência Sexual para uma equipe da Saúde da Família José Fortunato Mendes.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Método

Para a abordagem metodológica do presente estudo, serão desenvolvidas duas etapas. A primeira etapa relaciona-se a uma revisão da literatura atual sobre a temática violência sexual e suas abordagens para enfermagem na ESF, e a segunda etapa consiste na elaboração de protocolo assistencial tendo como base o conteúdo identificado no levantamento bibliográfico.

3.2 Metodologia

Para a abordagem metodológica do presente estudo, serão desenvolvidas duas etapas. A primeira etapa relaciona-se a uma revisão da literatura atual sobre a temática violência sexual e suas abordagens para enfermagem na ESF, e a segunda etapa consiste na elaboração de protocolo assistencial tendo como base o conteúdo identificado no levantamento bibliográfico.

3.2.1 Revisão da Literatura

Trata-se de uma revisão da literatura nacional sobre o tema Assistência de Enfermagem para Mulheres Vítimas da Violência Sexual nas equipes de Saúde da Família. Foram incluídos artigos, teses e dissertações da Literatura Nacional e Internacional publicados no período de 2000 a 2010, em português. Os descritores utilizados foram: mulher, violência sexual e protocolo. E, foram excluídos artigos, teses e dissertações da literatura nacional e internacional publicados no período anterior a 2000. Para análise dos dados, será realizada uma análise descritiva da produção científica, identificando os conteúdos relevantes sobre as ações da Assistência de Enfermagem para Mulheres Vítimas da Violência Sexual (www.scielo.com.br).

3.2.2 Elaboração do Protocolo

As informações visando à elaboração de um modelo de Protocolo de Atendimento de Enfermagem às Mulheres Vítimas de Violência Sexual do PSF José Fortunato Mendes foram obtidas a partir de uma revisão bibliográfica de vários artigos científicos e da “Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o levantamento bibliográfico realizado, os resultados foram organizados de acordo com a proximidade do conteúdo temático, e assim distribuídos em seções: a *Violência Sexual Contra Mulher e o papel dos Serviços de Saúde*; a *Lei Maria da Penha*; as *Ações da Enfermagem frente à Violência Sexual contra Mulher*. E, ao final da discussão, será apresentada a proposta de Protocolo assistencial de Enfermagem na abordagem da violência sexual contra mulher.

4.1 Violência Sexual Contra a Mulher e o papel dos Serviços de Saúde

O atendimento na rede de saúde pode ser a primeira oportunidade de a mulher revelar uma situação de violência. O profissional deverá valorizar a possibilidade de um diagnóstico, fazendo as perguntas adequadas e investigando hipóteses diagnósticas. O compromisso do sigilo profissional é fundamental para se conquistar a confiança necessária da paciente, não só para a revelação da situação, como para a continuidade do atendimento. A confiança no atendimento é garantida, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, as anotações e a comunicação dentro da equipe (BRASIL, 2005).

Nos Estados Unidos e Canadá, nos programas de *Sexual Assault Nurse Examiners* (SANE - Enfermeiras Examinadoras de Agressão Sexual) a enfermeira é o profissional especialista em realizar o exame forense em crianças e adultos, o que tem mostrado resultados eficientes em reduzir o trauma ocorrido pela agressão sexual na avaliação e tratamento às vítimas de violência sexual. Portanto, a enfermeira deve estar habilitada para acolher e desenvolver assistência voltada para a recuperação física, psicológica e social, sem demonstrar atitudes preconceituosas que possam interferir na adesão ao tratamento (Higa *et al.*, 2008).

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), hospital de ensino especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, é um dos serviços pioneiros no país a prestar assistência nos casos de gravidez decorrente de estupro (aborto legal, pré-natal e processo de doação). Desde 1998, este hospital dispõe de equipe qualificada para assistir à mulher vítima de violência sexual através de protocolos multidisciplinares que visam prevenir a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e promover a recuperação física, psicológica e social da mulher. A equipe multidisciplinar, além de capacitar os funcionários das diferentes unidades de atendimento, portaria, serviço de arquivo médico e outros, tem promovido cursos, palestras em nível regional, estadual e

nacional com a finalidade de treinar profissionais de saúde para este atendimento (Higa *et al.*, 2008).

Apesar de a violência sexual ocorrer em todas as faixas etárias, a maioria dos registros aponta que esses crimes predominam entre adolescentes e adultas jovens (MONTEIRO, 2008).

Nos serviços de saúde, a mulher violentada sexualmente necessita de acolhimento, fator fundamental para a humanização da assistência à saúde prestada e essencial para estabelecer um bom relacionamento entre o profissional e a cliente (Higa *et al.*, 2008).

A equipe de saúde deve estar preparada e capacitada para assistir a pessoa em situação de violência. Dessa forma, é necessária a criação de oficinas, grupos de discussão, palestras ou outras atividades de capacitação dos profissionais. Isso é importante para aumentar conhecimentos, trocar experiências, discutir preconceitos e explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço, a exemplo da violência sexual e do abortamento, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas (BRASIL, 2005).

O impacto causado nos profissionais pelo atendimento a pessoas que sofrem violência sexual pode repercutir na qualidade da assistência prestada. Eles passam a compartilhar a experiência que gera o sentimento de impotência e a subestimar suas próprias capacidades e conhecimentos, além de não perceber os recursos e possibilidades dos sujeitos que sofreram a violência. Essas reações não são evidenciadas apenas no atendimento a casos de violência sexual; profissionais que atendem a crianças e adolescentes que sofrem maus tratos apresentam reações semelhantes, também se sentindo impotentes, angustiados, indignados, revoltados e culpados (Reis *et al.*, 2010).

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. As mulheres que sofrem violência física perpetrada por parceiros íntimos também estão sob risco de violência sexual. Pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e, de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual (BRASIL, 2005).

De acordo com a pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2001) a cada 15 segundos uma mulher é agredida no Brasil e mais de dois milhões de mulheres são espancadas, a cada ano, por maridos ou namorados – atuais e antigos. Nessa pesquisa, 19% das mulheres declararam espontaneamente que já sofreram algum tipo de violência por um homem. Quando a mesma pergunta foi acompanhada por uma lista de formas de violência (agressão física; ameaça; cerceamento da liberdade; assédio sexual; violência psicológica etc.), a resposta das mulheres mais que dobrou, indo para 43% (LIMA, 2010).

A violência sexual pode levar à gravidez indesejada ou às doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV e pode trazer também grande impacto sobre

o estado psicológico da mulher. A infecção pelo HIV, para a maioria das mulheres, é uma grande preocupação quando ocorre uma violência sexual. Os estudos existentes relatam que a possibilidade de infecção em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%. Esse risco é comparável e até mesmo superior ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfurocortantes entre profissionais de saúde. A profilaxia do HIV com uso de antiretrovirais em situações de violência sexual é um procedimento relativamente novo e complexo, ainda sob intenso processo de investigação. Ainda não existem estudos definitivos que assegurem que os antiretrovirais protejam a mulher em situação de violência sexual e da mesma forma, não existem evidências científicas que afastem essa possibilidade. Cabe considerar o êxito da profilaxia antiretroviral em outras situações, embora as comparações sejam metodologicamente imperfeitas. A drástica redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto, bem como o sucesso alcançado na profilaxia dos acidentes entre profissionais de saúde, têm aumentado o uso dos antiretrovirais em situações de violência sexual. Além disso, serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência sexual têm encontrado indicadores consistentes da eficácia profilática dos antiretrovirais, com expressiva adesão das mulheres ao tratamento (BRASIL, 2005).

Os profissionais de saúde estão em posição estratégica para um possível diagnóstico e atuação sobre o problema da violência contra a mulher. A maior parte das mulheres omite a violência sofrida, seja por medo, vergonha ou até mesmo para evitar os obstáculos encontrados em sua trajetória para denunciar e obter assistência e proteção (BRASIL, 2005).

No atendimento às pessoas em situação de violência é importante que alguns procedimentos sejam padronizados, de maneira a garantir que as intervenções se dêem de forma correta. É importante a existência de um sistema eficaz de referência e contra-referência para atender aos serviços de saúde, integrando-os mediante informações sobre necessidades e demandas do caso. Em relação ao tipo de violência registrada, é importante garantir cuidado e diagnóstico clínico ao lado de outros encaminhamentos, de natureza psicológica, jurídica e social (BRASIL, 2005).

É extremamente importante apoiar a mulher que deseja fazer o registro policial da agressão e informá-la sobre o significado do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, ressaltando a importância de tornar visível a situação de violência. Deve-se sugerir encaminhamento aos órgãos competentes: Delegacia Policial, Delegacia de Proteção à Mulher e Instituto Médico Legal. Nesses casos, deve-se orientá-la quanto ao direito e à importância de guardar cópia do Boletim de Ocorrência. Se existe motivação da mulher para dar andamento ao processo de separação, encaminhá-la aos serviços jurídicos: Defensoria Pública, Fórum local ou organizações não-governamentais de apoio jurídico (BRASIL,

2005).

Se é da vontade da mulher a abertura do Boletim de Ocorrência (B.O.), ela ou seus representantes legais são orientados a comunicar o fato às autoridades policiais e judiciárias cabe portanto, a eles a decisão final. Deve-se informar que a consulta ginecológica não substitui o Exame de Corpo de Delito. O hospital ou Unidade de Saúde somente comunicará a violência às autoridades nos casos previstos em lei e ao Conselho Tutelar da Infância e Juventude no caso de menores de 18 anos. Todos os casos atendidos são notificados, via internet, no Sistema de Notificação de Violência do Médio Piracicaba (SISNOV) (Higa *et al.*, 2008).

É necessário traçar um plano terapêutico individual de acordo com as necessidades de cada situação. Por exemplo, em caso de gravidez decorrente de situação de violência sexual, a mulher deve receber assistência psicossocial adequada, seja na opção por interromper, seja na de prosseguir com a gestação.

Os gestores municipais e estaduais têm compromisso decisivo na organização de redes integradas de atendimento, na capacitação de recursos humanos, na provisão de insumos e na divulgação para o público em geral. É importante que todos os serviços de orientação ou atendimento tenham uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede. Essa lista deve ser do conhecimento de todos os funcionários dos serviços, permitindo que as mulheres tenham acesso sempre que necessário e possam conhecê-la independentemente de situações emergenciais (BRASIL, 2005).

4.2 A Lei Maria da Penha

A Lei Maria da Penha, em vigor desde 22 de outubro de 2006, representa um marco para este debate ao apresentar vários avanços, quando comparada à Lei 9.099/1995, sendo mais discutido até o momento o Art. 44, que estipula como pena para o agressor detenção de três meses a três anos. No entanto, para esta reflexão, os Artigos 35 e 45 são os mais relevantes. O Art. 35 informa que o Estado poderá criar e promover, no limite das respectivas competências (municipal, estadual e federal), entre outras coisas, centros de educação e de reabilitação para os autores de violência.

O Art. 45 (que altera o texto do Art. 152 da Lei 7.210/1984) orienta, por sua vez, que *“Nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação”*. Além disso, em seu Artigo 8º como uma das medidas integradas de prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher, prevê-se a promoção de *“estudos e pesquisas,*

estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero, raça e etnia, concernentes às causas, às conseqüências e à freqüência” desse problema (Brasil, 2006).

4.3 As ações de Enfermagem frente à Violência Sexual contra a Mulher

A revisão de literatura visando à elaboração de um modelo de Protocolo de Atendimento de Enfermagem às Mulheres Vítimas de Violência Sexual do PSF José Fortunato Mendes foi obtida a partir de uma revisão bibliográfica de vários artigos científicos e da “Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

No momento do primeiro contato da mulher com a unidade de saúde e quando ela revelar a sua história de violência sexual é importante que o profissional que realiza este atendimento preencha a ficha e siga a proposta de registro de Atendimento à Mulher Violentada Sexualmente (anexo 1), com o intuito de padronizar e facilitar a coleta de todas as informações necessárias para atendimento. É essencial que esta ficha fique arquivada no prontuário da paciente, para que durante o acompanhamento do caso ela possa ser consultada se necessário.

Esta ficha de atendimento à mulher deverá apresentar o mínimo de dados importantes para se conhecer um pouco da história de vida da mulher, listados a seguir: Data; número do prontuário; nome completo da paciente; idade; profissão; estado civil; escolaridade; cor da paciente e do agressor; data, hora e local em que ocorreu a violência (para definir que tipo de orientação será dado a vítima); se o agressor é uma pessoa conhecida, parente ou desconhecida; tipo de relação que ocorreu; se houve algum tipo de intimidação: uso de arma, força física ou ameaça verbal; se a paciente e o agressor utilizaram álcool ou drogas; se a vítima apresenta algum trauma físico; fazer um breve relato de como aconteceu a violência; se a paciente faz uso de contraceptivo ou se fez uso de alguma medicação após a violência ou mesmo contraceptivo de emergência; se a vítima teve atividade sexual antes da violência; número de gestações, número de partos e se já teve aborto e data da última menstruação; se apresenta alguma lesão vaginal ou outra; se foi colhido material vaginal; se foi orientada para realizar registro policial(em caso negativo, fornecer orientação); se foi orientada quanto aos seus direitos legais; se faz uso de medicação de profilaxia de Doença Sexualmente Transmissível (DST); se a paciente foi encaminhada ao ambulatório e, finalmente assinatura do médico ou enfermeiro que realizou atendimento.

Assim sendo, dentro do objetivo deste trabalho, que é revisar a literatura visando uma futura elaboração de um Protocolo Definitivo de Assistência em Enfermagem às

Mulheres Vítimas de Violência Sexual para o Programa Saúde da Família José Fortunato Mendes, englobando o primeiro atendimento, o atendimento tardio e interrupção legal da gestação decorrente de estupro, assim como o acompanhamento ambulatorial, essas informações serão de grande importância para que o profissional envolvido possa ter um direcionamento e uma organização no serviço a ser prestado à cliente

A equipe multidisciplinar, disponível na cidade de São Domingos do Prata é composta por enfermeiros(as), médico ginecologista, assistentes sociais, psicólogas e médico psiquiatra.

A equipe de saúde deve buscar identificar organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança, Instituto Médico Legal, Ministério Público, instituições como casas-abrigo, grupos de mulheres, creches, entre outros. É imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, no sentido de propiciar condições para que os profissionais de saúde possam oferecer atenção integral às vítimas e às suas famílias e também aos agressores (BRASIL, 2005).

A solução do problema de violência sexual contra a mulher requer ações integradas da Justiça, Educação, Ação Social e Saúde, junto com a sociedade civil. À área da Saúde apresenta um papel importante, o atendimento de urgência da mulher agredida sexualmente, para atender as suas necessidades imediatas e protegê-las dos riscos de gravidez, ou doenças de transmissão sexual, e das conseqüências psicológicas da violência (OSHIKATA, 2005).

4.4 Protocolo de Assistência de Enfermagem Para Mulheres Vítimas Da Violência Sexual para uma equipe de Saúde Da Família

A revisão da literatura apontou que, depois da publicação das Normas Técnicas do Ministério da Saúde, muitos serviços de saúde têm oferecido atendimento multidisciplinar às mulheres vítimas de violência sexual porém, as atribuições da enfermeira parecem não estar bem estabelecidas, uma vez que o Ministério da Saúde não definiu o papel da enfermeira nesta assistência.

Um protocolo compreende a orientação ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual ou seja, toda mulher pós-púbere, menopausada e não púbere maior de 14 anos que relate ter sido vítima de violência sexual das seguintes formas: estupro, atentado violento ao pudor com penetração oral e/ou anal ou sem penetração com ejaculação externa próxima à região genital; esse atendimento é oferecido durante as 24 horas; priorizado no momento em que a cliente chega ao serviço e em local privativo e tranquilo. É necessário

abrir prontuário para registro e arquivo do atendimento e observações dos profissionais envolvidos (Higa *et al.*, 2008).

Embora seja um atendimento clínico, o caráter legal não pode ser ignorado, portanto, nunca se deve afirmar ou descartar a violência sexual perante a cliente e recomenda-se a presença de um profissional de enfermagem do sexo feminino durante todo o atendimento, principalmente durante a consulta ginecológica (Higa *et al.*, 2008).

É importante a enfermeira acolher, realizar triagem e fazer encaminhamentos de acordo com a avaliação do tipo de violência, no caso de violência física e/ou psicológica em mulher, criança e adolescente e/ou violência sexual em menor de 14 anos não púbere, deve-se encaminhá-la ao hospital da cidade. É preciso atentar para os casos em que a menor de 18 anos confirma o consentimento da relação sexual, porém, se o responsável legal considerar que a menor não estava apta para consentir o ato, deve-se realizar atendimento de violência sexual (Higa *et al.*, 2008).

As etapas definidas durante o desenvolvimento de uma sugestão de protocolo foram as seguintes:

1. Através de entrevista coletar os seguintes dados: identificação pessoal (idade, raça, religião e outros), antecedentes ginecológicos e obstétricos, relato do ocorrido e identificação do risco de exposição à DST/HIV e gravidez. No seguimento ambulatorial, deve-se ainda: questionar o uso correto, sintomas de intolerância ou de intoxicação aos antiretrovirais (ARV), sinais e sintomas de infecção geniturinária e de gravidez; investigar aspectos emocionais, sociais e sexuais (incluindo a opção sexual); apoiar a família ou pessoa significativa. Evitar questionamentos sobre a violência sofrida e/ou sobre a decisão de interrupção legal da gestação. Durante a entrevista utilizar linguagem clara, com perguntas objetivas, respeitando o direito da paciente em responder ou não às perguntas e em relatar ou não o ocorrido e ainda não fazer julgamentos e de ter atitudes preconceituosas. Utilizar como modelo a ficha de Atendimento à Mulher Violentada Sexualmente, para padronização do atendimento, que segue exemplo em anexo (ANEXO 1).

2. Observar o aspecto físico geral (se há presença de lesões), emocional e nível de consciência. É comum que algumas vítimas são obrigadas pelo violentador a fazer uso de drogas ilícitas, sendo necessário aguardar que cesse o efeito da droga antes de proceder ou continuar o atendimento. O exame físico completo e o exame ginecológico serão realizados pelo ginecologista. Nos casos de internação e aborto legal, a enfermeira deve realizar o exame físico, no momento da evolução da cliente, a cada 24 horas.

3. Identificar os possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem. Prescrever de acordo com os diagnósticos identificados para a cliente e familiares/acompanhantes. Fazer as anotações atentando ao caráter legal deste documento. É importante usar letra legível, tendo o cuidado em escrever as palavras: *refere, informa, narra e atribui*, para que fique claro que está se registrando o relato da cliente e não as impressões pessoais.

De acordo com a literatura pertinente e nossa experiência profissional, considera-se que os principais diagnósticos de enfermagem são, dentre os aprovados pela NANDA, versão 2003-2004: Síndrome do trauma do estupro; Síndrome pós-trauma; Dor aguda; Risco para infecção; Integridade da pele prejudicada; Náusea; Conflito de decisão; Risco para angústia espiritual; Sentimento de impotência; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; Nutrição Desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; Isolamento social; Controle familiar do regime terapêutico; Controle ineficaz do regime terapêutico e Padrões de sexualidade ineficazes (Higa *et al.*, 2008).

A seguir são apresentadas as principais intervenções de enfermagem de acordo com o tipo de atendimento:

Primeiro Atendimento (até 5 dias após a violência sexual)

- 1) Explicar à vítima os riscos de gravidez, infecção por DST/HIV e falar sobre a prevenção disponível, bem como sobre a eficácia da anticoncepção de emergência (AE) e quimioprofilaxia para DST/HIV, ressaltando que quanto mais precoce o início do tratamento, mais o mesmo será eficaz. Preencher ficha de primeiro atendimento.
- 2) Encaminhar paciente à consulta médica com dados coletados na consulta de enfermagem, para realização do exame físico e ginecológico com possível coleta de material forense (coleta de esperma em papel filtro).
- 3) Dar explicações sobre os medicamentos prescritos, a sua indicação e o tempo de tratamento: AE, quimioprofilaxia para DST, antiretrovirais (ARV), vacina e gamaglobulina contra hepatite B.
- 4) Orientar sobre a coleta de sangue para sorologias de HIV, sífilis e hepatite B e C.
- 5) Coletar sorologias, administrar medicamentos profiláticos, vacina e gamaglobulina.
- 6) Explicar que, na ocorrência de vômito até duas horas após a ingestão do AE, deverá repetir a dose do medicamento.
- 7) Iniciar os ARV imediatamente e adequar horário, de acordo com a rotina da cliente, com objetivo de maior adesão ao tratamento.

- 8) Orientar os sintomas de intolerância aos ARV prescritos (manifestações gastrintestinais, cutâneas e gerais).
- 9) Orientar meios para minimizar náuseas ou vômito.
- 10) Orientar hiper-hidratação oral e alimentação adequada para minimizar os efeitos colaterais dos ARV (nefropatia, anemia, hepatopatia).
- 11) Explicar a importância do uso de preservativo, por seis meses, em razão do risco de transmissão de DST/HIV e como método anticoncepcional (MAC). Orientar como usar e fornecer até o retorno ambulatorial.
- 12) Orientar e acolher familiares e ou acompanhantes da vítima, com o objetivo de oferecer apoio no convívio diário.
- 13) Dar as orientações adequadas sobre o registro de ocorrência – BO e orientar sobre a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) caso tenha ocorrido durante e/ou no percurso do trabalho.
- 14) Notificação compulsória; de acordo com a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003. (ANEXO 2)
- 15) Encaminhar para atendimento social e psicológico no centro de referência da cidade e agendar retorno ambulatorial com a enfermeira na unidade de saúde orientando sobre seguimento com equipe multidisciplinar.

Atendimento tardio (após 6 dias da ocorrência da violência sexual)

- 1) Explicar à vítima a possibilidade de gravidez e de DST/HIV e que, neste momento, não há eficácia comprovada da AE e dos ARV, portanto, eles não serão prescritos. A quimioprofilaxia para DST e coleta de sorologia será prescrita no seguimento ambulatorial.
- 2) Fazer teste rápido de β HCG na urina se houver suspeita de gravidez. Se o resultado for positivo, encaminhar ao serviço social para receber orientação sobre o protocolo de interrupção legal da gestação.
- 3) Encaminhar para consulta médica ginecológica imediata na presença de sinais importante de infecção.
- 4) Se possível acolher familiares e realizar demais orientações descritas no atendimento imediato.

Interrupção legal da gestação decorrente de estupro

No atendimento na gravidez decorrente de estupro, a mulher é encaminhada para consulta primeiramente com a assistente social posteriormente, a mulher é atendida pela psicóloga, enfermeira e médico. Se houver solicitação de interrupção da gravidez, ela será discutida em reunião multidisciplinar, com a participação da diretoria clínica e da comissão de ética do hospital da cidade. A decisão favorável somente será tomada se forem atendidos todos os fatores clínicos (idade da gestação inferior a 20 semanas) e psicológicos se os requisitos da legislação brasileira. Se for desejo da mulher continuar com a gravidez, ela é acompanhada por equipe especializada e, se optar por doação da criança, ela receberá auxílio para as providências necessárias (Higa *et al.*, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da revisão de literatura para elaboração do Protocolo de Assistência de Enfermagem para Mulheres Vítimas da Violência Sexual da equipe de saúde da família José Fortunato Mendes da Unidade Básica de Saúde de São Domingos do Prata, apresentou-se com potencial capacidade para organizar atendimento mais integral e humanizado às mulheres vítimas de violência sexual.

Instrumentos de definição dos casos, como o modelo proposto pela ficha de Atendimento à Mulher Violentada Sexualmente (anexo 1), são importantes por apresentarem informações pertinentes, que facilitam uma aproximação da real história da vítima. Dessa maneira, o atendimento será mais definido e objetivo e proporcionará à equipe uma padronização na assistência, trazendo um maior conforto e segurança à vítima.

A relevância deste estudo ampara-se na possibilidade do protocolo assistencial implementar as intervenções de Enfermagem, sistematizando-as. Além de prover atendimento que ultrapasse o sentimentos de impotência, revolta e medo; no sentido de ajudar essas mulheres, de maneira a cumprir o dever profissional. O protocolo proporcionará também maior autonomia, organização e confiança na sua área de atuação, podendo também facilitar tanto o trabalho individual, como o da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- OCHIKATA, C. T.; BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Caderno Saúde Pública**, jan-fev, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 2 out.2010.
- OLIVEIRA, C. C.; Fonseca, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 20 out.2010.
- LIMA, D. C.; BUCHELE, F.; CLÍMACO, D. A. Homens, Gênero e Violência Contra Mulher. **Revista Saúde Social**, v.17, n. 2, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 2 dez.2010.
- OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**, 2007; 41(4):605-12. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 4 dez. 2010.
- MORAIS, S. C. R. V.; MONTEIRO, C. F. S.; ROCHA, S. S. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm**, Jan-Mar 2010; 19(1): 155-60. Disponível em: <http://www.scielo.com.br> Acesso em: 20 out. 2010.
- HIGA, R.; et al. Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 2008. 42(2):377-82. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 20 out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 2005.
- MONTEIRO, C. F. S.; et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, jul-ago 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 20 out. 2010.
- REIS, M. J.; LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R.;TURATO, E. R.; CHVATAL, V. L. S.; BEDONE, A. J. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. **Revista Saúde Pública**, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br> >Acesso em: 4 dez 2010.
- DREZETT, J. et al. Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimizadas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 21, n. 9, p. 539-544, out. 1999 *apud* CAMPOS, M. A. M. R.; SCHOR, N.. Violência Sexual como Questão de Saúde Pública: importância da busca ao agressor. **Rev Saúde Soc**, v.17, n.3, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.com.br> >Acesso em: 2 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br> >Acesso em: 2 dez. 2010.
- SCHRAIBERA, L. B.; OLIVEIRA, A. F.; JUNIOR, I. F.; PINHOC, A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista Saúde Pública**, 2002. 36(4):470-7. Disponível em: < <http://www.scielo.com.br> > Acesso em: 4 dez. 2010.

BENEFIELD L.E. Implementing evidence-based practice in home care. Home Healthc Nurse, 2003 apud MENDES K.D.S., SILVEIRA R.C.C.P., GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. In: MENDES K.D.S., SILVEIRA R.C.C.P., GALVÃO C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). São Paulo, 2008.

BRASIL. Lei 11.340 (Maria da Penha), de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

Dr. Osmar Ribeiro Colas. *Violência Sexual*. Conduta médica: análise das diretrizes atuais. **Comissão Nacional de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei**. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/criterios_violencia.pdf . Acesso em: 21 setembro 2010.

COMDIM BH, disponível em: <http://www.portalpbh.pbh.gov.br>. Acesso em 06 de set. de 2011.

Organização Mundial de Saúde 2002, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar>. Acesso em 08 de out. de 2011.

ANEXO 1**FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER VIOLENTADA SEXUALMENTE**

DATA ___/___/___

PRONTUÁRIO: _____

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____ Estado civil: Casada não casada Escolaridade: nenhuma primária secundária superior Cor paciente: branca negra parda amarela Agressor: branca negra parda amarela Data da violência: _____ Hora: ___:___ Local: residência rua outra Agressor: conhecido desconhecido múltiplos parente? Tipos de relação: vaginal oral anal Intimidação: arma força física ameaça Paciente havia utilizado álcool ou drogas: não sim tipo Agressor: não sim Traumas físicos: não sim tipo: _____

Breve história da ocorrência:

_____Uso contraceptivo antes da ocorrência: não sim tipo _____

Uso de medicação após a violência: tipo _____

Contracepção de emergência? Sim não tipo _____Atividade sexual antes: sim não G ___ P ___ A ___ DUM: ___/___/___

Lesões genitais _____

Outras: _____

Colhido conteúdo vaginal: sim não Orientada para registro policial: sim não Orientada direitos legais: sim não Profilaxia de DST: sim não tipo _____Encaminhada ao ambulatório: sim não motivo

Assinatura e registro responsável atendimento: _____

ANEXO 2

Lei de notificação compulsória

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 2º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I - tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II - tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III - seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3º Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4º As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 7º O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.
Brasília, 24 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

José Dirceu de Oliveira e Silva

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 25.11.2003.

Cartilha