



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

KARINA SILVA DAMASCENO
RAFAELA LOBATO DE SOUSA

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA À MULHER: O acolhimento do
enfermeiro na rede de atenção básica do município de Itaituba,
Pará.**

Itaituba-PA
2021

KARINA SILVA DAMASCENO
RAFAELA LOBATO DE SOUSA

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA À MULHER: O acolhimento do
enfermeiro na rede de atenção básica do município de Itaituba,
Pará**

Trabalho de Conclusão Curso apresentado como
requisito para obtenção do título de bacharel em
Enfermagem da Faculdade de Itaituba.

Orientadora: Esp.^a Cleidiane de Jesus Silva.

Itaituba - PA
2021

KARINA SILVA DAMASCENO
RAFAELA LOBATO DE SOUSA

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA À MULHER: O acolhimento do
enfermeiro na rede de atenção básica do município de Itaituba,
Pará**

Trabalho de conclusão curso apresentado como
requisito para obtenção do título de bacharel em
Enfermagem da Faculdade de Itaituba.

Orientadora: Esp.^a Cleidiane de Jesus Silva.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof.

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof.

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof.

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de _____ de 2021.

*Dedicamos esse trabalho a Deus e
a nossa família.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade e por ter me dado forças pra chegar até aqui. A minha mãe (**Elisangela Varjão da Silva**), que foi minha maior incentivadora, lutou incansavelmente para que eu pudesse viver esse momento e não desistir. A meu pai (**Carlito Rodrigues Damasceno**) e meus avós (**Pedro Eduardo e Maria Gorete**), que também contribuíram para esse sonho se tornar realidade. A meu marido **Paulo Roberto Monteiro** que sempre esteve do meu lado, me dando o apoio que eu necessitava nos momentos difíceis. A minha orientadora Prof. **Cleidiane de Jesus**, por todo o apoio e paciência que sempre teve. Aos todos os **professores**, pelos ensinamentos repassados e a **Faculdade de Itaituba**, por ofertarem o curso de enfermagem.

Karina Silva Damasceno

Agradeço primeiramente a Deus pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso. Aos meus pai (**Maria do Carmo Lobato e Reginaldo Sousa**) que sempre me incentivaram para que eu conseguisse meus objetivos. A minha orientadora Prof. **Cleidiane de Jesus**, por todo o apoio e paciência que sempre teve. Aos todos os **professores**, pelos ensinamentos repassados e a **Faculdade de Itaituba**, por ofertarem o curso de enfermagem.

Rafaela Lobato de Sousa

Mulher! que sejas sempre lembrada, não apenas por um dia, mas no dia a dia! que sejas festejada, não por convenção, mas pelo seu valor, sua força, seu coração. Que sejas respeitada com todo carinho, e todo amor! Hoje e Sempre!

Valéria Milanês.

RESUMO

A violência sexual é um problema que precisa ser ainda mais discutido, uma vez que diariamente tanto no Brasil quanto no Mundo, milhares de mulheres são vítimas desse ato. A presente obra trata-se de uma pesquisa do tipo teórico – empírica, de caráter exploratório e descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada com enfermeiros da rede de Atenção Básica do Município de Itaituba, que tem por objetivo geral investigar como ocorre o acolhimento do deste profissional frente aos casos de violência sexual contra mulher que chegam até a rede de atenção primária da zona urbana do município, identificando ainda quais as principais dificuldades encontradas no momento deste acolhimento e a percepção dos profissionais a respeito deste tipo de assistência. A relevância do estudo volta-se a essencialidade que o acolhimento da mulher vítima de violência sexual ocorra de maneira a contemplar todos os aspectos, sejam eles físicos, emocionais ou psicológicos, devendo se diferenciar da triagem tradicional. A pesquisa contou com a participação de 12 profissionais, constatando que pelo menos metade estiveram diante destes tipos de ocorrências. As condutas nesses casos estão voltadas ao acolhimento humanizado, escuta qualificada sem julgamentos, encaminhamento para outros setores, promoção de atendimento por equipe multiprofissional, apoio a vítima quanto a denúncia do agressor e notificação do caso. Foram dificuldades citadas diante desses casos, o medo, insegurança e silêncio da vítima, a falta de capacitação profissional para lidar com tais casos e de apoio multiprofissional. A percepção de modo geral sobre tema, é de que a maioria dos casos envolvem pessoas da família, que se trata de um problema de Saúde Pública, o qual é favorecido pelo machismo na sociedade, e que a mulher precisar ser acolhida, recebendo apoio psicológico. No que diz respeito a maneiras de como o tema poderia ser abordado na Atenção Básica, os profissionais acreditam que o assunto deveria ser mais debatido, tanto nas unidades de saúde, quanto nas escolas e que é preciso melhorar o apoio multiprofissional ofertado. Acredita-se que exista a necessidade de realização de um maior número de estudos que permitam entender de forma mais clara qual a raiz desse problema, e de que maneira o mesmo poderia ser trabalhado no âmbito da Atenção Básica.

Palavras – Chaves: Violência Sexual. Acolhimento. Enfermagem. Atenção Básica.

ABSTRACT

Sexual violence is a problem that needs to be further discussed, since daily both in Brazil and in the world, a thousand women are killed by this act. The present work is a theoretical - empirical research, of an exploratory and descriptive nature with a quantitative and qualitative approach, carried out with nurses from the Primary Care network of the Municipality of Itaituba, whose general objective is to investigate how the reception of patients occurs. of this professional in the face of cases of sexual violence against women who reach the primary care network in the urban area of the city, also identifying the main difficulties encountered at the time of this reception and the perception of professionals regarding this type of assistance. The study model focuses on the essentiality that the reception of women who are victims of sexual violence occurs in order to contemplate all aspects, whether they are physical, emotional or psychological, and must be differentiated from traditional screening. The survey was attended by 12 professionals, noting that at least half were faced with these types of occurrences. As conducts in these cases, they are focused on humanized reception, qualified listening without judgments, referral to other processes, promotion of care by a multidisciplinary team, support to the victim regarding the accusation of the aggressor and notification of the case. There were difficulties mentioned in the cases, fear, insecurity and silence of the victim, the lack of professional training to deal with such cases and multiprofessional support. The general perception on the subject is that most cases involve family members, that it is a public health problem, which is favored by sexism in society, and that a woman needs to be welcomed, received psychological support. Regarding the ways in which the topic could be addressed in Primary Care, professionals believe that the subject should be more debated, both in health units and in schools, and that it is necessary to improve the multiprofessional support offered. It is believed that there is a need to carry out a greater number of studies that understand more clearly the root of this problem, and how it could be worked on in the scope of Primary Care.

Keywords: Sexual Violence. Reception. Nursing. Basic Attention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Realização de atendimento de vítima de violência sexual contra mulher.....	33
Quadro 02 - Condutas necessárias diante de casos de violência sexual contra a mulher.....	35
Quadro 03 - Dificuldades encontradas diante de casos de violência sexual contra a mulher.....	37
Quadro 04 - Percepção dos enfermeiros acerca dos casos de violência sexual contra as mulheres.....	39
Quadro 05 - Maneiras como o tema poderia ser abordado na Atenção Básica.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Perfil dos Enfermeiros Participantes.....	32
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
BO	Boletim de Ocorrência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	14
2.1 REDE DE ATENÇÃO BÁSICA	14
2.2 O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	16
2.3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	18
2.4 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER: Princípios e diretrizes	21
2.5 A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER.....	22
2.6 A ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	24
2.7 O PAPEL DA ENFERMAGEM DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER.....	26
2.8 ASPECTOS LEGAIS PERANTE OS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	27
3 METODOLOGIA	29
3.1 TIPO DE ESTUDO	29
3.2 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO AMOSTRAL.....	29
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	30
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	30
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE A	49
APÊNDICE B	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996), define-se violência como o ato em que se faz uso de força física, poder ou ameaça a uma pessoa ou comunidade, a qual pode resultar tanto em lesão, deficiência, dano psicológico ou morte. Entre os diversos tipos de violência, a sexual é uma das mais preocupantes, uma vez que a mesma consegue causar um enorme impacto, tanto físico como psicológico e social a vítima e também a família da mesma.

Modena (2016), destaca que a violência pode ocorrer de várias maneiras, assim é compreensível que se tenha dificuldades de elencá-las de forma satisfatória. Entre os tipos de violência que mais se destacam na sociedade, pode-se citar a física, a psicológica e a sexual, sendo que está última tem como principais vítimas as mulheres.

Se tratando da violência sexual contra a mulher, a mesma pode implicar em danos que podem ser levados pela vítima por toda a sua vida, sejam os mesmos ligados ao aspecto psicológico ou a causa física e biológica. Além dos problemas psicológicos, mulheres que são vítimas de agressão sexual podem precisar lidar com a gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (REIS *et al.*, 2008).

De acordo com Delziovo *et al.* (2018), ao serem vítimas de agressão sexual, as mulheres apresentam chances de 16,0% a 58,0% de adquirirem algum tipo de Infecção Sexualmente Transmissível (IST), como HIV, Hepatite B ou Sífilis, e de 0,5% a 5,0% tem a possibilidade de apresentarem uma gravidez decorrente do ato. Diante dos fatos percebe-se que o setor da saúde tem um papel fundamental em relação ao atendimento das mulheres vítimas desse tipo de violência.

No âmbito da Atenção Básica o enfermeiro exerce grande relevância quanto a identificação de possíveis casos de agressão sexual, devendo prestar apoio a vítima, conversando, orientando e criando um vínculo. Ao prestar assistência às mulheres que sofreram esse tipo de agressão, o profissional de enfermagem deve buscar ser o mais humanizado possível e criar um ambiente acolhedor, onde a mesma passe a se sentir à vontade para se abrir, a respeito da situação (PAES, 2015).

O enfermeiro que atua na Unidade Básica de Saúde, possui uma série de responsabilidades, das quais vão de ações desde o acolhimento, passando pela assistência de enfermagem, classificação de riscos e assistência domiciliar. No caso de mulheres que sofreram violência sexual, é papel do enfermeiro realizar o

acolhimento da mesma, assim como o acompanhamento continuada (TORRES, 2011).

Devido aos aspectos emocionais a mulher pode demonstrar dificuldades em se comunicar, desta forma o enfermeiro deve se mostrar sensível a situação, sabendo escutar e compreender os sentimentos da usuária (PAES, 2015).

Considera-se o acolhimento como o primeiro passo a se realizar diante do acompanhamento posterior. Diante do exposto surgiram as seguintes questões norteadoras: Qual a conduta de acolhimento realizada pelo enfermeiro da atenção primária a mulher vítima de violência sexual? Quais são as principais dificuldades encontradas no momento deste acolhimento? Qual a percepção dos enfermeiros a respeito deste tipo de atendimento na rede de atenção básica?

Neste sentido o presente estudo buscou investigar como ocorre o acolhimento do enfermeiro à mulher vítima de violência sexual na rede de atenção primária do município de Itaituba. Além de Identificar quais as principais dificuldades encontradas no momento deste acolhimento e a percepção do enfermeiro a respeito deste tipo de atendimento na rede de atenção básica.

A mulher vítima de violência sexual apresenta um grande trauma, sendo comum sentir-se insegura e vulnerável, apresentando episódios de ansiedade, medo e pânico. Em razão disto, o profissional de saúde ao acolher esta vítima deve estar preparado a conduzir de maneira correta a situação, conhecendo os sinais indicativos de abuso sexual (MODENA, 2016).

Observa-se então a relevância deste estudo, visto que é essencial que o acolhimento da mulher vítima de violência sexual ocorra de maneira a contemplar todos os aspectos, sejam eles físicos, emocionais ou psicológicos. Este momento do atendimento é de suma importância devendo se diferenciar da triagem tradicional e ser promovido mediante ética, sigilo, privacidade, confidencialidade, respeito e humanização (TORRES, 2011).

A criação do vínculo profissional entre enfermeiro e vítima, pode contribuir de maneira positiva no decorrer da assistência que será prestada a mulher, onde a mesma poderá confiar no profissional diante da necessidade de ajuda mediante as fragilidades apresentadas no decorrer da recuperação (REIS *et al.*, 2010).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica (AB), conhecida também como atenção primária, funciona como a “porta de entrada” dos usuários do Sistema Único de Saúde, sendo a mesma a base para toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diante deste fato, considera-se que o atendimento inicial ao usuário deve ser dar nesse nível de atenção, e caso seja necessário, o mesmo poderá ser encaminhado a níveis mais complexos de atendimento (SOUSA, 2011).

As ações assistências desenvolvidas na AB são voltadas especialmente para orientação, prevenção e detecção precoce de doenças e agravos, porém a mesma também engloba atividades curativas e de reabilitação, desde que não sejam casos de grande complexidade (PAULINO, 2012).

Para Grillo (2013), a AB funciona de maneira a filtrar o fluxo de serviços fornecidos no SUS, sendo responsável pela coordenação do cuidado. Diante de casos simples, é possível intervir de forma a solucioná-los, porém nos casos onde se necessita de uma atenção de maior complexidade técnica e científica, é realizado o encaminhamento do usuário para os hospitais ou centros responsáveis por prestarem a assistência a esses casos.

Muitos programas foram desenvolvidos e colocados em prática, visando organizar e pôr em ação as atividades competentes a AB, sendo que o principal deles é a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF desenvolve atividades com um alto grau de capilaridade, próximo a comunidade e tem os seus serviços voltados especialmente para a assistência preventiva, sem prejuízos para os outros tipos de assistência, como a diagnóstica, curativa e de reabilitação (SOUSA, 2011).

A ESF desenvolve as suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde, também conhecidas como UBS, sendo que os serviços ofertados nesses locais são entre outros - consultas médicas, consultas de enfermagem, procedimentos dentários, exames e vacinas. É importante frisar que muitas vezes os serviços ofertados dependem muito da estrutura da UBS e da capacidade de atendimento (FORTES, 2015).

Pereira (2014), ressalta que apesar da ESF ser a principal porta de entrada AB, existem outros serviços que também são vistos desta forma, como: urgência e emergência, Equipes de Consultórios de Rua, Programa Melhor em Casa, de

atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Letwinski (2011), em seu estudo afirma que a AB não deve somente ser encarada como a simples junção dos programas em funcionamento, pois vai além disso, já que uma das principais características da mesma, diz respeito ao desenvolvimento de atividades envolvendo toda uma equipe multiprofissional.

Cada UBS é responsável por desenvolver atividades em uma área determinada, onde as ações devem estar voltadas para atender as necessidades que se mostrarem presentes. O ideal é que a mesma seja resolutive, ou seja, consiga atender a maioria dos problemas ali detectados, sendo responsável por referenciar os casos que não conseguem resolver para os outros níveis de atenção da Rede (GRILLO, 2013).

É essencial que ao atenderem os usuários, os profissionais tenham a sensibilidade que as pessoas ali presentes são seres dotados de sentimentos e emoções, desta maneira deve-se buscar atender cada indivíduo de acordo com as suas singularidades, dando voz aos mesmos, por meio da escuta atenta e qualificada, para que assim, seja possível entender de forma mais clara quais as necessidades vivenciadas pelos mesmos (CRISTO, 2011).

De acordo com Letwinski (2011), na AB é importante que sejam desenvolvidas atividades voltadas para a promoção à saúde, as quais tem como foco principal educar os usuários em torno de sua saúde, onde os mesmos passem a apresentar preocupação quanto a medidas preventivas, que podem influenciar direta e indiretamente no desenvolvimento de problemas de saúde.

Apesar da prioridade dada aos serviços preventivos, a AB também deve ofertar as atividades curativas e de reabilitação, por meio de consultas, oferta de medicamentos e outros serviços assistências complementares a ESF, como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (GRILLO, 2013).

O veículo que se cria junto ao usuário é outro ponto essencial, uma vez que as atividades poderão ser desenvolvidas com uma melhor qualidade, caso os usuários tenham confiança nos profissionais e na sua capacidade de resolução. Este ponto, traz uma inter-relação muito importante, já que, o vínculo faz com que o usuário busque a assistência na UBS, ao mesmo tempo que contribui para que o mesmo se mostre aberto, relatando todos os aspectos do problema existente, o que facilita o diagnóstico e as intervenções que serão realizadas (SOUSA, 2011).

Quanto ao vínculo entre usuário e a unidade básica, ressalta-se que o mesmo é contínuo e transversal, ou seja, casos onde não se consigam resolver o problema, devem ser encaminhados para a média e alta complexidade, no entanto, a equipe deverá continuar a acompanhar paciente ao longo de todo o seu tratamento (FORTES, 2015).

Para Paulino (2012), as atividades desenvolvidas a nível de AB, são muito importantes para a população, já que por meio das mesmas, possibilita-se alcançar níveis de saúde melhores, por meio principalmente de ações de promoção a saúde e detecção precoce de patologias que se diagnosticadas tardiamente, trariam uma alta probabilidade de óbito.

2.2 O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

O acolhimento é um dos atributos mais importantes da AB, uma vez que é por meio deste processo que se torna possível a realização da recepção do usuário de forma a atendê-lo fazendo uma abordagem profunda, holística e humanizada, conhecendo a sua real situação e assim possibilitando respostas positivas as suas necessidades (BORGES, 2012).

De acordo com Cunha (2015), o acolhimento significa atender ao paciente por meio de uma abordagem que contemple as suas necessidades, onde o mesmo seja encarado em todos os seus aspectos singulares, tendo em vista que o indivíduo doente pode apresentar tanto problemas físicos, quanto problemas emocionais ou até mesmo sociais.

Durante o processo de acolhimento é importante que o profissional atuante saiba escutar o usuário, estando atento para todas as informações que ali são repassadas. Por meio da chamada escuta qualificada torna-se mais fácil entender a situação vivenciada pelo paciente e também identificar fatores que estão contribuindo para a exacerbação do problema (LETWINSKI, 2011).

O Ministério da Saúde vendo a necessidade de se apoiar práticas humanizadas no âmbito do SUS, criou a Política Nacional de Humanização (PNH) no ano de 2003, a qual contempla diretamente o processo de acolhimento, sendo esse uma diretriz da política. Conforme a PNH, acolher o usuário é um dos aspectos mais importantes na AB, de forma que o mesmo possa ser escutado, estando a equipe responsabilizada pelo mesmo e devendo garantir a continuidade do cuidado (COUTINHO; BARBIERI, SANTOS, 2015).

O acolhimento deve ser feito a todas as pessoas que buscarem atendimento na AB, sendo importante que o profissional não demonstre preconceito ou qualquer forma de discriminação, já que o mesmo está ali para ouvir e atender ao usuário, de forma aberta, buscando a criação do vínculo (SOARES, 2011).

É importante ressaltar que o processo de acolhimento deve ser integral, de forma que além de ouvir o usuário, o profissional deve garantir que o seu problema seja resolvido, e caso isso não seja possível, deve encaminhá-lo para os outros níveis da Rede de Atenção à Saúde (ZINN, 2016).

Para Silva Junior (2012), o acolhimento tem se tornado uma forma de se operar processos no âmbito do trabalho ofertado pelas instituições de saúde, já que se pode considerar o mesmo como uma ferramenta valiosa de trabalho, capaz de fortalecer os resultados positivos obtidos ao final da assistência e fortalecer o vínculo usuário-atenção básica, de forma que o indivíduo se sinta satisfeito com o trabalho que lhe foi ofertado.

Letwinski (2011), chama atenção para dois fatos, sendo um deles, a importância de se entender que acolher não é somente receber o paciente, mas atendê-lo de forma respeitosa, humanizada e holística. Outro ponto importante, diz respeito a transversalidade do acolhimento, uma vez que o mesmo é uma diretriz que se aplica não somente na AB, mas também em outros níveis de atenção à saúde.

Pode-se considerar o acolhimento também como sendo uma postura ética por parte dos profissionais, sendo que todos devem saber acolher e atender ao usuário. Cada indivíduo deve ser atendido de acordo com as suas necessidades e queixas realizadas, deve assim buscar-se a individualização do paciente, já que este é um ser singular, o qual apresenta potencialidades e fragilidades (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Outro ponto importante em relação ao acolhimento é que o mesmo não pode ser considerado como sendo uma triagem de pacientes. Na verdade, pode-se considerá-lo como uma ferramenta a ser utilizada dentro do processo de triagem e classificação de risco, de maneira a facilitar a identificação dos problemas vivenciados pelos indivíduos (ZINN, 2016).

O acolhimento traz grandes contribuições, para o próprio SUS, de forma que o princípio da universalização e equidade, tornam-se mais alcançáveis por meio do uso de tal diretriz. Ao conhecer as necessidades individuais de cada pessoa, passa-se a conhecer também as necessidades coletivas apresentadas, pois cada um dos

usuários que são atendidos na AB, juntos irão formar a população adscrita (COUTINHO; BARBIERI, SANTOS, 2015).

Cunha (2015), afirma que o acolhimento é um grande avanço, já que por meio da aplicação do mesmo, o profissional deixa de trabalhar de forma meramente técnica e passa a contemplar os indivíduos em todo o seu processo de formação, peculiaridades e necessidades.

É muito importante que a equipe esteja apta a acolher os pacientes, desta maneira faz-se necessário a realização de capacitações voltadas para a educação permanente, as quais contemplem os trabalhadores da saúde, levando aos mesmos o entendimento do que seria o acolhimento e a sua importância no processo de assistência à saúde (BORGES, 2012).

Mesmo sendo uma diretriz existente a anos, ainda são muitos os desafios em torno da aplicação da mesma, seja pela mal vontade do profissional, que não reconhece a sua importância, seja por outros motivos como, a alta carga de trabalho ou demanda de pacientes muito elevada, o que torna a assistência fragmentada e fragilizada (SOARES, 2011).

2.3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

As políticas de saúde voltadas à saúde da mulher datam do início do século XX, sendo que inicialmente as mesmas encontravam-se limitadas somente a questões referentes ao processo gestacional e o parto. Durante a maior parte da década passada as políticas construídas eram estritas e não contemplavam a mulher em todo o seu âmbito e necessidades. A mulher nessa época era vista somente como um ser que tinha o papel de mãe, cuidadora do lar e educadora dos seus filhos (UNASUS, 2011).

Conforme Guidini (2012), é possível evidenciar que as primeiras políticas desenvolvidas com direcionamento para a saúde das mulheres, acompanhavam o pensamento da época, onde as mesmas eram vistas como indivíduos inferiores em relação ao seu papel dentro da sociedade.

Conforme Souto (2008), nos anos 50, a saúde da mulher não contemplava atividades preventivas ou de diagnóstico precoce, sendo o principal foco das ações a maternidade, ou seja, o objetivo era que as mulheres se tornassem melhores mães. Nesse período as ações eram essencialmente de planejamento familiar e combate à desnutrição.

A década de 70 trouxe grandes transformações no que tange a preocupação em torno dos direitos das mulheres, uma vez que no Brasil a ideia de inferioridade da mulher torna-se um pensamento questionado, onde cada vez mais fica evidente a busca pela equidade e direitos iguais. Dois grandes eventos influenciaram diretamente essas transformações, sendo o primeiro deles, a Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e o segundo o Plano da Década da Mulher (1976 a 1985) (COELHO *et al.*, 2009).

Ainda na década de 70, foi desenvolvido um programa denominado Programa Materno-Infantil, o qual buscava essencialmente ofertar cuidados em torno do planejamento familiar, da gestação, parto e puerpério. O programa não trouxe grandes mudanças, muito menos influenciou nos indicadores de morbimortalidade das mulheres, uma vez que suas propostas englobavam um campo muito restrito, fragmentado e seus princípios e diretrizes funcionavam de forma verticalizada (OLIVEIRA, 2016).

A partir da década de 80, no Brasil intensificasse o movimento feminista, onde as mulheres buscam adquirir maiores direitos. Junto a esse movimento são construídas críticas fortes em relação a precariedade dos programas voltados a saúde da mulher, uma vez que até então, os mesmos contemplam essencialmente o ciclo gravídico-puerperal, deixando de lado outras questões que são muito importantes para o bem estar e a saúde dessa população. A ampla busca pelos direitos das mulheres no campo da saúde, contribuiu para que fossem enfim incluídas na agenda política nacional, o tema "Saúde da Mulher" (SOUTO, 2008).

A grande conquista que se teve por meio da busca por direitos, veio por meio da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1984, sendo que o mesmo representou a ruptura com o modelo assistencial até então estabelecido as mulheres. Por meio do PAISM, foram criadas uma série de prioridades no âmbito da saúde da Mulher, englobando ações em torno não somente do período materno-gestacional, mas também em torno das principais doenças, agravos e riscos vivenciados por essa população (COELHO *et al.*, 2009).

O PAISM, trouxe uma mudança significativa na forma de enxergar a saúde da mulher, pois pela primeira vez as mesmas passavam a ser atendidas com um olhar mais integral. As atividades desenvolvidas por esse programa, contemplavam serviços de cunho educativo, preventivo, diagnóstico, curativos e de reabilitação quando necessário (OLIVEIRA, 2016).

Através da PAISM, deu-se o primeiro passo rumo as grandes conquistas que viriam posteriormente. Apesar dessa política ter quebrado com o modelo de atenção tradicional a saúde da mulher, durante os próximos anos, ainda foram muitas as dificuldades enfrentadas para que a mesma pudesse funcionar de forma integral e com qualidade, sendo que a partir de 2003, ou seja quase 20 anos depois, que o governo decidiu discutir a possibilidade de maiores mudanças na política, de forma a aprimorá-la (SOUTO, 2008).

Em 2004, tendo-se em vista as discussões realizadas no ano anterior, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de forma que o Ministério da Saúde, passa a entregar diretrizes em torno da busca pela humanização e a qualidade do atendimento. No ano de 2011, foi realizada a segunda reimpressão da política, onde foram realizadas novas mudanças, com o objetivo de ampliar e aprimorar os serviços assistenciais voltados para a população feminina (UNASUS, 2011).

Por meio da nova Política, foram estabelecidos três objetivos principais que são eles:

I - Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; II - Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; III - Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011, p. 67).

Conforme Oliveira (2016), inicialmente as aspirações eram em torno da busca por políticas que contemplassem a saúde da mulher de forma geral, porém nos últimos anos os objetivos se transformarão e agora os anseios são em torno do aprimoramento das políticas, centrando principalmente na existência de diferenças dentro do grupo feminino. Nesta perspectiva, reconhecesse cada mulher como ser singular, sendo que alguns grupos femininos precisam de uma atenção diferenciada em virtude do maior risco que apresentam.

2.4 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER:

Princípios e diretrizes

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM foi elaborada em 2004 por meio da realização de todo um estudo, o qual visou realizar um diagnóstico epidemiológico, objetivando traçar o perfil de morbimortalidade das mulheres no Brasil. Desta forma, esta política se orientou por meio da oferta de ações que contemplassem as necessidades vigentes em relação a saúde da população feminina (SANTANA *et al.*, 2019).

A base para a construção da PNAISM, foi a PAISM (1984), junto com o movimento feminista e também a Conferencia de Alma-Ata (1978). A elaboração dessa nova política é um marco muito importante, uma vez que a mesma atende as necessidades dessa população, sendo que durante o seu processo de "construção", buscou-se ouvir o grupo, dando as respostas desejadas (SOUTO, 2008).

No ano de 2011, a mesma sofreu modificações, as quais foram importantes, uma vez que visaram aumentar o campo de atuação da política, englobando um maior número de mulheres, e contemplando grupos mais vulneráveis. A política se estrutura por meio de princípios e diretrizes muito importantes, que juntos fazem a mesma funcionar. São considerados princípios essenciais para o funcionamento da PNAISM, a humanização e a qualidade da atenção (BRASIL, 2011).

Como explica Azevedo (2018), o atendimento humanizado e de qualidade devem ser marcas fundamentais na assistência prestada as mulheres, de forma que as mesmas sejam acolhidas, ouvidas e tenham os seus anseios e necessidades atendidas de forma integral, tendo o reconhecimento e a satisfação das usuárias ao final do processo, como um aspecto relevante quanto a avaliação das ações realizadas.

Soares (2011), observa que historicamente o atendimento prestado a mulher sempre careceu de humanização e acolhimento, sendo que as mesmas eram discriminadas, tinham seus anseios frustrados e direitos violados de maneira recorrente. Diante deste fato, propor ações humanizadas as mulheres, as quais atendem as suas necessidades e gerem satisfação são um reconhecimento da importância das mesmas na sociedade e implica em afirmar a busca por equidade e igualdade.

Segundo Souto (2008), a qualidade da atenção vem de encontro com a ruptura do modelo assistencial tradicional que prevaleceu durante décadas, onde a mulher

era vista em sentido restrito, sendo atendidas somente nos seus aspectos biológicos. Com a PNAISM, busca-se romper o modelo mecanicista de atendimento e passa-se a considerar a mulher como um ser singular, repleta de sentimentos, inseguranças, medos e incertezas.

Por meio da humanização são construídas relações entre usuária e os profissionais de saúde, de forma que se crie um vínculo forte, onde a mulher veja o profissional como alguém em que possa confiar, contar os acontecimentos e tirar todas as suas dúvidas (UNASUS, 2011).

É importante ressaltar que o processo de humanização do atendimento à mulher deve ser contínuo e permanente, sendo um grande desafio para muitos profissionais, já que se fazem necessárias uma série de condutas e ações que aplicadas em torno da relação criada, tem a capacidade de moldar a forma como usuária-profissional se enxergam (SOUTO, 2008).

Borges (2012), afirma que a humanização e a qualidade da atenção, podem ser considerados princípios indissociáveis, uma vez que os mesmos possuem uma interdependência, tendo-se em vista que a qualidade da atenção se reflete muito na humanização aplicada a cada caso atendido.

É relevante ressaltar que a disponibilidade de recursos e tecnologias não são suficientes para se ter uma qualidade na atenção, uma vez que o objeto de princípio está ligado a integralidade das práticas assistências, contemplando aspectos intrínsecos e extrínsecos que moldam diretamente a forma como a usuária se sente ao receber os cuidados (SANTANA *et al.*, 2019).

A PNAISM possui uma série de diretrizes que precisam ser seguidas, com o objetivo de fazer com que os objetivos da política funcionem. Em resumo as principais diretrizes que podem ser pontuadas são: capacidade de atendimento integral à saúde da mulher; contemplação de todas as faixas etárias; a saúde deve ser ofertada a toda comunidade feminina; política precisa ser inclusiva; deve buscar por igualdade e direitos; integralidade do atendimento; cada mulher é um ser singular; práticas humanizadas; participação das mulheres e sociedade em mudanças na política (BRASIL, 2011).

2.5 A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

A violência sexual é um problema que cada dia mais precisa ser discutido, uma vez que diariamente tanto no Brasil quanto no Mundo, milhares de mulheres são

vítimas desse ato. As consequências desse tipo de violência dizem respeito tanto aos aspectos físicos, quanto os emocionais, podendo se apresentar a curto ou longo prazo (NUNES; MARQUES, 2010).

Em relação as consequências físicas, as mesmas se apresentam de forma imediata ou a longo prazo. As consequências imediatas dizem respeito a gravidez, infecções do aparelho reprodutivo e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). A longo prazo pode ser citado o desenvolvimento de distúrbios da sexualidade. No que tange os aspectos psicológicos, muitos são os problemas identificados nas vítimas, tais como depressão, transtorno do pânico, transtorno pós-traumático, abuso de álcool e drogas e até mesmo tentativa de suicídio (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010).

Outro ponto negativo em relação a violência sexual, consiste no fato de que dentro da sociedade existe um medo por parte das mulheres de virem a ser estupradas. Desta maneira as mesmas podem em muitos casos virem a limitar suas decisões e sentirem a sua liberdade "roubada" (MAFIOLETTI *et al.*, 2018).

Conforme Delziovio *et al.* (2018), por meio do Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional, o qual foi promulgado no Brasil, a escravidão sexual, prostituição, agressão sexual, gravidez e esterilização forçada, ou mesmo qualquer tipo de violência sexual com gravidade equiparável, são considerados crimes contra a humanidade. A OMS considera a violência sexual como sendo um problema de saúde pública que possui escala global.

Carvalho, Ferreira e Santos (2010), consideram que a violência sexual é a mais cruel das violências, perdendo somente para o homicídio, porque de acordo com o autor, trata-se do ato de apropriação do corpo da mulher, onde a mesma tem o seu íntimo invadido. É comum que as vítimas apresentem sentimentos de medo e vergonha, o que traz como consequência uma grande dificuldade de a mesma vir a falar sobre o assunto, denunciar ou mesmo pedir ajuda.

No Brasil, o estupro é conceituado como o ato de constranger alguém por meio de violência ou grave ameaça carnal. É também considerado como crime, ter conhecimento sobre o ocorrido e permitir que o mesmo continue a ocorrer. As disposições sobre este tipo de crime encontram-se no capítulo sobre os crimes contra a liberdade sexual do Código Penal (MAFIOLETTI *et al.*, 2018).

Conforme a Lei Maria da Penha, a violência sexual é descrita como sendo a agressão cometida em contexto doméstico, envolvendo algum membro da rede social da vítima:

“Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, Que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; Ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos” (Lei 11.340, Art. 7, alínea III).

O Código Penal juntamente com os dispositivos da Lei Maria da Penha, ajudam a caracterizar e reconhecer as diversas formas de violência sexual, uma vez que se reconhece que a mesma vai além do estupro. É preciso reconhecer que na atual sociedade ainda existem muitos estereótipos em torno do papel sexual da mulher no casamento, onde o homem muitas vezes por ter algum tipo de compromisso, seja namoro, união estável ou casamento, acredita que pode manter relações sexuais sempre que desejar, mesmo que a mulher não queira (LAWRENZ *et al.*, 2018).

De acordo com o Mapa da violência contra a Mulher 2018, entre janeiro e novembro de 2018 foram noticiados 32.916 casos de estupro no Brasil. Entre as vítimas, mulheres com idade entre 15 e 18 anos representam 18% dos casos com um total de 5.760 episódios registrados. Mulheres com idade entre 18 e 59 anos representam 35% com 11.708 episódios de violência. Idosas correspondem a 4% dos casos e a maior parte das vítimas possui idade menor que 14 anos, representando cerca de 43% das vítimas (BRASIL, 2018).

Ainda de acordo com o MAPA a maioria dos casos (49,8%), o estuprador é alguém da própria família ou conhecido de confiança. São Paulo, Mato Grosso, Rio de Janeiro e Alagoas, respectivamente, são os Estados com maior número de casos registrados. Amapá, Rio Grande do Norte e Roraima, respectivamente, são os Estados com o menor número de registros (BRASIL, 2018).

2.6 A ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde a Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento, passou a desobrigar a mulher vítima de estupro a apresentar Boletim de Ocorrência (BO), para que possa dispor de atendimento na rede de saúde. Tal mudança foi realizada com o objetivo de primeiramente priorizar a

vítima quanto ao atendimento em ambiente de saúde, ao invés de encaminhá-la ao órgão policial (LAWRENZ *et al.*, 2018).

Por meio da Lei nº 10.778/2003, os serviços de saúde tanto público quanto privados passaram a notificar de forma compulsória os casos de atendimento a vítima de violência sexual. Tal medida visa conhecer de forma mais real os números de casos que acontecem no país. Ao prestar uma boa assistência a vítima, é possível que a mesma se sinta mais encorajada quanto a rompimento do silêncio, passando então a denunciar o agressor (LAWRENZ *et al.*, 2018).

A partir de 2013, por meio da Lei nº 12.845/2013, foi instituído que as vítimas de violência sexual teriam o atendimento obrigatório e imediato nos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme esta Lei os hospitais públicos são obrigados a fornecerem toda a assistência necessária a prevenção de problemas que podem vir a surgir posteriormente ao caso de violência (MAFIOLETTI *et al.*, 2018).

A vítima de estupro tem o direito de receber a pílula do dia seguinte, medicação está que evita a fecundação do ovulo no prazo de até 72 horas após a relação sexual. Outros direitos dizem respeito ao diagnóstico e tratamento de lesões no aparelho genital, apoio médico, psicológico e também social. A profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis também é incluído como medida a ser tomada (DELZIOVO *et al.*, 2018).

Para Bezerra *et al.* (2018), a existência de tal Lei é algo muito importante, uma vez que a mulher passa a sentir-se aparada diante do caso. A violência sexual pode trazer vários problemas posteriores a mulher, assim, ao ser aparada tanto quanto aos aspectos físicos quanto psicológicos e social, a mesma tende a enfrentar de forma mais positiva o momento posterior à violência.

O chamado fenômeno de violência sexual contra a mulher, muitas vezes não obedece a nenhum tipo específico de critério, como a regionalidade, desenvolvimento econômico ou acesso a bens e serviços culturais. Desta maneira evidencia-se que os casos de abuso sexual podem ocorrer com qualquer mulher, independentemente de sua situação cultura e social, financeira ou racial (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010).

Mesmo que nos últimos anos diversas medidas tenham sido colocadas em prática como forma de ajudar na solução do problema, o mesmo ainda é algo real e presente no dia a dia, onde diariamente é possível assistir a notícias sobre violência

sexual contra mulheres. Como forma de fortalecer o combate a cultura do estupro, escolas, igrejas, postos de saúde e ambientes de trabalhos podem colocar em prática ações que envolvam os funcionários, de forma a falar sobre o assunto e a combater o problema (SOUZA, MARTINS E SILVA, 2017).

2.7 O PAPEL DA ENFERMAGEM DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Conforme o art. 64 do Código de Ética de Enfermagem, constitui-se como infração, “provocar, cooperar, ser conivente ou omissa diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão”. Desta maneira o enfermeiro diante de casos de violência sexual deve agir de maneira a resguardar a integridade da vítima, notificando o caso e buscando incentivar a mesma quanto a importância de denunciar o agressor. Ao cometer tal infração o enfermeiro pode ser penalizado desde o recebimento de uma multa, até a cassação do registro profissional (COFEN, 2017)

Conforme Bezerra *et al.* (2018), mesmo que o código não deixe explícito o termo violência sexual, os profissionais devem entender que esta configura-se como dentro de um conjunto amplo de tipos de violência.

A questão de combate à violência sexual se tornou algo tão importante que no Novo Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN Nº 564/2017) sofreu modificações levando em consideração a Lei Maria da Penha e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (notificação compulsória de casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde). Tais mudanças baseadas nessas Leis visam justamente fortalecer o combate a prática de violência sexual (DELZIOVO *et al.*, 2018).

O enfermeiro como profissional que integra a equipe de saúde tanto do serviço hospitalar quanto da atenção Básica, atuando como gerente neste último, apresenta potencial para realizar atendimento humanizado e de forma integral, o que colabora para identificação da ocorrência de violência sexual, assim como na coleta de provas e vestígios indicativos da mesma (SOUZA; MARTINS; SILVA, 2017)

Desta maneira Souza, Martins e Silva (2017), enfatizam que mulheres que sofreram abuso sexual encontram-se com medo e também envergonhadas, algumas podem inclusive se sentirem culpadas. Diante disso, as mesmas precisam ser acolhidas pelos profissionais de saúde de forma humanizada, onde os mesmos

saibam escutara-las, respeitar os seus sentimentos e apoia-las mediante o processo de pós-violência.

A mulher violentada, encontra-se machucada não só fisicamente, mais também de psicologicamente. O enfermeiro diante de casos como esse deve entender que muitas incertezas se passam na cabeça da vítima, portanto, é essencial ouvi-la e prestar todo apoio possível, pois ao acolhe-la de forma humanizada, um vínculo entre a vítima e profissional pode ser criado facilitando o processo de construção de confiança e apoio (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

Ao acolher uma vítima de violência sexual, o enfermeiro deve prestar a assistência necessária para dar suporte ao processo de enfrentamento dos riscos posteriores ao ato. É importante encaminhá-la o mais precocemente possível ao serviço de profilaxia pós exposição a DST e disponibilize a medicação preventiva de gravidez. Importante também que os casos sejam notificados conforme a Lei prevê e que o profissional a incentive quanto a busca de seus direitos, denunciando o agressor a Polícia (SOUZA, MARTINS E SILVA, 2017).

Nesta perspectiva nota-se que o enfermeiro possui, portanto, um papel muito importante no acolhimento da vítima de violência sexual, tanto no atendimento inicial quanto no encaminhamento da mesma ao atendimento por outros profissionais, como médico, psicólogo e assistente social (REIS *et al.*, 2010).

2.8 ASPECTOS LEGAIS PERANTE OS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A Lei nº 13.931, entrou em vigor no dia 10 de março de 2020 e determina que profissionais de saúde, que se deparem com casos confirmados ou mesmo suspeitos de qualquer tipo de violência contra a mulher, no âmbito dos serviços de saúde público e privado devem realizar a notificação imediata ao centro de vigilância epidemiológica, assim como as autoridades policiais dentro de um prazo de até 24 horas (BRASIL, 2020).

Desta maneira, está lei estabelece a obrigatoriedade de notificação de casos de violência contra a mulher, sendo que todos os profissionais, sejam eles, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem ou outros, podem e devem notificar tais ocorrências. A notificação dos casos a vigilância epidemiológica da cidade deve ocorrer por meio do preenchimento de Ficha de Notificação Compulsória Padronizada (LUZ, 2020).

Tal lei gerou grandes discussões, uma vez que muito se discutiu sobre a perda da autonomia feminina, já que por meio da aplicação da mesma, as mulheres não possuem escolha sobre a realização ou não da notificação. Para muitas autoridades, a lei traz perda de autonomia da mulher e fragiliza os seus direitos, além de colocá-las em risco, pois o agressor pode se debelar contra a mesma. Porém, muitos acreditam que a lei é um grande passo no enfrentamento dos casos de violência contra mulher, problema esse ainda muito presente na sociedade brasileira (BRASIL, 2020).

Conforme o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020), o objetivo principal da nova lei é o de combater a violência contra a mulher, problema este, que é muito sério no país. Para o autor mesmo em meio a discussões sobre os benefícios ou riscos trazidos por esse novo instrumento, acredita-se que se trata de uma conquista, uma vez que muitas mulheres tendem a sofrer diversas formas de violência, sempre caladas e sem terem a coragem de denunciar. Desta maneira realizar a notificação e a denuncia a autoridade policial, é uma maneira de tentar ajudar a vítima que se encontra fragilizada e sem a coragem necessária.

Para a Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020), um grande problema pode se estabelecer em meio a aplicação desta lei, pois muitas mulheres ao serem violentadas e procurarem ajuda profissional, não se sentem seguras em denunciar o que ocorreu. O vínculo entre a mulher e o profissional é caracterizado por ampla confiança, desta maneira, ao ser obrigado a denunciar esses casos, o paciente acaba perdendo a confiança do profissional de saúde.

Diante dos aspectos envolvidos na nova lei, é importante que durante o acolhimento da paciente, o profissional procure orientar a mulher, dando ênfase no esclarecimento da necessidade de se denunciar o agressor e notificar o caso. O momento em que se faz a assistência deve ser muito bem aproveitado, de forma que diante da mulher, deve-se conversar com a mesma sobre as possibilidades e a importância de se denunciar o caso de violência (LUZ, 2020).

É importante frisar que a Lei nº 10.778/2003, já deixava estabelecido a necessidade de se notificar compulsoriamente os casos de violência contra mulher, no entanto, as informações ali geradas eram sigilosas e serviam como dados para se criar indicadores epidemiológicos, não sendo necessária a denúncia a autoridade policial. Com a nova lei, a principal mudança que se tem, é justamente em relação ao envolvimento de autoridades policiais (BRASIL, 2020b).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo teórico – empírica, de caráter exploratório e descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada por meio de aplicação de questionário com perguntas abertas e semiestruturas, junto aos enfermeiros que atuam na rede de atenção básica do município de Itaituba, Pará, buscando-se compreender a importância do acolhimento do enfermeiro na violência sexual contra à mulher.

De acordo Ferreira (2011), a pesquisa teórico-empírica se caracteriza pelo estudo baseado em conceitos teóricos e no levantamento de informações por meio da pesquisa de campo. Pode-se afirmar, portanto, que este tipo de pesquisa busca por meio de levantamento de campo comprovar, comparar ou discutir determinada teoria, sendo que a base para a construção do estudo são as ideias e conceitos levantados via método teórico.

Conforme Teixeira (2010), a pesquisa exploratória é aquela em que o pesquisador busca explorar determinada problemática, fazendo uma análise mais minuciosa e precisa, partindo de hipóteses levantadas em torno de um problema pré-estabelecido, já a pesquisa descritiva busca descrever uma situação, partindo de um objetivo de estudo escolhido.

Como o próprio nome indica, a pesquisa descritiva é aquela onde o pesquisador centra-se na descrição de determinado fenômeno, situação ou mesmo experiência, de forma a fazer um levantamento e pontuar as principais peculiaridades envolvidas na situação-problema (RAMPAZZO, 2005).

A pesquisa quantitativa é aquela que é centrada em números, desta maneira faz-se a exposição dos resultados em números, utilizando-se gráficos, tabelas, quadros, expressões etc. O estudo é qualitativo quando está centrado na exposição dos resultados de uma maneira mais descritiva e subjetiva, onde o autor responde às perguntas construindo uma discussão, dando ideias e propondo ações (GIL, 2010).

3.2 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO AMOSTRAL

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde que estão localizadas no centro urbano de Itaituba, cidade no Estado do Pará. Trata-se de um município de porte médio, polo da região de Saúde do Tapajós, estando localizado na Região

Sudoeste do Estado, sendo a sua população estimada em 101.395 habitantes (IBGE, 2020).

Foram alvos do estudo 12 enfermeiro(a)s atuantes nas seguintes Unidades Básicas de Saúde: Edson Botelho, Bom Remédio, Carlos Roberto Cabral Furtado, Maria Santos de Oliveira, Piracaná, Vale do Piracaná, João Rodrigues da Silva, Iza Clímaco de Aguiar, Raimundo Neres dos Santos, Liberdade, Manoel dos Anjos e Jardim das Araras.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão para o levantamento teórico foram a utilização de artigos em língua portuguesa, completos, relacionados ao tema em questão. Em relação ao público estudado, foram profissionais enfermeiros, lotados nas unidades de atenção básica da zona urbana do município de Itaituba, Pará, com no mínimo 6 meses de atuação direta no local, que não estivessem de férias, licença ou afastados por algum outro motivo e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE (ANEXO).

Os critérios utilizados para exclusão foram estudos em língua estrangeira, incompletos e artigos que não correspondiam ao tema em questão. Dos profissionais que foram investigados excluiu-se os enfermeiros lotados nas unidades de atenção básica da zona rural do município, além daqueles da zona urbana que tinham menos de 6 meses de atuação direta no local, que estavam de férias, licença ou afastados por algum outro motivo no período de levantamento de dados, além dos que não aceitaram participar da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a aplicação de um questionário (APÊNDICE A) com perguntas semiestruturadas aos enfermeiros das unidades básicas de saúde no período de 20 de dezembro de 2020 a 05 de janeiro de 2021.

Os questionários semiestruturados possuem um caráter mais subjetivo, dando uma maior abertura a respostas, sendo caracterizado por perguntas abertas, onde o entrevistado pode discorrer a respeito de determinado tema, diante de determinado questionamento (MARTINS, 2004).

Após realizada a aplicação dos questionários, os mesmos foram recolhidos e as respostas foram organizadas e estruturadas, possibilitando a discussão do que foi

obtido e comparando os resultados da pesquisa com os de outras já realizadas sobre o tema disponibilizadas em meio eletrônico.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, deixa-se claro o respeito à lei dos direitos autorais, onde todos os autores utilizados para a produção deste trabalho estão devidamente referenciados na lista de referências e no corpo do texto. É importante ainda frisar que ao elaborar esta obra respeitaram-se os princípios éticos do trabalho científico, estando livre de plágios. Além disto, por se tratar de um estudo de campo, onde haverá participação de seres humanos, o mesmo seguiu todos os termos da resolução 580/2018 do CNS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi direcionada à 12 profissionais enfermeiros que exerciam suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Itaituba, os quais foram identificados por E1, E2, E3, e assim por diante. Os resultados foram dispostos em tabelas e quadros, seguidos de autores selecionados de acordo com a temática que contribuíram para o embasamento da discussão desta obra.

O primeiro ponto a ser levantado foi a construção de um perfil dos profissionais envolvidos neste processo, descrito na tabela a seguir.

Tabela 01 – Perfil dos Enfermeiros participantes

Participante	Sexo	Idade	Tempo de Atuação na AB	Nível de formação
E1	Feminino	31 anos	08 anos	Graduação
E2	Feminino	58 anos	05 anos	Especialização
E3	Feminino	30 anos	04 anos	Especialização
E4	Feminino	33 anos	10 anos	Especialização
E5	Feminino	25 anos	02 anos	Especialização
E6	Feminino	41 anos	04 anos	Graduação
E7	Feminino	30 anos	03 anos	Especialização
E8	Feminino	33 anos	09 anos	Graduação
E9	Feminino	48 anos	10 anos	Especialização
E10	Feminino	39 anos	09 anos	Especialização
E11	Masculino	31 anos	06 anos	Especialização
E12	Feminino	25 anos	1 ano	Especialização

A análise da tabela permite evidenciar que a maioria dos profissionais são do sexo feminino (n=11), sendo a média de idade de 35 anos, onde a enfermeira mais velha tem 58 anos e a mais nova 25. Em relação ao tempo de atuação na Atenção Básica, as participantes E4 e E9, possuem pelo menos 10 anos de experiência, enquanto que a E12 possui somente 1 (um). Entre os 12 participantes, 09 possuem especialização na área e 03 apresentam somente graduação.

No estudo realizado por Silva e Ribeiro (2020), a respeito do papel do enfermeiro na Atenção Básica diante de casos de violência sexual contra mulher, onde foram entrevistados 10 enfermeiros, a maioria dos participantes eram do sexo

feminino (90%), e a média de idade foi de 29 a 43 anos, sendo que os mesmos já atuavam a pelo menos cinco (05) anos na área e 20% possuíam Mestrado, enquanto 80% a especialização.

Diante dos resultados apresentados percebe-se que ao se tratar de perfil dos profissionais entrevistados o estudo de Silva e Ribeiro (2020), se assemelha a obra em questão, visto que a maioria dos profissionais são do sexo feminino, além de possuírem uma média de idade e tempo de serviço aproximados, o que diferencia os estudos é o quesito nível de formação, pois evidenciou-se apenas graduação e especialização nesta obra, enquanto que Silva e Ribeiro (2020) mostram que cerca de 20% dos profissionais por eles entrevistados já possuíam mestrado.

Após o levantamento do perfil dos profissionais entrevistados, procurou-se adentrar nos objetivos centrais da pesquisa onde o primeiro questionamento está voltado a possibilidade de já terem realizado atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em suas unidades básicas, onde podemos identificar tais respostas no quadro 01 da seguinte pergunta: Já realizou atendimento de casos, onde ocorreu violência sexual contra a mulher?

Quadro 01: Realização de atendimento de vítima de violência sexual contra mulher.

E1	Sim	50% (n=06) – Já realizaram esse tipo de atendimento
E2	Sim	
E3	Sim	
E4	Não	
E5	Sim	
E6	Não	50% (n=06) – Nunca realizaram esse tipo de atendimento
E7	Sim	
E8	Sim	
E9	Não	
E10	Não	
E11	Não	
E12	Não	

A partir das respostas obtidas é possível perceber que pelo menos metade (n=06) dos profissionais já realizaram atendimento de mulheres que foram vítimas de

violência sexual (E1, E2, E3, E5, E7, E8), e os outros 50% (n=06) afirmam ainda não ser vivenciado tal experiência (E3, E6, E9, E10, E11, E12).

Não foi possível evidenciar estudos que demonstrassem um comparativo, do ponto de vista dos profissionais enfermeiros, em relação à experiência de já se ter, ou não realizado atendimento de violência sexual contra mulheres em unidades básicas de saúde.

Diante das situações de violência sexual contra o público feminino faz-se necessário aplicação de condutas específicas de acordo com o Ministério da Saúde. Portanto, no quadro 02, discorrem as respostas de cada enfermeiro quanto ao seguinte questionamento: Quais condutas você acredita serem necessárias frente a um caso de violência sexual contra a mulher?

Dessa forma, pôde-se perceber que alguns enfermeiros afirmaram que é muito importante a realização do acolhimento, buscando atender a mulher de forma humanizada, escutando atentamente o que ela tem a dizer, sem fazer julgamentos (E1, E4, E5, E6, E10, E12).

Alguns profissionais também afirmaram que é necessário realizar a notificação do caso e encaminhar a mesma para outros setores, de forma que seja garantido o apoio multiprofissional a vítima, com prioridade para realização da profilaxia pós exposição a doenças sexualmente transmissíveis e uso de métodos contraceptivos de emergência, visando impedir que uma gestação possa vir a acontecer. Além do mais, eles acreditam que é preciso garantir atendimento psicológico e apoiar a usuária em relação as medidas legais que precisam ser tomadas, como a denúncia do agressor (E1, E2, E3, E4, E5, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12).

De acordo com Moraes; Monteiro e Rocha (2010), em seu estudo de revisão bibliográfica, intitulado "O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual", aponta que a mulher que sofre este tipo de violência na maioria dos casos se encontra extremamente fragilizada, apresentando sentimentos diversos, como o medo, a vergonha, nervosismo e até mesmo acredita ser a culpada pelo que ocorreu, desta maneira, quando estas procuram ajuda em uma Unidade de Saúde, precisam ser recebidas de forma acolhedora, já que tal conduta pode ajudá-las a se sentirem com maior segurança e confiança ao relatarem o fato a equipe que está realizando o atendimento.

Quadro 02: Condutas necessárias diante de casos de violência sexual contra a mulher.

E1	<i>"O acolhimento buscando a compreensão e ouvindo esta mulher. Traçar uma estratégia para melhor atender e dar continuidade no atendimento, psicológico, saúde física, na segurança e tratamento pós atendimento com parceria com os demais profissionais da rede."</i>
E2	<i>"Encaminhar para casa de saúde da mulher e ir para psicóloga e aconselhar a ir à delegacia."</i>
E3	<i>"Comunicar as autoridades, assistência social, apoio à mulher, psicólogos, quando menor de idade, o conselho tutelar e IML."</i>
E4	<i>"Acolher essa mulher, ouvir, dar uma assistência de qualidade (multiprofissional)."</i>
E5	<i>"Atendimento humanizado, prestando assistência acolhedora, incluindo escuta inicial e sigilo ao que lhe é relatado, assim como a importância de evitar pré-julgamentos. Agir de forma resolutiva ofertando atendimento de equipe multidisciplinar, referenciando-a se necessário. Preenchimento da ficha de notificação e orientação quanto as medidas judiciais cabíveis."</i>
E6	<i>"A primeira conduta e o acolhimento da vítima, medida de proteção, esclarecer a mesma quanto a realização e a importância da dinâmica e garantir uma boa assistência médica e multidisciplinar a mesma."</i>
E7	<i>"Primeiramente notificar o caso, fazer visita domiciliar caso a informação venha pelo ACS. Realizar o atendimento inicial e encaminhá-la aos órgãos competentes. Ofertar apoio psicológico."</i>
E8	<i>"Ouvir com calma e sem julgamentos, a mulher que sofre violência. Se abuso recente orientar sobre contraceptivo de emergência. Encaminhar para os setores necessários (delegacia e CTA)."</i>
E9	<i>"Atendimento psicológico, realização de exames para HIV, sífilis e Hepatite B e C."</i>
E10	<i>"Acolher a vítima que sofreu violência sexual; tomar medidas de urgência (prevenção contra doenças e gravidez). Denunciar sem expor a vítima."</i>
E11	<i>"Se a mulher comparecer a unidade ou identificada pelo ACS, orientamos a mesma a registrar um B.O e encaminhar para casa de apoio da mulher que sofrem violência."</i>
E12	<i>"O atendimento é priorizado, promovendo o acolhimento para atender as necessidades da mulher com respeito e ética. Fazer orientações, planejamentos, para segurança da mesma, tendo resultados positivos e acompanhar através de consultas de enfermagem, médica e psicossocial."</i>

Em um estudo realizado na cidade de Ariquemes (RO), Medeiros (2011), explica que o enfermeiro ao atender esse tipo de caso, deve ter uma conduta ética e respeitosa, estando atento aos relatos da vítima, sem realizar julgamentos, uma vez que tal postura pode fazer com que a vítima se sinta reprimida e passe a acreditar que a culpa pelo ocorrido é dela mesma.

É importante que o atendimento imediato ocorra de forma acolhedora e humanizada, onde o enfermeiro deve ouvir os relatos e desde então começar a aconselhar a vítima. As condutas tomadas neste momento não podem ocorrer de

maneira precipitada e com pressa, já que é preciso dar um tempo a vítima até que a mesma esteja mais calma e disposta a denunciar o agressor (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

Dentre as pesquisas apresentadas fica evidente a importância que o atendimento acolhedor e humanizado tem diante da criação de um vínculo entre a vítima e o profissional, de forma que a mulher se sinta acolhida e possa confiar na ajuda ofertada.

Outro aspecto importante, diz respeito ao encaminhamento da vítima à outros setores, de forma que a assistência integral possa ser prestada. Fica a cargo do enfermeiro acolher a mulher, escutar os seus relatos, orientá-la e encaminhá-la para os demais pontos de referência que compõem a rede, tais como Centro de Testagem Anônima (CTA), Casa de Saúde da Mulher ou instituições que dão apoio especificamente a esses tipos de casos (SOUSA; OLIVEIRA; JESUS, 2016).

De acordo com Souza, Martins e Silva (2017), em sua pesquisa realizada na cidade de Aracaju, levando-se em consideração que em casos de violência sexual a mulher fica sobre o risco de desenvolver uma gravidez ou contrair uma DST, como HIV, é essencial que mesma inicie o mais precocemente possível a profilaxia pós exposição a DST e que também faça uso de método contraceptivo de emergência.

É importante lembrar que de acordo com a Lei nº 13.931, o profissional que se deparar com casos de violência contra mulher é obrigado a realizar a notificação e denuncia a autoridade policial competente no prazo de 24 horas. Tudo deve ser feito com descrição e respeito a vítima, para impedir a sua exposição.

De acordo com as obras analisadas fica claro que são muitas condutas que se fazem necessárias diante destes casos e que as mesmas precisam ser cumpridas, sempre com organização e respeito ao que a mulher sente no momento. É importante ressaltar que embora existam protocolos a serem seguidos, o enfermeiro precisa acima de tudo agir de forma humana, acolhendo, escutando e apoiando a vítima a todo momento, sem realizar julgamentos. Portanto, os demais autores citados corroboram com os dados obtidos nesta pesquisa.

Diante deste cenário questionou-se então: Quais são as dificuldades encontradas ao se deparar com tais casos? Onde, de modo geral percebeu-se que as respostas (quadro 03) apontaram para fatores que envolvem diretamente o comportamento da vítima como sentimentos de medo, vergonha e insegurança, além

disso a falta de informação, apoio multiprofissional e capacitação em torno do atendimento a esses casos na Unidade Básica de Saúde.

Quadro 03: Dificuldades encontradas diante de casos de violência sexual contra a mulher.

E1	<i>"Falta de informação. A insegurança da mulher em procurar ajuda. A falta de coragem da mulher em dar continuidade no atendimento."</i>
E2	<i>"Não ter apoio multiprofissional e falta de treinamento profissional".</i>
E3	<i>"O apoio a mulher, sigilo de informações. A mulher fica exposta, precisa repetir o ocorrido algumas vezes para cada profissional e ainda ocorre de não haver punição adequada para o causador da violência".</i>
E4	<i>"Muitos casos acontecem e elas não vem a unidade de saúde, quando vem na maioria das vezes não diz que foi violência sexual, elas temem outras atitudes em relação a isso".</i>
E5	<i>"Evitar exposição da vítima, resistência da vítima em aceitar o atendimento, relatar de forma fidedigna o ato de violência e expor o agressor. Medo de denunciar por parte da vítima, além dos protocolos estabelecidos para superação do trauma e evitar recorrências."</i>
E6	<i>"Falta de informação e preparo para lidar com o assunto e a resistência quanto a vítima em denunciar o acusado, até mesmo por medo."</i>
E7	<i>"O não pronunciamento da mulher aos profissionais da UBS, falha no encaminhamento e resistência da vítima em relatar os fatos. Omissão da própria família e o medo de denunciar."</i>
E8	<i>"A mulher sente vergonha na maioria das vezes, culpa, achando ser a culpada por algo que possa ter dito ou feito. Muitas vezes só procura ajuda com o passar dos dias."</i>
E9	<i>"A vítimas as vezes tem dificuldade para falar sobre o ocorrido, dados importantes falta para a notificação."</i>
E10	<i>"A vítima tem vergonha de dizer o ocorrido e medo. O preconceito da população e o agressor nem sempre é punido."</i>
E11	<i>"As mulheres não falam durante a visita do ACS, ou por situações particulares, medo do companheiro."</i>
E12	<i>"Encorajar a vítima a relatar os acontecimentos, pois a mulher sente medo e insegurança, em relatar o problema. É importante orientar para que faça a denúncia do agressor."</i>

Para Alves *et al.* (2020), em seu estudo realizado na cidade Itajubá (MG) é muito comum identificar um comportamento "padronizado" entre as mulheres que são vítimas de violência sexual. Na grande maioria dos casos, evidencia-se o silêncio das mesmas em relação ao acontecimento, o que é consequência dos diversos sentimentos que são vivenciados, já que a fragilidade emocional faz com que elas se sintam inseguras, com medo, vergonha e culpa.

Pode-se considerar que o silêncio seja uma das principais barreiras diante do combate à violência sexual contra a mulher, já que uma parcela muito grande dos

casos acaba não vindo à tona, devido as próprias vítimas sofrerem caladas em razão do medo de serem julgadas pela sociedade ou mesmo sofrerem represálias por parte do agressor (TRENTIN *et al.*, 2019).

Quando recepcionadas na unidade de saúde, as vítimas são acolhidas e precisam relatar o acontecimento, sendo esse um momento muito difícil do ponto de vista emocional, já que a descrição dos acontecimentos causa vergonha e traz uma sensação de sofrimento, pois as mesmas passam a vivenciar em sua mente novamente o ocorrido (MEDEIROS, 2011).

A falta de informação por parte da mulher é outro desafio muito prevalente, já que uma parcela considerável das usuárias não tem conhecimento de que podem procurar a Unidade de Saúde para receber ajuda após serem vítimas de violência sexual (TORRES, 2011).

É válido ressaltar que uma mulher que passa por violência sexual não deve ser exposta, e precisa de apoio de uma equipe multiprofissional. Passado as condutas iniciais, deve-se prover apoio psicológico qualificado as vítimas, uma vez que é muito comum o desenvolvimento de estresse pós-traumático, ou mesmo quadros de ansiedade e depressão (ALVES *et al.*, 2020).

Em análise frente aos dados obtidos através desta obra, juntamente com os demais autores anteriormente citados percebe-se o quanto é importante que o enfermeiro, durante o acolhimento as vítimas de abuso sexual, demonstre calma, não faça julgamentos e passe confiança a mesma. Algumas mulheres podem não conseguir realizar todo o relato, e diante de tal fato, se faz necessário ter muita paciência, ao mesmo tempo em que se prestam orientações, buscando promover conforto para a mesma.

Além disso é preciso que serviços como esses sejam mais divulgados nos meios de comunicação de forma que as mulheres tenham conhecimento de que por meio da Atenção Básica, podem receber ajuda profissional caso passem por situações dessa natureza.

Por conseguinte, questionou-se: Qual a sua percepção sobre os casos de violência sexual contra a mulher? Os profissionais tiveram suas respostas descritas no quadro 04, que diante deste fato alguns enfermeiros afirmam acreditar que em muitos casos, o agressor convive dentro de casa com a própria vítima, sendo muitas vezes um parente ou amigo próximo da família (E2, E4, E5).

Outros profissionais acreditam ainda que a sociedade machista contribui para que os casos continuem a acontecer, que se trata de um problema de saúde pública, que muitas mulheres apresentam problemas físicos e emocionais provenientes da violência, além de que acreditam ser muito importante o acolhimento da vítima com ética e respeito, e que se faz necessário o endurecimento das leis, uma vez que o Brasil ainda possui uma legislação muito fraca em relação as medidas finais tomadas contra o agressor (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12).

Quadro 04: Percepção dos enfermeiros acerca dos casos de violência sexual contra as mulheres.

E1	<i>"A dificuldade na percepção da importância da ajuda a mulher, a mulher aceitar ajuda. Continuidade do atendimento, a falta de reconhecimento do atendimento e o silêncio da mulher é uma das maiores dificuldades".</i>
E2	<i>"A maioria dos casos estão vindo da própria família".</i>
E3	<i>"Os casos de violência sexual contra a mulher ocorrem muito mais do que imaginamos. A sociedade machista impõe a mulher que ela seja o motivo dessa violência."</i>
E4	<i>"Na maioria dos casos essa violência acontece com pessoas da própria família, com falta de amor e respeito com essas mulheres, fazendo assim com que elas sejam prisioneiras dos próprios agressores."</i>
E5	<i>"Os casos tem se tornado cada vez mais comum. Acredito na necessidade de se capacitar os profissionais quanto ao assunto, de forma que os mesmos aprendam a lidar com os casos. Em muitos casos, a vítima reside com o seu próprio agressor. É um problema que deveria ser visto com mais seriedade, por se tratar de um problema de saúde pública, devendo assim, ser ofertado assistência integral a mulher."</i>
E6	<i>"Evidenciando um problema social de saúde pública, onde a integridade física da mulher ou vítima é afetada."</i>
E7	<i>"A violência traz problemas físicos e emocionais, desta maneira, a mulher, merece toda uma atenção integral. Deveria receber atendimento multiprofissional e ser feito justiça."</i>
E8	<i>"Uma triste realidade, a qual depende do sistema estadual e municipal, leis que possam proteger as mulheres desse tipo de crime."</i>
E9	<i>"Vítima deve ser acolhida por uma equipe multiprofissional".</i>
E10	<i>"É uma triste realidade, pois existem milhares de vítimas de estupro, e grande parte são mulheres e de todas as idades. As consequências para as vítimas são severas e devastadoras, trazendo efeitos físico e mental a curto e longo prazo."</i>
E11	<i>"A medida de combate à violência, deveria ser mais enfatizado na mídia e meios de comunicação. A importância de leis mais rígidas para o agressor. As leis no Brasil são muito falhas, o que faz com que o cenário não mude."</i>
E12	<i>"O atendimento deve ser realizado com ética e respeito, oferecendo segurança a vítima. O enfermeiro deve estar sempre preparado para lidar com esse tipo de caso".</i>

Conforme Alves *et al.* (2020), a violência sexual contra a mulher trata-se de um problema de saúde pública sério, especialmente quando dados apontam que a maioria dos casos ocorrem dentro da própria família, envolvendo o pai, mãe, irmãos, tios ou mesmo amigos que são próximos e convivem diariamente na residência. É preocupante o fato de que pelo menos 80% dos casos de estupro acontecem dentro do ambiente familiar e que muitas das vítimas são menores de 18 anos.

Para Sousa *et al.* (2015), no seu estudo realizado no Estado de São Paulo, a violência sexual contra a mulher, ocorre muitas vezes na infância e adolescência, o que pode refletir no desenvolvimento de traumas durante a fase adulta, onde a mulher não sinta confiança para se relacionar ou manter uma vida sexual ativa, já que as mesmas tem uma imagem corporal alterada, em função de problemas emocionais que acabam se estabelecendo.

Na concepção de Barros *et al.* (2015), em um estudo realizado no Estado de Alagoas, dentro da sociedade ainda é possível reconhecer a prevalência de um pensamento muito machista, onde as pessoas possuem uma tendência de colocarem a culpa dos casos de violência sexual na própria mulher, atribuindo a forma de se vestirem ou o seu comportamento como fatores que contribuíram para que fossem estupradas.

Diante disto, Alves *et al.* (2020), Sousa *et al.* (2015) e Barros *et al.* (2015), concordam com as informações captadas pelos profissionais entrevistados durante esta pesquisa onde consideram a violência sexual contra a mulher como um problema de saúde pública, onde o agressor é na maioria das vezes alguém próximo a vítima e que o fato está interligado ainda ao perfil machista que a sociedade possui, que em muitos casos acaba contribuindo para a insegurança da vítima, que prefere ficar em silêncio, sem denunciar o agressor, em função do medo de ser julgada e apontada como verdadeira responsável pelo crime.

A mulher vítima de violência sexual, encontra-se fragilizada, precisando de apoio psicológico, já que o trauma vivenciado pode levar a mesma a desenvolver quadros emocionais instáveis, o que compromete a sua qualidade de vida. Neste aspecto, o enfermeiro é muito importante, não somente em relação ao acolhimento inicial prestado, mas também em torno da assistência continuada que deve ser feita (SOUZA; OLIVEIRA; JESUS, 2016).

Para Minayo *et al.* (2018), em seu estudo a respeito da Institucionalização do tema da violência no SUS, as legislações em torno do assunto, precisam ser mais

rigorosas, de forma que o agressor seja condenado a pagar pelo crime cometido. São muitos os casos em que o culpado acaba saindo impune, fato este que contribui para que seja gerada uma insegurança nas mulheres, que passam a acreditar que a denúncia realizada não terá nenhum efeito.

Portanto, é preciso entender que uma vítima de violência sexual precisa ser atendida com ética e respeito, onde a sua situação deve ser enxergada como um todo, ofertando-se a assistência física, psicológica e inclusive social. A mulher precisa compreender que não é culpada pelo ato, e que o agressor precisa ser denunciado, para que seja devidamente penalizado, o que irá ajudar a mesma a seguir em frente, já que é necessário buscar a superação do trauma, depois de decorrido determinado período.

Por fim o último questionamento desta pesquisa se dá por: De que maneira o tema poderia ser tratado no âmbito da Atenção Básica? Obtendo-se assim os resultados dispostos no quadro 05.

Em sua maioria, os profissionais afirmaram que a abordagem pode se dar por meio do amplo debate sobre o tema, tanto na Unidade de Saúde, quanto nas escolas (E1, E3, E4, E5, E6, E10, E11, E12). Referiram também a importância de se ter um maior apoio multiprofissional e realizar capacitações, além da importância das notificações, menor burocracia e maior acolhimento as vítimas (E2, E5, E7, E8, E9, E11).

O debate do tema é um ponto também de grande importância, uma vez que na sociedade atual, existe entre os homens uma “cultura do estupro”, onde os responsáveis pelo crime, buscam ainda colocar a culpa na vítima. Realizar palestras em escolas, visando prevenir esses casos, orientando os adolescentes do sexo masculino sobre o tema de forma que os mesmos possam estar conscientes de que a violência sexual é um crime e que a mulher deve ser respeitada, sendo preciso combater toda forma de assedio (SPAZIANI; MAIA, 2015).

De acordo com Barros *et al.* (2015), a existência de uma equipe multiprofissional, a qual dê apoio ao enfermeiro nesses casos, é essencial, uma vez que a assistência ofertada a vítima deve incluir profissionais de diversas áreas, em função das consequências, que envolvem aspectos físicos e emocionais.

Quadro 05: Maneiras como o tema poderia ser abordado na Atenção Básica.

E1	<i>"Mais ajuda e parceria dos demais profissionais (multiprofissional). Conscientizar a comunidade da garantia e apoio da enfermagem e demais profissionais na prevenção e atuação contra a violência da mulher."</i>
E2	<i>"Que tivesse profissionais com apoio a gestão, a capacitação sobre o assunto com os enfermeiros."</i>
E3	<i>"Deveria ser tratado abertamente, mais vezes, as escolas deveriam abordar uma triagem em psicólogas, melhor rede de apoio. Na rotina da atenção básica é mais complicado identificar, mas nas escolas, na emergência do hospital, acredito que seja mais útil. Porém através de uma consulta de rotina, uma conversa aberta, uma anamnese pode ser eficiente."</i>
E4	<i>"Deveria ser mais falado sobre o assunto na UBS, acredito que se tornando um programa. Isso traria mais força para a atenção básica, pois muitas nem sabem que podem procurar ajuda na unidade de Saúde, não tendo conhecimento, pois esse assunto fica muito a desejar."</i>
E5	<i>"Inicialmente capacitando toda a equipe para que possam atuar frente a estes casos. Promover educação em saúde frequentemente ao público em geral, abordando a temática, desde a assistência até as medidas judiciais. O foco deveria ser nas medidas preventivas."</i>
E6	<i>"É um assunto muito importante, deveria ser mais discutido e o enfoque não deve se limitar as medidas a serem tomadas na pós violência, e sim na educação a respeito do tema, incluindo os adolescentes na escola, já que na maioria dos casos, são os homens os praticantes deste tipo de violência."</i>
E7	<i>"Deveriam ser ofertadas maiores informações as mulheres sobre o assunto."</i>
E8	<i>"Menos burocracia, mais acolhimento, humanização, não apenas do SUS, mas de todos os setores."</i>
E9	<i>"Mais atenção quanto a ocorrência de casos, justamente com a realização da notificação."</i>
E10	<i>"É preciso investir em um trabalho de conscientização, apoiar as mulheres na sua tentativa de sair do ciclo da violência. Através de rodas de conversa, por meio de palestras, e até mesmo durante a consulta de enfermagem."</i>
E11	<i>"Pode ser tratado através de palestras, treinamentos para os profissionais."</i>
E12	<i>"Através de ações sejam individuais ou coletivas, com o objetivo de interação, aproximação e acolhimento. Oferecendo um cuidado humanizado para as mulheres vítimas de violência sexual."</i>

Diante disto Spaziani e Maia (2015) e Barros *et al.* (2015), concordam com os resultados desta pesquisa frisando a necessidade de se debater mais sobre a temática, além de se fortalecer e capacitar a equipe multiprofissional dentro da própria unidade de saúde, para que assim se tenham profissionais aptos a acolher e fazer um atendimento de qualidade as mulheres abusadas sexualmente.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Itaituba, com o intuito principal de apresentar de que forma se procede o acolhimento do profissional enfermeiro diante de casos de violência sexual contra a mulher na rede de atenção básica. Sendo evidenciada uma amostra de 12 profissionais enfermeiros, onde ao se levantar o perfil deste público observou que a maioria destes eram do sexo feminino (91,7%, n=11), tendo uma média de idade de 35 anos. Em relação ao tempo de atuação destes profissionais variou entre 1 e 10 anos de experiência. Do total 09 possuem especialização na área e 03 apresentavam somente graduação.

Pôde-se constatar que pelo menos metade (n=06) dos enfermeiros participantes já estiveram diante destes tipos de ocorrências. Em relação as condutas que podem ser tomadas nesses casos, os participantes referiram os seguintes procedimentos: acolhimento humanizado, escuta qualificada sem julgamentos, encaminhamento para outros setores, promoção de atendimento por equipe multiprofissional, apoio a vítima quanto a denúncia do agressor e notificação do caso.

Foram dificuldades citadas diante desses casos, o medo, insegurança e silêncio da vítima, a falta de capacitação profissional para lidar com tais casos e de apoio multiprofissional. A percepção dos enfermeiros em torno do tema, é de que a maioria dos casos envolvem pessoas da família, que se trata de um problema de Saúde Pública, o qual é favorecido pelo machismo na sociedade. Ressalta-se que a mulher precisar ser acolhida, recebendo apoio psicológico e que as leis no Brasil poderiam ser endurecidas.

No que diz respeito a maneiras de como o tema poderia ser abordado na Atenção Básica, os profissionais acreditam que o assunto deveria ser mais debatido, tanto nas unidades de saúde, quanto nas escolas e que é preciso melhorar o apoio multiprofissional ofertado.

Portanto, ao término do estudo, foi possível alcançar os objetivos inicialmente estabelecidos e espera-se que a presente pesquisa possa trazer contribuições para a área profissional de enfermagem, e para sociedade, tendo em vista que a violência sexual contra a mulher, ainda é um problema muito presente nos dias atuais. Acredita-se que exista a necessidade de realização de um maior número de estudos, os quais busquem pontos de vistas diversos, tanto de profissionais, quanto das próprias vítimas, permitindo entender de forma mais clara qual a raiz desse problema, e de que maneira o mesmo poderia ser trabalhado no âmbito da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. S. S.; SILVA, E. R. da; SOARES, I. L.; FAGUNDES, G. R. S. OLIVEIRA, B. L.; ALMEIDA, L. F. de; SOUSA, F. L. L.; FEITOSA, M. J. S.; MACHADO, M. D. M.; MORAIS, M. P. S.; SILVESTRE, F. E. R. SILVA, V. E. R.; MARQUES, V. G. P. S. "Pode gritar, ninguém vai acreditar em você": A saúde mental de mulheres vítimas de Violência sexual. **Research, Society and Development**, v. 9, n.11, 2020.

AZEVEDO, L. M. C. **Mortalidade materna no Estado da Paraíba no período de 2007 a 2016**. Cajazeira: Universidade Federal de Campina Grande, 2018.

BARROS, L. A.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; GOMES, N. P.; RICARDO, J. L. S.; ARAUJO, B. R. O.; MAGALHÃES, J. R. F. Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 49, n. 02, p. 193-200, 2015.

BEZERRA, J. F.; LARA, S. R. G.; NASCIMENTO, J. L.; BARBIERI, M. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 1, 2018.

BORGES, J. D. M. **O acolhimento na Atenção Primária à Saúde: saberes e práticas**. Três de Maio: Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**/Ministério da Saúde, Instituto Sório-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. **Mapa da violência contra a mulher 2018**. Distrito Federal: Câmara dos Deputados, 2018.

BRASIL. **Lei Maria da Penha. Lei N.º11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: < <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/95552/lei-maria-da-penha-lei-11340-06>>. Acesso em: 26 de outubro de 2019.

BRASIL. **Resolução COFEN Nº 564/2017**. Dispõe sobre o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Data de acesso: Acesso em: 26 de outubro de 2019.

BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Enfrentando a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020.

BRASIL. **Lei 13.931 de 10 de dezembro de 2019.** Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm>. Acesso em: 22 de outubro de 2020.

CARVALHO, C. S.; FERREIRA, D. N.; SANTOS, M. K. R. Analisando a Lei Maria da Penha: a violência sexual contra a mulher cometida por seu companheiro. **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas**, Universidade de Londrina, 2010.

COELHO, E. A. C.; SILVA, C. T. O.; OLIVEIRA, J. F.; ALMEIDA, M. S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2009.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revisão - Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, abr-jun, 2015.

CRISTO, D. M. **O processo de trabalho do enfermeiro no programa de saúde da família: uma revisão da literatura.** Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

CUNHA, A. M. **Acolhimento ao usuário na ESF.** Lajeado: Centro Universitário Univates, 2015.

DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S.; d'Orsi, E.; LIINDNER, S. R. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciênc. saúde colet.** v. 23 n. 5, maio 2018.

FERREIRA, G. **Redação científica: como entender e escrever com facilidade.** São Paulo: Atlas, 2011.

FORTES, L. E. F. **Proposta de reorganização do processo de trabalho em equipe, no centro de saúde Vale do Jatobá/MG.** Belo Horizonte, 2015.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19.** Nota técnica, 16 de abril de 2020. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19, [S. l.], 16 abr. 2020. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Editora Atlas S.A., 2010.

GRILLO, R. M. **Política pública de saúde: A Atenção Básica na detecção precoce e prevenção do câncer**. Franca: Universidade Estadual Paulista "Júlio De Mesquita Filho", 2013.

GUIDINI, C. **Abordagem histórica da evolução do Sistema de Saúde Brasileiro: conquistas e desafios**. Tio Hugo: Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

LAWRENZ, P.; MACEDO, D. M.; HOHENDORFF, J. V.; FREITAS, C. P. P.; FOSCHIERA, L. N.; HABIGZANG, L. F. **Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul. Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, 2018.

LITWINSKI, G. I. S. **O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

LUZ, M. F. S. **Panorama dos conhecimentos e atitudes relativos à notificação compulsória de violência contra a mulher entre estudantes e graduados em odontologia**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020.

MAFIOLETTI, T. M.; PERES, A. M.; LAROCCA, L. M.; FONTOURA, M. P. **Violência contra mulheres: trajetória histórica de um programa de atenção (Curitiba – 1997-2014)**. *Rev Bras Enferm [Internet]*. v. 71, n. 6, 2018.

MARTINS, R. B. **Metodologia científica**. Curitiba: Juruá, 2004.

MEDEIROS, A. A. de. **Assistência de enfermagem a mulheres vítimas de violência sexual**. Ariquemes: Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2011.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. **Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 06, p. 2007-2016, 2018.

MODENA, M. R. **Conceitos e formas de violência**. Caxias do Sul: EducS, 2016.

MORAIS, S. C. R. V.; MONTEIRO, C. F. S.; ROCHA, S. S. **O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 19, n.1: 155-60, 2010.

NUNES, L. C.; MARQUES, R. N. **Violência contra a mulher e medidas protetivas**. Matinhos: Universidade Federal do Paraná, 2010.

GRILLO, R. M. **Política pública de saúde: A Atenção Básica na detecção precoce e prevenção do câncer**. Franca: Universidade Estadual Paulista "Júlio De Mesquita Filho", 2013.

GUIDINI, C. **Abordagem histórica da evolução do Sistema de Saúde Brasileiro: conquistas e desafios**. Tio Hugo: Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

LAWRENZ, P.; MACEDO, D. M.; HOHENDORFF, J. V.; FREITAS, C. P. P.; FOSCHIERA, L. N.; HABIGZANG, L. F. **Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul. Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, 2018.

LITWINSKI, G. I. S. **O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

LUZ, M. F. S. **Panorama dos conhecimentos e atitudes relativos à notificação compulsória de violência contra a mulher entre estudantes e graduados em odontologia**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020.

MAFIOLETTI, T. M.; PERES, A. M.; LARocca, L. M.; FONTOURA, M. P. **Violência contra mulheres: trajetória histórica de um programa de atenção (Curitiba – 1997-2014)**. *Rev Bras Enferm [Internet]*. v. 71, n. 6, 2018.

MARTINS, R. B. **Metodologia científica**. Curitiba: Juruá, 2004.

MEDEIROS, A. A. de. **Assistência de enfermagem a mulheres vítimas de violência sexual**. Ariquemes: Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2011.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. **Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 06, p. 2007-2016, 2018.

MODENA, M. R. **Conceitos e formas de violência**. Caxias do Sul: EducS, 2016.

MORAIS, S. C. R. V.; MONTEIRO, C. F. S.; ROCHA, S. S. **O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 19, n. 1: 155-60, 2010.

NUNES, L. C.; MARQUES, R. N. **Violência contra a mulher e medidas protetivas**. Matinhos: Universidade Federal do Paraná, 2010.

OLIVEIRA, R. D. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus reatamentos no atendimento às mulheres no município de Rio das Ostras. Rio das Ostras: Universidade Federal Fluminense, 2016.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Consulta global sobre violência e saúde. Violência: uma prioridade de saúde pública. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

PAES, M. S. L. Cuidado à mulher em situação de violência: demandas e expectativas das usuárias da Atenção Primária a Saúde. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz De Fora, 2015.

PAULINO, G. V. Plano intervenção implantação do núcleo de monitoramento e avaliação da atenção primária na secretaria de saúde de Jaboatão Dos Guararapes – PE. Recife: Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

PEREIRA, M. P. Plano de ação para organização da demanda espontânea em uma equipe de Estratégia Saúde da Família. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

RAMPAZZO, L. Metodologia Científica para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

REIS, M. J.; LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R.; TURATO, E. R.; CHAVATAL, V. L. S.; BEDONE, A. J. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. Revista Saúde Pública, Campinas, v. 44, n. 2, 2010.

SANTANA, T. D. B.; SILVA, G. R.; NERY, A. A.; MARTINS FILHO, I. E.; VILELA, A. B. A. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 135-141 jul./set., 2019.

SILVA JUNIOR, A. P. Acolhimento na gestão do cuidado na Unidade de Saúde da Família Tia Regina do distrito sanitário II da cidade do Recife. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

SILVA, V. G.; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. Esc Anna Nery, São Paulo, v. 24, n. 04, p. 01-07, 2020.

SOARES, T. A. Os benefícios do acolhimento na Atenção Básica de Saúde: uma revisão da literatura. Araçuaí, 2011.

SOUSA, M. H.; BENTO, S. F.; OSIS, M. J. D.; RIBEIRO, M. P.; FAÚNDES, A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 18, n. 01, p. 94-107, jan./mar., 2015.

SOUSA, M. L. B. S. **O lugar da Atenção Básica na Política de Saúde.** Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2011.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Revista SER social*, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUZA, A. C. D.; MARTINS, I. S.; SILVA, J. O. M. **O Enfermeiro e a Violência Sexual contra a Mulher.** Aracaju: Universidade Tiradentes, 2017.

SOUZA, M. M. S.; OLIVEIRA, M. V. P.; JESUS, L. K. A. Violência sexual contra a mulher e o papel do enfermeiro, revisão de literatura. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit.*, Aracaju, v. 03, n. 03, p. 257-274, out., 2016.

SPAZIANI, R. B.; MAIA, A. C. B. Educação para a sexualidade e prevenção da violência sexual na infância: concepções de professoras. *Rev. Psicopedagogia*, v. 32, n. 97, p. 61-71, 2015.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

TORRES, C. C. C. S. **Uma proposta para Assistência de Enfermagem à mulheres vítimas da violência sexual na Saúde da Família.** Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

TRENTIN, D.; VARGAS, M. A. O.; BREHMER, L. C. F.; VARGAS, C. P.; SCHINEIDER, D. G.; LEAL, S. M. C. Olhar de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência sexual: perspectiva da declaração universal de bioética e direitos humanos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2019, v. 28, p. 01-14, 2019.

UNASUS, Universidade Federal do Maranhão. **Saúde da mulher/Paula Trindade Garcia (Org.).** São Luís: UNASUS, 2013.

ZINN, M. B. **Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção dos profissionais de saúde nas unidades de Estratégia Saúde da Família de Cachoeira do Sul.** Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2016.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA-LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**O acolhimento do enfermeiro na violência sexual contra à mulher na Rede de
Atenção Básica do Município de Itaituba**

Pesquisadoras: Karina Silva Damasceno; Rafaela Lobato de Sousa

Orientadora: Cleidiane de Jesus Silva.

Perfil do(a) enfermeiro(a)

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Tempo de atuação na Atenção Básica: _____

Nível de formação: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado

Questionamentos

1. Já realizou atendimento de casos, onde ocorreu violência sexual contra a mulher?

() Sim () Não

2. Quais condutas você acredita serem necessárias diante de um casos de violência sexual contra a mulher?

3. Quais são as dificuldades encontradas ao se deparar com tais casos?

4. Qual a sua percepção sobre os casos de violência sexual contra a mulher

5. De que maneira o tema poderia ser tratado no âmbito da Atenção Básica.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

“Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa o acolhimento do enfermeiro na violência sexual contra a mulher na rede de atenção básica do município de Itaituba”, desenvolvida pelas acadêmicas Karina Silva Damasceno e Rafaela Lobato de Sousa, discentes do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Itaituba - FAI, sob orientação da Professora Especialista Cleidiane de Jesus Silva. O objetivo central do estudo é investigar como ocorre o acolhimento do enfermeiro à mulher vítima de violência sexual na rede de atenção primária do município de Itaituba. O convite a sua participação se deve ao fato de que como enfermeiro da Unidade Básica de Saúde, muitas das vezes ficam sob a sua responsabilidade identificar e acolher mulheres que foram vítimas de violência sexual. A relevância do estudo está no fato de que é muito importante que o atendimento as mulheres vítima de violência sexual seja humanizado, de forma ética e atendendo aos aspectos físicos e emocionais.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, que serão utilizadas somente para fins acadêmicos. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário à pesquisadora do projeto. É possível que durante a entrevista, alguns questionamentos realizados possam trazer constrangimento, por serem de cunho mais íntimo. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em forma de comunicação oral e possível publicação em forma de resumo.

Pesquisadoras:

Karina Silva Damasceno, e-mail: karinasd77@hotmail.com. Telefone: 992471508

Rafaela Lobato de Sousa, e-mail: rosafina@hotmail.com. Telefone: 99115 7362

Orientadora:

Professora Cleidiane de Jesus Silva, e-mail: cleidianejsenf@outlook.com. Telefone: 991774294

Nome e Assinatura do Pesquisador

Nome e Assinatura do Pesquisador

Nome e Assinatura do Pesquisador

Itaituba, ____ de maio de 2021.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: _____