

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VANESSA OZÓRIO FAGUNDES

**O ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM
UNIDADES DE EMERGÊNCIA DO BRASIL**

PORTO ALEGRE

2016

VANESSA OZÓRIO FAGUNDES

**O ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM
UNIDADES DE EMERGÊNCIA DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título de
Enfermeiro do Curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Anne Marie Weissheimer

PORTO ALEGRE

2016

Dedico este trabalho para a minha querida Avó Maria Ferreira Ozório (in memoriam),
por ser a base de toda a minha família e um exemplo de mulher.
Dedico este trabalho também a todos os queridos pacientes que cuidei e que tanto
me ensinaram e a todos que ainda cuidarei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à mulher da minha vida, minha mãe Juracy, por ser meu maior exemplo de força e de amor, por sempre incentivar-me e amar-me incondicionalmente, pelos cuidados comigo, muitas vezes nas situações mais corriqueiras, como lavar a minha roupa e deixar a comida pronta. Com todo o teu esforço que eu pude chegar onde estou e sem ele nada disso seria possível. Sempre se lembre de como é grande o meu amor por você.

Aos meus irmãos Shana e Vinicius, obrigada por serem os melhores irmãos que alguém poderia ter, por sempre protegerem a irmã caçula de vocês de todo o perigo do mundo, sempre indicando o caminho certo e por torcerem sempre pelo meu sucesso. Amo vocês de todo coração.

Ao amor da minha vida, Rafael, obrigada por sempre estar comigo nos momentos bons e nos não tão bons, por apoiar-me em todas as decisões que tomei até aqui e por entender a minha ausência em vários momentos devido à faculdade. Saiba que te amo agora e sempre, nunca esqueça.

Aos meus queridos amigos, agradeço as risadas, os estudos, os conselhos e os anos de amizade. Minha vida nunca teria sido a mesma sem a presença inigualável de vocês.

Aos meus demais familiares, obrigada pelo apoio com uma palavra, um sorriso, um abraço ou até mesmo entendendo o meu silêncio. Seriam muitos para denominar, mas vocês sabem quem são e que moram em um lugar especial no meu coração.

Não sei se com palavras poderei agradecer tudo o que ela fez. Prof linda, enfermeira doutora, amiga, uma quase 'mãe' para mim. Obrigada Anne Marie por tornar esse trabalho possível e por ser muito mais do que os olhos podem ver.

Por último, mas nunca menos importante, agradeço a Deus por conceder-me essa vida tão especial e cheia de graças, por poder conviver com pessoas tão maravilhosas na minha vida e por sempre iluminar o meu caminho tão difícil e ao mesmo tempo tão bonito para ser uma Enfermeira.

*"Que nunca se perca a vontade de ajudar as pessoas, mesmo sabendo que muitas delas são incapazes de ver, reconhecer e retribuir ajuda."
Chico Xavier*

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa que teve por objetivos conhecer o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e caracterizar o atendimento da equipe de enfermagem em unidades de emergência do Brasil. Ao buscar pelos artigos, 308 foram encontrados nas bases de dados LILACS e BDEnf e após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram 10 artigos para análise que resultaram em treze categorias temáticas que permitem responder aos objetivos. O perfil das vítimas foi predominantemente de mulheres brancas, estudantes, com idade média de 20 anos e o estupro a principal forma de agressão. As formas mais comuns de tratamento são as profilaxias contra HIV, hepatites B e C, sífilis, a anticoncepção de emergência e, nos casos previstos por lei, o abortamento legal. A tentativa de encontrar o agressor ocorre por meio do exame de DNA. O acolhimento é a primeira maneira de cuidado às mulheres e deve ser humanizado, atendendo a mulher com respeito e sem preconceitos. Um protocolo de atenção foi utilizado por alguns grupos da amostra e revela-se a importância de uma padronização no atendimento. O enfermeiro faz parte e atua dentro da equipe multiprofissional, devendo estar capacitado, como os demais profissionais, buscando o conhecimento para a resolutividade em todos os atendimentos. O registro da violência foi feito de forma opcional pelas mulheres e a notificação compulsória é obrigatória pelos profissionais. A sequência do atendimento pós-emergencial deve ser realizada pelo acompanhamento no ambulatório, para que se possa verificar a efetividade do primeiro atendimento, bem como as consequências fisiológicas e psicológicas da mulher após a agressão, atendendo as suas demandas com a finalidade de diminuir as consequências e os traumas decorrentes. Com esse estudo constata-se que o enfermeiro deve realizar o acolhimento e atender de forma resolutiva e humana a mulher vítima de violência sexual que busca por ajuda, porém menos da metade dos artigos estudados engloba este profissional nos cuidados às vítimas.

Descritores: *violência sexual; violência contra a mulher; saúde da mulher; serviços médicos de emergência; cuidados de enfermagem.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	11
3 MÉTODO	12
3.1 Tipo de estudo	12
3.2 Primeira etapa: formulação do problema	12
3.3 Segunda etapa: coleta de dados	12
3.4 Terceira etapa: avaliação dos dados	13
3.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados	13
3.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados	13
3.7 Aspectos éticos	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4.1 Caracterização da amostra	15
4.2 Apresentação das categorias temáticas	19
4.2.1 PERFIL DAS VÍTIMAS.....	20
4.2.2 PROFILAXIA CONTRA AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	21
4.2.3 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	23
4.2.4 INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO.....	24
4.2.5 EXAMES DE SANGUE E CONTEÚDO VAGINAL.....	25
4.2.6 ACOLHIMENTO EFETIVO.....	26
4.2.7 UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO.....	29
4.2.8 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	30
4.2.9 CONHECIMENTO E RESOLUTIVIDADE DOS PROFISSIONAIS.....	30
4.2.10 REGISTRO DA VIOLÊNCIA.....	31
4.2.11 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	32
4.2.12 ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.....	32
4.2.13 APOIO PSICOLÓGICO.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A	39
APÊNDICE B	40
ANEXO A	41

1 INTRODUÇÃO

É relatado desde a história antiga com os povos nômades (10.000 a.C), que os cuidados com a família e todos aqueles inerentes à maternidade eram papel da mulher, pois não era sabido do papel do pai na reprodução. Com o passar do tempo, as atribuições biológicas do homem foram descobertas, mas a lealdade e fidelidade da mulher ao homem tinham que ser mantidas para que sua herança fosse garantida e perpetuada aos filhos. Nesse momento, a liderança e a força masculina oprimiram e coagiram as mulheres sob a forma de violência sexual, física e também psicológica, com ameaças, submissão e relações sexuais não consentidas (PORTO; AMARAL, 2014).

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde mundial, sendo de 13 a 61% a prevalência da violência cometida pelo parceiro. Apesar das altas taxas, a violência contra a mulher é pouco abordada nos sistemas de saúde e a dificuldade de reconhecimento pelos profissionais, entre outros obstáculos, acontece pela ausência de treinamento, falta de segurança e apoio para as vítimas (BARALDI, 2012).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2012), o Brasil é um dos países com maior incidência de violência contra as mulheres, tanto que, em 2012, de 47.555 registros de atendimentos da Central de Atendimento à Mulher, 26.939 foram referentes à violência física, sendo elas classificadas como lesão corporal leve, grave e gravíssima, tentativa de homicídio e homicídio. Entre os casos de violência sexual, como estupro e exploração sexual, foram registrados 2.318 casos em 2010 e 915 em 2012 (IBGE, 2012). Com esses indicadores, cada vez mais se faz necessário a conscientização de profissionais da área da saúde de seu papel em relação à violência contra as mulheres, desde a sua prevenção até o primeiro atendimento emergencial no cuidado à mulher nessas condições.

Segundo a norma técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, do Ministério da Saúde, a violência contra a mulher é “um impulso agressivo fundamentado num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto relações de poder, implicando uma usurpação do corpo do outro, e que se configura, em geral, entre homens e mulheres” (BRASIL 2012, p. 11).

Nesse contexto, a norma técnica de prevenção e tratamento da violência sexual às mulheres ressalta "o acesso universal à saúde e o respeito às singularidades, sem qualquer tipo de discriminação, são direitos constitucionais" (BRASIL, 2012, p.17). Todas as unidades de saúde regulamentadas pelo governo federal, estadual e municipal devem atender e dispor de equipamentos, materiais e equipe multiprofissional para tais atendimentos (BRASIL, 2012).

Como direito legal das mulheres ao atendimento, também há a regulamentação na Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005 (BRASIL, 2005), do aborto consentido pela mulher, de forma a interromper a gestação nos casos de violência sexual, sem que seja necessária a apresentação do boletim de ocorrência para o procedimento. Ainda, esta mesma Portaria prevê, em seu artigo 4º, parágrafo 3º, que "a equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo".

Durante a minha trajetória como acadêmica de enfermagem, aproximei-me da área de atendimento de emergência, tanto ao cursar disciplinas do currículo, como por meio de estágio não obrigatório. Houve, com certeza, certa influência familiar nesta minha trajetória, já que minha mãe é técnica de enfermagem que atua em unidade de emergência, compartilhando, com frequência, suas experiências vividas. Tive o privilégio de realizar visitas em seu ambiente de trabalho, várias vezes, me fascinando a agilidade do trabalho e a rápida resolução das situações de risco, além do envolvimento e da importância que a equipe de enfermagem tem.

Apesar de terem o seu significado bem parecido, emergência e urgência apresentam conceitos bem diferentes. Suas definições revelam o tipo de tratamento a ser realizado na pessoa que necessita. O atendimento de emergência caracteriza-se por uma situação com perigo iminente, na qual o paciente precisa de tratamento imediato (MORAIS; BRITO, 2014). Já o atendimento às urgências é definido como um agravo súbito à saúde, no qual a pessoa assistida também necessita de atendimento imediato, mas este não se configura em risco de morte imediata, entretanto, dependendo das condições clínicas do paciente, se não for tratado no tempo correto, pode vir a ter complicações fisiológicas e até haver risco de morte (MORAIS; BRITO, 2014).

Cada vez mais há o aumento da procura dos serviços de urgência e, por isso, os sistemas de triagem organizam a demanda dos pacientes. A triagem identifica os casos mais graves e os seleciona pelas mesmas, a fim de reconhecer os que

necessitam de atendimento imediato e garantir a segurança daqueles que podem aguardar (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012). A triagem com perguntas estruturadas é denominada classificação de risco e é praticada pelos enfermeiros, pois esses profissionais “reúnem as condições necessárias, as quais incluem linguagem clínica orientada para os sinais e sintomas, para a realização das escalas de avaliação e classificação de risco” (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012, p.182).

Além dos conhecimentos e habilidades, o enfermeiro deve realizar a classificação de risco, conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem Nº 423/2012 (COFEN, 2012), Art. 1º que considera “No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.” Para isso, o enfermeiro utiliza a escuta qualificada, como mencionado em estudo que deu voz às mulheres durante o acolhimento com classificação de risco (SOUZA et al., 2013). Conforme as autoras, realizar a escuta qualificada não deve ser considerado um ato de generosidade ou boa vontade, mas sim, um recurso valioso para obter-se um diagnóstico adequado e boa adesão ao tratamento. As mulheres devem sentir-se acolhidas e à vontade para expressar medos, desejos e ansiedades (SOUZA et al., 2013).

Dando continuidade à trajetória acadêmica, a disciplina de ‘Cuidado de Enfermagem à Saúde da Mulher’ me apresentou ao universo da vulnerabilidade do gênero, seja na atenção ao ciclo grávido-puerperal ou nos casos de violência à mulher.

Em várias outras atividades como acadêmica, sejam em estágio não obrigatório, práticas de ensino ou em atividade de extensão, observei o atendimento de enfermagem às mulheres na unidade de emergência. Intrigaram-me que os motivos de busca pelo serviço, além daqueles clínicos que são comuns a toda população, as mulheres frequentam a unidade também por especificidades, tais como sangramentos vaginais, complicações da gestação e puerpério e também violência ou abuso físico e/ou sexual. A observação da atenção prestada às mesmas me fez refletir em como melhorar o sistema de acolhimento às mulheres, e se haveriam meios humanizados e respaldados legalmente de fazê-lo, como o Sistema de Triagem de Manchester, por exemplo, que agilizaria seu atendimento ou entrada na unidade de emergência.

Portanto, esse estudo pretende caracterizar os cuidados em unidades de emergência às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil, a fim de saber como o atendimento é prestado, dando ênfase ao cuidado da equipe de enfermagem e do enfermeiro, com a finalidade de fortalecer o seu papel de prevenção e tratamento de agravos ou repercussões que podem ocorrer com o abuso, sua autonomia como profissional nessa área de atuação e possibilitar novos conhecimentos, para que este possa ajudar a prevenir, combater a violência e garantir os direitos à saúde das mulheres assistidas. Então, para que essas perguntas sejam melhor esclarecidas, este estudo terá como questão norteadora: *Como se caracteriza o atendimento da equipe de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual em unidades de emergência do Brasil?*

2 OBJETIVOS

- Conhecer o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual em unidades de emergência do Brasil;
- Caracterizar o atendimento da equipe de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual em unidades de emergência do Brasil.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Este estudo, de abordagem qualitativa, é uma revisão integrativa da literatura conforme a proposta de Cooper (1982). Esta metodologia é baseada no agrupamento dos resultados obtidos de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, objetivando sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação abrangente de um fenômeno específico (COOPER, 1982). Segundo Cooper (1982), a revisão integrativa desenvolve-se em cinco etapas, sendo elas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados, apresentação dos resultados.

3.2 Primeira etapa: formulação do problema

Tendo em vista os objetivos do estudo, eis que segue a questão norteadora: *Como se caracteriza o atendimento da equipe de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual em unidades de emergência do Brasil?*

3.3 Segunda etapa: coleta de dados

Considerando a questão norteadora desta revisão integrativa, os dados foram coletados nas bases de dados eletrônicas da Literatura Latino-americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por se tratarem de bases de dados que utilizam critérios formais para a indexação dos periódicos. Os descritores utilizados foram: violência sexual, violência contra a mulher, saúde da mulher, serviços médicos de emergência, cuidados de enfermagem.

Para seleção da amostra foram aplicados os seguintes critérios:

Dos critérios de inclusão: artigos científicos referentes às áreas de emergência médica e de enfermagem, que abordam a temática da violência sexual, escritos nos idiomas português e espanhol, publicados entre o período de janeiro de 2005 a dezembro de 2015. Definiu-se este período de publicação pelo contexto da implantação da Portaria N° 1.508, em 1º de setembro de 2005 (BRASIL, 2005) que

dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dos critérios de exclusão: os artigos que informaram resultados de outros países que não o do Brasil e que não estavam disponíveis na íntegra gratuitamente e *online*.

3.4 Terceira etapa: avaliação dos dados

A avaliação dos artigos se deu primeiramente pela leitura do resumo e, posteriormente, pela leitura do artigo na íntegra. Para avaliação dos dados coletados, foi elaborado um Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A), para sintetizar as informações dos artigos que foram utilizados no estudo, a fim de quantificar, caracterizar e selecionar por título, autores, descritores utilizados, ano de publicação, nome do periódico, objetivos, método, resultados obtidos, considerações finais e observações. O instrumento dessa coleta foi preenchido individualmente e cada artigo científico foi numerado.

3.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados

Para a análise e interpretação dos dados foi organizado um Quadro Sinóptico (APÊNDICE B), que reuniu todos os artigos incluídos na amostra, objetivando apresentar as sínteses das características do atendimento de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual em unidades de emergência do Brasil contidas em cada artigo, possibilitando a comparação entre os estudos científicos.

3.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados

A partir da análise dos dados obtidos por meio do instrumento de coleta de dados, se interpretou os resultados os quais são apresentados por meio de tabelas e gráficos, trazendo a ideia de cada autor, com a intenção de mostrar a caracterização do atendimento de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual.

3.7 Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram respeitados nessa revisão integrativa, ao se conservar as ideias e definições dos autores que compuseram a amostra, sendo apresentadas de forma autêntica, assegurando autoria e citação nas referências, segundo as normas de citações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

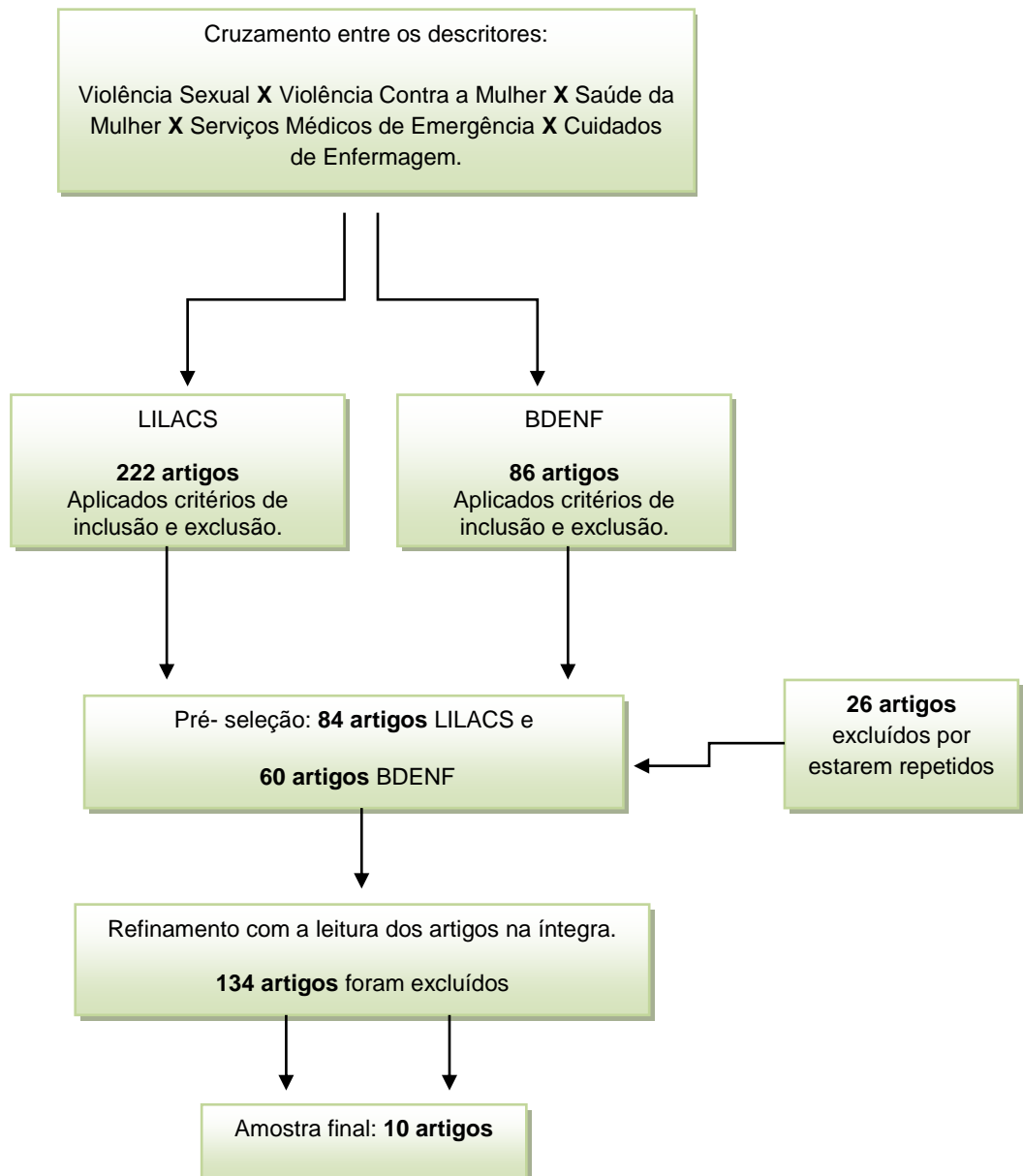
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da amostra

Para apresentar os resultados deste estudo, os mesmos serão demonstrados em forma de tabelas e gráficos para posteriormente serem discutidos, a fim de categorizar e explicitar a abordagem sobre a temática.

A Figura 1 apresenta o fluxograma da coleta dos artigos nas bases de dados, conforme os critérios de inclusão.

Figura 1- Fluxograma da seleção dos artigos encontrados para essa revisão integrativa.



Com o propósito de obter a amostra deste estudo, os cinco descritores foram cruzados nas duas bases de dados, resultando em 222 artigos na base de dados LILACS e 86 artigos na base de dados BDEF. Dentro da base de dados LILACS, foram excluídos 138 artigos por não estarem disponíveis na íntegra e nos idiomas português e espanhol, quatro resultados por serem teses científicas. Vinte e seis artigos foram excluídos na base de dados BDEF, por serem repetidos com a base de dados LILACS. Dentre o restante de 84 artigos da base de dados LILACS e 60 artigos da base de dados BDEF, todos os artigos foram lidos na íntegra. Ainda foram excluídos 73 artigos da base de dados LILACS e 58 artigos da base de dados BDEF por não abordarem o tema central do estudo, dois artigos da base de dados LILACS e um artigo da base de dados BDEF por não estarem dentro do período determinado. Por fim, restaram nove artigos da base de dados LILACS e um artigo da base de dados BDEF, que são a análise do presente estudo.

No Quadro 1, pode-se observar que dos 10 artigos que compuseram a amostra, somente 4 (40%) tiveram como autores profissionais da área de enfermagem; destes, 3 (30%) foram publicados em periódicos que são órgãos de divulgação de instituições de ensino da Enfermagem.

Quadro 1- Caracterização da amostra a partir da distribuição dos artigos.

NÚMERO DO ARTIGO	PERIÓDICO	ANO DE PUBLICAÇÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL DOS AUTORES
1	Caderno de Saúde Pública	2013	Medicina
2	Saúde e Sociedade Universidade de São Paulo (USP)	2011	Enfermagem, Saúde Coletiva, Filosofia, Medicina
3	Caderno de Saúde Pública	2005	Medicina
4	Revista Fêmina	2012	Ciências sociais, Medicina, Biologia
5	Revista de Enfermagem da UFSM	2012	Enfermagem
6	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	2006	Medicina
7	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2008	Enfermagem

8	Revista Médica de Minas Gerais	2009	Medicina
9	Revista Médica de Minas Gerais	2009	Medicina
10	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2006	Enfermagem

Fonte: Dados de pesquisa, 2016.

O Gráfico 1 representa os artigos utilizados, demonstrando que o assunto não é muito estudado, sendo que em 2006, 2009 e 2012 dois artigos foram publicados em cada ano, nos demais anos, somente um artigo era publicado anualmente.

Conforme os critérios de inclusão, somente os artigos em português foram selecionados para a amostra. Destes, os periódicos do Caderno de Saúde Pública e da Revista Médica de Minas Gerais, foram os que mais apresentaram artigos sobre o tema, com dois artigos cada. E com apenas um artigo, a Revista Fêmea, a Revista de Enfermagem da UFSM, a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, a Revista da Escola de Enfermagem da USP, a Escola Anna Nery Revista de Enfermagem e a Revista Saúde e Sociedade Universidade de São Paulo (USP) identificaram o assunto.

Gráfico 1- Organização dos artigos por ano de publicação.



Fonte: Dados de pesquisa, 2016.

No Quadro 2, são apresentados a numeração dos artigos para fins de identificação, os títulos dos artigos, nomes dos autores e anos de publicação com a intenção de mostrar cada artigo e relacionar com as demais tabelas e gráficos.

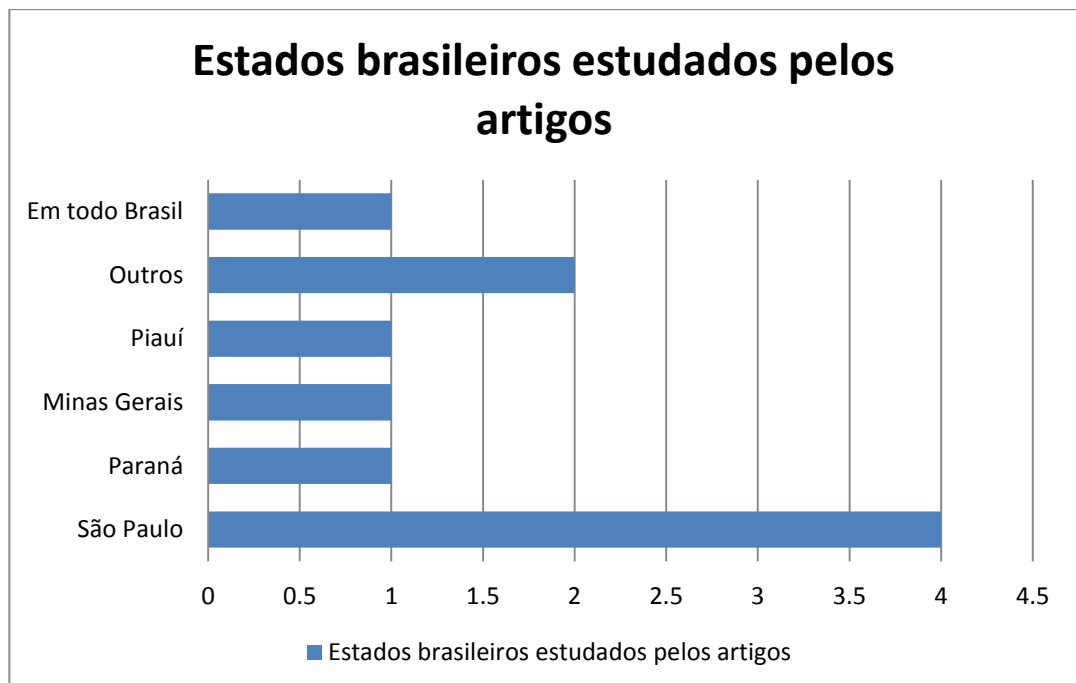
Quadro 2- Apresentação dos artigos por número de identificação, título, autores e ano de publicação.

NÚMERO DO ARTIGO	TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO
1	Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil	FACURI, Cláudia de Oliveira; et al.	2013
2	Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência	VILLELA, Wilza Vieira; et al.	2011
3	Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão	OSHIKATA, Carlos Tadayuki; BEDONE, Aloísio José; FAÚNDES, Anibal.	2005
4	Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil	NETO, Jorge Andalaft; et al.	2012
5	Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendidos em um hospital ensino	BELENTANI, Lorena; et al.	2012
6	Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro	FAÚNDES, Anibal; et al.	2006
7	Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem	HIGA, Rosângela; et al.	2008
8	Violência contra a mulher e a criança: condutas médicas à paciente agredida sexualmente	PIRES, Ademar Moreira; et al.	2009a
9	Abuso sexual em serviços de emergência: relato de caso	PIRES, Ademar Moreira; et al.	2009b
10	A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem	MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; et al.	2006

Fonte: Dados de pesquisa, 2016.

O Gráfico 2, a seguir, traz os Estados brasileiros que foram alvo dos estudos dos artigos dessa pesquisa, sendo que o Estado de São Paulo, com 40%, foi o mais abordado pelos autores. Minas Gerais, Paraná e Piauí, foram motivos de pesquisa de três artigos, caracterizando 10% cada. Apenas um artigo realizou o estudo traçando o perfil de vários municípios brasileiros de diferentes Estados, contudo, a descrição dos locais não foi citada. Dois artigos relataram somente as condutas indicadas às pacientes vítimas de violência, não sendo caracterizadas quaisquer unidades de emergência que incentivaram o estudo, sendo então intitulados como 'outros'.

Gráfico 2- Abordagens dos estudos por Estados no Brasil.



Fonte: Dados de pesquisa, 2016.

4.2 Apresentação das categorias temáticas

O Quadro 3, a seguir, identifica a síntese dos principais resultados encontrados nos artigos selecionados desta revisão integrativa, com a intenção de comparar as ideias convergentes dos mesmos para a discussão em busca de respostas à questão norteadora.

Quadro 3 – Número de identificação dos artigos e sínteses dos resultados.

ARTIGO(S)	SÍNTESE DOS RESULTADOS
1, 3, 5, 6, 10	Perfil das vítimas
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	Profilaxia contra as doenças sexualmente transmissíveis
1, 3, 4, 5, 6, 8, 9	Anticoncepção de emergência
3, 4, 6, 7, 8, 9	Interrupção da gestação
3, 4, 5, 6, 7, 9	Exames de sangue e conteúdo vaginal
1, 2, 3, 6, 7, 9, 10	Acolhimento efetivo
4, 6, 7	Utilização de protocolo para atendimento
1, 6, 7, 8, 9, 10	Equipe multiprofissional
2, 5, 6	Conhecimento e resolutividade dos profissionais
1, 5, 6, 7, 8	Registro da violência
1, 2, 8	Notificação compulsória
1, 3, 5, 6, 7	Acompanhamento ambulatorial
1, 6, 8	Apoio psicológico

Fonte: Dados de pesquisa, 2016.

Por meio da análise das informações contida nos artigos, foi possível destacar as sínteses dos resultados em categorias temáticas, mediante as similaridades dos conteúdos.

4.2.1 PERFIL DAS VÍTIMAS

O artigo 1 caracteriza o perfil das mulheres que buscam o atendimento emergencial após a violência sexual, sendo a idade média de 20 anos, mais de 70% de cor branca e a maioria empregadas, estudantes, solteiras e sem filhos, dados que, segundo os autores, são compatíveis com achados nacionais e internacionais. Também mencionam que o tipo de agressão sexual foi predominantemente coito vaginal, seguido de mais de um tipo, por agressor desconhecido.

No artigo 3, os autores encontraram dados semelhantes aos do artigo 1, acrescentando somente que, na sua amostra, menos de um terço das mulheres utilizavam contracepção eficaz. Ainda para os autores, a prática mais habitual da violência contra a mulher foi o estupro e o principal agressor o marido.

Já o artigo 5 sinaliza a preferência dos agressores por moças mais jovens pelo fato de estarem desenvolvendo as características secundárias. A raça branca também foi a mais dominante, em que os autores ressaltam ser a característica étnica das regiões sul do país (local onde o estudo foi realizado), apesar de a raça negra ser considerada a mais vulnerável.

O artigo 6 refere maior prevalência de violência sexual contra mulheres de 15 a 49 anos de idade. Reforçam que, com a possibilidade de sofrer algum tipo de violência ao longo da vida, o risco soma-se à medida que passam os anos.

Em divergência aos outros autores, o artigo 10 traz os resultados de um hospital de pronto-socorro de Teresina (PI), com a amostra de mais mulheres do lar e com baixa escolaridade. Para os autores, as mulheres violentadas são o reflexo das diferenças salariais e de emprego, relacionadas ao status social e a violência de gênero.

4.2.2 PROFILAXIA CONTRA AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Oito artigos (80%) descreveram esse tema, sendo o mais abordado na amostra desta revisão integrativa. Para o artigo 1, diminuir a frequência das infecções geradas pelas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) é diminuir o sofrimento das mulheres atendidas; e o tipo de exposição sexual (vaginal, oral ou anal), bem como o número de agressores e o tempo transcorrido é indicador de terapia com antirretrovirais, se a mulher procurar o serviço até 72 horas após o ocorrido.

O artigo 3 revela que todas as mulheres atendidas dentro do período de 72 horas após a agressão utilizaram antirretrovirais por quatro semanas e que os esquemas utilizados foram diferentes segundo a exposição: zidovudina e lamivudina nas relações orais e vaginais sem sangramentos ou traumas; e nos casos com traumas e relações anais, foram administrados zidovudina, lamivudina e nelfinavir. Os autores enfatizam que apesar do percentual baixo de procura pelos serviços de emergência após 48 e 72 horas (período em que as terapias medicamentosas já

apresentam pouca efetividade), a população deve ser informada da importância da consulta o mais precocemente possível após a violência sexual. Ainda no mesmo estudo, a profilaxia para DSTs bacterianas se deu através de azitromicina 1g e, para gestantes, amoxicilina ou eritromicina de 1,5g por 7 dias.

Os autores do artigo 4 concordam com os artigos 1 e 3 sobre a utilização de profilaxia contra as DSTs e contra a infecção por HIV, entretanto, referem que somente 45% dos estabelecimentos estudados por eles ofereciam a profilaxia contra o HIV.

Para os autores do artigo 5, é de vital importância que os exames para detectar as DSTs sejam coletados, visto que 15% das mulheres vítimas de violência sexual contraem algum tipo dessas doenças e uma a cada 1.000 é infectada pelo vírus do HIV.

No artigo 6, a profilaxia é sempre indicada, mesmo sem ejaculação, com exceção dos casos em que o agressor usou preservativo. Os autores mantêm as mesmas informações dos anteriores sobre a profilaxia para o HIV e indicam doses de prevenção únicas de penicilina G intramuscular para sífilis; ofloxacina comprimido para gonorreia; azitromicina para clamídia e cancro mole; e metronidazol para tricomoníase, apenas diminuindo a concentração dos medicamentos para os casos de adolescentes e gestantes. Em relação à hepatite B, as mulheres não imunizadas ou aquelas em que não se conhece a situação vacinal, deve ser utilizada injeção intramuscular em três doses da vacina anti-hepatite B após a violência sexual; além disso, todas as mulheres vitimadas sexualmente não imunizadas ou com esquema incompleto devem receber imunização passiva, por meio de dose única de imunoglobulina hiperimune para hepatite B. Contudo os autores contraindicam a imunoprofilaxia para mulheres em situação de violência crônica, mais comum nos casos de violência na família.

Como cuidados de enfermagem na profilaxia de DSTs, os autores do artigo 7, além das informações já citadas, ressaltam ser muito importante que o profissional oriente a paciente sobre o que são as medicações prescritas, para que servem e por quanto tempo o tratamento deve ser seguido, explicando que se ocorrerem vômitos após a ingestão da profilaxia do HIV, por exemplo, as doses sempre devem ser repetidas. Ainda, no atendimento tardio (após o 6º dia da violência sexual ocorrida), informar a paciente que a eficácia da profilaxia contra o HIV não é comprovada e, portanto, não será realizada.

Os artigos 8 e 9 também informam sobre as profilaxias e prescrevem as mesmas dosagens e indicações de tratamentos já mencionados.

4.2.3 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Com a intenção de oferecer um atendimento de qualidade, o artigo 1 reforça a anticoncepção de emergência em conjunto com as profilaxias para DSTs, visando diminuir uma outra agressão, quer seria pela necessidade de interromper uma gestação não desejada.

Nos artigos 3 e 5, a anticoncepção de emergência não foi realizada em mulheres que já utilizavam anticoncepção eficaz e mulheres não expostas ao risco, como em menopausa, menstruada ou sem violência sexual vaginal. A administração da contracepção de emergência, de acordo com os autores do artigo 3, deve ser prolongada até quinto dia após a agressão.

Em contrapartida, o artigo 4 informa que pouco mais de 50% dos hospitais indicados pelo Ministério da Saúde estudados em sua pesquisa ofereciam a anticoncepção de emergência.

O artigo 5 reforça ser a gravidez uma segunda forma de agressão para a mulher e indica um risco de 0,5 a 5% de reprodução em mulheres com idade fértil, considerando o ciclo menstrual, a aleatoriedade da violência e se o caso é isolado ou repetitivo.

Os autores dos artigos 6 e 9, referem que a anticoncepção de emergência é feita na forma da administração de 1,5mg de levonorgestrel em dose única ou duas doses fracionadas em um intervalo de 12 horas. O artigo 6 ainda reforça sobre a eficácia do medicamento nas primeiras 24 horas e com alguma efetividade até o quinto dia após o acontecimento.

Os autores do artigo 8 reforçam e esclarecem todas as medidas de anticoncepção em consonância com os demais artigos estudados e ainda explicam que o uso de levonorgestrel é o mais frequente por apresentar maior eficácia, menores efeitos colaterais e interações com os antirretrovirais. Informam que conforme o peso, idade, massa corporal, duração do ciclo menstrual da mulher vítima e o momento da agressão interferem em mais de 50% para o risco de gravidez a cada 12 horas de atraso para tomar o primeiro comprimido.

4.2.4 INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO

Para os autores do artigo 3, o seu estudo mostrou que apenas três mulheres que participaram da pesquisa engravidaram, com idade entre 18 e 25 anos e não utilizavam contraceptivos previamente, consumindo a medicação para anticoncepção de emergência 36 horas após o estupro e, por isso, realizaram o aborto legal. Os autores explicam que esse índice de mulheres grávidas está dentro dos limites esperados, visto a quantidade de mulheres não grávidas atendidas e a taxa de gravidez indicada pelo anticoncepcional oferecido.

Quase 70% dos hospitais e prontos-socorros pesquisados no artigo 4 declararam praticar o aborto legal por estupro, por risco de vida ou por malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, entretanto, a prática da interrupção legal da gestação era realizada efetivamente em pouco mais de 30% dos locais, mesmo com autorização prevista em lei e presente no Código Penal. Muitos hospitais, conforme os autores do artigo, não possuem internação para esses tipos de casos e centro cirúrgico adequado para o procedimento, contudo os resultados divergentes de seu estudo sugerem que os estabelecimentos estavam cientes da norma que garantia o direito dessas mulheres e de sua obrigação em realizarem um atendimento adequado.

As gestações que são resultantes de estupros, na sua maioria das vezes, são rejeitadas pelas mulheres que optam pelo aborto, como relatado no artigo 6. Infelizmente, os atendimentos no Brasil restringem e dificultam a acessibilidade do aborto mesmo em casos previstos por lei, e acabam por obrigar as mulheres que não desejam a gravidez a optar por abortos clandestinos, colocando em risco suas vidas, principalmente aquelas com poucos recursos econômicos, até mesmo acarretando em suas mortes, segundo os autores. No Brasil, mesmo amparadas por direitos legais, muitas mulheres não solicitam atendimento para um abortamento seguro pelas atitudes preconceituosas dos profissionais da saúde, que vetam essas medidas, além das barreiras administrativas para tal ato. Por fim, o artigo 6 reforça que médicos obstetras e ginecologistas tem o papel e o dever de derrubar tais barreiras, para facilitar o abortamento legal e seguro nos hospitais públicos.

Evitar questionamentos sobre a decisão da interrupção legal da gestação é dever do entrevistador no momento do acolhimento, segundo o artigo 7. Para os casos de atendimento a mulheres grávidas por violência sexual, há a orientação

desse processo ser avaliado pela assistente social, seguida da psicóloga, enfermeira e médico, respectivamente. Nos casos em que é solicitada a interrupção da gravidez, uma reunião multidisciplinar é realizada, com a participação da diretoria do hospital, sendo o procedimento realizado somente se todos os fatores clínicos forem atendidos, ou seja, gestação menor que 20 semanas, fatores psicológicos avaliados e os requisitos presentes na legislação brasileira. Para os casos em que a mulher optar por continuar a gestação, uma equipe especializada acompanha o caso e oferece auxílio se a mãe desejar doar a criança.

Os passos anteriormente descritos para o abortamento legal, e outros desfecho de situações assemelhadas, são abordados pelo artigo 8, que reforça não haver punição para os médicos que realizam abortos previstos por lei e que a mulher não necessita de comprovante policial ou qualquer outro documento para o abortamento, exceto seu consentimento por escrito. É importante trazer tal fato à tona, pois houve em nosso país, em 2015, movimento político para reverter esta situação. É dever da equipe informar sobre o desfecho da gestação nesses casos e que, por exemplo, a decisão da doação após o nascimento pode ser benéfica, considerando os danos psicológicos que o aborto pode trazer, muitas vezes muito maiores que a gestação em si. Os autores ainda ressaltam que, apesar dos responsáveis legais responderem pelas adolescentes grávidas decorrentes de estupro com idade inferior a 18 anos, quando estas tiverem condições, suas opiniões sempre devem ser respeitadas.

O artigo 9 destaca ser um direito das mulheres serem informadas sobre a interrupção da gravidez, reafirmando o direito legal do abortamento, em concordância com os autores anteriores.

4.2.5 EXAMES DE SANGUE E CONTEÚDO VAGINAL

O atendimento médico, segundo o artigo 3, contou com exames de coleta sanguínea periférica, com o propósito de identificar as sorologias para HIV, hepatites B e C, e para sífilis. Com as mulheres que tiveram o seguimento ambulatorial, as mesmas sorologias foram realizadas e elas eram liberadas do serviço após seis meses de tratamento, se não houvesse nenhuma alteração.

Dentro da pesquisa feita pelo artigo 4, menos de 30% dos locais realizavam coleta de conteúdo vaginal para identificar o agressor através de exame de DNA e apenas dois terços das instituições realizavam sorologias de sífilis, HIV, e hepatites B e C. O exame mais solicitado, em 70% dos hospitais estudados, era o hemograma.

O estudo do artigo 5 concorda com os demais artigos e seus autores acrescentam que a busca das mulheres por atendimento dias após a violência impedem a coleta do material vaginal que poderia ser encontrado, isso resulta do desconhecimento sobre os seus direitos a um serviço especializado, além da fragilização e da vergonha que elas sentem após o ocorrido, gerando grandes lacunas no seu atendimento.

Para o artigo 6, a coleta deve ser feita de todas as amostras que possam identificar o agressor, como pelos, cabelos, fragmentos de pele encontrados nas unhas das vítimas. Os autores reforçam que esse tipo de procedimento deva ser realizado no Instituto Médico Legal (IML), mas, se não for possível, que os materiais sejam coletados por meio de *swabs* e acondicionados em envelope lacrado, em temperatura e ambiente climatizados.

No artigo 7, a intervenção de enfermagem mais apropriada para os casos violência sexual é sempre orientar e coletar os exames de sangue para sorologias de HIV, sífilis e hepatites B e C.

A avaliação ginecológica requer materiais em boas condições e coleta de conteúdos vaginais, anais e orais, para diagnósticos de infecção, além da identificação do agressor, segundo o artigo 9.

4.2.6 ACOLHIMENTO EFETIVO

Para um bom atendimento, os serviços precisam entender a situação das mulheres vítimas de violência e atender de forma acolhedora, sempre ágil, em bom ambiente, atuando nas principais demandas trazidas, como gravidez, lesão físicas, DSTs, conforme o artigo 1. As descrições dos atendimentos refletem a abordagem do acolhimento, a qualidade, a agilidade e a resolução dos casos, auxiliando também na discussão desse problema dentro dos serviços de saúde. A boa assistência prestada é medida pelo aumento da procura das mulheres pelo atendimento logo após a violência sexual.

Os artigos 2 e 10 expõem que o acolhimento esperado a ser oferecido a uma mulher vítima de violência sexual deve permitir condições cabíveis de acessibilidade, privacidade, dedicação e empatia na escuta por parte profissional responsável, não delimitando-se apenas para a realização dos procedimentos e das rotinas hospitalares.

No artigo 2, em um dos hospitais do estudo, a sala de acolhimento era atendida por duas enfermeiras e duas assistentes sociais, a espera variava de duas a quatro horas, o que reforça a falta de uma visão hospitalar que priorizasse a humanização, afastando a paciente de uma escuta qualificada e um bom atendimento. Para outro hospital, o acolhimento durava de dois a cinco minutos, enquanto o profissional ficava sentado e a paciente em pé. Em outro local, não existiam fluxos para atendimento específico de mulheres vítimas de violência, a ordem de atendimento era por chegada, em que se pegava uma ficha e se aguardava a consulta com o médico clínico geral. No serviço de dois dos hospitais estudados no artigo 2, era o segurança quem fazia a primeira orientação para a mulher que desejava atendimento, que ainda precisava, muitas vezes, repetir para demais funcionários até conseguir ser encaminhada corretamente, essas atitudes acentuam a impessoalidade e constroem a mulher que busca por auxílio.

O artigo 2 reforça também que no ano de 2006, a Lei Maria da Penha trouxe o respaldo legal das mulheres vítimas de violência, prendendo o agressor ou garantindo sua prisão preventiva. Com isso, a exigência de que exista um serviço mais acolhedor para mulheres vítimas de violência se faz necessário, apesar de ainda não atenderem plenamente esta incumbência.

Portanto, reformular as políticas públicas e capacitar os serviços para a identificação da violência é contribuir para a diminuição dos agravos e consequências desses casos, conforme os artigos 2 e 10.

Para os autores do artigo 2, os locais estudados passaram a impressão de que o serviço não confia nas histórias relatadas pelas mulheres, comprovado pela falta de privacidade e um acolhimento adequado, levando-as a consultar com um ginecologista para serem atendidas. Na opinião dos profissionais entrevistados, os atendimentos deveriam contar com outros profissionais especializados para somente essa problemática, o que para os autores acaba desconfigurando as diretrizes de humanização dos serviços públicos de saúde.

O atendimento em emergências para os casos de violência sexual devem ser realizados fora da triagem, em um lugar separado segundo os autores dos artigos 9 e 6, sem indicação do local conforme os autores do artigo 9.

Para o artigo 6, o atendimento deve ser rápido para poder tratar das questões emocionais, devendo assim ser avisado o mais rápido possível o profissional responsável por estes casos. A atitude sempre deve ser respeitosa e compreensiva, disposta a escutar e dar apoio emocional. Segundo os autores, a experiência terrível que essas mulheres passaram deve ser contada apenas para a primeira pessoa que realizou o atendimento (atuação também abordada pelo artigo 7), pois elas sentem como se ocorresse uma nova agressão ao ter que repetir os fatos e para isso, recomenda-se a adoção de uma ficha única para atendimento, com toda a descrição da violência, que será usada por todos os profissionais responsáveis pelo atendimento. O artigo ressalta a importância de sempre escrever os fatos como a vítima o relatou e sem discriminá-la quanto qualquer atitude, pois esses eventos podem ser usados contra ela em um processo judicial. Dentro do atendimento, o exame físico completo, estado geral e os sinais vitais visam a busca e identificação das anormalidades para o tratamento eficaz.

As enfermeiras são mais comumente treinadas e aptas para o primeiro atendimento a essas vítimas, segundo os artigos 6 e 7.

Mas para o atendimento, o artigo 7 reforça o envolvimento da equipe de enfermagem para ser treinada e capacitada, com o propósito de sensibilizar esses profissionais para prestarem um acolhimento de qualidade, oferecendo segurança. Para isso, o hospital estudado pelos autores realiza oficinas com a finalidade de apoiar psicologicamente o profissional e incentivar a sua atuação imparcial e sem julgamentos. Para a triagem, a enfermeira precisa acolher e encaminhar a paciente de acordo com o seu tipo de violência sofrida.

Ainda para os autores do artigo 7, no momento do acolhimento, a enfermeira deve coletar as principais informações sobre a vítima por meio de uma entrevista, com relatos sobre a violência sexual, antecedentes obstétricos e exposição a qualquer doença sexualmente transmissível. É muito importante utilizar linguagem clara, perguntas objetivas e respeitar o direito de responder ou não as questões pela paciente. Deve-se também avaliar o nível emocional e o aspecto de alguma lesão por meio de exame físico, para poder realizar os diagnósticos de enfermagem, com a finalidade de prestar o cuidado mais indicado com as intervenções corretas. A

enfermeira do sexo feminino deve sempre estar presente durante as consultas de ginecologia, até ser confirmada ou descartada a violência sexual.

O apoio às mulheres deve ser oferecido nos serviços de urgência, mas também precisa haver conexão com outros serviços, como as delegacias especializadas no atendimento à mulher, abrigos, entre outros, conforme os autores do artigo 10.

Não existe uma estrutura física adequada e nem profissionais capacitados na maioria dos serviços no Brasil que dão atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, não suprimindo assim nem as necessidades das mulheres para o acolhimento e o primeiro atendimento, conforme descrito no artigo 3. É inconcebível que os serviços de urgência não tenham preparo para esse atendimento, visto que a violência sexual é um problema recorrente para esse tipo de atendimento, segundo os autores.

4.2.7 UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO

Dos locais estudados pelo artigo 4, apenas dois terços utilizavam um protocolo para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e dentro destes, somente 25% tinham como protocolo as normas do Ministério da Saúde. Ainda utilizando protocolos, 30% baseavam-se nas normativas da Secretaria Municipal de Saúde e 10% nas elaborações do próprio serviço de saúde ou pela Secretaria Estadual de Saúde. A falta de um seguimento de um protocolo era mais visível quando apenas 50% dos locais oferecia anticoncepção de emergência ou profilaxias para as DSTs. Eram somente utilizados antibióticos como profilaxia, o que segundo os autores, já constava nas rotinas dos atendimentos emergenciais.

Para o artigo 6, as mulheres vítimas de violência necessitam mais do que utilização de um protocolo, necessitam de atendimento, apoio e proteção nesse momento. Para isso, os profissionais da saúde devem compreender e exercer o seu papel com ética, garantindo os direitos ao bem-estar dessas mulheres.

Conforme descrito no artigo 7, o hospital estudado implantou e utiliza um protocolo de enfermagem próprio, visando um seguimento e um norteamiento do cuidado com a paciente vítima de violência a partir das etapas que constituem o processo de enfermagem. Tal protocolo foi anexado a esta monografia, pois pode servir de base para outros serviços de urgência e emergência que dão assistência a

mulheres vítimas de violência sexual (ANEXO A). Ainda, dentro do mesmo hospital estudado no artigo 7, existem protocolos específicos para cada área de atuação.

4.2.8 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O artigo 1 informa que em 1994 o atendimento a vítimas de violência sexual foi instituído, devendo oferecer atendimento emergencial e ambulatorial, composto por enfermeiros, médicos ginecologistas e psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos. O primeiro contato dentro do serviço é feito pelo enfermeiro, que decidirá o tipo de encaminhamento adequado de acordo com o tipo de violência sexual vivida. As mulheres são sempre avaliadas e atendidas por, pelo menos, um enfermeiro e um médico.

A equipe multidisciplinar deve ser constituída por enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos e em outros serviços de maior complexidade podem ser incluídos outros especialistas, conforme o artigo 9. Para o artigo 8, somente a falta do médico inviabiliza o atendimento e se este recusar-se ao atendimento será caracterizado omissão e qualquer desfecho físico ou psicológico que aconteça com essa mulher será de sua total responsabilidade legal.

O artigo 6 reforça o atendimento multidisciplinar, mas confere ao médico a liderança do serviço e a influência das gestões para melhorar o atendimento das vítimas.

Ao artigo 7 é incluída a especialidade do médico infectologista como parte integradora da equipe multiprofissional.

Para o artigo 10, os profissionais da saúde são privilegiados por poderem oferecer o primeiro atendimento para essas mulheres, que são a sua primeira opção para obterem ajuda. Contudo, esses profissionais, em sua maioria, não são capacitados para o reconhecimento dos casos, nem para diagnósticos e tratamentos.

4.2.9 CONHECIMENTO E RESOLUTIVIDADE DOS PROFISSIONAIS

No artigo 2, é reforçado que os profissionais não são treinados para atender mulheres vítimas de violência sexual, por isso, devem ser criadas estratégias pela

própria equipe com a finalidade de lidar com a situação, compreendendo as relações de gênero.

Conforme os autores do artigo 5, atender os casos de vítimas violentadas é um desafio para os profissionais, especialmente os de enfermagem, pois, segundo o estudo dos mesmos, não há um modelo a ser seguido, somente recomendações gerais para a sua atuação. Os autores expõem que o cuidado deve ser sempre voltado ao acolhimento, formando relações entre a enfermagem e o paciente, promovendo a sua segurança e sendo sempre rigoroso com os aspectos legais e o manejo clínico a serem seguidos.

Segundo o artigo 6, os ginecologistas e obstetras precisam ter mais conhecimento sobre essa temática e enquanto não o fizerem, não saberão identificar e avaliar mulheres vítimas de violência sexual, realizando assim um atendimento de baixa qualidade. A importância maior para as mulheres vítimas de violência serem atendidas em emergências deve-se ao fato de poder prevenir grande parte das consequências causadas por esse evento com um atendimento rápido.

4.2.10 REGISTRO DA VIOLÊNCIA

A notificação para a polícia e seu registro são considerados apenas uma parte das taxas reais de violência sexual, segundo o artigo 1. Poucas vítimas informam o crime à polícia, sendo ainda menor no caso das adolescentes.

O artigo 5 orienta sobre a necessidade de estar atento para os cuidados com as questões legais, sempre informando as mulheres sobre outros serviços, como delegacias de polícia e da mulher e perícia. Essa conduta visa buscar o atendimento além da área da saúde e serve como indicador de uma boa assistência.

Para o artigo 8, o pedido obrigatório de boletim de ocorrência ou qualquer outro encaminhamento policial é ilegal, entretanto, o registro da violência é a forma cabível de realizar investigação para processar criminalmente o culpado, necessitando de um laudo do Instituto Médico Legal (IML), por isso, a abordagem da equipe profissional com essas questões é tão importante.

Os profissionais da saúde em emergências e policiais não têm preparo para atender mulheres vítimas de violência, apesar de serem de sua responsabilidade. Esses trabalhadores tendem a culpar a vítima, desestimulando-as a solicitarem por auxílio, conforme o artigo 6. A justiça ainda prioriza encontrar o agressor e deixando

as necessidades da mulher à coleta de amostras para encontrá-lo e tratamentos eventuais.

É dever do enfermeiro informar o local da delegacia mais próxima e incentivar a mulher a realizar o boletim de ocorrência, conforme descrito no artigo 7.

4.2.11 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Apesar da notificação compulsória realizada pelos profissionais da saúde ser mencionada no artigo 1, os baixos números de registro do crime junto à polícia faz com que a real importância do problema não seja vista, dificultando assim o remodelamento das políticas públicas para a melhora da prevenção e da assistência de emergência.

O artigo 2 descreve que em 2004, no âmbito da saúde, foi criado um protocolo para a notificação compulsória de casos de identificação ou de suspeita de violência contra crianças e mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A notificação compulsória é obrigatória para os serviços públicos e privados em todo território nacional desde 2003, como descrito no artigo 8, referindo-se a data diferente daquela do artigo 2.

4.2.12 ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

No artigo 1, sempre após os atendimentos de emergência, as pacientes eram encaminhadas para o serviço ambulatorial, acompanhadas por seis meses por uma equipe multiprofissional especializada, o que também é relatado pelo artigo 6. Ainda no artigo 1, o seguimento ambulatorial não era realizado pelas mulheres com baixa escolaridade, antecedente familiar de violência, agredidas por conhecido e pouco apoiadas por pessoas próximas, quando comparadas com aquelas que aderiram. Então, para que a adesão ocorra por parte dessas mulheres, os profissionais que fazem o primeiro atendimento na emergência devem estar atentos para esses perfis, com o propósito de programar novas estratégias de cuidado no ambulatório, proporcionando um melhor atendimento.

O intervalo entre o primeiro atendimento emergencial e a primeira consulta no ambulatório variou entre 8 e 14 dias, segundo o estudo do artigo 3. O retorno para a consulta do sexto mês foi de pouco mais de 28% das mulheres, o que acaba

dificultando a eficácia das medidas profiláticas, além de outras consequências decorrentes da violência, segundo os autores.

No artigo 5 o hospital estudado não tinha registros de rede para interligação entre os serviços de Unidades Básicas de Saúde e de Estratégias de Saúde da Família, que seriam os locais responsáveis pelo seguimento e acompanhamento das vítimas. Para esse serviço, o hospital atendia em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia, oferecendo acompanhamento por 90 dias após o atendimento emergencial, sendo as consultas a cada 30 dias. Prestavam acompanhamento de enfermagem, assistência social, referente as queixas existentes, além de exames bioquímicos e ginecológicos e, quando solicitado pelo paciente, apoio psicológico.

Para o acompanhamento, após a primeira semana do primeiro atendimento emergencial, o enfermeiro do ambulatório deve agendar as consultas médica e de enfermagem e sempre acolher a paciente, orientado sobre as recoletas laboratoriais, ouvindo suas angústias e apoiando nas questões referentes à gestação e o desejo de abortamento legal, como descrito no artigo 7.

4.2.13 APOIO PSICOLÓGICO

Os autores do artigo 1, em seu estudo, avaliam que as mulheres violentadas precisam de um suporte na área de saúde mental e que esse recurso não foi utilizado por sua amostra, sendo que as sequelas traumáticas podem perdurar por bastante tempo, o que é reafirmado pelos autores do artigo 8, que enfatizam a importância desse atendimento específico e a compreensão dos profissionais pelos quadros psiquiátricos apresentados pelas pacientes.

O apoio psicológico, não é responsabilidade médica, porém este profissional deve encaminhar as mulheres para o psicólogo com vistas ao início e continuidade do tratamento, sendo que os casos mais urgentes que necessitam de auxílio são de mulheres em que o agressor faz parte sua família, como relatado no artigo 6.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram encontradas diferentes abordagens e estudos sobre o tema desta monografia. Ao procurar responder a questão norteadora: *“Como se caracteriza o atendimento da equipe de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual em unidades de emergência do Brasil?”*, constatou-se que menos da metade dos artigos que compuseram a amostra tiveram como enfoque principal o atendimento e o cuidado da enfermagem com as vítimas.

Em relação ao perfil das vítimas, constata-se que as divergências de informações acontecem pelo local onde os estudos são realizados, variando entre os Estados e o tipo de população-alvo atendida por cada região.

O tema mais significativo que permite conhecer como acontece o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual em unidades de emergência no Brasil, é o da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a partir da profilaxia de emergência, presente na maioria dos artigos da amostra. Os artigos revelaram que o HIV, hepatites B e C e outras infecções sexuais apresentam a principal preocupação dos profissionais e que, para isso, medicações com doses padronizadas são indicadas para cada caso de violência e são administradas conforme o tempo ocorrido entre a agressão e a procura da mulher pelo atendimento emergencial.

Em conjunto com as profilaxias para as DSTs, a anticoncepção de emergência é referida pelos autores como parte de suma importância do atendimento, pois evita que a mulher sofra uma nova agressão ao se deparar com uma gravidez decorrente de um estupro. Infelizmente, o artigo que procura traçar o perfil desses atendimentos no Brasil, informa que muitos locais não ofereciam essa opção de tratamento.

Apesar de ser legalizado nas situações de violência sexual, o aborto ainda apresenta-se como um processo muito difícil de ajuda para as mulheres pelos serviços oferecidos, visto que o preconceito dos profissionais e as barreiras burocráticas constroem e distanciam as mulheres desse procedimento, segundo os autores.

Os estudos ainda identificaram a coleta de sangue e conteúdos vaginais como parte dos atendimentos, para que as sorologias das doenças investigadas pós-agressão pudessem ser diagnosticadas e para tentativas de identificação do agressor por meio de coletas de qualquer amostra de DNA.

O acolhimento à vítima é outra característica marcante dos serviços de emergência verificado na amostra, sendo a segunda questão mais abordada pelos artigos. Esse tipo de atendimento tem como principais objetivos a recepção da paciente pelo serviço de urgência, de forma empática, entendendo os seus traumas e suas angústias, respeitando as suas decisões e a sua privacidade, e encaminhando essa vítima para as consultas e os serviços indicados. Mas para que todo esse processo ocorra, os artigos da amostra indicam a enfermeira como o profissional indicado para isso, priorizando a humanização do cuidado.

Para que todos esses procedimentos fossem realizados, alguns autores trouxeram os protocolos de assistência, com a intenção de guiar o profissional de uma forma segura no serviço de emergência, assegurando a padronização de toda a assistência preconizada.

Como explicitado durante o estudo, não há um protocolo padrão que seja usado pelos profissionais de enfermagem, por isso, sugere-se que o protocolo de assistência de enfermagem às vítimas de violência sexual, proposto por um dos artigos (ANEXO A), seja amplamente divulgado, considerando a inclusão de procedimentos a serem feitos no acolhimento, para, então, ser implementado por serviços de emergência.

A equipe multidisciplinar deve ser composta por, pelo menos, enfermeiros, médicos ginecologistas, assistentes sociais e psicólogos nos atendimentos às vítimas de violência sexual. Os trabalhadores precisam ser capacitados para o reconhecimento das vítimas e a forma de abordagem realizada, garantindo uma boa assistência prestada. Os profissionais precisam ter real conhecimento sobre esse tema para que possam identificar e promover os manejos clínicos e legais para os casos atendidos.

Os profissionais da saúde devem informar sobre os outros locais que podem oferecer outro tipo de atendimento às vítimas, como as delegacias de polícia, e realizar o boletim de ocorrência para investigar e processar o culpado. Os trabalhadores não devem culpar a vítima e desencorajá-la com qualquer atitude a favor do seu bem-estar.

Nos casos de violência sexual, a notificação compulsória do profissional da saúde que receber a queixa é obrigatória, pois a partir desses indicadores as políticas públicas podem ser melhoradas.

Como seguimento do atendimento, as mulheres vítimas de violência sexual necessitam de atendimento ambulatorial poucos dias após o primeiro atendimento emergencial e devem segui-lo pelos meses necessários propostos pelo serviço que o oferece, com o intuito de minimizar os traumas psicológicos e recoletar os exames laboratoriais, identificando a efetividade do primeiro atendimento na unidade de emergência. Poucas vítimas retornam ao tratamento ambulatorial, desse modo, os serviços devem buscar por novas alternativas de resgatar o seguimento dessas mulheres a esse atendimento.

O apoio psicológico é parte fundamental do tratamento dessas pacientes, sempre devendo ser realizado o encaminhamento ao profissional competente, que deve auxiliar nos quadros psiquiátricos urgentes destas mulheres e suas famílias.

É notório que se percebeu no estudo que o enfermeiro é importante, presente e determinante em muitas situações. Como mencionado, é dele o papel primordial do acolhimento da vítima, primeira etapa do atendimento e norteador de seu desenrolar. Porém, apenas quatro dos dez artigos caracterizam e valorizam a atuação do enfermeiro na assistência às mulheres vítimas de violência sexual.

Para mudar tal cenário, o enfermeiro precisa sempre ter conhecimento e capacitações para o atendimento, com a finalidade de compreender o seu real e fundamental papel na equipe multiprofissional e atender a vítima fragilizada com humanização e resolutividade.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [online]. v.33, n.4, p. 181-190. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/23.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2015.
- BARALDI, Ana C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. [online].v.12, n.3, p. 307-318. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a10v12n3.pdf> >. Acesso em: 19 nov. 2015.
- BELENTANI, Lorena; et al. Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendidos em um hospital ensino. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v.2, n.1, p. 10-19. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/3944/3122>>. Acesso em: 11 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf >. Acesso em: 13 set. 2015.
- BRASIL. Portaria Nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF. 2005.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN** nº 423 de 09 de abril de 2012. Rio de Janeiro, 2012.
- COOPER, Harris M. **The integrative research review**: a systematic approach. 2. ed. Newburg. Park, CA: Sage, 1982.157 p.
- FACURI, Cláudia de Oliveira; et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**.v.29, n.5, p. 889-898. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2016.
- FAÚNDES, Anibal; et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 28, n.2, p. 126-135. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n2/30680.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2016.
- HIGA, Rosângela; et al. Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.42, n.2, p. 377-382. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a22.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Violência contra mulher**. 2012. Disponível em: <<http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen/2822-violencia-contra-mulher>>. Acesso em: 13 set. 2015.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; et al. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.10, n.2, p. 273-279. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a15v10n2.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

MORAIS, Daniela A.; BRITO, Aneilde M.R. de. Política nacional de atenção às urgências e emergências: implicações para a prática assistencial do enfermeiro. In: Associação Brasileira de Enfermagem; UNICOVSKY, Margarita A. R.; WALDMAN, Beatriz F.; SPEZANI, Renê dos S.; organizadores. **PROENF** Programa de Atualização em Enfermagem: Urgência e Emergência. Ciclo 1. v. 4. Porto Alegre, Brasil: Artmed Panamericana, 2014. p. 135-148.

NETO, Jorge Andalaft; et al. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Revista Fêmina**. v.40, n.6, p. 301-306. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/trabalho_publicado/Maria%20Jose%20Martins%20Duarte%20Osis.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2016.

OSHIKATA, Carlos Tadayuki; BEDONE, Aloísio José; FAÚNDES, Anibal. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Caderno de Saúde Pública**. v.21, n.1, p. 192-199. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/21.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

PIRES, Ademar Moreira; et al. Violência contra a mulher e a criança: condutas médicas à paciente agredida sexualmente. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.19, n.4, p. 43-47. 2009a. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1100>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

PIRES, Ademar Moreira; et al. Abuso sexual em serviços de emergência: relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.19, n.4, p. 100-102. 2009b. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1114>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

PORTO, Maria Laura; AMARAL, Waldemar Naves do. Violência sexual contra a mulher: histórico e conduta. **Revista Fêmina**. v.42, n.4, p. 209-215. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4594.pdf>>. Acesso em: 21 de jun. 2016.

SOUZA, Taíze S. et al. Acolhimento com classificação de risco: a voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 3, set./dez. 2013, p. 212-220.

VILLELA, Wilza Vieira; et al. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência. **Saúde e Sociedade Universidade de São Paulo (USP)**. v.20, n.1, p. 113-123. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/14.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do artigo	
Título	
Autores	
Descritores	
Ano de publicação	
Nome do periódico	
Objetivos	
Método Tipo de estudo Campo/contexto Amostra/participantes Coleta de dados/informações:	
Resultados obtidos	
Considerações finais	
Observações	

APÊNDICE B
QUADRO SINÓPTICO

ARTIGO(S)	SÍNTESE DOS RESULTADOS

ANEXO A

Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem¹

Atendimento na ocorrência imediata

(até o 5º dia após a violência sexual):

1. Explicar os riscos de gravidez, infecção por doença sexualmente transmissível (DST) e vírus da imunodeficiência humana (HIV) e prevenção disponíveis, como a eficácia da anticoncepção de emergência (AE) e quimioprofilaxia para DST/HIV, ressaltando que quanto mais precoce o início do tratamento, mais eficaz.
2. Preparar para consulta médica exame físico e ginecológico com possível coleta de material forense (coleta de esperma em papel filtro).
3. Informar a equipe médica sobre os dados relevantes coletados durante a consulta de enfermagem.
4. Explicar sobre os medicamentos prescritos, a sua indicação e o tempo de tratamento: AE, quimioprofilaxia para DST, antiretroviral (ARV), vacina e gamaglobulina para hepatite B.
5. Orientar sobre a coleta de sangue para sorologias de HIV, sífilis, hepatite B e C.
6. Coletar sorologias, administrar medicamentos profiláticos, vacina e gamaglobulina.
7. Encaminhar ao banho e oferecer troca de roupa, se a cliente desejar.
8. Explicar que, na ocorrência de vômito até duas horas após a ingestão do AE, deverá repetir a dose do medicamento.
9. Iniciar os ARV imediatamente e adequar horário, de acordo com a rotina da cliente, com objetivo de maior adesão ao tratamento.
10. Orientar os sintomas de intolerância aos ARV prescritos (manifestações gastrintestinais, cutâneas e gerais).
11. Orientar meios para minimizar náuseas ou vômito.
12. Orientar hiper-hidratação oral e alimentação adequada para minimizar os efeitos colaterais dos ARV (nefropatia, anemia, hepatopatia).

¹ HIGA, Rosângela; et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p.377-82, 2008.

13. Explicar a importância do uso de preservativo, por seis meses, em razão do risco de transmissão de DST/HIV e como método anticoncepcional (MAC). Orientar como usar e fornecer até o retorno ambulatorial.
14. Orientar cuidados com ferida, se apresentar lesões.
15. Orientar a observação de sintomas e manifestações clínicas de infecções geniturinárias.
16. Acolher e orientar familiares e/ou acompanhantes com objetivo de que os mesmos proporcionem apoio no convívio diário.
17. Fornecer endereço da Delegacia de Polícia, estimular a realização do boletim de ocorrência (B.O.) e orientar sobre a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) se ocorrer durante e/ou no percurso do trabalho.
18. Fornecer embalagem e orientar a guarda das roupas, em saco de papel, para ser encaminhado, pela vítima, ao Instituto Médico Legal (IML).
19. Encaminhar para atendimento social e psicológico e agendar retorno ambulatorial com a enfermeira orientando sobre seguimento com equipe multidisciplinar.

Atendimento tardio

(a partir do 6º dia após a ocorrência da violência sexual):

1. Explicar sobre os riscos de gravidez e de DST/HIV e que, neste momento, não há eficácia comprovada da AE e dos ARV, portanto, eles não serão prescritos. A quimioprofilaxia para DST e coleta de sorologia será prescrita no seguimento ambulatorial.
2. Fazer teste rápido de âHCG na urina se houver suspeita de gravidez. Se positivo, encaminhar ao serviço social para receber orientação sobre o protocolo de interrupção legal da gestação.
3. Solicitar consulta médica ginecológica imediata na presença de sinais importantes de infecção.
4. Acolher familiares e realizar demais orientações descritas no atendimento imediato.

Seguimento Ambulatorial

(após uma semana do atendimento inicial, durante seis meses):

1. Investigar sintomas de intolerância aos ARV e orientar sobre alimentação adequada e não ingestão dos medicamentos em jejum para redução dos sintomas.
2. Adequar horário da ingestão do ARV de acordo com a rotina, para melhorar a adesão ao tratamento.
3. Reforçar a orientação de hiper-hidratação.
4. Investigar uso de medicamentos que interagem com os ARV.
5. Fazer teste rápido de âHCG na urina se houver suspeita de gravidez.
6. Reforçar sinais e sintomas de infecção geniturinária.
7. Aferir resultado da primeira sorologia coletada, se negativo, informar o resultado. Qualquer alteração no resultado sorológico (positivo ou não conclusivo) encaminhar para infectologista.
8. Solicitar consulta imediata com médico infectologista e/ou ginecologista se houver sinais importantes de intolerância ou intoxicação química por ARV, de infecção geniturinária ou gravidez.
9. Oferecer, estimular e intervir para o seguimento psicológico nos casos de alteração emocional/sexual e encaminhar ao serviço social se identificar problema econômico/social.
10. Reforçar uso do preservativo (fornecer até o retorno), atentando para sinais de disfunção sexual.
11. Reforçar uso de MAC.
12. Informar sobre a rotina do seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar.
13. Orientar sobre exame ginecológico, coleta de secreção vaginal e de sorologias para HIV, hepatite B e C e sífilis, durante o atendimento (45, 90 e 180 dias).
14. Orientar família/pessoa significativa para o apoio diário. Solicitar o comparecimento ao serviço se julgar necessário.
15. Agendar retorno com enfermeira, ginecologista e infectologista.

Interrupção legal da gestação decorrente de estupro

No atendimento na gravidez decorrente de estupro a orientação deste processo é realizada pela assistente social, posteriormente, a mulher é atendida pela psicóloga, enfermeira e médico. Se houver solicitação de interrupção da gravidez, ela será discutida em reunião multidisciplinar com a participação da

diretoria clínica e da comissão de ética do hospital. A decisão favorável somente será tomada se forem atendidos todos os fatores clínicos (idade da gestação inferior a 20 semanas), psicológicos e os requisitos da legislação brasileira. Se for desejo da mulher continuar com a gravidez, ela é acompanhada por equipe especializada e se optar por doação da criança, ela receberá auxílio para as providências necessárias.

O atendimento de enfermagem é realizado em três momentos distintos: pré-internação, internação e pós-alta hospitalar.

Atendimento ambulatorial - Pré-internação

1. Acolher, reforçar o desejo e apoiar a decisão de interrupção da gravidez. No caso de dúvida em interromper a gestação, rediscutir com a equipe multidisciplinar.
2. Reforçar a orientação de que, ela ou o representante legal, poderá ser responsabilizado criminalmente caso as declarações sejam falsas.
3. Dar apoio emocional e acolher os familiares para que ofereçam apoio no convívio diário após alta hospitalar.
4. Informar sobre os procedimentos de internação.
5. Orientar sobre: coleta de exames, jejum, indução ao aborto, período estimado de internação, curetagem e possíveis riscos cirúrgicos.

Atendimento na unidade de internação

1. Monitorar sangramento via vaginal.
2. Identificar e intervir no controle da dor.
3. Proporcionar conforto e segurança, durante o período de indução ao aborto.
4. Orientar sobre a coleta e de sorologias para HIV, sífilis e hepatite B e C.
5. Orientar sobre MAC.
6. Orientar sobre o uso de preservativo durante o período de seguimento ambulatorial.
7. Gerenciar a equipe de enfermagem, na manutenção de atitudes sem preconceito ou julgamento, diante da escolha da mulher em interromper a gestação.
8. Agendar e orientar retorno com enfermeira ambulatorial após sete dias da alta hospitalar.

Atendimento ambulatorial - Após alta hospitalar

Realizar intervenções descritas no seguimento ambulatorial.