

MARIA JOSÉ DOS REIS

**VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA
À MULHER QUE SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE
CO-ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

**Unicamp
2008**

MARIA JOSÉ DOS REIS

**VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA
À MULHER QUE SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE
CO-ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

**Unicamp
2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

R277v Reis, Maria José dos
Vivência de enfermeiros na assistência à mulher
que sofreu violência sexual / Maria José dos Reis.
Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientadores : Aloísio José Bedone, Maria
Helena Baena de Moraes Lopes
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Violência Sexual. 2. Pesquisa em Avaliação
de Enfermagem. 3. Enfermagem. 4. Cuidados de
Enfermagem. I. Bedone, Aloísio José. II. Lopes,
Maria Helena Baena de Moraes. III. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. IV. Título.

Título em inglês : Nurses' experiences and assessment in nursing care to women with sexual
assault history

Keywords: • Sexual violence
 • Nursing Evaluation Research
 • Nursing Care

Titulação: Mestre em Tocoginecologia
Área de concentração: Tocoginecologia

Banca examinadora:

Prof. Dr. Aloísio José Bedone
Profa. Dra. Egberto Ribeiro Turato
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

Data da defesa: 12 – 08 – 2008

Diagramação e arte final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: MARIA JOSÉ DOS REIS

Orientador: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE

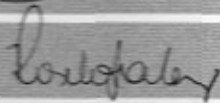
Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

Membros:

1.



2.



3.



Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 12/08/2008

Dedico este trabalho...

*... aos meus pais (em memória)
que partiram muito cedo e não puderam me acompanhar nesta trajetória.
E aos meus familiares, amigos e amigas
que estavam junto comigo nos momentos de alegrias e tristezas,
me apoiando, me ajudando, cada qual à sua maneira.
Meu muito obrigada.*

Agradecimentos

A Deus que me acompanhou em todos os momentos de minha vida.

Ao Prof. Dr. Aloisio José Bedone, que me mostrou os passos da pesquisa.

À querida Prof^{ra}. Dr^a. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, pelo incentivo, pela amizade, ajuda e colaboração como co-orientadora deste trabalho, meu muito obrigada.

À grande incentivadora e amiga Rosangela Higa, que é o porto seguro nas horas de desânimo, quem me ajudou muito neste caminhar. Sem o seu carinho, dedicação e estímulo jamais teria conseguido chegar até aqui.

À Eloísa Helena, Nara Belini, Regina Paula, Aurélia Del Carmo Mondaca, Gilmar P. Teixeira, Aloísio Olímpio, à minha família e especialmente à minha sobrinha Elaine Reis, que fez as transcrições das entrevistas.

À Divisão de Enfermagem, aos Enfermeiros que participaram de maneira tão espontânea desta pesquisa e aos outros que se colocaram à disposição, os meus agradecimentos.

A toda equipe multidisciplinar do programa de Violência Sexual, em especial a todos os enfermeiros pelo preenchimento de todos os formulários.

Às psicólogas Maria José, Andréia e à assistente social Maria Aparecida, muito obrigada pela colaboração.

Um especial agradecimento a todos os membros do Laboratório de Pesquisa Clínico - Qualitativa da UNICAMP, em especial ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato, onde discutimos a validação dos dados e resultados obtidos. Obrigada pelas sugestões tão pertinentes. Meu eterno agradecer.

À Margarete, secretária do Departamento de Pós-Graduação da Tocoginecologia, pela sua delicadeza e amizade, meus agradecimentos.

À Vanda, bibliotecária do Caism, que sempre me ajudou em momentos importantes.

À equipe da ASTEC, pelo apoio e colaboração na editoração desta pesquisa.

Enfim, a tantos outros que direta ou indiretamente participaram desta pesquisa, permitindo que um sonho se torne realidade. Muito obrigada.

Provas e Tentações.

*Se alguém tem falta de sabedoria, peça a Deus,
que a todos dá livremente, de boa vontade; e lhe será concedida.*

*Peça-a, porém, com fé, sem duvidar,
pois aquele que duvida é semelhante à onda do mar,
levada e agitada pelo vento.*

Tiago (5,6)

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	ix
Resumo	x
Summary	xii
1. Introdução	14
1.1. Violência sexual contra a mulher no contexto mundial	14
1.2. Violência sexual contra a mulher no contexto brasileiro	17
1.3. Violência sexual contra a mulher no contexto da saúde	18
1.4. Violência sexual contra a mulher no contexto da assistência de enfermagem – Vivência dos profissionais	20
1.5. Protocolo de atendimento à mulher que sofreu violência sexual: a experiência do CAISM	22
1.6. O conceito de acolhimento	24
2. Objetivos	27
2.1. Objetivo geral	27
2.2. Objetivos específicos	27
3. Publicações	28
3.1. Artigo 1	29
3.2. Artigo 2	45
4. Discussão	66
5. Conclusões	70
6. Referências Bibliográficas	71
7. Anexos	76
7.1. Anexo 1 – Caracterização dos Participantes	76
7.2. Anexo 2 – Questões Sobre as Reações e Posicionamento frente à Situação Vivenciada	77
7.3. Anexo 3 – Dados da Observação e Auto-Observação da Entrevistadora	79
7.4. Anexo 4 – Instrumento de Análise do Atendimento de Enfermagem a Mulheres que sofreram Violência Sexual	80
7.5. Anexo 5 – Fichas 1 e 2 do Atendimento Imediato	82
7.6. Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
7.7. Anexo 7 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	97

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

AE – Anticoncepção de Emergência

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Anti-retrovirais

Caism – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

TARV – Terapia de Anti-retrovirais

UI – Unidade de Internação de Ginecologia

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever algumas características do atendimento prestado pelo (a) enfermeiro (a) no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Caism/UNICAMP), às mulheres que sofreram violência sexual e as vivências presentes na fala destes profissionais no desenvolvimento desta atividade. Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo para descrever as características do atendimento prestado pelo (a) enfermeiro (a), e a metodologia clínico-qualitativa para identificar as suas vivências. Foram analisados prontuários de atendimentos realizados no período de junho de 2006 a maio de 2007 e calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis. Para comparar o atendimento entre o período diurno e o noturno foi utilizando o teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Junto aos (às) enfermeiros (as), usou-se a técnica da entrevista semidirigida de questões abertas e o tamanho da amostra foi estabelecido pelo critério de saturação das informações colhidas. Para análise, utilizou-se a técnica da Análise Qualitativa de Conteúdo e construtos da psicologia da saúde. Foram analisados 146 prontuários que correspondiam a 84,9% dos atendimentos realizados. A maioria dos atendimentos ocorreu no período diurno e os instrumentos foram preenchidos completamente. Houve

coerência das intervenções com os diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos identificados e a maioria das mulheres referiu que receberam as orientações de acordo com o protocolo do Programa. O tempo de consulta de enfermagem foi maior no período noturno e as mulheres atendidas neste período mais freqüentemente conheciam os riscos de saúde; faziam uso dos medicamentos ARV em horários adequados às suas atividades diárias e estavam mais orientadas quanto à finalidade das sorologias para DST e HIV. Foram entrevistados(as) seis enfermeiros(as) e após várias leituras do *corpus* das entrevistas, elegeram-se quatro categorias: a) o que pensam b) o que sentem, c) como agem e d) como reagem. Os(as) enfermeiros(as) consideram que o acolhimento é um fator fundamental para uma assistência humanizada e individualizada e no estabelecimento de vínculo, realizar esse atendimento aflora sentimentos diversos, de acordo com vivência pessoal e profissional de cada indivíduo e demonstram diversos tipos de reação. Concluiu-se que o atendimento de enfermagem é adequado, aderente ao protocolo do serviço, sendo alguns indicadores melhores no plantão noturno. Os profissionais entrevistados apresentaram diferentes sentimentos; ao mesmo tempo em que aparece o desejo de fugir do atendimento ocorre a vontade de dar o melhor de si e a utilização de mecanismos internos no sentido de minimizar a dor e o sofrimento.

Summary

The objective of this study was to describe some characteristics presented by nurses at the Center for Integral Attention to Women's Health of the University of Campinas (CAISM/UNICAMP) regarding the nursing care to women with sexual assault history, as well as to interpret the nurses' experiences while developing their activities. Using the clinical-qualitative methodology, a retrospective and descriptive study was carried out to evaluate the care provided by the nurses, identifying their experiences. Medical records from June 2006 to May 2007 and the absolute and relative frequencies of variables were estimated. In order to compare the care between the daytime and nighttime periods, the Chi-square or Fisher's exact test was used. In order to assess the nurses' speech, the semi-directed interview technique was used, the sample size was established by the saturation criterion of information, and the qualitative content analysis technique and the health construct psychology were used. One-hundred and forty-six medical records were analyzed, corresponding to 84.9% of the consultations conducted. The data showed that the majority of assistance care occurred during the day and the instruments were completely filled. There was consistency among interventions nursing diagnoses and the collaborative problems identified; most

women reported receiving the guidelines in accordance with the program protocol. The time for nursing consultation was higher during the night period, and the women assisted during this period most often knew the health risks arising from sexual assault, used ARV drugs at times appropriate to their daily activities, and were more focused on the purpose of STD and HIV serology. The six nurses were interviewed and, after several readings, divided into four categories: a) what they think, b) what they feel, c) how to act and react as nurses. The nurses believe that the humanized and individualized assistance and the establishment of ties are crucial factors. This type of assistance arises different feelings and reactions, in accordance with the professional experience of each nurse. It was concluded that the nursing care is adequate, consistent with the service protocol, and the night nursing group presented the best indicators. The professionals interviewed showed different feelings; the desire to escape from the assistance appears along with the need to make the best, and to use internal mechanisms to minimize their pain and suffering.

1. Introdução

Este estudo resulta de minha inquietação na vivência do atendimento de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Caism/UNICAMP).

1.1. Violência sexual contra a mulher no contexto mundial

A violência sexual contra a mulher é compreendida como uma questão histórica e cultural, passando pela questão de gênero, reforçando a idéia de preconceito. Acomete crianças, adolescentes e mulheres adultas, independentemente de cor, religião, etnia, cultura, nacionalidade, opção sexual ou condição social.

Esse tipo de violência é um fenômeno universal que ocorre em qualquer fase da vida da mulher, em diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, em espaço público ou privado, remetendo à condição de complexo problema de saúde pública, embora, a verdadeira incidência seja desconhecida. Acredita-se que a baixa incidência ocorre devido à subnotificação e sub-registro por relutância da vítima em relatar o ocorrido, muitas vezes por medo do agressor, vergonha, descrença policial ou pelo desejo de esquecer o ocorrido (Drezett, 2001).

Nos Estados Unidos da América, onde se têm dados mais precisos, calcula-se que somente 16% dos estupros são comunicados às autoridades. Nos casos de incesto, estes percentuais não chegam a 5%. Apesar do tímido percentual de denúncias, a agressão sexual é crime cada vez mais reportado, acometendo 12 milhões de mulheres, a cada ano, em todo o mundo. Calcula-se que ocorra uma agressão sexual a cada seis minutos e que uma em cada quatro mulheres tenha experimentado um contato sexual não consentido na infância ou adolescência (Beebe, 1988).

O *National Victims Center and Victims Research and Treatment Center* (Centro Nacional de Vítimas e Centro de Tratamento e Pesquisa de Vítimas), em 1991, computou a ocorrência de 683 mil estupros na população americana. Estimativa semelhante é feita pelo *United States Department of Justice* (Departamento de Justiça dos Estados Unidos), da ordem de 500 mil crimes sexuais a cada ano. Entre crianças, estima-se que um terço tenha sido submetido, pelo menos uma vez, a um contato incestuoso. Segundo o *National Center for the Abused and Neglected Child* (Centro Nacional para Crianças Abusadas e Negligenciadas), no início da década de 80, estimava-se que entre 60 e 100 mil crianças americanas eram abusadas sexualmente a cada ano. Pouco mais de uma década foi necessária para que estes números alcançassem os 200 mil casos anuais (Asher, 1988).

Como se fosse uma “epidemia”, os casos de violência sexual contra crianças e mulheres têm crescido assustadoramente nas áreas de conflito, especialmente nos países africanos. Segundos os Médicos Sem Fronteiras (MSF), a grave violência comumente sofrida pela mulher na África é o estupro. Somente no ano passado,

cerca de 11 mil pacientes, na sua grande maioria mulheres, foram tratados por conta de abuso sexual em 97 projetos do MSF. A maioria dos casos foi registrada na África. A pesquisadora Françoise Duroch explica que o estupro, nos conflitos armados, pode ser usado como uma arma de guerra, isto é, de forma planejada e por razões políticas. Outro motivo é recompensar ou motivar os soldados. É usado, ainda, como uma forma de tortura, para humilhar os homens. Estupros sistemáticos também podem ser usados para forçar uma população a deixar o local em que vivem ou ser realizado como uma forma de promover a limpeza étnica, com gestações forçadas. Segundo ela, a guerra está sempre associada ao fenômeno de exploração sexual, prostituição forçada ou até mesmo escravidão sexual (MSF, 2008).

De acordo com dados apresentados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em Genebra, Suíça, o número de casos de estupro e violência sexual dobrou nos dias seguintes à eclosão do conflito no Quênia. A Libéria e a região de Darfur (Sudão) são as outras áreas onde esse tipo de crime tem sido praticado de maneira cada vez mais freqüente. Segundo a vice-diretora-executiva do Unicef, Hilde Johnson, os casos de estupro tornam-se muito mais numerosos em países que enfrentam conflitos armados ou que sofrem desastres naturais. Entre as vítimas encontradas na República Democrática do Congo, por exemplo, há desde crianças pequenas a mulheres octogenárias. Muitas delas sofreram, além da agressão propriamente sexual, mutilação genital. Soma-se a isso o fato de que o estupro, como arma, deixou de ser praticado apenas pelos soldados para ser adotado também por civis dos países em situação de conflito e guerra interna (Angola Xyami, 2008).

1.2. Violência sexual contra a mulher no contexto brasileiro

A violência sexual é considerada uma das principais causas de morbidade no Brasil, atingindo principalmente mulheres jovens em idade reprodutiva (Brasil, 2002) e também é um problema de saúde pública devido ao aumento do número de atendimentos nos serviços de saúde (Campos, 2004).

O relatório “O Estado das Cidades do Mundo 2004-2005”, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) refere que as mulheres latinas, particularmente as brasileiras e argentinas, são as mais expostas ao crime sexual no mundo e, que a América Latina registra os mais altos índices de crime sexuais: cerca de 70% dos casos de violência sexuais como o estupro e as tentativas de estupro e outras agressões sexuais (ONU, 2004).

A violência sexual tem como palco, muitas vezes, o ambiente familiar, escolar, o local de trabalho, tendo como agentes agressores os seguintes personagens: pai, padrasto, pai biológico, pai adotivo, patrão, companheiro, ou outros membros que compõem o ambiente familiar ou de trabalho.

No Brasil é impossível avaliar, por qualquer parâmetro, os dados estatísticos, pois a maioria dos casos não é denunciada, decorrente da omissão por parte do agredido, com medo da repressão posterior ou por vergonha (Figueredo, 2006).

Dentre as inúmeras terminologias utilizadas para caracterizar os crimes sexuais, o termo ‘violência sexual’ é o que tem conotações mais amplas, conceituando estupro - aquele definido pelo Código Penal Brasileiro de 1940 - como sendo qualquer ato sexual não consentido, onde ocorra penetração vaginal.

Através do mesmo Código Penal, qualquer ato sexual diverso do estupro como, por exemplo, sexo oral e anal, são considerados atentados ao pudor (Oliveira, 1987).

A violência sexual, além dos agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da violência sexual, quando a mulher sai em busca de ajuda - seja no âmbito da justiça ou da saúde - está sujeita aos atendimentos inadequados que muitas vezes a submetem a outra forma de violência como o preconceito, o julgamento e a intolerância. Essas atitudes também podem ocorrer no âmbito familiar ou serem expressas pelo companheiro (Campos, 2004).

Tal fato justificaria a dificuldade de se estabelecer a prevalência deste tipo de violência na população, ao coagir as mulheres a não denunciarem os agressores e a violência sofrida, e a não procurarem assistência necessária. Menos de 20% destes crimes chegam ao conhecimento de autoridades (Campos, 2004).

1.3. Violência sexual contra a mulher no contexto da saúde

A violência sexual deixa marcas por toda vida, pois quando não são visíveis no somático, aparecem no psíquico. Com o surgimento das Delegacias da Mulher, os casos passaram a ser registrados, embora muitos atos de violência nunca tenham chegado a constar nos registros policiais. A vítima de agressão sexual, na sua grande maioria, é menor e do sexo feminino, e geralmente a menor procura o serviço policial acompanhada por um dos genitores para formalizar a denúncia (Russel, 1986).

Muitas vezes, no âmbito familiar e/ou doméstica, há convivência da mãe em não denunciar o parceiro, pois esta vive sob sua dependência econômica e, temendo represálias, omite a agressão.

Partindo deste princípio, cabe ao profissional, ao atender, realizar uma anamnese detalhada para fins de prova. Muitas vezes, em uma consulta, a mulher relata o que nunca tinha contado a ninguém, que sofreu uma agressão por parte de seu genitor, padrasto, ou outra pessoa qualquer; fato que pode ter ocorrido há muito tempo ou até mesmo recentemente (Figueredo, 2006).

Diante dessa realidade, faz-se necessária a implantação de um maior número de Delegacias da Mulher, um maior conhecimento sobre a problemática da violência sexual por parte da sociedade e da justiça, além da capacitação e implantação de serviços de saúde com equipes multidisciplinares, compostos por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais que visem ao atendimento integral dessa população (Brasil, 2004; Faúndes et al, 2004).

Nos Estados Unidos e Canadá, os programas *Sexual Assault Nurse Examiners* (SANE), no qual a enfermeira é especialista na realização do exame forense em criança e adulto, têm mostrado eficientes resultados em reduzir o trauma decorrente da agressão sexual na avaliação e tratamento às vítimas de violência sexual (Hatmaker et al., 2002; Stermac e Stirp, 2002).

Portanto, o(a) enfermeiro(a) deve estar habilitado para acolher esta mulher e desenvolver assistência voltada para a recuperação física, psicológica e social com atitude acolhedora, compreensiva e neutra, ou seja, não preconceituosa, não

julgadora, sem demonstrar manifestações pessoais (Brasil, 2002; Faúndes, 2004) que possam interferir na acolhida e, conseqüentemente, na adesão ao tratamento.

Em decorrência desta realidade, o CAISM/UNICAMP, hospital de ensino especializado na assistência à saúde da mulher e ao recém-nascido que preconiza ações humanizadas, é um dos serviços pioneiros no país a prestar assistência à mulher com gravidez decorrente de estupro (aborto legal, pré-natal e processo de doação) e, desde 1998, atende à mulher vítima de violência sexual.

Perante o interesse em acolher estas mulheres e buscar novos conhecimentos sobre o assunto por meio da assistência humanizada, um grupo de enfermeiros, em conjunto com as assistentes sociais e psicólogas descreveu, em 1998, o Atendimento Multidisciplinar às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, no qual está inserido o Protocolo de Atendimento de Enfermagem (Maia et al., 2002) que foi atualizado em 2005 (Higa et al., 2008). Vale salientar que esse Protocolo está em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 1998).

1.4. Violência sexual contra a mulher no contexto da assistência de enfermagem – Vivência dos profissionais

Atender vítimas de violência sexual representa uma tarefa bastante complexa e delicada, especialmente porque se está diante de pessoas profundamente abaladas física e psicologicamente (Moreira, 2000).

Os profissionais de saúde muitas vezes são os primeiros a entrar em contato com esta situação de sofrimento e dor, e para isto precisam reunir recursos emocionais que os possibilitem promover um bom atendimento, como

também protegê-los de um envolvimento que ultrapassa a esfera do profissional e invade sua vida pessoal (Moreira, 2000).

O pessoal de saúde tem que estar muito alerta e entender que imediatamente após a violência sexual, a mulher necessita de apoio emocional; sua auto-estima e seu ego podem ter sido feridos com mais gravidade que qualquer lesão física que possa apresentar (Faúndes et al, 2006).

Então é um momento que requer muita sensibilidade. As mulheres precisam ser tratadas imediatamente, pois acabaram de passar por uma experiência traumática, mas ao mesmo tempo não puderam se recuperar emocionalmente antes de ser atendidas; assim, é com uma carga emocional muito grande que chegam ao serviço de saúde. Vivenciam a ambivalência entre a necessidade de lembrar e a necessidade de esquecer e para poderem relatar o fato e a seqüência dos acontecimentos, precisam se sentir seguras e protegidas para poder se lembrar de uma forma que não doa demais, que seja suportável (Alvarez, 2003).

O (a) enfermeiro(a) recebe formação ampla, abrangendo as áreas humanas, biológicas e exatas, que o(a) habilita a ver o indivíduo como um todo. No caso das mulheres agredidas é extremamente conveniente esta concepção do ser humano, pois a mulher sofre um trauma psico-biológico que, se não trabalhado deixa seqüelas importantes para a vida toda (Berlinger, 1998).

Ackerman (1986), um terapeuta relacional, fala de um muro imaginário entre o enfermeiro e o paciente, um muro através do qual tem que se estabelecer uma comunicação entre as duas partes, e nesta comunicação há de se abrir um

buraco nesse muro; para isso não se usa certamente uma colher e sim uma picareta. Porém não se pode esquecer que este muro pertence ao paciente, não ao profissional e este profissional tem, ao mesmo tempo, que respeitar o muro, mas também tem que ver o outro lado. No entanto, é preciso agir com leveza, com cuidado, pois o pior erro que pode acontecer é quando a profissional pensa que este muro é dele e que tem que chegar ao outro lado à sua maneira, sem respeitar o outro e seus próprios limites.

1.5. Protocolo de atendimento à mulher que sofreu violência sexual: a experiência do CAISM

O Caism/UNICAMP, desde 1998, dispõe de equipe treinada para assistir à mulher que sofre violência sexual, com protocolos multidisciplinares que visam a prevenir a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), e promover as recuperações física, psicológica e social da mulher. Durante os seis anos de implantação do protocolo multidisciplinar surgiram novos programas, como o atendimento tardio e o seguimento ambulatorial.

O atendimento às mulheres que sofrem violência sexual compreende toda mulher pós-púbere 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. É oferecido atendimento durante as 24 horas do dia, priorizado no momento em que a cliente chega ao serviço e em local privativo e tranquilo (Maia et al., 2000).

A equipe multidisciplinar é composta por enfermeiros (as), ginecologistas, psiquiatras, assistentes sociais e psicólogas e trabalha com protocolos específicos para cada área. Essa equipe, 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.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1998), o atendimento na ocorrência imediata é realizado até cinco dias (120 horas) da violência sexual. A cliente é acolhida pelo (a) enfermeiro (a) que colhe dados de anamnese; após, o médico (a) ginecologista faz exame físico, incluindo o ginecológico, e coleta de material forense (esperma), prescreve anticoncepção de emergência (AE) e quimioprofilaxia para as DST's virais e não virais (para o HIV até 72h da exposição) e, a seguir, a mulher recebe avaliação psicológica e social.

No atendimento tardio, realizado a partir do sexto dia da agressão, a assistência multidisciplinar segue o mesmo fluxo, exceto o exame médico, uma vez que, em função do tempo tardio da exposição, não será possível a coleta do material forense e não há comprovação da eficácia do uso da AE e da terapia de anti-retrovirais (TARV). Portanto, a cliente realizará exame ginecológico no seguimento ambulatorial.

Todas as mulheres atendidas nos dois programas e nos casos em que houve interrupção da gestação decorrente de estupro são agendadas, após sete dias, no Ambulatório de Ginecologia, no Programa de Atendimento Especial, onde receberá assistência da equipe multidisciplinar por seis meses. Nesse

Programa, as DST/HIV são monitoradas por médicos ginecologistas através exames de secreção vaginal e de sorologias para HIV, sífilis, hepatites B e C; realizam-se intervenções de enfermagem, terapia psicológica e acompanhamento social com o objetivo de adesão ao tratamento, visando à recuperação física, psicológica e social. Para isso, as consultas são marcadas após 30, 45, 90 e 180 dias após a agressão ou quando algum membro da equipe julgar necessário.

A abertura do Boletim de Ocorrência (BO) é prerrogativa da mulher. Ela ou seus representantes legais são estimulados a comunicar o fato às autoridades policiais e judiciárias, porém cabe a eles a decisão final. O hospital somente comunicará a violência às autoridades nos casos previstos em lei e todos os atendimentos são notificados, *on line*, no Sistema de Notificação de Violência de Campinas (SISNOV).

1.6. O conceito de acolhimento

O dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa aponta a palavra acolhimento como sendo ato ou efeito de acolher, recepção; atenção e consideração. Já Quintaz (1995) compara o acolhimento com a relação mãe-filho. A mãe seria um campo de amparo e acolhimento, tendo a responsabilidade de cuidar de seu filho. Transpondo essa relação para os serviços de saúde, o autor comenta que os profissionais podem amparar de maneira a se tornarem responsáveis pelo desenvolvimento de sua clientela.

Essas considerações fazem pensar em acolhimento em termos de uma “relação de ajuda”, na qual as pessoas que procuram ajuda são ao mesmo tempo objetos e agentes da ação; são objetos porque procuram ajuda, necessitam de ajuda, e agentes porque participam dessa ajuda através de opiniões e decisões. Nesta relação é imprescindível que a equipe de saúde esteja preparada adequadamente de modo a proporcionar uma relação clara e tranqüila para o usuário (Entralgo, 1983).

Miranda e Miranda (1990) afirmam que a relação de ajuda ocorre no encontro entre duas pessoas e será através desse encontro que o ajudador vai acolher o ajudado e construir a base de uma relação a dois. O relacionamento de ajuda é desenvolvido a cada encontro, de modo a render o máximo para ambos, é como se o ajudador formasse a imagem do ajudado nos momentos iniciais, checando o quanto de abertura e disponibilidade pode esperar dele. Estes autores tiveram como referência principal de seu trabalho o Modelo de Ajuda, de Robert R. Carchuff e Bernard G. Berenson.

A possibilidade de se isolar ou “anestesiá” as emoções, de forma que não interfiram na interação com o paciente, causa um distanciamento e pode ser alcançada com a idéia de neutralidade, superada pelos novos paradigmas da ciência e que falam da visão construtiva da subjetividade. Assim, a neutralidade é uma ilusão.

Por isso, proporcionar uma interação entre cliente e profissionais de enfermagem é de fundamental importância para a recuperação física e psicossocial da mulher que sofre violência sexual. Acolher essas mulheres e

seus familiares em um momento de angústia, revolta e insegurança faz com que este primeiro atendimento seja de grande relevância.

Embora os (as) enfermeiros (as) do hospital em questão, o Caism, tenham recebido capacitação sobre o protocolo de atendimento de enfermagem e sidos orientados para ter atitudes receptivas, não preconceituosas e não julgadoras, é provável que por não saberem lidar com problemas como inexperiência, falta de informação sobre os aspectos legais, crenças religiosas, conflito de valores e identificação com situações vivenciadas na vida pessoal, isto contribua para que mantenham posturas inadequadas que dificultam a assistência. Assim, foi proposta deste estudo descrever o atendimento prestado pelos enfermeiros (as) às vítimas de violência sexual, bem como avaliar como esses profissionais vivenciam essa experiência.

Frente a isso, o presente estudo poderá contribuir para melhor compreender as reações emocionais dos (as) enfermeiros (as) que emergem neste tipo de atividade e avaliar alguns indicadores da qualidade do atendimento. Esses conhecimentos, por sua vez, poderão subsidiar reflexões com esses profissionais, com vistas a melhorar a relação enfermeiro-cliente, favorecendo uma assistência de melhor qualidade.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Descrever algumas características do atendimento recebido por mulheres que sofreram violência sexual e as vivências presentes na fala dos (as) enfermeiros (as) que prestam esse atendimento no Caism/UNICAMP.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever características do atendimento prestado pelo (a) enfermeiro (a) às mulheres que sofreram violência sexual.
- Interpretar as vivências dos (as) enfermeiros (as) frente ao atendimento à mulher que sofreu violência sexual.

3. Publicações

Artigo 1 – Artigo preparado para ser submetido à revista Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Reis MJ, Lopes MHBM, Bedone AJ. Avaliação do Atendimento de Enfermagem a Mulheres que Sofrem Violência Sexual.

Artigo 2 – Artigo preparado para ser submetido à Revista de Saúde Pública

Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Turato ER, Chvatal VLS, Bedone AJ. Vivência de Enfermeiros na Assistência à Mulher que Sofre Violência Sexual

3.1. Artigo 1

Avaliação do atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual

Maria José dos Reis¹

Maria Helena Baena de Moraes Lopes²

Aloísio José Bedone¹

¹ Enfermeira do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Caism/UNICAMP), Mestranda da Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) UNICAMP. E-mail: mjreis03@hotmail.com

² Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP. Co-orientadora. E-mail: mhbaena@fcm.UNICAMP.br

¹ Médico. Professor Associado do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP. Orientador. E-mail: bedone@.UNICAMP.br

Avaliação do atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual

RESUMO

Este estudo descreve as características do atendimento prestado, no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, pelo (a) enfermeiro (a), às mulheres que sofreram violência sexual. Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo dos atendimentos de junho de 2006 a maio de 2007 e 146 (84,9%) prontuários foram analisados. Calcularam-se as frequências absolutas e relativas; foram utilizados o teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher e regressão logística para comparar os períodos diurno e noturno.

A maioria dos atendimentos ocorreu no período diurno; houve coerência entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem ou problemas colaborativos identificados; as mulheres referiram que receberam orientações de acordo com o protocolo do programa; o tempo de consulta foi maior no período noturno, mas independentemente deste fato, as mulheres atendidas nesse período mais frequentemente conheciam os riscos de saúde decorrentes da violência sexual, tiveram maior adesão ao tratamento com anti-retrovirais e estavam mais orientadas quanto à finalidade das sorologias colhidas. Conclui-se que o atendimento prestado mostrou-se adequado e efetivo, sua melhor qualidade no período noturno carece de maior investigação.

Nursing care assessment to women with sexual assault history

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the characteristics of care provided by nurses to women with sexual assault history assisted at the Center for Integral Attention to Women's Health of the University of Campinas. A descriptive and retrospective study was conducted, analyzing data collected from 146 (93%) medical records (June 2006 - May 2007). The Chi-square or Fisher's exact test was used and the absolute and relative frequencies were estimated. The results showed that most visits occurred during the daytime. There was consistency between the interventions and the nursing diagnoses and collaborative problems identified; and women reported that they received guidelines in accordance with the program protocol. The nursing consultation time was greater during the night period; however, in spite of that, women assisted during this period most often knew the health risks arising from sexual assault, showed greater adherence to antiretroviral treatment and were more focused on the serology purpose. In conclusion, the nursing assistance is adequate and effective and the best results during the night period should be better investigated.

INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas, a violência contra a mulher tem sido reconhecida como problema de saúde pública por entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que relaciona diversos agravos à saúde da mulher, como problemas físicos, abusos de drogas e álcool, distúrbios gastrointestinais, inflamações pélvicas crônicas, distúrbios psíquicos, entre outros ⁽¹⁾. Considerando os tipos de violência sofridos pela mulher, a violência sexual é uma das mais freqüentes e se caracteriza por qualquer ato sexual obtido através de violência real ou ameaça.

Porém, nos últimos anos, no Brasil o atendimento às mulheres que sofrem de violência sexual tem merecido atenção de diversos setores sociais, já que é uma questão histórica e cultural, afetando mulheres de todas as idades e extratos sociais ⁽³⁾. Haja vista que as conseqüências físicas e psicológicas podem ser imediatas ou de longo prazo, como por exemplo, a exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a gravidez não planejada e indesejada uma vez que o trauma físico de genitais ou de outras partes do corpo pode ou não estar presente ⁽⁴⁾.

Embora ocorra com alta freqüência e sérias implicações sobre a saúde da mulher, a violência sexual tem sido ignorada e raramente compõe os programas de saúde sexual e reprodutiva. Desse modo, se faz necessário que os profissionais da saúde estejam informados sobre este tema, saibam avaliar os sintomas e sinais apresentados, prevenir e tratar as suas conseqüências ⁽⁴⁾.

A necessidade de discussão deste fenômeno merece que todos os cursos ligados às áreas de saúde inseriram em suas grades curriculares a preparação e formação do profissional para prestar assistência à população que sofre esse tipo de acometimento

sexual, uma vez que oferecer atendimento imediatamente após a agressão pode prevenir grande parte das conseqüências físicas e psicológicas resultantes da violência sofrida ⁽⁴⁾.

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Caism/UNICAMP), hospital de ensino especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, tornou-se um dos serviços pioneiros no país a prestar assistência às mulheres que sofrem violência sexual e dispõe de equipe treinada com protocolos multidisciplinares que visam prevenir a gravidez e DST/HIV e promover as recuperações físicas, psicológicas e sociais da mulher.

Perante o interesse em acolher essas mulheres, um grupo de enfermeiras em conjunto com a equipe multidisciplinar, em 1998 elaborou o protocolo intitulado Atendimento Multidisciplinar às Mulheres Vítimas de Violência Sexual que visa prestar assistência a toda mulher pós-púbere 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. O atendimento de urgência/imediato (realizado até 5 dias após a violência) e tardio (após 5 dias) é realizado na Unidade de Internação de Ginecologia, oferecido durante as 24 horas do dia, priorizado no momento em que a cliente chega ao serviço e em local privativo e tranquilo.

Conforme o protocolo de enfermagem⁽⁵⁾, a cliente é acolhida pelo (a) enfermeiro(a) que colhe dados de anamnese; executa a prescrição médica, como a anticoncepção de emergência (AE) e quimioprofilaxia para as DSTs virais e não virais e realizam-se intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados, a seguir, no seguimento ambulatorial recebe assistência por seis meses.

Embora os (as) enfermeiros (as) do Caism tenham recebido capacitação e sido orientados para terem atitudes receptivas, não preconceituosas e não julgadores, fatores

necessários para proporcionar uma interação entre cliente e profissionais visando à recuperação física e psicossocial, é provável que por não saber lidar com problemas, em função de crenças e valores pessoais, mantenham posturas inadequadas que dificultam a assistência. Frente a isso, o presente estudo poderá contribuir na avaliação da qualidade de assistência de enfermagem, com vistas a melhorar a relação enfermeiro-cliente, favorecendo uma assistência mais eficaz.

Assim sendo, o objetivo desse estudo foi descrever as características do atendimento prestado pelo (a) enfermeiro (a) às mulheres que sofreram violência sexual no Caism/UNICAMP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo. Nos anos 2003, 2004 e 2005 foram atendidas 174, 182 e 169 mulheres, respectivamente, com uma média anual de 175 atendimentos. Portanto, estimava-se que o tamanho da amostra seria em torno de 175 casos. Essa amostra foi baseada na coleta periódica anual, e não em artigos científicos, devido à característica muito particular do estudo em avaliar o atendimento prestado pelo serviço.

A coleta dos dados foi realizada por meio dos Instrumentos de Análise do Atendimento de Enfermagem às Mulheres que Sofreram Violência Sexual, construídos para este estudo, que permitia a avaliação da consulta de enfermagem registrada na Ficha de Atendimento Especial Imediato – Multidisciplinar – Caism/UNICAMP, documentos que integra o prontuário da cliente e é preenchido por ocasião do atendimento imediato e no primeiro retorno ao Ambulatório de Atendimento Especial Foram incluídos todos os prontuários de mulheres atendidas no período de um ano e excluídos aqueles que não continham a Ficha de Atendimento Especial Imediato.

Foram avaliadas as seguintes variáveis: duração do atendimento (menos de 30 minutos, 30 a 60 minutos, 60 minutos ou mais); período de atendimento (diurno e noturno); preenchimento do Instrumento de análise (sim, não, em parte e não se lembra); identificação de diagnósticos de enfermagem no atendimento imediato apresentado em *check-list* e dos diagnósticos de enfermagem acrescentados. Itens apresentados em *check-list* na ficha de atendimento especial imediato-multidisciplinar Caism/UNICAMP: intervenções de enfermagem coerentes com os diagnósticos de enfermagem e/ou problemas colaborativos identificados; conhecimento pela mulher sobre: riscos de aquisição de DST ou gravidez indesejada; entrega de carteira de vacinação na qual consta a primeira dose de vacina para hepatite B; adequação dos horários ARV; orientação sobre: adequação do horário de tomada de medicamentos de acordo com suas atividades diárias, efeitos de intolerância aos ARV, finalidade das sorologias colhidas, alimentação e hidratação oral e uso de preservativo.

Os dados foram digitados na planilha eletrônica Excel (versão 2003, da *Microsoft Corporation*). Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Para comparar o atendimento entre o período diurno e o noturno foi utilizando o teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher, quando indicado ($p < 0,05$).

Este estudo seguiu as normas preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ⁽⁶⁾ e foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do Caism/UNICAMP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Protocolo nº 546/2006).

Foi garantido o sigilo da identificação dos enfermeiros que preencheram as fichas de atendimento de enfermagem, bem como das clientes assistidas, uma vez que o instrumento de coleta de dados apresentou apenas o código do profissional e não continha nenhum dado de identificação das clientes.

RESULTADOS

No período de junho de 2006 a maio de 2007, 172 mulheres que sofreram violência sexual foram atendidas no Caism/UNICAMP, 15 prontuários não foram localizados por conterem erro no número do registro e nome ilegível no livro de registro de atendimento, restando 157 (91,3%) prontuários. Dentre estes, 11 foram excluídos do estudo por não conterem a Ficha de Atendimento Especial Imediato, portanto, 146 prontuários foram analisados, representando 84,9% dos atendimentos realizados.

Na Tabela 1 é apresentada a caracterização do atendimento de enfermagem no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, observamos que a metade dos atendimentos demorou 60 minutos ou mais, sendo que a maioria ocorreu no período diurno e os instrumentos foram preenchidos completamente. Houve coerência das intervenções com os diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos identificados.

De acordo com as intervenções realizadas pelos enfermeiros no atendimento imediato, observamos que entre 70,8% a 83,9% das mulheres referiram que receberam as orientações de acordo com o protocolo do programa (Tabela 2).

Comparando-se o atendimento entre os períodos diurno e noturno, observa-se, de acordo com a Tabela 3, que o tempo de consulta de enfermagem foi maior no período noturno e que as mulheres atendidas neste período mais frequentemente: conheciam os riscos de saúde decorrentes da violência sexual; faziam uso dos medicamentos ARV em horários adequados às suas atividades diárias e estavam mais orientadas quanto à finalidade das sorologias para DST e HIV colhidas no atendimento imediato.

Foi feito teste de regressão logística no sentido de se esclarecer se os indicadores de qualidade do atendimento eram influenciados pelo tempo de consulta, independentemente de ser diurno ou noturno. Não se observaram diferenças ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Entre 172 atendimentos realizados, em pelo menos 84,9% dos casos as mulheres retornaram para primeira consulta no Ambulatório de Atendimento Especial. Essa frequência foi superior à do estudo realizado no mesmo serviço, entre 1999 e 2002, no qual se observou que apenas 53,6% retornavam para primeira consulta no seguimento com ginecologista ⁽⁷⁾. Portanto, o presente estudo demonstra que houve uma melhor adesão à primeira consulta ambulatorial. Ressalta-se que algumas mudanças nesse Programa podem ter contribuído para a maior adesão. Em 2003, o seguimento ambulatorial foi transferido do Hospital das Clínicas da UNICAMP para o Caism/UNICAMP, concentrando no mesmo espaço físico o atendimento da equipe multidisciplinar e, a partir de 2006, às mulheres que faltavam à primeira consulta passaram a ser convocadas por essa equipe.

Embora no estudo anterior a maioria dos casos de violência sexual ocorresse no período noturno, das 19h às 07h ⁽⁷⁾, atualmente a maioria dos atendimentos de enfermagem (61,5%) é realizada no período diurno. É provável que a violência continue a ocorrer com maior frequência à noite, mas a mulher procura por ajuda pela manhã.

O estudo mostrou que 74,7% das fichas de enfermagem estavam preenchidas completamente, 91% tinham diagnósticos e problemas colaborativos identificados e, 73,6% apresentavam intervenções de enfermagem. Entre 70,8% a 83,9% das mulheres referiram ter recebido orientações/intervenções de acordo com o protocolo do programa. Considerando que para identificar a qualidade da assistência prestada devemos seguir os passos da sistematização da assistência de enfermagem, que compreende a anamnese, os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem, podemos considerar que esse atendimento tem sido adequado.

A maioria dos enfermeiros do plantão noturno demora 60 minutos ou mais para realizar um atendimento. É provável que esse tempo dispensado esteja diretamente relacionado ao fato da equipe multidisciplinar não estar completa durante a noite e os enfermeiros necessitem realizar intervenções imediatas frente à identificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados às alterações psicológicas e sociais na tentativa de minimizar os sentimentos e/ou dificuldades psicossociais para posteriormente receberem a assistência do profissional especializado

As vítimas de violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos. Esperam receber um atendimento digno, respeitoso e acolhedor, que as protejam da revitimização, pois esta mulher está precisando desesperadamente de apoio emocional; sua auto-estima e seu ego podem ter sido feridos com mais gravidade que qualquer lesão física que possa apresentar. Portanto, ela precisa de uma pessoa que mostre simpatia e compreensão, disposta a escutar com respeito e interesse e preparada para dar apoio emocional neste primeiro atendimento ⁽⁴⁾.

As mulheres atendidas no noturno mais freqüentemente conheciam os riscos de saúde decorrentes da violência sexual; faziam uso dos medicamentos ARV em horários adequados às suas atividades diárias e estavam mais orientadas quanto à finalidade das sorologias para DST e HIV colhidas no atendimento imediato.

O plantão noturno compreende 12h de trabalho e poderia ser um fator facilitador, possibilitando que o (a) enfermeiro (a) dedique maior tempo de acolhimento/consulta de enfermagem, o que justificaria um melhor resultado na qualidade do atendimento nesse turno. Entretanto, questiona-se se o tempo de consulta maior pode levar a uma melhor qualidade de atendimento, uma vez que os indicadores de qualidade do atendimento não

foram influenciados pelo tempo de consulta e sim, pelo período em que as mulheres foram acolhidas. Outras possíveis explicações devem ser buscadas.

Uma justificativa plausível seria o diferente preparo dos (as) enfermeiros (as) dos dois turnos. O presente estudo não caracterizou os (as) enfermeiros (as) responsáveis pelo atendimento, mas é possível que no período noturno atuem enfermeiros (as) mais experientes, mais capacitados (as) para atuarem na área e, por estarem mais bem preparados (as) para desenvolver esse tipo de atendimento, podem fazê-lo com melhor qualidade.

Outro fator que pode estar influenciando estes resultados é a relação enfermeiro (a)-cliente. De fato, pesquisadores consideram que a atenção individualizada é a grande aliada da melhora da adesão e a relação enfermeiro (a)-cliente, a ferramenta mais importante para sua efetivação ⁽⁸⁾. Comentam também que a confiança é o elemento chave desta relação e para que ela ocorra é necessário o estabelecimento de empatia, de credibilidade no profissional, do respeito à privacidade e, principalmente, de confiança nas informações e nos comportamentos do cliente.

CONCLUSÕES

O atendimento imediato às mulheres que sofreram violência sexual, prestado pelos (as) enfermeiros (as), mostrou-se adequado e efetivo. Os indicadores de qualidade mostraram que as mulheres receberam maior número de informações no período noturno, no qual a consulta foi mais demorada, porém este fato não justifica os resultados.

Uma limitação do presente estudo é que não foram investigados o tempo de experiência e a capacitação dos enfermeiros (as) envolvidos, bem como a qualidade da relação enfermeiro (a)-cliente. Portanto, esses aspectos podem ser temas de outros estudos.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Mourelli K, Botelho LFF, Stoianov M. Atendimento às Mulheres Vítimas de Violências Sexual: Um estudo qualitativo. *Revista Saúde Pública* 2005; 39(3): 376-82.
2. Angola Xyami. Angola Minha Terra. Violência sexual vira epidemia nas áreas de conflito em África. 04 mar. 2008. Disponível em: <http://www.angolaxyami.com>. Acessado em 18 jun. 2008.
3. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento Integral às Mulheres Vítimas de Violência Sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas Fórum. *Caderno de Saúde Pública* 2007; 23(2): 465-69.
4. Faúndes A, Rosas CF, Bedone A, Orozco LT. Violência Sexual: Procedimentos indicados e seus resultados nos atendimentos de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(2): 126-35.
5. Higa R, Mondaca AA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. *Rev Escola de Enfermagem da USP* 2008; 42(2): 377-82.
6. Brasil. Ministério de Saúde – Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo os seres humanos. *Inf. Epidemiol. SUS – Brasil*, 2, 1996.
7. Oshikata CT, Bedone A J, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofrem violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(1): 192-99.
8. Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazim CC, Gallani MCBJ, Colombri MRC. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com anti-retrovirais: dificuldades relatadas e propostas de medidas atenuantes em um hospital escola *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001; 9(4)

Tabela 1 - Caracterização do atendimento de enfermagem no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (n=146). Caism/UNICAMP, 2006-2007.

Características	Categorias	N	%
Duração do atendimento em min (n=79)	< 30	13	16,5
	30 a 60	27	34,2
	60 ou mais	39	49,4
Período de atendimento (n=135)*	Diurno	83	61,5
	Noturno	52	38,5
Preenchimento do instrumento (n=146)	Completo	109	74,7
	Parcial	37	25,3
Identificação de DE [†] no check-list (n=144)	Sim	131	91,0
	Não	13	9,0
Intervenções de enfermagem coerentes com DE [†] e/ou PC [‡] identificados (n=144)	Sim	106	73,6
	Não	25	17,4
	Em Parte	13	9,0
DE [†] acrescentados (n=25)	Ansiedade	8	32,0
	Medo	8	32,0
	Risco para infecção	3	12,0
	Outros	6	24,0

* diurno das 7h às 19h e noturno das 19h às 7h

DE[†] = Diagnóstico de Enfermagem

PC[‡] = Problemas Colaborativos

ARV* = Anti-Retrovirais

Tabela 2 - Orientações recebidas dos (as) enfermeiros (as) no Programa de Atendimento às Vitimas de Violência Sexual, segundo as mulheres assistidas (n=146). Caism/UNICAMP, 2006-2007.

Características	Categorias	N	%
Conhecimento de riscos pela mulher (n=106)	Sim	79	74,5
	Não lembra	25	23,6
	Não	2	1,9
Entrega de carteira de vacinação (n=106)	Sim	75	70,8
	Não	31	29,2
Adequação dos horários dos ARV* (n=93)	Sim	78	83,9
	Não	15	16,1
Orientação sobre adequação do horário (n=93)	Sim	79	84,9
	Não lembra	7	7,5
	Não	7	7,5
Orientação sobre os efeitos dos ARV*(n=93)	Sim	76	81,7
	Não lembra	12	12,9
	Não	5	5,4
Orientação quanto a sorologia (n=93)	Sim	74	79,6
	Não lembra	14	15,1
	Não	5	5,4
Orientação quanto à alimentação e hidratação oral (n=93)	Sim	75	80,6
	Não lembra	13	14,0
	Não	5	5,4
Orientação quanto ao uso de preservativos (n=92)	Sim	71	77,2
	Não lembra	15	16,3
	Não	6	6,5

Tabela 3 – Características do atendimento de enfermagem no Programa de Atendimento às Vitimas de Violência Sexual que se diferenciaram significativamente na comparação entre os períodos diurno e noturno (n=146). Caism/UNICAMP, 2006-2007.

Características	Categorias	Diurno*		Noturno*		p-valor**
		n	%	n	%	
Duração do atendimento em min (n=79)						0,0227
	< 30	11	24,4	02	5,9	
	30 a 60 min	17	37,8	10	29,4	
	60 ou mais	17	37,8	22	64,7	
	Total	45	100,0	34	100,0	
Conhecimento de riscos pela mulher (n=101)***						0,0072
	Sim	42	65,6	33	89,2	
	Não	22	34,4	04	10,8	
	Total	64	100,0	37	100,0	
Adequação dos horários dos ARV (n=88)***						0,0397
	Sim	41	77,4	33	94,3	
	Não	12	22,6	02	5,7	
	Total	53	100,0	35	100,0	
Orientação quanto à sorologia (n=88)***						0,0351
	Sim	37	69,8	32	91,4	
	Não	16	30,2	3	8,6	
	Total	53	100,0	35	100,0	

* diurno das 7h às 19h e noturno das 19h às 7h

**teste Exato de Fisher

Nesta tabela só foram consideradas as fichas das pacientes com informação do período e da característica em questão.

3.2. Artigo 2

----- Original Message -----

To: mjreis03@hotmail.com
Subject: RSP - Confirmacao do recebimento de artigo
From: rspline@fsp.usp.br
Date: Wed, 9 Jul 2008 18:15:49 -0300



Prezado(a) Senhor(a) Maria José Dos Reis,

Acusamos o recebimento do artigo “Vivência de enfermeiros na assistência à mulher que sofre violência sexual”, enviado para análise na Revista de Saúde Pública, com vista a possível publicação. O artigo está registrado sob o protocolo nº 399. Para acompanhar o processo de avaliação, acesse o endereço www.fsp.usp.br/rsp com seu login mjreis03@hotmail.com e senha 121421.

Atenciosamente,

Secretaria RSP

Vivência de Enfermeiros na Assistência à Mulher que Sofre Violência Sexual

Maria José dos Reis¹

Maria Helena Baena de Moraes Lopes²

Rosângela Higa³

Egberto Ribeiro Turato³

Vera Lucia Soares Chvatal⁴

Aloísio José Bedone⁵

¹ Enfermeira do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Caism/UNICAMP), Mestranda da Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) UNICAMP. E-mail: mjreis03@hotmail.com

² Enfermeira, Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP. Co-orientadora. E-mail: mhbaena@fcm.UNICAMP.br

³ Enfermeira do Caism/UNICAMP. Doutoranda em Tocoginecologia e membro do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da FCM/UNICAMP. E-mail: rosangelahiga@bol.com.br

³ Médico. Professor Associado do Departamento de Saúde Mental e Coordenador do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da FCM/UNICAMP. E-mail: erturato@uol.com.br

⁴ Psicóloga. Pesquisadora voluntária e Vice Coordenadora do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da FCM/UNICAMP. E-mail: verapsico@gmail.com

⁵ Médico. Professor Associado do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP. Orientador. E-mail: bedone@UNICAMP.br

Vivência de Enfermeiros na Assistência à Mulher que Sofre Violência Sexual

RESUMO

São descritas as vivências dos (as) enfermeiros (as) no atendimento a mulheres que sofreram violência sexual. Utilizou-se o método clínico-qualitativo, com tamanho amostral estabelecido pelo critério de saturação. Foram entrevistados seis enfermeiros (as) utilizando-se a técnica da entrevista semidirigida de questões abertas. Os dados foram lapidados pela técnica da Análise Qualitativa de Conteúdo e analisados segundo construtos da psicologia da saúde. Após leituras do *corpus* elegeram-se quatro categorias: a) o que pensam b) o que sentem, c) como agem e d) como reagem. Eles (elas) pensam que o acolhimento é fundamental para a assistência humanizada e estabelecimento de vínculo.

Demonstram sentimentos diversos, de acordo com sua vivência pessoal e profissional. Agem porque é preciso realizar o atendimento, e a capacitação é um fator que influi. Reagem com medo, com mudanças na vida pessoal ou se acostumam.

Concluiu-se que vivenciam sentimentos de dor, medo e impotência, mas também de satisfação pessoal e realização profissional.

Nurses' experiences in assistance to women with sexual assault history

ABSTRACT

The objective of this paper was to describe the nurses' feelings, their emotional reactions and strategies in the care to women with sexual assault history assisted at the Center for Integral Attention to Women's Health of the University of Campinas. The clinical-qualitative method was used; the population comprised nurses and the sample size was established by the saturation criterion. Using the semi-directed interview technique, six nurses were interviewed. The data were analyzed using the qualitative content analysis technique, according to the health psychology constructs. Four categories were elected after reading of the data: a) what they think, b) what they feel, c) how they take action, and d) how they react. In conclusion, the nurses experienced feelings of pain, fear and helplessness; however, helping these women to recover physically and psychologically brought personal satisfaction and professional achievement.

INTRODUÇÃO

A violência sexual é um crime clandestino, subnotificado, que pode provocar traumas físicos e psíquicos, mais freqüentemente praticado contra a liberdade sexual da mulher. Nos Estados Unidos, dados do *National Crime Victimization Survey* demonstram que anualmente cerca de 300 a 350 mil vítimas têm idade superior a 12 anos e aproximadamente 300 mil, idade inferior a este limite ^(2,3).

No Brasil, diante dos altos índices de morbidade e mortalidade feminina, a violência sexual constitui um sério problema de saúde pública ⁽⁴⁾. Acomete mulheres de todas as idades, de diferentes níveis econômicos e sociais, em espaço público ou privado e em qualquer fase de sua vida ⁽⁵⁾. No entanto, existe a necessidade de dados globais sobre a violência sexual, fato que proporcionaria um melhor dimensionamento e entendimento do fenômeno em nosso meio ⁽⁶⁾.

De acordo com as normas do Ministério da Saúde, a mulher violentada sexualmente necessita ser acolhida pelos serviços de saúde, uma vez que contribui para a humanização da assistência à saúde e estabelece melhor interação entre o profissional e a cliente ⁽⁵⁾. Anterior a isso, no ano de 1998, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) criou um serviço especializado na assistência à mulher pós-púbere que sofre violência sexual, com protocolos visando a uma assistência humanizada. A assistência é realizada e oferecida durante as 24 horas do dia, priorizada no momento em que a cliente chega ao serviço e em local privativo e tranquilo. A equipe é composta por enfermeiros, assistentes sociais, psicólogas e médicos ginecologistas e psiquiatras, com protocolos específicos para cada categoria profissional que tem como objetivo prestar assistência integral e humanizada,

visando à prevenção da gravidez decorrente de estupro e das doenças sexualmente transmissíveis (DST) - virais e não virais -, a recuperação física e psicológica.

De acordo com o protocolo, ao identificar-se como uma pessoa que sofreu violência sexual, um funcionário da recepção a acompanha até a Unidade de Internação (UI) de Ginecologia onde é recepcionada pela equipe de enfermagem e pelo (a) enfermeiro (a), primeiro profissional a acolher essa mulher após a agressão. Após a consulta de enfermagem, a mulher é encaminhada para atendimento médico, psicológico e social, e ao ambulatório, para seguimento com equipe multidisciplinar, por seis meses.

O protocolo de atendimento de enfermagem⁽⁷⁾ descreve a assistência no atendimento imediato (até cinco dias após a violência) ou tardio (após cinco dias); na interrupção da gestação decorrente de estupro e no seguimento ambulatorial. O (a) enfermeiro (a) da UI colhe dados de anamnese, executa a prescrição médica e realiza intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados. Diante das dificuldades deparadas no agir cotidiano durante o acolhimento, no âmbito assistencial, observou-se a necessidade de conhecer a vivência dos enfermeiros (as), uma vez que, assistir esse grupo de mulheres envolve questões éticas, morais e religiosas que poderiam ser causa de repercussões de ordem psicológica/emocional. Portanto, o objetivo deste estudo foi descrever as vivências dos (as) enfermeiros (as) do Caism/UNICAMP no atendimento a mulheres que sofreram violência sexual.

PERCURSO METODOLÓGICO

Foi utilizado o método clínico-qualitativo, elaborado a partir de duas áreas metodológicas densas: dos conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas desenvolvidas no enfoque psicodinâmico das relações interpessoais e das concepções inerentes aos

métodos qualitativos desenvolvidos a partir das ciências humanas⁽⁸⁾.

Embora os sujeitos desta pesquisa não fossem as usuárias e sim enfermeiros (as), não deixou de haver um “debruçar” sobre o sofrimento alheio na acolhida às emoções do outro, uma escuta atenta e o estabelecimento de relação estreita entre os sujeitos. Reforçamos que não foi objetivo do método interpretar o indivíduo em si, mas buscar compreender as significações que interferem nos seus atos⁽⁸⁾.

Para o estudo, a amostra foi intensional e o tamanho estabelecido pelo critério de saturação das informações colhidas⁽⁹⁾. Aos critérios utilizados na seleção dos sujeitos foram: ser enfermeiro (a) e atender mulheres que sofreram violência sexual; estar no desempenho de atividades profissionais no período da coleta e aceitar que a entrevista fosse gravada e, posteriormente, transcrita literalmente.

As entrevistas foram feitas pela autora principal que utilizou a técnica da Entrevista Semidirigida de Questões Abertas⁽¹⁰⁾ permitindo a observação e a escuta em profundidade dos sujeitos da pesquisa. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário contendo dados de identificação e roteiro de perguntas que buscou conhecer as vivências dos (as) enfermeiros (as), tendo como questão disparadora: “Atender mulheres que vivenciaram a violência sexual pode despertar algum sentimento. Fale-me como que é para você trabalhar com isso”.

Foram anotadas expressões verbais e não verbais como a apresentação pessoal, comportamento global, expressões corporais, alterações na fala, risos, sorrisos, choros e outras manifestações.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas; a lapidação dos dados passou pela técnica da Análise Qualitativa de Conteúdo e foi escolhida a análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja

presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado ⁽¹¹⁾. Essa análise permitiu a identificação de temas que foram então categorizados.

Após leituras e releituras do *corpus* do material colhido, discussão entre os pesquisadores e validação com pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da UNICAMP, grupo de pesquisa a que pertence o projeto, os dados foram agrupados nas seguintes categorias: (1) O que pensam os (as) enfermeiros (as); (2) O que sentem; (3) Como agem; (4) Como reagem.

A análise foi realizada a partir dos construtos da psicologia da saúde. A Psicologia da Saúde é um campo de trabalho da Psicologia que nasce para dar resposta a uma demanda sócio-sanitária. Ela tem sua especificidade, não é simples justaposição de posições clínico-biológicas, educativo-pedagógicas e sócio-culturais; absorve, em uma síntese integradora, o melhor de suas fontes e pontos de partida. A “multidisciplinariedade” da Psicologia da Saúde se refere, antes de tudo, à sua projeção e luta no marco institucional, mas não nega seu sentido psicológico e à Psicologia como fonte (18)

Este estudo seguiu as normas preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ⁽¹²⁾ e foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/CAISM e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP (Protocolo nº 546/2006), mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados enfermeiros (as) que realizam o acolhimento no atendimento imediato, isto é, logo após a mulher sofrer a violência sexual, totalizando seis profissionais, sendo um homem e cinco mulheres. As entrevistas foram realizadas no local e horário de

trabalho, em lugar privativo e duraram, em média, 60 minutos.

Ao longo das entrevistas foram percebidas diferentes reações não verbais, algumas pessoas demonstraram estar emocionadas, incômodadas com o que estavam falando, não queriam demonstrar insensibilidade ou medo. Um participante afirmou ter receio de falar algo comprometedor e pediu que desligasse o gravador, quando questionado se desejava encerrar a entrevista referiu que não. Houve quem pedisse para parar a gravação, com a alegação de que necessitava se recompor para continuar a entrevista. Outros disseram que tinham muito que falar ou mostraram estar à vontade.

Os sujeitos foram identificados pela letra “E” e o número correspondente ao da entrevista. Três enfermeiros (as) tinham um longo tempo de experiência nesse tipo de atendimento, de sete a oito anos. Algumas características dos participantes são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos (as) enfermeiros (as) que realizam o atendimento imediato a mulheres que sofreram violência sexual. Caism/UNICAMP, 2007.

Sujeitos	Idade	Estado civil	Tempo de profissão	Tempo no programa
E1	60	Solteiro (a)	32 anos	8 anos e 4 meses
E2	31	Casado (a)	10 anos	2 anos
E3	38	Solteiro (a)	12 anos	8 anos
E4	29	Casado (a)	6 anos	4 anos
E5	46	Separado (a)	22 anos	2 anos e 11 meses
E6	46	Divorciado (a)	10 anos	7 anos

O que pensam

Todos os profissionais relataram que o acolhimento é um fator fundamental para uma assistência humanizada e individualizada, assim como é primordial no estabelecimento de vínculo e empatia com a cliente. Para tanto, se faz necessário demonstrar solidariedade com a sua dor e sofrimento e, em algumas situações, colocar-se no lugar dela.

É indispensável deixar que o sentimento dela chegue até mim, permitir que o meu sentimento chegue até a ela e demonstrar que sou receptiva a sua dor (E1).

Para que eu consiga interagir de forma saudável é importante me colocar no lugar da vítima (E1).

Um dos fatores para a humanização da assistência é a motivação, que dá origem à ação e se transforma ⁽¹³⁾. Considerando a competência técnica e uma assistência humanizada, o acolhimento será um dispositivo que vai muito além da simples recepção do cliente em uma unidade de saúde ⁽¹⁴⁾

De acordo com o dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa ⁽¹⁵⁾, a palavra acolhimento é o ato ou efeito de acolher, recepcionar; dar atenção e consideração a alguém. Assim sendo, para atingir o acolhimento ideal, se faz necessário desenvolver empatia, ou seja, uma resposta afetiva vicária e afetiva apropriada ⁽¹⁶⁾. As pesquisas indicam que a empatia tem uma resposta humana universal, comprovada fisiologicamente, dessa forma pode ser tomada como causa do comportamento altruísta, uma vez que predispõe o indivíduo a tomar atitudes altruístas ⁽¹⁷⁾.

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento é visto como ato ou efeito de acolher implica, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (1).

Portanto, o acolhimento como sendo o primeiro contato do (a) enfermeiro (a) com a mulher que sofreu violência sexual proporcionará segurança tanto física como emocional a esse grupo de mulheres, e é visto pela equipe como importante fator para a adesão ao tratamento. E é exatamente neste sentido, de ação de “estar com” ou “próximo de”, que podemos afirmar que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS (1).

Assim sendo, podemos observar que os enfermeiros do Caism compreendem o acolhimento como definido pelo Ministério da Saúde e esta forma de pensar precede as recomendações do Ministério, uma vez que a implantação do serviço foi anterior. Portanto, isso sugere uma construção a partir da prática cotidiana e da reflexão sobre essa prática.

O acolhimento é como um manto que cobre a paciente, uma sensação, um agasalho, um porto seguro; são vibrações positivas que a envolvem para tirá-la desse lugar ruim e triste. (E1).

O campo vital dela está muito frágil, assim, com o acolhimento bem feito ela sentirá segura e confiante e a eficiência desse primeiro contato facilitará o seguimento com os demais profissionais; mas se errarmos no primeiro momento... (E5).

Isto implica que o (a) enfermeiro (a) necessita organizar um conjunto coerente de conhecimentos e de experiências em face dessa situação concreta, de forma que a assistência à mulher não seja causadora de sofrimento e angústia. Em suma, ao prestar esses cuidados o (a) enfermeiro (a) certamente irá vivenciar e será confrontado com tensões emocionais e relacionais complexas causadoras de conflitos pessoais internos.

Não adianta forçar um profissional que não tem perfil para o acolhimento e não gosta desse atendimento. Às vezes podemos causar uma violência nas pessoas que não tem perfil para participar desse programa. (E1).

O incômodo e o mal-estar ocorrem quando ela descreve o estupro com detalhes. Nunca é uma coisa tranqüila e nem fácil de ser feita, sempre vai incomodar; mas é uma condição e eu que tenho que trabalhar com isso. (E5).

Percebe-se por meio das falas que passada a fase de início da ação, a manutenção de certo tônus motivacional vai persistir até que os objetivos fixados sejam contemplados ⁽¹²⁾, isto é mesmo sentindo incômodo com a situação, o (a) enfermeiro (a) continua as suas ações porque o objetivo é atender à mulher.

A UI de Ginecologia foi escolhida pelos responsáveis do Programa para esse atendimento por ser considerada uma unidade de baixa complexidade. Portanto, a equipe multidisciplinar teria maior disponibilidade de realizar atendimento imediato, seguro,, tranqüila e privativa.

A fala dos (as) enfermeiros (as) nos remete a algumas questões: trabalhar nessa unidade foi escolha desses profissionais? Eles (elas) têm solicitado transferência para outros locais? Se não, por quê?

Situações pessoais com a violência sexual se fazem presentes nos depoimentos, isto é, alguns profissionais eles próprios sofreram violência sexual, e o atendimento pode ser gerador de uma nova agressão.

Vivemos algumas situações de profissionais que sofreram estupros; muitas vezes elas não querem mexer com isso, mas, no ambiente de trabalho que isso estourou, não é fácil não (E5).

Somente deve atender quem realmente quer e tem intenção de fazer algo por essas vítimas. Lamentavelmente isso não ocorre, as pessoas são obrigadas a atender porque trabalham nesse setor e, temos enfermeiras que já foram violentadas e estão atendendo violência (E1).

Frente a isso, parece ser adequado propiciar ao profissional a opção por atuar ou não nesse Programa, para que não haja comprometimento da qualidade de assistência prestada e, principalmente, para diminuir o sofrimento e a angústia que esse atendimento possa estar provocando.

O que sentem

Realizar esse tipo de atendimento aflora sentimentos diversos, de acordo com vivência pessoal e profissional de cada indivíduo.

É complicado atender, nem sempre a gente está com vontade e, realmente a pior coisa que poderia acontecer no plantão (E4).

Quando vejo subindo pela escada fecho o olho, ai meu Deus que terrível, subiu pela escada com o porteiro porque é violência. Então, a primeira vontade é de não atender, depois, sinto-me solidária e mais humana, ela passou por uma coisa tão terrível que preciso oferecer algo de bom para tentar neutralizar (E1).

Gostar a gente não gosta, mas a gente atende. Tem tanta coisa que a gente não gosta e tem que fazer; não tenho prazer em atender, mas dou toda assistência que for preciso (E6).

Acolher mulheres que sofreram violência gera sentimentos institucionais, ou seja, relacionadas às vivências profissionais, significa parar o que se está fazendo para dedicar-se exclusivamente a elas; pode não haver tempo suficiente para atender a outras clientes internadas que necessitam da mesma atenção e, dessa forma, o desejo de não realizar esse atendimento pode estar relacionado à alteração da rotina diária. Outro fator que pode estar contribuindo para isso é não se sentir preparado para esse tipo de assistência.

Quando deparamos com uma situação perigosa sem que estejamos preparados os fatores pessoais se afloram, o medo torna-se evidente. O medo é uma reação a uma

situação de perigo ou a estímulos externos muito intensos que surpreendem o sujeito num tal estado de não-preparação, que ele não é capaz de se proteger deles ou de dominá-los. Entre pavor e angústia, a diferença está no fato de o primeiro se caracterizar pela não-preparação para o perigo, enquanto que na angústia há alguma coisa que protege contra o pavor⁽¹⁹⁾.

Era o que acontecia, medo da mãe ser assaltada e da filha ser violentada. Parece que todos que estavam ao nosso redor poderiam ser possível vítima. Uma realidade de números tão grande. (E1)

Qualquer idade comove, mas quando vejo alguém da idade dos meus filhos que estão em casa a preocupação aumenta, é difícil, tenho duas filhas e a cada momento penso nelas que estão em casa, o tempo todo, a cada dia oriento e reforço os cuidados que devem ter (E6).

Ficava desesperada em ver assim a situação lá fora, hoje é essa pessoa, amanhã pode até está acontecendo com a gente (E2).

Parece existir, em alguns casos, o sentimento de impotência frente à violência. Como quebrar um ciclo familiar, cultural, de violência? O que fazer para ajudar? A falta de respostas desperta sinais de fragilidade e de revolta no profissional.

Quando você se coloca no lugar da pessoa e se sente frágil ocorre um sentimento de revolta. É muita coisa misturada, algumas vezes se fragiliza e outras passam despercebidas, como normal. (E4)

O que mais me impactou foi uma criança que foi estuprada pelo pai. Como não podia ajudar, interromper esse ciclo, acho que seria para sempre e lamentavelmente a mãe pode estar participando disso devido à situação socioeconômica, então é muito difícil. (E1)

Por mais difícil e doloroso que esse atendimento seja, parece que o instinto de cuidador do enfermeiro se faz presente e traz consigo a satisfação de dever cumprido como profissional de saúde e gratificação como ser humano.

Sempre que a paciente e a família me abraçam e agradecem sinto que consegui fazer alguma coisinha, vejo algo de positivo que saiu dela, então, isso me faz sentir bem (E1).

Fico feliz porque cumpri a minha parte. Acolhi bem, fiz tudo que estava dentro do meu alcance. Naquele momento de dor, de desespero, de agonia, eu estava ali para dar a mão, enxugar a lágrima, fazer o que fosse necessário (E2).

Vou para casa pensando no que aconteceu, no papel cumprido, ela está bem. Quando ela chega, vem chorando e muito triste, na hora que vai, sai tranqüila e aliviada e eu fico mais aliviada também. (E3)

Quando a vítima exhibe sinais de alívio ou alegria após ter sido ajudada, a pessoa que ajudou pode sentir alegria. Uma vez tendo experienciado alegria empática, a pessoa pode sentir-se motivada a ajudar novamente de modo a sentir a alegria empática outra vez. Essa auto-recompensa inerente na empatia não é um processo consciente e pode ser um fator adaptativo⁽¹⁹⁾.

Como agem

Os profissionais agem de diversas maneiras, porque tem que agir, necessitam realizar o atendimento, entretanto, identificam a necessidade de estarem capacitados para isso e a falta de capacitação é um fator que pode estar interferindo nesse agir.

O autoconhecimento assenta-se sobre a experiência pessoal e subjetiva. Confrontados com o estresse, a violência, a doença, o sofrimento e a morte, os profissionais de saúde estão muitos expostos e, portanto, muito necessitados de acolhimento e sensibilização para se sentirem bem. Para relacionar-se melhor e melhorar sua relação com os outros, exige-se a autopercepção. Interrogar-se sobre a representação de si mesmo é o primeiro passo, indispensável para quem tenciona se comunicar melhor, interagir ou posicionar-se

de modo mais adequado na relação com o outro⁽¹³⁾.

Quando ocorre conscientização acerca dos aspectos emocionais envolvidos na atuação cotidiana da equipe de enfermagem, isto facilita e aprimora o cuidar (20), daí a importância do apoio e preparo psicológico dos profissionais que atuam na área de violência sexual.

Eu particularmente nunca participei de nenhuma oficina, nenhum congresso que fosse específico sobre vítima de violência (E4).

Eu gostaria de reunir com todas as outras colegas que fazem o atendimento e poder discutir, poder trocar as idéias ou os casos, acho que é uma forma de aumentar o conhecimento, de compreender o que está acontecendo, como me afetou. Seria muito importante cuidar do cuidador e isso é algo que nós não temos (E1).

Eu nunca recebi nenhum tipo de apoio psicológico aqui e também nunca procurei, conversamos entre a gente mesmo e nos ajudando mutuamente (E4).

De acordo com as normas do Ministério da Saúde, o CAISM/UNICAMP oferece regularmente capacitação técnica e oficinas de apoio psicológico a todos os profissionais que atuam nesse programa, a participação não é obrigatório, o que justificaria a não participação de alguns enfermeiros. O Serviço de Apoio ao Servidor conta com uma psicóloga para atender todos os profissionais do serviço, inclusive a equipe desse Programa.

É provável que seja necessário uma melhor divulgação e/ou a informação da importância da participação nesses encontros por parte da equipe responsável por esses profissionais para que ocorra uma melhor adesão e procura por ajuda e apoio psicológico, quando se fizer necessário.

Embora alguns enfermeiros (as) tenham recebido capacitação para proporcionar uma interação com a cliente, visando sua recuperação física e psicossocial, é presumível que, por não saberem lidar com o problema, em função de crenças, valores e vivências

pessoais, tenham dificuldade na assistência.

Quando veio a capacitação foi bom e de grande valia, houve uma melhora, uma conscientização, uma delicadeza no cuidado e no acolhimento. (E5)

Eu achei que ajudou muito, foi um grupo onde cada um colocou o que sentia, como é que estava sendo o atendimento, acho que ajudou e deve ter mais dessas oficinas (E3).

Na condição de enfermeiro (a), o indivíduo certamente irá vivenciar e ser confrontado com tensões emocionais e relacionais, e evoluirá no centro de um complexo sistema que incluirá: a situação econômica, os conflitos hierárquicos ou entre os membros da equipe interdisciplinar e a prioridade em desenvolver uma assistência condizente com as necessidades físicas e psicológicas do seu cliente⁽²¹⁾.

Como reagem

Os enfermeiros reagem com medo, explicitam os sinais de alerta na vida pessoal, reagem com mudanças na sua vida pessoal, alguns se acostumaram com a situação, tornam-se mais precavidos e outros ficam com medo da violência do dia a dia. Demonstram diversos tipos de reação frente ao atendimento para continuar a assistir essas mulheres conforme sugerem as falas abaixo.

Os primeiros anos eram desespero, angústia e dor, muito difícil atender; hoje ainda sinto a sua dor e não consigo deixar de me colocar no seu lugar, mas consigo trabalhar de uma forma mais desapegada, consigo compreender e não mais me apropriar dessa dor (E1).

Eu fui acostumando com a situação (E3).

Influencia de várias maneiras, você muda quando atende uma vítima de violência e traz para seu dia-a-dia, um exemplo é que não deixo mais o rapaz que

entrega água entrar em casa depois que atendi uma mulher que foi violentada porque abriu a porta (E4).

Olhar pra dentro de mim e ver o quanto de agressor, o quanto de estuprador tem dentro de mim; não excluir o fato de ser um agressor também (E5).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais entrevistados apresentaram diferentes sentimentos. Todos relatam a importância do acolhimento, da empatia e da formação de vínculo com a mulher. Ao mesmo tempo em que aparece o desejo de fugir do atendimento, ocorre a vontade de dar o melhor de si e são utilizados mecanismos internos no sentido de minimizar a dor e o sofrimento. A capacitação técnica e atividades que visam o apoio psicológico são citadas como estratégias que podem ajudar a lidar melhor com esse tipo de atendimento.

Mesmo diante de sentimentos como de impotência, o medo e revolta parece que o alívio de dever cumprido e a satisfação pessoal em ter ajudado essas mulheres sobrepõem sobre todos os demais sentimentos como forma de gratificação. Foi observado que embora o serviço ofereça capacitação profissional e oficinas de apoio psicológico com certa regularidade, nem todos fazem, mas aqueles que participaram relatam a importância desses encontros na melhora da assistência oferecida e das dificuldades pessoais.

Como limitação do estudo, citamos a importância de se ouvir os responsáveis pela instituição no sentido de se saber se esses profissionais têm solicitado transferência de unidade, qual a preocupação da direção em relação a estes profissionais que já sofreram violência e se já havia conhecimento sobre esta situação. Portanto, sugerimos que estudos futuros sejam feitos com os outros atores para que possam ser respondidas estas questões.

REFERÊNCIAS

1. Abbês C. O Acolhimento como Rede de Conversações. Diretriz e Dispositivo da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. 2006.
2. Sediak AJ, Broadhurst DD. Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect. Washington DC: Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 1996
3. Rennison CM. Criminal victimization 1999. Washington DC: Bureau of Justice Statistics, National Crime Victimization Survey, U.S. Department of Justice; 2000.
4. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. Cad. Saúde pública 1994; 10(supl.1): 135-45.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Política Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente. Brasília, 1999. 20 p.
6. Faúndes A, Oliveira G, Andalaft Neto J, Lopes JRC. II Fórum interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto na lei. Femina 1998; 26:134-8.
7. Higa R, Mondaca AA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. Rev Escola de Enfermagem da USP 2008; 42(2).
8. Turato ER. Introdução à metodologia da pesquisa Clínico-qualitativa: definições e principais características. Rev Portuguesa de Psicossomática 2000; 2(1):93-108.
9. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por Saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Caderno de Saúde Publica 2008; 24(1): 17-27.

10. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(5): 174-83.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde (Quinta edição São Paulo: Hucitec-Abraco; 1998.
12. Conselho Nacional de Saúde Resolução 196/96 Brasil 1996.
13. Rispaill D. Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar - Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem. (1ª edição) Loures: Lusociência. 2003.
14. Hennington EA. Acolhimento como prático interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública* 2005. Disponível em: www.scielo.br . Acesso em: 18 jan. 2006.
15. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 1988.
16. Hoffman ML. Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and social Psychology* 1981; 40:121-137.
17. Salvatore MA. “Empatia” Revista Mente e Cérebro. Tradução de Doris Nátia Cavallari. Editora Duetto, 2007.
18. Sebastiani RW, Maia Eulália M Chaves. Psicologia de la Salud en Brasil - 50 años de historia. *Revista Suma Psicologica*, Medellin, v. 10, n. 1, p. 25-42, 2003.
19. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. Tradução por Pedro Tamen. São Paulo; Martins Fontes 2008.

20. Silva GM, Teles S, Vale ERM. Estudo Sobre Publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do Câncer Infantil - período de 1998/2004. Rev Bras Cancerologia 2005; 51(3): 253-61.
21. Carneiro KM, Cardoso MVLML, Abreu WJCP, Fernandes HIVM. Estágio de doutorando (sanduíche) em enfermagem: uma experiência em Portugal. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Jan-Abr; 9(1): 261-274. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a21.htm> acesso em: 18/03/2008

4. Discussão

Durante o período de 12 meses, 172 mulheres que sofreram violência sexual foram acolhidas no Caism logo após a agressão.

Entre os 157 (91,3%) prontuários analisados, 146 (93%) continham o instrumento de atendimento de enfermagem ambulatorial, mostrando que 84,9% das mulheres retornaram para a primeira consulta no ambulatório. Em um estudo anterior realizado no mesmo serviço, entre 1999 e 2002, observou-se que apenas 53,6% retornavam para a primeira consulta (Oshikata, 2005). Portanto, evidencia-se que, atualmente, há uma maior adesão ao atendimento.

Paralelamente, foram entrevistados enfermeiros (as) que realizam o acolhimento no atendimento imediato, isto é, logo após a mulher sofrer a violência sexual, totalizando seis profissionais sendo cinco mulheres e um homem. Todos relataram a importância do acolhimento como sendo um fator fundamental para uma assistência humanizada, individualizada e primordial no estabelecimento de vínculo e empatia com a cliente.

Ressaltamos que além do fato de os enfermeiros (as) fazerem sistematicamente o acolhimento, dentro de uma abordagem humanizada

evidenciada por suas falas, algumas mudanças no programa de atendimento de violência sexual poderiam ser consideradas como um dos fatores colaboradores para aumentar esta adesão, como a transferência do ambulatório de atendimento do Hospital das Clínicas da UNICAMP para o Caism/UNICAMP, concentrando-se no mesmo espaço físico o atendimento da equipe multidisciplinar, e a convocação de todas as clientes que faltam à primeira consulta, a partir de 2006.

Também foi observado neste estudo que 74% das fichas de enfermagem estavam preenchidas completamente; 91% continham os diagnósticos e problemas colaborativos identificados, 73,6%, as intervenções de enfermagem e, 70% a 83,9% das mulheres referiram ter recebido orientações /intervenções de acordo com o protocolo do programa. Foi identificado que a maioria dos enfermeiros (as) do plantão noturno demora de 60 minutos ou mais para realizar uma consulta, e é provável que este tempo dispensado esteja relacionado ao fato de que à noite a equipe multidisciplinar não está completa e o (a) enfermeiro (a) precisa realizar algumas intervenções imediatas, envolvendo aspectos psicossociais para, posteriormente, as mulheres receberem a assistência do profissional especializado.

Foi citado também que o acolhimento - sendo o primeiro contato do (a) enfermeiro (a) com a mulher que sofreu violência sexual - pode proporcionar segurança tanto física como emocional a esse grupo de mulheres, e isso é visto como um fator importante para a adesão ao tratamento. Por outro lado, esse primeiro contato acarreta, para o profissional que presta este atendimento, a vivência de tensões emocionais e relacionais complexas, causadoras de conflitos pessoais internos.

Os depoimentos dos enfermeiros (as) levam a questionar por que continuam nesse tipo de trabalho, quando eles próprios já sofreram este tipo de violência e, mesmo sabendo que este atendimento pode ser gerador de uma nova agressão, estes profissionais não solicitam transferência da unidade onde o programa está inserido.

Considerando a competência técnica e uma assistência humanizada, o acolhimento será um dispositivo que vai muito além da simples recepção do cliente em uma unidade de saúde (Risipail, 2003). Isto é, mesmo sentindo incômodo com a situação, o (a) enfermeiro (a) continua as suas ações porque o objetivo é atender bem esta mulher.

Embora o atendimento desperte sentimentos como medo, angústia, sentimento de impotência, e por mais doloroso que seja para o enfermeiro (a) parece que o “instinto de cuidador” do enfermeiro (a) se faz presente e traz consigo a satisfação do dever cumprido, como profissional de saúde, e a gratificação como ser humano (Hennington, 2005). O autoconhecimento assenta-se sobre a experiência pessoal e subjetiva. Confrontados com o estresse, a violência, a doença, o sofrimento e a morte, os profissionais de saúde estão muito expostos e, portanto, muito necessitados de acolhimento e sensibilização para se sentirem bem. Para relacionar-se melhor e melhorar sua relação com os outros, exige-se autopercepção. Interrogar-se sobre a representação de si mesmo é o primeiro passo, indispensável para quem tenciona comunicar-se melhor, interagir ou posicionar-se de modo mais adequado na relação com o outro (Hennington, 2005).

As mulheres que sofrem violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos. Esperam receber um atendimento digno, respeitoso e acolhedor, que as proteja da revitimização, pois naquele momento precisam desesperadamente de apoio emocional; sua auto-estima e seu ego podem ter sido feridos com mais gravidade que qualquer lesão física que possam apresentar. Portanto, elas precisam de uma pessoa que mostre simpatia e compreensão, disposta a escutar com respeito e interesse, e preparada para dar apoio emocional neste primeiro atendimento (Heise, 1994).

Frente a isso, parece ser adequado propiciar ao profissional a opção de atuar ou não nesse Programa, para que não haja comprometimento da qualidade de assistência prestada e, principalmente, para diminuir o sofrimento e a angústia que esse atendimento possa estar provocando. Pois esse tipo de atendimento aflora sentimentos diversos, de acordo com vivência pessoal e profissional de cada indivíduo.

Como limitação deste estudo, salientamos a importância de ouvir também os responsáveis pela instituição, no sentido de saber como eles têm ajudado estes profissionais: os que já experienciaram a violência e os que convivem com o medo de ser violentados.

Quando ocorre a conscientização acerca dos aspectos emocionais envolvidos na atuação cotidiana da equipe de enfermagem isto facilita e aprimora o cuidar (Silva, 2005). Por isso, ressaltamos a importância do apoio e o preparo desta equipe que atua na área de violência sexual.

5. Conclusões

- O atendimento imediato às mulheres que sofreram violência sexual, prestado pelos (as) enfermeiros (as), mostrou-se adequado e efetivo. Os indicadores de qualidade mostraram que as mulheres receberam maior número de informações no período noturno, no qual a consulta foi mais demorada, porém este fato não justifica os resultados.
- Os profissionais entrevistados apresentaram diferentes sentimentos. Todos relatam a importância do acolhimento, da empatia e da formação de vínculo com a mulher. Ao mesmo tempo em que aparece o desejo de fugir do atendimento, ocorre a vontade de dar o melhor de si e são utilizados mecanismos internos no sentido de minimizar a dor e o sofrimento. A capacitação técnica e atividades que visam o apoio psicológico são citadas como estratégias que podem ajudar a lidar melhor com esse tipo de atendimento.

6. Referências Bibliográficas

Ackerman N. Diagnósticos e Tratamentos das Relações Familiares. Artes Médicas. 1986.

Alvarez A. Entrevista psicanálise com crianças autistas e com crianças maltratadas. Revista Percurso de Psicanálise, nº 30; 2003. p.101.

Angola Xyami - Angola Minha Terra. Informação e reflexão sobre Angola, África e o Mundo 2008. Disponível em [www. Angola Xyami.com](http://www.AngolaXyami.com). Acessado em 14/06/2008.

Asher S. The effects of 71rás71hood sexual abuse: a review of the issues and violence. In: Walker L. **Handbook of sexual abuse of children**. New York: Springer; 1988. p. 3-18

Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. J Miss State Assoc 1998; 3966-90.

BerlingerJS. You just leave him? Nursing, 1998 April; 28 (4): 34-9 ;quis 39-40.

Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes; 1980, p.9.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.196/96 sobre pesquisa envolvendo os seres humanos. Inf. Epidemiol. SUS – Brasil, 2, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 2002. 37p.

Campos WLM. Os números da violência urbana no Brasil no século XXI. In: www.direitonet.com.br/doutrina/artigos/x/16/63/1663/p.shtml acessado em 23 de agosto de 2004.

Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage, 1994.

Drezett J. Abuso sexual contra a criança e adolescente: os desafios dos profissionais de saúde. In: Compreendendo a violência sexual infanto-juvenil numa perspectiva multidisciplinar. Pacto São Paulo contra a violência e exploração sexual da criança e adolescente: São Paulo; 2001.p.17-39.

Entralgo P. La relación médico-enfermo: historia y teoría. Madrid: Alianza Editorial; 1993.

Faúndes A. Atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. Seis anos de deliberação. Síntese dos Relatórios dos Fóruns I a IV. In: <http://www.ipas.org.br> acessado em 20 de outubro de 2004.

Faúndes A, Duarte GA, Andalaf Neto J, Olivato AE, Simonete RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre aborto induzido. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26:89-96.

Faúndes A, Rosas CF, Bedone A, Orozco LT. Violência Sexual: Procedimentos indicados e seus resultados nos atendimentos de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev. Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(2) 126-35.

Farias JN Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler M.S. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa, Santa Marta, 1990.

Ferreira ABH. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.

Figueredo SRA. A violência sexual tem como palco o ambiente. Disponível em: <http://www.portaldeginecologia.com.br>. Acessado em 08 de abril de 2006.

Hatmaker DD, Pinholster L, Saye JJ. A community-based approach to sexual assault. *Public Health Nursing* 2002. 19(2):124-27.

Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad. Saúde pública* 1994; 10(supl.1):135-45.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad. Saúde Pública*, Fev 2005, vol.21, no.1, p.256-265. ISSN 0102-311X

Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento as mulheres vítimas de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* p377-382

Hoffman ML. Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology* 1981; 40:121-37.

Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 1991.

Lipps T. “O conceito de inconsciente na psicologia”. *Natureza humana*. v3, n2, 335-56; 2001 (1897).

Maia CAT, Mondaca ADCA, Duarte CS. Mulheres vítimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar. *Femina* 2000; 28:155-61.

McCidskey JC, Buleshek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 5ª. ed. São Paulo: Hucitec-Abraco; 1998.

Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. 6ª. edição. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1990.

Moreira IT. Recursos emocionais dos profissionais que atendem mulheres vítimas de violência sexual. Palestra apresentada na X Jornada da Semana de Enfermagem do CAISM/UNICAMP. 2000.

Morse, Field PA. Qualitative research methods for health professional. 2ª ed. London: Sage; 1995.

MSF. Médicos Sem Fronteiras. Mulheres em conflitos: uma dura luta pela sobrevivência 2008. Informativo 20. disponível em: <http://www.medicossemfronteiras>. Acesso em 14 jun. 2008.

ONU. Organização das Nações Unidas: relatório: O Estado das Cidades do Mundo 2004 – 2005;2004.

Oliveira J. Código de Direito Penal do Brasil, 25^o ed. São Paulo: Ed. Saraiva; 1987.

Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência às mulheres que sofrem violência sexual: Características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad. Saúde Pública 2005; 21(1): 192-99.

Quintaz AL. O amor humano: seu sentido e alcance. Tradução por Ricardo Aníbal Resenbuch. Petrópolis: Vozes; 1995

Rispail D. Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar - Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem. Loures: Lusociência; 2003.

Russell D. The secret tramma: incest in the lives of girls and women. New York. Basic Books; 1986. 464p.

Salvatore MA. “Empatia”. Revista Mente e Cérebro, 179, Editora Duetto; 2007.

Silva GM, Teles S, Vale ERM. Estudo sobre publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer Infantil - período de 1998/2004. Rev Bras Cancerologia 2005; 51: 253-61.

Stermac LE, Stirp TS. Efficacy of a 2-year-old sexual assault Nurse Examiner Program in Canadian hospital. Journal of Emergency Nursing 2002; 28:18-23.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas humanas e da saúde. Petrópolis: Vozes; 2003.

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Caracterização dos Participantes

Pesquisa: Vivência de Enfermeiras na Assistência à Mulher que sofreu Violência Sexual

Entrevista Nº _____

Data: ____/____/____ Início: ____: ____h. Término: ____: ____h. Duração: □□□ min

1. Nome Completo: _____
2. Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
3. Idade: □□ anos
4. Naturalidade: _____
5. Escolaridade: ☐ Especialização. ☐ Outros _____
6. Estado marital: _____
7. Religião (Denominação)/Religiosidade (Prática): _____
8. Tempo de profissão: □□ anos e □□ meses
9. Tempo de serviço no Caism: □□ anos e □□ meses
10. Tempo de atuação no Atendimento Especial: □□ anos e □□ meses
11. Observações _____

7.2. Anexo 2 – Questões Sobre as Reações e Posicionamento frente à Situação Vivenciada

Pesquisa: Vivência das Enfermeiras na Assistência à Mulher que sofreu violência Sexual.

Roteiro:

Questão disparadora: atender mulheres que vivenciaram a violência sexual pode despertar algum sentimento. Fale-me como que é para você trabalhar com isso.

Outras questões:

1. Existem situações vividas no atendimento a esse grupo de mulheres que fazem o profissional refletir sobre seu cotidiano. Fale como este tipo de atendimento influencia no seu dia a dia.
2. No acolhimento às mulheres que sofreram violência sexual os conflitos emocionais, tanto do profissional como da vítima, poderão interferir nas interações entre o(a) enfermeiro(a) e a cliente. Fale-me o que você pensa sobre isso.
3. Para o Ministério da Saúde todo profissional que realiza este atendimento deve ser capacitado e o Caism já realizou varias oficinas. Comente se teve oportunidade de participar de alguma e como foi esta capacitação. Se não teve, diga por quê?
4. Toda instituição que realiza este atendimento deve oferecer oficinas de apoio psicológico. Você já recebeu alguma orientação neste sentido?
5. Acolher uma mulher que sofreu agressão sexual pode ser muito difícil porque ela está em um momento de muita dor e sofrimento. Fale-me qual é a sua primeira reação ao receber esta cliente.

6. Durante o atendimento existem momentos que podem incomodar e aí se tornam mais difíceis. Fale-me sobre isso.
7. O primeiro contato do profissional da saúde, ou seja, o acolhimento poderá interferir positiva ou negativamente na adesão ao tratamento. Comente como você vê esse primeiro momento do seu atendimento.
8. Você gostaria de se sentir mais preparado para algum tipo de atendimento? Fale-me sobre isto.
9. Muitos profissionais da saúde referem dificuldades em acolher criança/adolescente/idosa porque faz lembrar algumas pessoas de seu relacionamento. Comente sobre esse assunto.
10. Ao término do atendimento a mulheres que sofreram violência sexual, como você se sente?

7.3. Anexo 3 – Dados da Observação e Auto-Observação da Entrevistadora

Pesquisa: Vivência das Enfermeiras na Assistência à Mulher que sofreu Violência Sexual

Registrar: apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins.

Anotar: reações/manifestações do tipo contratransferência do entrevistador

7.4. Anexo 4 – Instrumento de Análise do Atendimento de Enfermagem a Mulheres que sofreram Violência Sexual

Pesquisa: Vivência das Enfermeiras na Assistência à Mulher que sofreu Violência Sexual

1. Dados relativos ao atendimento de enfermagem presentes na fichas de atendimento multiprofissional

Ficha nº Profissional (código): Data: ... / ... / ...

Duração do atendimento: INÍCIO:..... TÉRMINO:..... TOTAL:..... Min.

Completitude da ficha:

(Ficha - Parte1) Foi preenchida pelo enfermeiro? ☐ SIM ☐ NÃO

(Ficha - Parte 2) Foi preenchida pelo enfermeiro? ☐ SIM ☐ NÃO

Preenchimento: ☐ COMPLETO ☐ PARCIAL ☐ NÃO PREENCHEU

Se parcial ou não preencheu, justificar:.....

Diagnósticos de Enfermagem (DE):

Assinalou os DE identificados? ☐ SIM ☐ NÃO

Foram acrescidos outros DE? ☐ SIM ☐ NÃO. Quais?.....

As intervenções assinaladas são coerentes com os DE e/ou problemas colaborativos identificados? (itens A,L,N, O, P)

☐ SIM ☐ NÃO ☐ EM PARTE.

Houve acréscimo de intervenções? ☐ SIM ☐ NÃO.

Descrever quais:

2. Dados relativos ao atendimento de enfermagem obtida no retorno ao Ambulatório de Atendimento Especial

A cliente conhece os riscos? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ NÃO LEMBRA

Foi entregue a carteira de vacinação? ☐ SIM ☐ NÃO

Foi realizada a primeira dose de vacinação de Hepatite B? ☐ SIM ☐ NÃO.

Por quê?

Foi realizada terapia imunológica? ☐ SIM ☐ NÃO. Por quê?

Os horários dos ARV são adequados? ☐ SIM ☐ NÃO

Foi orientada sobre adequação do horário? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ NÃO LEMBRA

Foi orientada quanto aos efeitos do ARV? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ NÃO LEMBRA

Está orientada quanto à sorologia? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ NÃO LEMBRA

Foi orientada quanto à alimentação e hidratação oral? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ NÃO LEMBRA

Foi orientada quanto ao uso de preservativos? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ NÃO LEMBRA

7.5. Anexo 5 – Fichas 1 e 2 do Atendimento Imediato

Ficha de Atendimento Imediato

Data ____/____/____ Hora do Atendimento: ____: ____

Encaminhada por: _____

B.O: ☐ Sim ☐ Não

IML: ☐ Sim ☐ Não

1. Identificação:

Nome: _____ HC: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Fone: (____) _____

Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Fundamental ☐ Médio

☐ Superior ☐ Completo ☐ Incompleto

Déficit da capacidade mental: ☐ Sim ☐ Não

Profissão: _____ Religião: _____

Acompanhante: ☐ Não ☐ Sim.

Vínculo: _____

Responsável Legal: _____

2. Dados da Agressão:

Data da Agressão: ____/____/____ Horário: ____: ____

Percurso do trabalho: ☐ Sim ☐ Não

Local da Abordagem: ☐ Residência ☐ Escola

☐ Trabalho ☐ Rua ☐ Ponto de Ônibus ☐ Outro _____

Endereço/ Ponto de Referência: _____

Local da Agressão: ☐ Residência ☐ Escola ☐ Trabalho

☐ Rua ☐ Ponto de Ônibus ☐ Outro _____

Endereço/ Ponto de Referência: _____

Intimidação: ☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Força Física

☐ Grave Ameaça ☐ Outro _____

• Agressor: ☐ Desconhecido ☐ Conhecido. Quem? _____

Agressores Múltiplos: ☐ Não ☐ Sim. Quantos? _____

Agressor estava supostamente: Alcoolizado: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
Drogado: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

• Tipo de Relação: ☐ Vaginal ☐ Anal ☐ Oral
Ejaculação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
Local da ejaculação: ☐ Vaginal ☐ Anal ☐ Oral
☐ Outro: _____
Uso de Preservativo: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

3. Relato do Ocorrido: _____

4. Antecedentes Pessoais/ Sexuais:

Atividade Sexual Prévia: ☐ Sim ☐ Não
Última Relação Sexual: ☐ <7 dias ☐ <1 mês ☐ 1 a 3 meses ☐ >6 meses
Gestante: ☐ Não ☐ Sim.
Tempo de gestação: ☐ 1º trim. ☐ 2º trim. ☐ 3º trim.
Amamentando: ☐ Sim ☐ Não
DUM: ____/____/____ Ciclo Menstrual: ____ Dias: G____PN____PC____A____
☐ Menopausa
MAC: ☐ Não Usa ☐ ACO ☐ Injetável ☐ Barreira
☐ Laqueadura ☐ DIU ☐ Outros _____
Uso correto do MAC: ☐ Sim ☐ Não
Dados relatados pela: ☐ Vítima ☐ Acompanhante
Dados coletados na presença de acompanhante: ☐ Não ☐ Sim.
Quem? _____
Observação:

5. Orientações de Enfermagem:

☐ Informar os riscos de gravidez, DST, AIDS e tratamentos de prevenção disponíveis.

☐ Preparar para consulta médica: exame físico e ginecológico com possível coleta de amostra de material para pesquisa de DNA.

Anotação de Enfermagem:

ENFERMEIRA (O): _____ COREN: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

ATENDIMENTO MÉDICO

6. Exame físico geral:

P.A: _____ P: _____ T: _____ Peso: _____

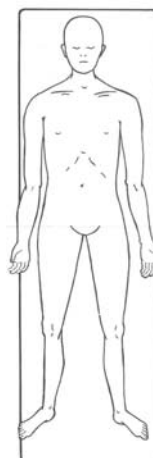
Estado geral: _____

Exame físico geral: _____

7. Inspeção estática: Descrever o tipo, o local e o tamanho das lesões, utilizando as tabelas.

Tabela I:

1. Sem lesões
2. Equimose
3. Escoriação
4. Hematoma
5. Fratura
6. Mordedura
7. Pérfuro/Cortante
8. Queimadura
9. Edema/ hiperemia
10. Outras lesões

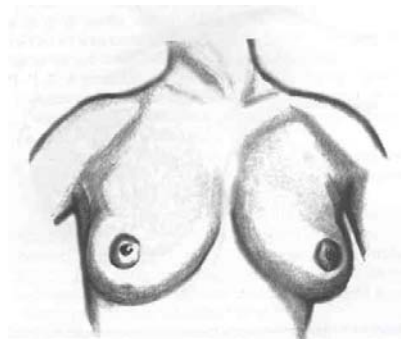


8. Exame ginecológico: Utilizar as figuras.

Mamas:

Tabela II:

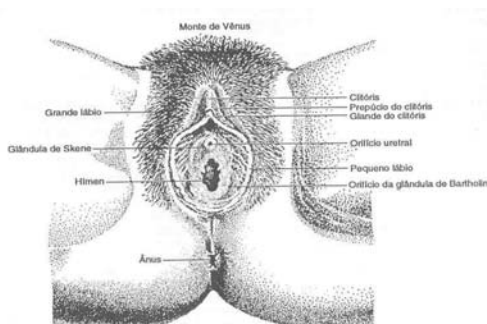
1. Normais
2. Equimose
3. Escoriação
4. Hematoma
5. Mordedura
6. Pérfuro/ cortante
7. Queimadura
8. Outras: _____



Genitais externos:

Tabela III:

1. Normais
2. Hiperemia/vulvovaginite
3. Hematoma
4. Fissura
5. Ferimento cortante
7. Escoriação
8. Hímen íntegro
9. Hímen roto: _____ hs.
10. Secreção: _____
11. Corpo estranho: _____
12. DST: _____
13. Outras: _____

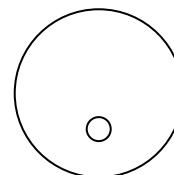


Ânus:

1. Normal
2. Fissura
3. Laceração
4. Sangramento
5. a traumático
6. Edema
7. DST: _____
8. Corpo estranho: _____
9. Outras: _____

Vagina:

- ☐ Exame especular não realizado
- ☐ Normal
- ☐ Corpo estranho
- ☐ Menstruada
- ☐ Hiperemia
- ☐ Laceração
- ☐ Ferimento cortante
- ☐ DST: _____
- ☐ Leucorréia: _____
- ☐ Secreção: _____



Colo uterino:

- ☐ Epitelizado
- ☐ Ferimento
- ☐ Tumoral
- ☐ Lesão/ DST: _____
- ☐ Colpite
- ☐ Ectrópio

Útero:

- ☐ AVF
- ☐ MVF
- ☐ RVF
- ☐ Vol. Aumentado
- ☐ Vol. Normal
- ☐ Não realizado
- ☐ Doloroso
- ☐ Indolor
- ☐ Gravídico
- ☐ Amolecido.
- ☐ Fibroelástico

Obs: _____

9. Conduta na urgência:

- **Colheita de material para a pesquisa de DNA:** ☐ Sim ☐ Não

Se não: _____

Local: _____ Tipo de material: _____

Necessidade de intervenção clínica/cirúrgica/internação: ☐ Não ☐ Sim

Tipo de intervenção: _____

- **Contracepção de emergência:** ☐ Sim ☐ Não

Se não: _____

Método a ser administrado: ☐ Levonorgestrel (até 5 dias) ☐ Método de Yuzpe (até 72 hs)

Obs: Levonorgestrel 0,75 mg (Postinor-2 ou Pozato) 2 cp VO dose única.

Método de Yuzpe (EE.100 µg + Levonorgestrel 500µg): Neovlar ou Evonor 2 cp VO de 12/12 hs ou Microvlar ou Nordette 4 cp de 12/12 hs ou Microdiol (Desogestrel) 4 cp VO de 12/12 hs, todos por apenas 1 dia. Se ocorrerem vômitos precoces repetir as doses associando antieméticos.

- **Profilaxia para DST:**

☐ Não gestantes:

☐ Gestantes:

☐ Estearato de Eritromicina 500mg VO de 6/6 h - 7 dias

☐ Ceftriaxona 500mg EV dose

Hepatite B: tem vacinação prévia (3 doses):

☐ Sim ☐ Não ⇒

☐ Vacina (IM em deltóide): ☐ <18 anos – 0,5ml

☐ >18 anos – 1ml

Profilaxia para AIDS:

☐ Não. Se não: _____ (até 72h da exposição)

☐ Sim ⇒

Administrar por 28 dias:

☐ Zidovudina 300mg+Lamivudina 150mg:

1 comprimido de 12/12h

☐ Nelfinavir 250mg: 5 comprimidos de 12/12h

Agressor detido: ☐ Sim

☐ Não

☐ Não Sabe

Enviado pedido de sorologia do agressor: ☐ Não ☐ Sim Dia ____/____/____

MÉDICO (A): _____ CRM: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

10. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

- Principais Diagnósticos de Enfermagem

- ☐ Síndrome do Trauma do estupro _____
- ☐ Medo/ Ansiedade _____
- ☐ Risco para Processos Familiares Interrompidos _____
- ☐ Dor Aguda _____
- ☐ Risco para Infecção _____
- ☐ Integridade da Pele Prejudicada _____
- ☐ Náusea _____
- ☐ _____
- ☐ _____

- Intervenções de Enfermagem

- ☐ Acolher e orientar a clientes, familiares e/ou acompanhantes.
- ☐ Encaminhar ao banho de aspersão s/n.
- ☐ Explicar sobre medicamentos e vacina administrados, sua indicação e tempo de tratamento.
- ☐ Orientar sobre possibilidade e como proceder se apresentar vômito após ingestão da AE.
- ☐ Iniciar TARV imediatamente e adequar o horário de acordo com a rotina da cliente.
- ☐ Informar a importância do cumprimento rigoroso do horário prescrito dos TARV.
- ☐ Orientar os sintomas de intolerância aos TARV, as medidas para minimizá-los e retornar ao serviço s/n.
- ☐ Orientar a importância da alimentação adequada e hiperhidratação oral durante o TARV.
- ☐ Explicar para não interromper o TARV sem antes consultar a enfermeira e/ou médico do CAISM.
- ☐ Fornecer os medicamentos para TARV para 28 dias de tratamento.
- ☐ Orientar sobre o controle sorológico das DST/HIV: 1ª amostra e durante o seguimento ambulatorial.
- ☐ Explicar a importância do uso de preservativo por seis meses. Orientar como usar e fornecer até o retorno.
- ☐ Orientar sobre sintomas e manifestações clínicas de infecções e gravidez.
- ☐ Orientar cuidados com ferida, s/n.
- ☐ CAT: fornecer o formulário preenchido, informar sobre a abertura e encaminhar à assistente social s/n.
- ☐ Conselho Tutelar: informar sobre a notificação.

☐ IML: informar sobre Exame de Corpo de Delito e cuidados com roupas e objetos a serem encaminhados.

☐ Reforçar e encorajar a realização do BO. Fornecer telefone e endereço das delegacias.

☐ Informar sobre a guarda e procedimento para solicitação do material (conteúdo vaginal) coletado.

☐ Agendar retorno após sete dias no ambulatório de AE e orientar importância do seguimento por 6 meses

☐ Fornecer números dos telefones disponíveis para contato com a enfermeira s/n.

☐ Encaminhar para atendimento do serviço social e psicologia.

☐ _____

⇒ Autoriza contato telefônico, se necessário? ☐ Não ☐ Sim.

Fone: (____) _____ Falar com: _____

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____: ____

11. ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

11.1 Estado Psicológico Geral Pós-Trauma:

☐ Boa organização emocional ☐ Regular ☐ Ruim

- Auto-estima: ☐ Normal ☐ Alterada

- Ansiedade ☐ Ausente ☐ Presente ☐ Esperada

- Depressão: ☐ Ausente ☐ Presente ☐ Esperada

- Mecanismo de defesa: ☐ Excessivo ☐ Ausente ☐ Adequado a situação

- Recursos para enfrentamento: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

- Ruptura psicótica: ☐ Ausente ☐ Presente

11.2 Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (CID-10/ F43. 1).

☐ Flash-back

☐ Sonhos / Pesadelos

☐ "Entorpecimento" / Embotamento emocional

☐ Afastamento de outras pessoas

☐ Falta de responsividade ao ambiente

☐ Anedonia

- ☐ Evitação / Medo de atividades que relembrem o trauma
- ☐ Medo intenso desencadeado por estímulo que despertam recordação súbita do trauma
- ☐ Pânico desencadeado por estímulo que despertam recordação súbita do trauma
- ☐ Agressividade desencadeada por estímulo que despertam recordação súbita do trauma
- ☐ Estado de hiperexcitação autonômica com hipervigilância
- ☐ Reação de choque aumentada
- ☐ Insônia
- ☐ Ideação suicida
- ☐ Uso excessivo de álcool e drogas

11.3 Sentimentos predominantes:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Culpa | ☐ Insegurança | ☐ Desamparo |
| ☐ Raiva | ☐ Impotência | ☐ Ambivalentes |

11.4 Avaliação Familiar:

- Orientação à família e/ou acompanhante: ☐ Sim ☐ Não
- Estruturada: ☐ Sim ☐ Não
- Adequada, apóia a paciente: ☐ Sim ☐ Não
- Compreende o ocorrido: ☐ Sim ☐ Não
- Compreende o tratamento: ☐ Sim ☐ Não

11.5 Encaminhamentos:

- ☐ concomitante ao retorno médico
- ☐ independente do retorno médico, só com a psicologia
- ☐ não deseja atendimento psicológico
- ☐ externo para atendimento psicológico
- ☐ externo para avaliação e atendimento psiquiátrico

11.6 Observações Complementares:

PSICÓLOGA: _____ CRP: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____: ____

12. ATENDIMENTO SOCIAL

- Composição familiar / renda

Nome	Idade	Parentesco	Ocupação atual	Prev S/D/NTV	Renda Familiar

- Atitudes da mulher frente à ocorrência e sua rede de relacionamentos:

– Compartilhou a história com alguém?

☐ Não ☐ Sim. Quem? _____

– Relata apoio?

☐ Não ☐ Sim. Quem? _____

- Relacionamento afetivo atual:

☐ Namorado ☐ Marido ☐ Companheiro

☐ Relacionamento eventual ☐ Sem relacionamento

– Tempo de união: _____

– Qualidade da relação: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

– Parceiro possui conhecimento da violência ocorrida?

☐ Não ☐ Sim

– Atitude do parceiro:

☐ Apoio ☐ Não apoio ☐ Julgamento ☐ Outros _____

- Intervenção Profissional / Serviço Social

ASSISTENTE SOCIAL: _____ CRESS: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____: ____

CONSULTA DE ENFERMAGEM – OCORRÊNCIA IMEDIATA /CASO NOVO

1. ANAMNESE DE ENFERMAGEM

Nome: _____

HC: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

I. PERCEPÇÃO DA SAÚDE

⇒ Antecedentes pessoais:

- Doenças crônicas: ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não
- Uso de medicação: ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não

⇒ Conhecimentos sobre os riscos da violência sexual:

- Gravidez: ☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte: _____
- HIV: ☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte: _____
- DST: ☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte: _____
- Recebeu orientação no serviço: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembra

⇒ Dados da Agressão (dados coletados do prontuário):

- Dia da exposição: ____/____/____ Hora: ____: ____
- Dia do início da profilaxia: ____/____/____ Hora: ____: ____
- Classificação de risco: ☐ Alto ☐ Médio ☐ Baixo
- Agressor detido: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
- Enviado pedido de sorologia do agressor: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

⇒ Prescrição da profilaxia (dados coletados do prontuário):

- Anticoncepção de Emergência: ☐ Sim ☐ Não. Porque? _____
- Quimioprofilaxia DST: ☐ Sim ☐ Não. Porque? _____
- Hepatite B: (2º e 3º dose da vacina na UBS após 30 e 180 dias da 1ª dose).
Recebeu IG: ☐ Sim ☐ Não. Porque? _____
Recebeu a 1ª dose da HB: ☐ Sim ☐ Não. Porque? _____
Recebeu carteirinha: ☐ Sim ☐ Não. Porque? _____
- Anti-retrovirais: ☐ Sim ☐ Não. Porque? _____

Medicações prescritas:

☐ AZT+ 3TC

☐ Nelfinavir

Quantidade:

☐ Comprimidos/___ x dia

☐ Comprimidos/___ x dia

⇒ Adesão ao TARV

Adesão ao tratamento: perguntar sobre os últimos três dias antes da entrevista		
___/___/___	___/___/___	___/___/___
☐ Comprimidos ingeridos	☐ Comprimidos ingeridos	☐ Comprimidos ingeridos
☐ AZT+ 3TC ☐ Comprimidos/___ x dia	☐ AZT+ 3TC ☐ Comprimidos/___ x dia	☐ AZT+ 3TC ☐ Comprimidos/___ x dia
☐ Nelfinavir ☐ Comprimidos/___ x dia	☐ Nelfinavir ☐ Comprimidos/___ x dia	☐ Nelfinavir ☐ Comprimidos/___ x dia
Horário adequado com a rotina: ☐ Sim ☐ Não, especificar: _____.		
Término do tratamento: ___/___/___		
Uso correto: ☐ Sim ☐ Não, especificar: _____		

Recebeu orientação no serviço: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembra

⇒ Intolerância ao ARV:

Recebeu orientação no serviço: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembra

▪ Apresenta algum tipo de intolerância? ☐ Sim ☐ Não

TGI: ☐ Náusea ☐ Vômito ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Outro _____

Gerais: ☐ Cefaléia ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Mialgia

☐ Anorexia ☐ Distúrbio do Sono ☐ Manifestação Cutânea ☐ Outro _____

⇒ Realização de sorologias: ☐ Sim ☐ Não

Recebeu orientação no serviço: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembra

II. NUTRIÇÃO

▪ Apetite: ☐ Inalterado ☐ Aumentado ☐ Diminuído

Se alterado, porque?

▪ Restrição alimentar: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, que tipo de alimento?

▪ Hidratação oral: ☐ <2litros/dia ☐ 2litros/dia ☐ >2litros/dia

Recebeu orientação no serviço sobre alimentação e hidratação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembra

III. ELIMINAÇÕES

▪ Hábito intestinal: ☐ Normal ☐ Constipação ☐ Diarréia

▪ Hábito urinário: ☐ Normal ☐ Diminuído ☐ Aumentado ☐ Disúria

IV. AUTOPERCEPÇÃO

⇒ O que significa para a agressão sofrida e como procura trabalhar esta questão no dia a dia?

V. RELACIONAMENTO DE PAPEL

▪ Tem companheiro atual: ☐ Sim ☐ Não

▪ Tempo de união: _____ Anos _____ Meses

▪ Condições de relacionamento com o parceiro: _____

▪ Comportamento frente ao problema:

Companheiro:

Familiares:

VI. SEXUALIDADE

G ____ P ____ C ____ A ____

DUM: ____/____/____

☐ Menopausa

▪ Atividade sexual atual: ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem alteração ☐ Alterada

Por que: _____

▪ Qual o significado da virgindade: _____

▪ Uso de preservativo: ☐ Sim ☐ Não

Recebeu orientação no serviço: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembra

Frequência: ☐ Sempre ☐ Esporádica

Aceitação da cliente: ☐ Sim ☐ Não, porque? _____

Aceitação pelo parceiro: ☐ Sim ☐ Não, porque? _____

▪ Uso de MAC: ☐ Sim, qual? _____ ☐ Não usa

▪ Queixas ginecológicas:

Leucorréia: ☐ Sim, quanto tempo: _____ ☐ Não

Lesão: ☐ Sim, quanto tempo: _____ ☐ Não

Prurido: ☐ Sim, quanto tempo: _____ ☐ Não

VII. ENFRENTAMENTO/ TOLERÂNCIA AO ESTRESSE

▪ Tem procurado apoio de familiares ou pessoa significativa:

☐ Sim. Quem? _____

☐ Não. Se não, porque? _____

▪ Tem recebido apoio de familiares ou pessoa significativa:

☐ Sim. Quem? _____

☐ Não. Se não, porque? _____

▪ Tem participado de atividades sociais: _____

☐ Sim ☐ Não. Se não, porque? _____

VIII. PRINCÍPIOS DE VIDA

▪ Religião: _____

Segue as doutrinas: ☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte

Como se sente frente à doutrina e a agressão sofrida:

OBSERVAÇÃO:

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- ☐ **Controle familiar ineficaz do regime terapêutico** relacionado às atividades familiares inapropriadas para o alcance das metas de um tratamento ou programa de prevenção, evidenciada pela falta de atenção e de atitude de familiares na redução dos fatores de risco para progressão de seqüelas da agressão.
- ☐ **Controle ineficaz do regime terapêutico** relacionado ao déficit de conhecimento sobre a redução de risco para infecção do HIV, intolerância aos ARV e/ou desamparo familiar, evidenciado por atividades ou atitudes pessoais e/ou familiares inadequadas.
- ☐ **Náusea** relacionada ao uso de anti-retrovirais, evidenciada por relato de “náusea” ou estar “mal do estômago” secundária aos efeitos da medicação.
- ☐ **Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais**, relacionada à incapacidade de ingerir comida causada por fatores psicológicos e/ou ingestão de ARV, evidenciada por relato de ingestão de alimentos em quantidade menor que a recomendada e sensação de sabor alterado.
- ☐ **Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporal**, relacionada ao uso observado de comida como recompensa ou medida de conforto, evidenciada por relatos de comer em resposta a estímulos internos além da fome.
- ☐ **Sentimento de impotência** relacionado a passividade, regime terapêutico, estilo de vida de desamparo e interação social, evidenciado por desamparo familiar e/ou jurídico, expressões verbais de não controle ou influência sobre a situação (dependência jurídica), ressentimento de raiva, culpa e medo de afastamento das pessoas significativas.
- ☐ **Síndrome pós-trauma** relacionada ao abuso físico e psicológico evidenciada por dificuldade de concentração, lembranças repetidas dos fatos, ansiedade, medo, culpa, vergonha e tristeza.
- ☐ **Síndrome do trauma de estupro: reação composta** evidenciada por mudança no estilo de vida, irritabilidade gástrica, tensão muscular, doença física e/ou mental, medo, raiva e culpar a si mesmo.
- ☐ **Padrões de sexualidade ineficazes** relacionados a atividade sexual prejudicada por trauma pós-estupro, evidenciado por relatos de dificuldades, limitações ou mudanças nos comportamentos ou atividades sexuais.
- ☐ **Risco para infecção** relacionado ao contato sexual desprotegido e/ou imunossupressão.
- ☐ **Isolamento social** relacionado a alteração no estado psicológico e incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais evidenciado por sentimentos de rejeição, insegurança em público e ausência de pessoa significativa.

Enfermeira: _____ COREN: _____

Data: ____/____/____

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ☐ Acolher a cliente e familiares.
- ☐ Investigar: adesão ao tratamento (uso correto), sinais de intolerância e intoxicação química aos ARV e o uso medicamentos que interagem com os ARV.

- Enfermeira: _____ COREN: _____
Data: __/__/__

[illegible]

7.6. Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INSTITUIÇÃO: Centro de Atenção integral à Saúde da Mulher - Departamento de Tocoginecologia – FCM/ UNICAMP

PROJETO DE MESTRADO: Vivência das Enfermeiras na Assistência a Mulher sofreu Violência Sexual

PESQUISADORA: Maria José dos Reis.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Aloísio José Bedone

CO-ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Maria Helena Baena de M. Lopes

O propósito desta pesquisa científica é conhecer a vivência dos (as) enfermeiros (as) que assistem a mulher vítima de violência sexual. Para tanto serão realizadas entrevistas com os (as) enfermeiros (as). As entrevistas serão gravadas e os registros utilizados somente pela pesquisadora responsável. Os dados de identificação dos sujeitos não serão divulgados. O relatório final estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Ao término da pesquisa as fitas serão apagadas e os resultados serão divulgados sem que seu nome apareça associado à pesquisa. A pesquisadora fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi relatado, para discutirem os resultados, mas a sua identificação não será divulgada e estas pessoas estarão submetidas às normas do sigilo profissional.

Informo ainda que o participante terá a liberdade em recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar o consentimento de participação a qualquer momento sem penalidades e sem prejuízo I. Não haverá benefícios diretos ou imediatos para as informantes deste estudo, além da oportunidade de poderem pensar sobre sua prática profissional e a repercussão que ela produz na vida profissional, mas poderá haver mudanças futuras na relação entre o profissional e suas clientes, depois do conhecimento das conclusões deste estudo.

Este TERMO DE CONSENTIMENTO é para certificar que concordo em participar voluntariamente deste projeto e dou permissão para ser entrevistado e para que minha fala seja gravada.

Estou CIENTE de que terei oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, que todas as perguntas deverão ser respondidas a meu contento e que poderei encerrar a entrevista em qualquer momento, se assim o desejar.

TELEFONE: (19) 3788-8936 - Comitês de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP

Pesquisador:

Nome: _____ RG: _____ Assinatura: _____

Entrevistado:

Nome: _____ RG: _____ Assinatura: _____

7.7. Anexo 7 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 26/09/06.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 546/2006 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0429.0.146.000-06

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA À MULHER QUE SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria José dos Reis

INSTITUIÇÃO: CAISM / UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/09/2006

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/09/07 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Objetivo Geral: descrever algumas características do atendimento recebido por mulheres que sofreram violência sexual e as vivências presentes na fala dos (as) enfermeiros (as) que prestam esse atendimento no CAISM. Objetivos específicos: descrever características do atendimento prestado pelo enfermeiro (as) às mulheres que sofreram violência sexual (completude da ficha de atendimento; diagnósticos de enfermagem e intervenções prescritas; conhecimento sobre riscos; entrega da carteira de vacinação; realização de terapia imunológica; orientação sobre medicação, sorologia, alimentação, hidratação e uso de preservativos); Interpretar as vivências e as reações emocionais dos enfermeiros (as) frente ao atendimento à mulher que sofreu violência sexual; descrever os principais mecanismos de defesa usados pelo(a) Enfermeiro (a) no atendimento; Identificar as estratégias emocionais usadas pelo (a) enfermeiro(a) durante o atendimento; Verificar quais os sentimentos são despertados no(a) enfermeiro (a) quando realiza atendimento à mulher violentada.

III - SUMÁRIO

O estudo terá uma abordagem qualitativa e outra quantitativa, que serão analisados em conjuntos. O tamanho da amostra: será estabelecido pelo critério de saturação das informações colhidas. Critérios de inclusão: Ser enfermeiro (a) e atender, mulheres que sofreram violência sexual; Estar no desempenho de atividades profissionais no período da coleta, isto é, não estar afastado (a) por motivo de saúde, férias ou outro; Aceitar que a entrevista seja gravada e, posteriormente, transcrita literalmente; Concordar em ter um segundo encontro com a pesquisadora caso este for necessário para a clarificação de questões que por ventura fiquem confusas ou mesmo inteligíveis por alguma ordem de dificuldade, como por exemplo, problema com a gravação.

Será aplicada a técnica de entrevista Semidirigida de questões abertas, que permite a observação e a escuta em profundidade dos sujeitos. A coleta de dados será utilizado um formulário contendo dados de identificação do entrevistado e um roteiro de perguntas, que



buscará conhecer as significações psicológicas dos sujeitos. Também terá um diário de campo, onde serão anotados os dados de observação frente ao informante.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está adequado, bem justificado e não oferece riscos aos participantes. O orçamento está descrito, com recursos provenientes da FAPESP. O TCLE está adequado.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

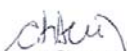
VII - DATA DA REUNIÃO



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de setembro de 2006.


Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP