



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

OLGA BENÁRIO BATISTA DE MELO CHAVES

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL
CONTRA MULHERES.**

CAMPINA GRANDE

- 2011 -

OLGA BENÁRIO BATISTA DE MELO CHAVES

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL
CONTRA MULHERES.**

*Monografia apresentada à
Coordenação do Curso de
Enfermagem em cumprimento às
exigências para obtenção do título
de Bacharel e Licenciado em
Enfermagem pela Universidade
Estadual da Paraíba - UEPB.*

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosilene Santos Baptista

CAMPINA GRANDE

-2011-

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

- C512c Chaves, Olga Benário Batista de Melo.
Conhecimento e prática dos enfermeiros da estratégia saúde da família do município de Campina Grande acerca da violência sexual contra mulheres [manuscrito] / Olga Benário Batista de Melo Chaves. – 2011.
81 f. : il. color.
- Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.
“Orientação: Profa. Dra. Rosilene Santos Baptista, Departamento de Enfermagem”.
1. Violência sexual. 2. Mulheres. 3. Saúde da mulher.
4. Enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 362.83



OLGA BENÁRIO BATISTA DE MELO CHAVES

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE ACERCA DA
VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES**

Aprovado em 02 / 12 / 2011

COMISSÃO EXAMINADORA

Rosilene Santos Baptista

Prof.^a Dr.^a Rosilene Santos Baptista – ORIENTADORA

Departamento de Enfermagem - UEPB

Inácia Sátiro Xavier de França

Prof.^a Dr.^a Inácia Sátiro Xavier de França – EXAMINADORA

Departamento de Enfermagem - UEPB

Francisco Stélio de Sousa

Prof.^o Dr.^o Francisco Stélio de Sousa - EXAMINADOR

Departamento de Enfermagem - UEPB

CAMPINA GRANDE- PB

2011

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização e finalização desse projeto, em especial:

Ao meu **DEUS**, por ter me concedido força e sabedoria para iniciar e concluir esse trabalho;

Ao meu amado **PAI**, pelo exemplo de homem que é e por ter sempre me incentivado nesse difícil caminho da vida e do saber. Pelas correções gramaticais, pelos dados tabulados, pelo computador cedido... Obrigada!!!

A minha amada **MÃE**, pelo seu amor e preocupação incondicionais, pela presença constante ao meu lado, nos momentos de alegria e de dificuldade, sempre me apoiando. Por todos os dados recolhidos, por todas as idas as unidades... Obrigada!!!

A minha única e amada **IRMÃ**, pelo seu jeito “Débora Marx” de ser que preenche e alegra os meus dias. Por ser minha amiga, meu amor, minha quase filha! Por todas as horas de computador cedidas, por todas as atividades em que me substituiu, por ser a minha banca examinadora em todos os ensaios... Obrigada!!!

Ao meu querido **AVÔ**, Antônio Galdino Filho (in memoriam), por ter preenchido a minha infância e por ter me proporcionado chegar até a universidade;

A todos os meus **PAIS E IRMÃOS DE CORAÇÃO**, por serem minha família, por torcerem por mim e por estarem ao meu lado, me mostrando que com o amor de Deus nada é impossível;

A minha **AMIGA-IRMÃ** Maria Elenilva, por todos os momentos vividos durante esses anos de faculdade, por todas as alegrias que dividimos e por todos os obstáculos que superamos juntas. Você foi um grande presente que a enfermagem me concedeu;

A minha **AMIGA** Albaneide, pelo exemplo de superação e de força de vontade, pelas muitas risadas, lágrimas e conselhos... O “táxi da Olga” jamais será esquecido;

Aos meus **AMIGOS** Cândida, Almeida, Khatyusca, Carol, Loraine e Jackeline, pela valiosa ajuda na construção desse trabalho;

A minha **ORIENTADORA**, Prof^a. Dr^a. Rosilene Santos Baptista, pela solicitude e prontidão com que aceitou me orientar, por sua paixão pela saúde das mulheres, por me ensinar e por garantir que tudo daria certo;

Aos participantes da **BANCA EXAMINADORA**, Prof^o. Dr^o. Francisco Stélio de Sousa e Prof^a. Dra^a. Inácia Sátiro Xavier de França, que, mesmo diante de suas agendas tão atribuladas, se dispuseram a participar e a colaborar com esse projeto;

A todas as **ENFERMEIRAS** que participaram dessa pesquisa, me acolhendo em suas unidades e doando um pouco do seu tempo e do seu conhecimento;

*“Quem busca o suficiente
sonha em preto e branco.
Eu quero sonhar colorido,
viajar no impossível,
caminhar nas estrelas”*

(Renata Fagundes)

RESUMO:

CHAVES, O. B. B. M. **Conhecimento e prática dos enfermeiros da estratégia saúde da família do município de campina grande acerca da violência sexual contra mulheres.** Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem). Campina Grande – PB, Departamento de Enfermagem – CCBS/UEPB, 2011, 80p.

A violência sexual contra a mulher constitui-se em um problema de saúde pública. Para o seu enfrentamento exige a integração de setores da saúde, da justiça, segurança pública e assistência social. Os serviços de saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), funcionam como porta de entrada para atendimento a estas vítimas. Objetivou-se investigar o conhecimento e a prática dos enfermeiros que atuam na ESF do município de Campina Grande – PB acerca da violência sexual contra mulheres. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, transversal do tipo survey, realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município. Foram incluídas cinco UBSF de cada um dos seis distritos sanitários de Campina Grande, totalizando 27 enfermeiros questionados (perda amostral de 10%). Conclui-se que 59,3% das enfermeiras concordam que a violência sexual é um problema de saúde pública, 96,3% reconhecem que é seu papel profissional investigá-la, a maioria delas sabe identificar os principais sinais e sintomas da mulher violentada e 70,4% afirmam já ter atendido casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual contra a mulher em UBSF. Apresentam conhecimento quanto à definição, percepção e epidemiologia, tratamento e manejo dos casos de violência sexual. Entretanto, pouco conhecimento nos questionamentos sobre os aspectos éticos e legais envolvidos nas situações de violência sexual contra mulheres. Desta forma, observa-se que apesar das enfermeiras não se sentirem incomodadas em conversar com suas pacientes sobre temas delicados (álcool, drogas, relações familiares...), a violência doméstica/sexual ainda é o tema questionado mais raramente e menos investigado.

Palavras- chave: violência sexual; enfermagem; conhecimento

ABSTRACT

CHAVES, O.B.B.M. Knowledge and practice of nurses in the family health strategy in the city of Campina Grande about sexual violence against women. Monograph of course completion (Bachelor Degree in Nursing).Campina Grande-PB, Department of Nursing –CCBS/UEPB,2011,81p.

Sexual violence against women constitutes a public health problem. To confront it requires the integration of the sectors of health, justice, public safety and social assistance. The health services, like the Family Health Strategy (FHS), works like a gateway to care of these victims. Aimed to investigate the knowledge and the practice of nurses that act in the FHS of the city of Campina Grande –PB regarding sexual violence against women. It is a quantitative, descriptive, cross-sectional survey, carried out in the Basic Unities of Family Health (BUFH) in the city. Were included five BUFH of each of the six health districts of Campina Grande, totaling 27 nurses questioned (10% sample loss). It is concluded that 59,3% of nurses agree that sexual violence is a public health problem, 96,3% recognize that their professional role is to investigate it, most of them can identify the main signs and symptoms of abused women and 70,4% said that they had attended suspected and/or confirmed cases of sexual violence against women in BUFH. Present knowledge about the definition, perception and epidemiology, treatment and management of cases of sexual violence. However, low knowledge about the questions about the legal and ethical issues involved in situations of sexual violence against women. Thus, we see that although the nurses do not feel uncomfortable talking with their patients about sensitive issues (alcohol, drugs, family relationships...), domestic/sexual violence theme is still more rarely questioned and less investigated.

Keywords: Sexual violence, Nursing, Knowledge.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Mapa dos distritos sanitários de Campina Grande.....25
- Figura 2 – Distribuição das enfermeiras de acordo com a faixa etária.....29
- Figura 3 – Distribuição das enfermeiras de acordo com o estado civil.....30
- Figura 4 – Distribuição das enfermeiras de acordo com o tempo de experiência em ESF.....31
- Figura 5 – Quantidade de ações consideradas pelas enfermeiras como violência sexual.....34
- Figura 6 – Frequência com que as enfermeiras questionam suas pacientes a respeito dos temas citados.....35
- Figura 7 – Principais fatores, de acordo com as enfermeiras, que contribuem para que a mulher não revele a violência.....37
- Figura 8 – Principais sinais e sintomas da mulher que sofre violência sexual, de acordo com as enfermeiras.....38
- Figura 9- Crimes, de acordo com as enfermeiras, compreendidos como violência sexual.....42
- Figura 10 – Percentual de enfermeiras que já atenderam casos de violência sexual contra a mulher em UBSF.....47
- Figura 11 – Percentual das UBSF, de acordo com as enfermeiras, que possuem algum protocolo para atendimento de violência sexual.....48

- Figura 12 – Percentual das UBSF, de acordo com as enfermeiras, que possuem ficha de notificação compulsória para violência contra mulheres.....49
- Figura 13 – Percentual das enfermeiras que já acessaram a norma técnica do MS: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.....50
- Figura 14 – Principais motivos, de acordo com as enfermeiras, que contribuem para o despreparo profissional.....50
- Figura 15 – Percentual do preparo emocional e profissional das enfermeiras diante de violência sexual contra mulheres.....51
- Figura 16 – Percentual das UBSF aptas, de acordo com as enfermeiras, para atender casos de violência sexual.....51
- Figura 17 – Principais dificuldades das enfermeiras diante dos casos de violência sexual.....52
- Figura 18 – O que falta, de acordo com as enfermeiras, para que elas estejam aptas no atendimento dos casos de violência sexual.....52
- Figura 19 – Ações mais eficazes para a informação e capacitação sobre violência sexual, de acordo com as enfermeiras.....53
- Figura 20 – Nível de importância dessa pesquisa, de acordo com as enfermeiras.....55

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Conhecimento das enfermeiras acerca da definição, percepção e epidemiologia da violência sexual contra mulheres.....32
- Tabela 2 – Escore obtido nas questões sobre definição, percepção e epidemiologia da violência sexual contra mulheres.....33
- Tabela 3 – Modo de abordagem do enfermeiro em relação à violência sexual...36
- Tabela 4 – Conhecimento das enfermeiras acerca do tratamento e manejo dos casos de violência sexual contra mulheres.....38
- Tabela 5 – Escore obtido nas questões sobre tratamento e manejo dos casos de violência sexual contra mulheres.....40
- Tabela 6 – Conhecimento das enfermeiras acerca de algumas leis.....41
- Tabela 7 – Conhecimento das enfermeiras acerca dos aspectos éticos e legais da violência sexual contra mulheres.....43
- Tabela 8 – Escore obtido nas questões sobre aspectos éticos e legais da violência sexual contra mulheres.....45
- Tabela 9 – Protocolos seguidos e encaminhamentos feitos pelas enfermeiras em casos de violência sexual contra mulheres.....48
- Tabela 10 – Existência e localização de núcleos de prevenção à violência em Campina Grande, de acordo com as enfermeiras.....54

LISTA DE SIGLAS

- BO** – Boletim de Ocorrência;
- CPB** – Código Penal Brasileiro;
- DST's** – Doenças sexualmente transmissíveis;
- DM** – Delegacia da Mulher;
- ESF** – Estratégia Saúde da Família;
- HIV/AIDS** – Vírus da imunodeficiência adquirida;
- IML** – Instituto de Medicina Legal;
- ITU** – Infecção do trato urinário;
- MS** – Ministério da Saúde;
- OEА** – Organização dos Estados Americanos;
- OMS** – Organização Mundial da Saúde;
- ONU** – Organização das Nações Unidas;
- SISNEP** – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa;
- SUS** – Sistema Único de Saúde;
- UBS** – Unidade Básica de Saúde;
- UBSF** – Unidade Básica de Saúde da Família;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivo Específico.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4. METODOLOGIA.....	25
4.1 – Tipo de Pesquisa.....	25
4.2 – Local da Pesquisa.....	25
4.3 – População e Amostra.....	26
4.4 – Critérios de Inclusão e Exclusão.....	26
4.5 – Instrumento de Coleta de Dados.....	26
4.6 – Procedimento de Coleta dos Dados.....	27
4.6 – Processamento e Análise dos Dados.....	27
4.7 – Aspectos Éticos.....	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5.1 – Caracterização da Amostra.....	29
5.2 – Conhecimento dos enfermeiros acerca da violência sexual contra mulheres.....	31
PARTE I – Definição, Percepção e Epidemiologia.....	31
PARTE II – Diagnóstico e Abordagem à Vítima.....	35
PARTE III – Tratamento e Manejo dos Casos.....	38
PARTE IV – Aspectos Éticos e Legais.....	41
5.3 – Prática dos enfermeiros acerca da violência sexual contra mulheres.....	46
6. CONCLUSÃO.....	56

REFERÊNCIAS.....59

APÊNDICES.....64

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE C – Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa

APÊNDICE D – Termo de compromisso para uso de dados em arquivo

ANEXOS.....79

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

1. INTRODUÇÃO:

A violência pode ser definida como qualquer ato de desrespeito (FERREIRA, 2000). Trata-se de um fenômeno mundial crescente que afeta a vida da população e o desenvolvimento econômico e social dos países. Esta se apresenta nas mais diversas configurações e pode ser caracterizada como violência contra a mulher, a criança, o idoso, violência sexual, psicológica, verbal, dentre outras.

A violência sexual contra a mulher constitui-se em um problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina (HEISE, 1994). O abuso ou violência sexual não se caracteriza apenas por violência física, inclui também: carícias, exploração sexual, linguagem obscena, exibicionismo, masturbação, entre outros.

Apesar da violência sexual contra mulheres ter atingido uma magnitude global e tornado-se foco de diferentes debates e estudos nacionais e internacionais, a Organização Mundial da Saúde (OMS), mediante o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), considera insuficiente a quantidade de estudos, dados e informações que permitam estimar a dimensão e a extensão real do problema.

Essa carência de informações pode estar relacionada ao fato de que a violência sexual, bem como seus agravos físicos e psicológicos, não é, suficientemente, reconhecida, diagnosticada e tratada (OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

A subnotificação de crimes como este, deve-se, principalmente, ao fato desse tipo de violência, em sua grande maioria, ocorrer em ambientes familiares e ser praticado por pessoas com quem a vítima mantém algum vínculo: parentes, vizinhos ou conhecidos. O medo de vingança, a sensação de culpa, o desconhecimento dos direitos legais e o descrédito na justiça são fatores que também contribuem para a não denúncia (SOUTO et al., 2010).

A violência sexual pode levar à gravidez indesejada ou a infecções sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV, além de ocasionar danos ao estado psicológico da mulher. As mulheres em situação de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, mais custos com assistência e utilizam com frequência os serviços de saúde e as emergências (BRASIL, 2005a).

Por sua complexidade, o enfrentamento da violência sexual contra a mulher exige a participação do poder público e o engajamento dos setores sociais e comunitários. No Brasil, alguns serviços de saúde, a exemplo do Centro de Atenção

Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Caism/Unicamp), seguindo as orientações legais e as normas técnicas do Ministério da Saúde, já oferecem atendimento multidisciplinar e integral às mulheres vítimas de violência sexual, contando, inclusive, com o apoio das instâncias policiais e jurídicas (HIGA et al., 2008).

A maioria das mulheres não denuncia os casos de violência que sofrem, entretanto, no decorrer de suas vidas freqüentam, de forma rotineira, os serviços de saúde, tornando-os locais privilegiados de identificação e acolhimento das vítimas. A possibilidade de diagnosticar essas situações deve ser valorizada pelos enfermeiros, que necessitam abordar as pacientes de forma correta, prestando-lhes uma assistência integral e obtendo delas todas as informações, principalmente aquelas não reveladas diretamente, mas contidas nas entrelinhas de seus depoimentos (BRASIL, 2005a).

Dessa forma, a atenção básica de saúde torna-se uma eficaz porta de entrada para a mulher que vivencia relações violentas de gênero, em especial de violência sexual e faz com que os enfermeiros ocupem um papel de destaque no atendimento a estas vítimas, uma vez que são os primeiros profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos serviços de saúde e, geralmente, possuem uma relação de longa duração com elas (BARALDI, 2009).

Nem sempre, os profissionais de saúde estão preparados para prestar assistência às mulheres vítimas de violência sexual, bem como alguns serviços de saúde não estão equipados para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção da sua ocorrência. Porém, embora haja limitações nos serviços de saúde, estes, e não as delegacias, têm sido escolhidos pela maioria das mulheres para relatar a situação de violência sexual em que vivem (BRASIL, 2005a).

O conhecimento dos profissionais de saúde acerca da violência potencializa a eficácia do atendimento à vítima, desde o reconhecimento da ocorrência até o diagnóstico, manejo e encaminhamento dos casos (BARALDI, 2009).

Considerando-se que a Estratégia Saúde da Família compreende um modelo primário de assistência em saúde, é fundamental avaliar o potencial das equipes, principalmente dos enfermeiros, no enfrentamento da violência sexual nos seus territórios de ação (OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

Diante dessa problemática, o objetivo desse estudo foi investigar o perfil, o conhecimento e a prática dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Campina Grande acerca da violência sexual contra mulheres, em prol de uma melhoria na prevenção e na assistência às vítimas.

2. OBJETIVOS:

Objetivo Geral:

- Investigar o conhecimento e a prática dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Campina Grande – PB, acerca da violência sexual contra mulheres.

Objetivos Específicos:

- Traçar o perfil dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Campina Grande – PB, incluindo sua formação e capacitação para lidar com casos de violência sexual contra mulheres.
- Avaliar a prática e o conhecimento dos enfermeiros quanto à definição, o diagnóstico, à abordagem à vítima, o manejo dos casos e os aspectos éticos e legais acerca da violência sexual contra mulheres.
- Detectar se existem problemas e/ou necessidades que estejam dificultando o acolhimento e a assistência dos enfermeiros às mulheres vítimas de violência sexual.

3. REFERENCIAL TEÓRICO:

O fenômeno da violência esteve presente durante todas as épocas da humanidade, tendo sido necessário para a sobrevivência dos povos e encontra-se atrelado aos princípios e valores estabelecidos pelas sociedades.

Ainda que Anthony Asblaster, no Dicionário do Pensamento Social do Século XX, tenha afirmado que “não existe uma definição consensual ou incontroversa de violência, pois o termo é potente demais para que isso seja possível”, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, define esse fenômeno como:

[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (OMS, 2002. p. 5).

Embora o álcool, as drogas e as doenças mentais sejam referidos como desencadeantes da violência, o domínio masculino, a diferenciação rígida de papéis e as desigualdades sócio-econômicas entre homens e mulheres, são os fatores principais que favoreceram o desenvolvimento de um tipo específico de violência: a Violência de Gênero, definida, pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará, como “qualquer ato ou conduta baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada” (OEA, 1994, p.2).

As relações incestuosas, as mutilações genitais, o infanticídio, o casamento forçado e o estupro conjugal são exemplos de violência de gênero no âmbito privado. Já na esfera pública podemos citar o assédio sexual e moral no trabalho, o tráfico de mulheres e adolescentes, a privação de métodos contraceptivos e a pornografia feminina. Muitas dessas atitudes são toleradas e silenciadas pela maioria das sociedades porque estão alicerçadas em explicações culturais, religiosas e psicologizantes que tendem a culpabilizar a mulher e amenizar a atitude masculina (BRASIL, 2005b).

A Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos, em Viena (ONU, 1993) reconheceu formalmente a violência de gênero como uma violação aos direitos humanos. Desde então, os governos dos países-membros da ONU e as organizações da

sociedade civil têm trabalhado para a eliminação desse tipo de violência que já é reconhecido, também, como um grave problema de saúde pública.

A violência de gênero pode ser praticada através de violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Entretanto apesar dessas subdivisões conceituais, essas violências aparecem frequentemente juntas e/ou são conseqüências umas das outras (BRASIL, 2005b).

Esse tipo de violência está acima das condições financeiras e do nível de instrução da vítima e do agressor, pois existem mulheres violentadas por médicos, dentistas, jornalistas e empresários. Muitos criminosos apresentam uma vida econômica e social bem sucedida, são cordiais com os amigos e não fazem uso de álcool e outras drogas (SOARES, 2005).

A atmosfera de silêncio que envolve a violência de gênero contribui para a manutenção dos casos e a impunibilidade dos agressores. O medo de vingança, da falta de compreensão da família e dos amigos, a vergonha, o sentimento de culpa e a esperança de que a situação violenta tenha um fim são algumas das razões que impedem as mulheres de denunciarem as situações de violência que estão vivenciando (SOARES, 2005).

Corroborando com essas afirmações, em um estudo realizado em uma unidade básicas de saúde (UBS), encontrou-se que 68% das mulheres vítimas de violência doméstica não tomaram providência alguma quanto ao fato e 40%, destas, afirmaram que silenciaram a violência por medo de uma nova agressão (SILVA et al., 2008).

Apesar de nem sempre deixar lesões visíveis, a violência sempre agrega conseqüências negativas, mesmo depois do seu término. Após sofrer uma violência, a maioria das mulheres desenvolve problemas na vida sexual, afetiva, social e profissional, necessitando de apoio e tratamento multiprofissional (OLIVEIRA et al., 2005).

As normas estabelecidas e as novas legislações vigentes em nosso país no certame a violência contra a mulher auxiliam os profissionais de saúde na assistência às mulheres violentadas, informando-as de seus direitos, mostrando a quem elas podem recorrer e ressaltando a importância da denúncia para a punição legal dos agressores.

Considerando que a violência contra a mulher, apesar de configurar problema de alta relevância e de elevada incidência, apresenta pequena visibilidade social, e que o registro no Sistema Único de Saúde (SUS) destes casos é fundamental para dimensionar o problema e suas conseqüências, o presidente da república, em de 24 de setembro de

2003, sancionou a **lei nº 10.778**, que estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados (BRASIL, 2003).

Antes da obrigatoriedade advinda com a promulgação da lei, os profissionais de saúde só denunciavam os casos de violência com a concordância dos pacientes, a não ser em situações que envolviam crianças e adolescentes, quando, na maioria das vezes, o Conselho Tutelar era acionado. A notificação não implica na revelação da identidade da vítima ou do seu responsável e poderá ser feita por pessoa física, entidades públicas ou privadas (ex.: enfermeiras, assistentes sociais, médicos, hospitais, unidades de saúde, institutos de medicina legal, etc.).

Em 2004, o poder judiciário, através da **lei nº 10.886**, tipificou a violência doméstica no Código Penal Brasileiro e trouxe a definição jurídica do que é crime de violência doméstica, bem como as penas previstas para o agressor. O objetivo dessa lei é aumentar a proteção daqueles que, subjugados pela dependência econômica ou moral dentro do ambiente doméstico, possuem dificuldade em acionar os meios legais por temer novas agressões, para não colocar em risco o próprio sustento ou por buscar a preservação da harmonia familiar (BRASIL, 2004).

O grande avanço legislativo no combate à violência contra a mulher ocorreu em Agosto de 2006, com a aprovação pelo congresso nacional da **lei nº 11.340 – A Lei Maria da Penha**. O nome dado a esta lei é uma homenagem a cearense Maria da Penha Maia Fernandes, que foi violentada durante seis anos pelo próprio marido. Além das violências rotineiras, Maria da Penha foi vítima do marido em duas tentativas de homicídio, as quais resultaram em paraplegia e outras sequelas irreversíveis.

Até agosto de 2006, a violência doméstica no Brasil era julgada nos chamados “tribunais de pequenas causas”, e geralmente terminava com o pagamento de multas ou de cestas básicas. A sensação de impunidade contribuía ativamente para o aumento e manutenção das agressões.

A Lei Maria da Penha define com clareza quais são os tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher – física, psicológica, sexual, patrimonial e moral – e estabelece os procedimentos que as autoridades policiais e judiciais devem seguir se a mulher fizer denúncia e precisar de proteção. Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, altera o Código Penal, possibilitando que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada

e prevê medidas protetivas para a mulher que esteja correndo risco de morte (BRASIL, 2006a).

Dentre os tipos de violência de gênero, a violência sexual pode ser compreendida como:

“É a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyerismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações sexuais forçadas - coerção física ou por medo do que venha a ocorrer” (TAQUETE, 2007, p. 70).

Toda mulher tem o direito a uma vida sexual plena, livre de violência, de gravidez indesejada ou de adquirir doenças. Diante disso, o Ministério da Saúde acrescenta como violência sexual contra a mulher:

[...] qualquer conduta 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 (BRASIL, 2006b, p. 9).

Até o início do segundo semestre de 2009, quando foi sancionada a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, o Código Penal Brasileiro trazia a previsão dos seguintes crimes contra a “liberdade sexual”: estupro (art. 213); atentado violento ao pudor (art. 214); posse sexual mediante fraude (art. 215); atentado ao pudor mediante fraude (art. 216); e assédio sexual (art. 216-A) (BRASIL, 2009a).

O estupro era definido da seguinte forma: “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça: pena – reclusão, de seis a dez anos”. Assim, o estupro era um crime contra a liberdade sexual da mulher. Somente a mulher podia ser vítima de estupro. E esse crime somente era praticado mediante conjunção

carnal, ou seja, mediante a penetração do pênis na vagina. Constranger mulher à prática de qualquer outro ato libidinoso, como a penetração anal, não caracterizava o estupro, mas, sim, outro crime: o “atentado violento ao pudor” (CP, art. 214). E o homem, quando constrangido, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) à prática de qualquer ato libidinoso, também não era vítima de estupro, mas, sim, do crime de “atentado violento ao pudor” (CP, art. 214).

Entretanto, a partir da vigência da Lei nº 12.015/2009, o conceito de estupro mudou. Na realidade, os artigos 213 e 214 do Código Penal foram praticamente fundidos. O artigo 214 do Código Penal, que descrevia o “atentado violento ao pudor”, foi revogado, mas o seu texto foi incluído no artigo 213 do Código Penal. Além disso, o artigo 216 do Código Penal (“atentado ao pudor mediante fraude”) também foi revogado e o seu texto foi incorporado ao artigo 215 do Código Penal (antes: “posse sexual mediante fraude”; agora: “violação sexual mediante fraude”) (BRASIL, 2010)

Assim, atualmente, conforme a **lei nº 12.015 de 07 de agosto de 2009**, a violência sexual é considerada uma transgressão pesada e compreende três crimes contra a “liberdade sexual”:

ESTUPRO, segundo o Código Penal artigo 213, “**constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.**” Portanto, atualmente, a mulher e o homem podem ser vítimas de estupro, quando constrangidos, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) a praticar conjunção carnal (penetração do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso (exemplo: penetração anal ou oral).

VIOLAÇÃO SEXUAL MEDIANTE FRAUDE, segundo o Código Penal artigo 215, “**ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima. Pena – de 2 (dois) a 6 (seis) anos**”

ASSÉDIO SEXUAL, segundo o Código Penal Brasileiro artigo 216-A, “**constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Pena – reclusão, de 1 (um) a 2**

(dois) anos.” Ao impor ou forçar outra pessoa a exercer um ato sexual, que pode ser beijar, despir-se ou até mesmo o próprio ato, sobre qualquer ameaça, seja de perder o emprego ou ser privado de uma promoção, é assédio sexual.

Os crimes contra a liberdade/dignidade sexual são largamente estudados em todo o mundo, não só no nível do direito, mas também da medicina, da psicologia, entre outras disciplinas. Esse interesse multidisciplinar pelos crimes sexuais torna-se muito valioso, uma vez que é a coordenação de saberes quem torna possível o desenvolvimento de intervenções cada vez mais eficientes, não só no sentido de identificar e condenar o agressor, mas também no restabelecimento físico, emocional e social da vítima (SILVA, 2010).

A experiência traumática da violência sexual extrapola os limites sociais e adentra na área da saúde pública, uma vez que as mulheres vítimas dessa agressão apresentam maior vulnerabilidade imunológica, stress pós-traumático e ainda ideação e tentativa de suicídio (SILVA, 2010).

Os agravos resultantes desse tipo de violência podem manifestar-se a curto ou em longo prazo, dependendo da assistência que a vítima receberá. Hematomas, edemas e lacerações genitais, assim como ansiedade, depressão e abuso de álcool e drogas são, respectivamente, os agravos físicos e psicológicos mais freqüentes (FAÚNDES et al., 2006).

Em uma pesquisa realizada em um hospital da cidade do Rio de Janeiro, constatou-se que entre as mulheres atendidas com dores crônicas sem lesões físicas aparentes, 93,4% apresentaram história de violência verbal/simbólica, 90,1% de violência física e 46,2% de violência sexual. Esse estudo demonstrou o alto índice de somatização entre as vítimas da violência e revelou ainda que os médicos responsáveis por esses atendimentos nunca haviam se alertado para os estragos da violência sobre a saúde (ALMEIDA et al., 2008).

Quando se trata de violência contra a mulher, a atenção primária merece destaque, pois esse nível de atenção tem aumentado a sua cobertura e dado ênfase as ações de promoção e prevenção da saúde. Com a expansão e a valorização da ESF, objetiva-se um acesso freqüente e constante das mulheres ao serviço de saúde, uma relação mais próxima com a comunidade e a resolução de problemas comuns de saúde muito associados com a violência doméstica e sexual contra a mulher (D´OLIVEIRA et al., 2009).

As UBSF são subsídios fundamentais para o acolhimento e o tratamento das mulheres violentadas, as quais buscam não só o reparo dos danos físicos, mas também desejam ser ouvidas e compreendidas sem questionamentos ou julgamentos prévios (JANUÁRIO et al., 2010).

Após uma violência sexual, a mulher precisa de atendimento rápido e respeitoso, em um ambiente com privacidade e oferecido por um profissional sensível e solidário, disposto a escutar, com respeito e interesse, todas as queixas advindas da mulher e preparado, psicologicamente, para ofertar apoio emocional à vítima.

Por ser, na maioria das vezes, o primeiro profissional a estabelecer contato com as mulheres que chegam à UBSF, o enfermeiro deve estar preparado não apenas para dispensar os tratamentos clínicos, mas também para fornecer toda a orientação psicológica, social e jurídica que a mulher necessite. Dessa forma, evidencia-se a necessidade fundamental de uma preparação teórica, científica e legal que os leve a prestar cuidados de qualidade às mulheres que busquem seu serviço de saúde.

A violência sexual é um problema de saúde prevenível, portanto, independente da área de atuação, cabe ao enfermeiro procurar identificar as possíveis vítimas de violência e conscientizar sua equipe e suas pacientes, de que a omissão e a não denúncia dos casos contribuem para o aumento e a preservação da violência (PARRAGA, 2010).

A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde, principalmente aquelas dotadas de serviços de ginecologia e obstetrícia, estejam preparadas para atuar nos casos de emergência. O atendimento imediato à vítima de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a contracepção de emergência ou a profilaxia das DST/HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher. Por outro lado, a atenção ao abortamento previsto por lei necessita de maiores recursos, que estão disponíveis apenas em unidades de saúde específicas. O limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos, sendo que situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contra-referência. (BRASIL, 2009b).

Segundo Brasil (2009b), para que as ações de atenção à violência sexual contra mulheres sejam efetivas e acessíveis a toda a população, é fundamental a existência de mecanismos de identificação e encaminhamento das mulheres agredidas para serviços especializados e/ou centros de referência, por isso, faz-se necessário o conhecimento, pelos profissionais de saúde, de quais são os serviços que realizam esse tipo de atendimento.

No certame a prevenção e ao enfrentamento da violência sexual, o município de Campina Grande – PB, conta com o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA que oferece um Serviço de Referência para as vítimas da violência sexual, funcionando 24 horas por dia e fornecendo medidas de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e a contracepção de emergência. Conta também, desde março de 2006, com cinco núcleos de prevenção à violência, onde uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social), acolhe, notifica e trata todos os casos suspeitos e/ou confirmados. Os núcleos de prevenção da violência e promoção da saúde da mulher estão localizados no Centro de Saúde Dr. Francisco Pinto, no Centro de Saúde da Palmeira, no Centro de Saúde do Catolé, no Serviço Municipal de Saúde e no ISEA. (Secretaria Municipal de Saúde, 2011)

4. METODOLOGIA:

4.1. Tipo de Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, do tipo survey¹ que foi realizada nas UBSF do município de Campina Grande – PB, sobre o conhecimento e a prática dos enfermeiros da ESF acerca da violência sexual contra mulheres.

4.2. Local da Pesquisa:

A rede municipal de saúde de Campina Grande é subdividida em seis distritos sanitários: I, II, III, IV, V, VI e em cada um deles existe 01 centro de saúde e várias UBSF, conforme figura abaixo (Figura 1).

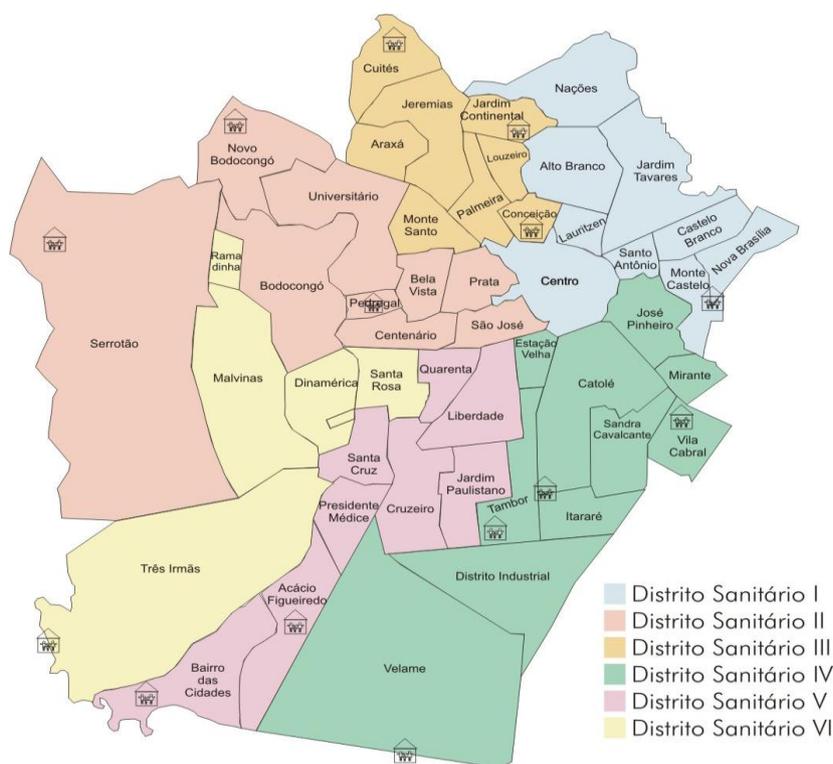


Figura 1 - Mapa dos distritos sanitários de Campina Grande

Fonte: Secretaria Municipal de saúde

¹ O Levantamento, também chamado *Survey*, é um tipo de pesquisa, muito usada por órgãos de estatísticas particulares e oficiais, onde se faz um recorte quantitativo do objeto de estudo, através de vários instrumentos para coleta de dados, como questionários e entrevistas pessoais. Pode-se afirmar que *Survey* tem como objetivo identificar e relacionar o que se tem estudado. O pesquisador que lida com o *Survey*, tende a levar em consideração o perfil do indivíduo e uma amostra maior do que os outros tipos de estudo. O *Survey* é utilizado quando se trata de um problema, ao qual se pretende descrever a situação atual (tempo) em determinado ponto de uma população (local), além de poder ter uma visão do que foi testado e relacionar ao que foi experimentado ou sugerido (FREITAS et al., 2000).

Os distritos sanitários compreendem uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e suas necessidades, e os recursos de saúde para atendê-la. A coleta de dados se deu em 05 UBSF de cada distrito sanitário de Campina Grande, o que garantiu uma amostra com características geográficas, sociais, econômicas e culturais de todo o município.

4.3. População e Amostra:

A população do estudo foi composta por enfermeiros que atuam nas UBSF selecionadas para a pesquisa. Uma amostra probabilística foi selecionada e os distritos sanitários de Campina Grande foram utilizados como subgrupo da população. Para definir os enfermeiros que participaram do estudo, foi realizado um sorteio aleatório simples de cinco UBSF em cada um dos seis distritos sanitários do município, compondo um total de trinta unidades da ESF visitadas e 30 enfermeiros pesquisados. Devido a motivos diversos dos profissionais, 03 enfermeiros não completaram sua participação na pesquisa, o que acarretou em uma perda amostral de 10%.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão:

Os critérios utilizados na seleção dos sujeitos foram: ser enfermeiro da ESF do município de Campina Grande – PB, estar no desempenho das atividades profissionais no período da coleta e aceitar participar livremente da pesquisa.

4.5. Instrumento de coleta de dados:

O instrumento para coleta dos dados foi um questionário construído e adaptado tendo como base a literatura revisada e um instrumento utilizado por BARALDI (2009) em estudo com médicos e enfermeiros de Ribeirão Preto – SP.

A versão final do instrumento foi composta por 36 questões subdivididas em 03 seções:

- I. Informações gerais do participante: 10 questões relativas às características sociais, demográficas e acadêmicas que permitiram conhecer o perfil dos participantes.
- II. Dados relativos ao conhecimento dos participantes acerca da violência sexual contra mulheres: 13 questões. Essas informações foram agrupadas em quatro partes:
 - Parte I – Definição, Percepção e Epidemiologia;
 - Parte II – Diagnóstico e Abordagem à vítima;
 - Parte III – Tratamento e Manejo dos casos;
 - Parte IV – Aspectos éticos e legais;
- III. Dados relacionados à prática dos enfermeiros em relação a violência sexual contra mulheres: 13 questões.

4.6.Procedimento de coleta de dados:

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de outubro a novembro de 2011 e o questionário foi aplicado face a face pela pesquisadora, no local de trabalho dos profissionais, durante o horário do expediente, com tempo médio de 20 minutos de aplicação. Previamente a coleta dos dados, o instrumento de pesquisa foi testado por meio de um questionário pré- teste objetivando verificar a existência de erros ou falhas. Para evitar o contato prévio com o instrumento de coleta e assim garantir a confiabilidade dos dados, esse pré-teste foi aplicado com enfermeiros que atuam na ESF, mas que posteriormente não fizeram parte da pesquisa. A análise do pré-teste possibilitou a realização de algumas alterações no instrumento, principalmente acerca da linguagem utilizada e da incorporação de novas questões e alternativas de resposta.

4.7.Processamento e análise dos dados:

Os dados obtidos com a pesquisa foram analisados por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais), através de gráficos e tabelas explicativas e com o auxílio do programa de computador Excel. Em algumas questões, visando uma melhor análise dos dados, foi construído um escore para

avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a violência sexual contra mulheres, atribuindo-se 01 ponto para cada questão respondida corretamente e 0 ponto para respostas erradas ou desconhecidas. Desse modo, o conhecimento foi classificado em baixo, bom ou alto, de acordo com a pontuação obtida pelo participante.

4.8.Aspectos éticos:

De acordo com os aspectos éticos vigentes, o estudo encontra-se em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi registrado no SISNEP (CAAE – 1979.0.000.133-11), aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo B) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Anexo A).

A todos os profissionais foram fornecidas orientações a respeito do estudo, incluindo sua confidencialidade e aspecto voluntário da participação. Os que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

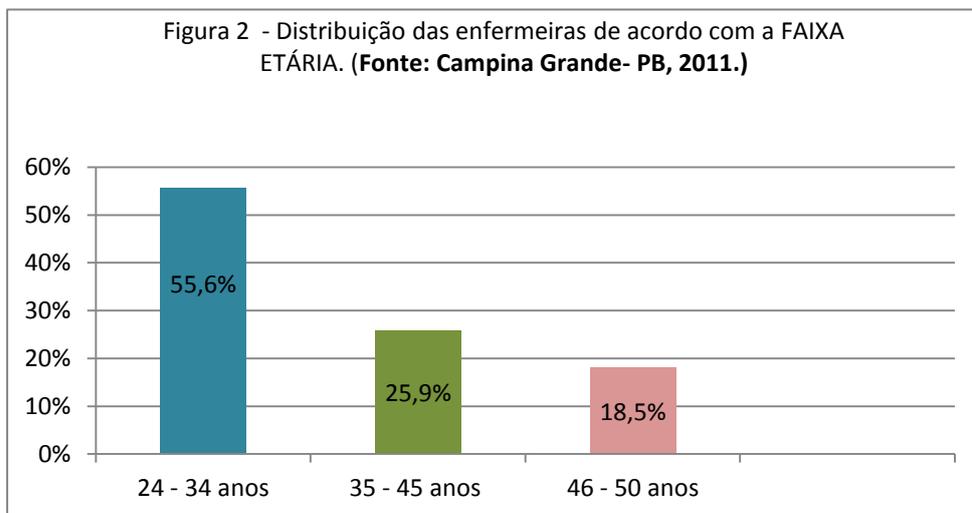
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os resultados obtidos serão apresentados e discutidos em três etapas: Caracterização da amostra; Conhecimento dos enfermeiros acerca da violência sexual contra mulheres e Prática desses profissionais em relação à mesma.

5.1.CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

Participaram da pesquisa 27 profissionais, todas (100%) do sexo feminino.

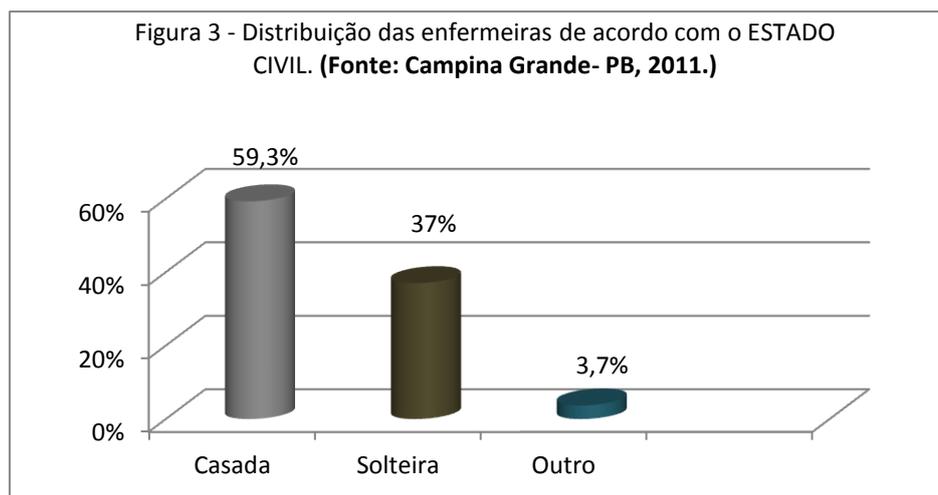
A idade variou entre 24 e 50 anos, com idade média de 36,3 anos. Das 27 entrevistadas, 15 (55,6%) tinham entre 24 e 34 anos, 07 (25,9%) entre 35 e 45 anos e 05 (18,5%) entre 46 e 50 anos (Figura 2). Nesse estudo não foi estabelecida uma relação entre a idade do profissional e o conhecimento da violência, porém Vieira et al. (2009), em um estudo realizado com médicos e enfermeiros detectou um maior conhecimento acerca da violência de gênero em profissionais com mais de 48 anos de idade.



Em relação à cor, 15 enfermeiras (55,6%) se declararam brancas, 11 (40,7%) pardas e 01 (3,7 %) negra.

Quanto à religião, a maior parte dos enfermeiros (19) declarou-se católica (70,4%), 05 (18,5%) são espíritas, 02 (7,4%) protestantes e 01 (3,7%) optou pela opção “outra”.

No que tange ao estado civil, 16 entrevistadas (59,3 %) são casadas, 10 (37,0%) são solteiras e 01 (3,7%) escolheu a opção “outro”. (Figura 3)



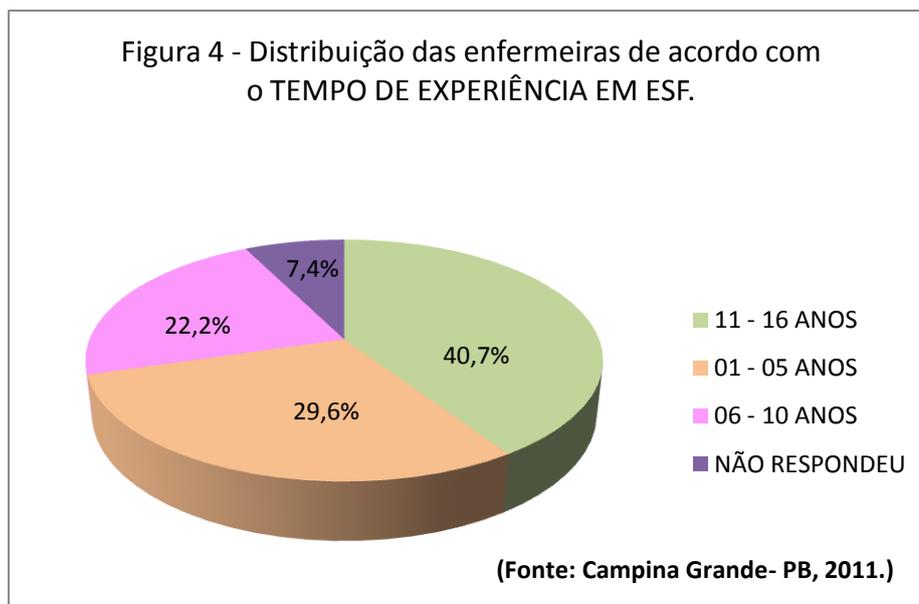
Em relação à renda familiar, 22 enfermeiras (81,5%) afirmaram ganhar entre 2.500 e 5.000 reais, 02 (7,4%) entre 5.000 e 7.500 reais. 02 (7,4%) entre 7.500 e 10.000 reais e 01 (3,7%) não respondeu a questão.

Quanto à formação das profissionais, 14 (51,9%) concluíram o curso entre 2001 e 2010, 08 (29,6%) entre 1991 e 2000 e 05 (18,5%) entre 1980 e 1990. 81,5 % das enfermeiras (22) são oriundas de universidades públicas e 18,5 % (05) de faculdades particulares.

No que se refere a pós- graduação, 92,6% (25) das entrevistadas possuem algum tipo de especialização, dentre as quais 14 (51,9%) a possuem em saúde da família, 04 (14,8%) em saúde pública, 02 (7,4%) em saúde mental, 02 (7,4%) em enfermagem do trabalho, 01 (3,7%) em saúde da mulher, 01 (3,7%) em obstetrícia e 01 (3,7%) em UTI. 56,0% dessas especializações (14) foram concluídas em instituições particulares e 11 (44%) em instituições públicas. Apenas 01 (3,7%) das entrevistadas possui pós-graduação: Mestrado em Saúde Pública, pela UEPB.

O aprimoramento e a educação permanente são elementos essenciais para a capacitação, que refletem positivamente na atuação profissional. Diante disso, um fator de relevância, que foi abordado, relaciona-se as especializações. Em um estudo americano, Bryant e Spencer (2002), encontraram que as enfermeiras especialistas identificaram as vítimas de violência mais frequentemente do que as que não possuíam essa titulação.

No certame ao tempo de experiência em Estratégia Saúde da Família (ESF), 11 (40,7 %) possuem entre 11 e 16 anos, 08 (29,6 %) entre 01 e 05 anos, 06 (22,2%) entre 06 e 10 anos e 02 (7,4%) não responderam a essa questão. (Figura 4)



5.2. CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES:

As enfermeiras foram submetidas a quatro subgrupos de perguntas sobre o conhecimento acerca da violência sexual contra mulheres e obteve-se os seguintes resultados:

PARTE I - Definição, Percepção e Epidemiologia

Para avaliar a questão 01, de acordo com os dados presentes na tabela 1, foi construído um escore do conhecimento sobre definição, percepção e epidemiologia da violência sexual contra mulheres. Atribuiu-se 01 ponto para cada questão respondida corretamente e 0 ponto para cada erro ou questão respondida com “ não sei”. A pontuação possível de ser alcançada variou de 0 a 23 pontos. O escore obtido foi classificado em baixo (0 a 12 pontos), bom (13 a 20 pontos) e alto (21 a 23 pontos) conhecimento. (Tabela 2)

Tabela 1 - Conhecimento das enfermeiras acerca da definição, percepção e epidemiologia da violência sexual contra mulheres. (As respostas corretas estão em negrito)

DEFINIÇÃO, PERCEPÇÃO E EPIDEMIOLOGIA	V	%	F	%	NS	%	Nº	%
a) Violência sexual é sinônimo de Estupro.	06	22,2	20	74,1	01	3,7	27	100
b) Ser forçada a manter relações sexuais com o parceiro íntimo é uma forma de violência sexual.	27	100	-	-	-	-	27	100
c) Na maioria dos casos, a violência sexual contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas.	02	7,4	24	88,9	01	3,7	27	100
d) A violência sexual contra a mulher constitui-se em um problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina.	16	59,3	04	14,8	07	25,9	27	100
e) Gravidez indesejada e DST's podem ser consequências da violência sexual contra a mulher.	25	92,6	01	3,7	01	3,7	27	100
f) Carícias, exploração sexual, linguagem obscena e masturbação não podem ser considerados como violência sexual.	02	7,4	24	88,9	01	3,7	27	100
g) A violência sexual contra a mulher está diretamente relacionada às condições sócio-econômicas.	06	22,2	19	70,4	02	7,4	27	100
h) A violência sexual pode estar atrelada a outros tipos de violência de gênero, como a física e a psicológica.	25	92,6	01	3,7	01	3,7	27	100
i) A maioria dos estupradores são doentes mentais.	03	11,1	22	81,5	02	7,4	27	100
j) A maioria das mulheres gosta de homens agressivos.	-	-	24	88,9	03	11,1	27	100
k) "Pancada de amor não dói".	-	-	27	100	-	-	27	100
l) É comum a prática de estupro sem violência física.	07	25,9	18	66,7	02	7,4	27	100
m) A violência sexual perpetrada por parceiro íntimo é um assunto de fórum privado e exclusivo do casal.	01	3,7	24	88,9	02	7,4	27	100

n) É aceitável que uma mulher seja violentada sexualmente se tiver realmente provocado a agressão.	-	-	26	96,3	01	3,7	27	100
o) Aqueles que cometem violência sexual devem ser presos.	26	96,3	01	3,7	-	-	27	100
p) Aqueles que cometem violência sexual devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados.	-	-	26	96,3	01	3,7	27	100
q) O crime de violência sexual contra a mulher é um dos mais denunciados.	02	7,4	21	77,8	04	14,8	27	100
r) O combate a violência sexual deve ser realizado de forma isolada.	02	7,4	24	88,9	01	3,7	27	100
s) Poucas vezes em que uma mulher sofre violência sexual há lesão corporal.	12	44,4	13	48,1	02	7,4	27	100
t) O atendimento às vítimas de violência sexual deve ser feito de forma multidisciplinar e integral.	26	96,3	-	-	01	3,7	27	100
u) A maioria das vítimas procura delegacias de polícia para denunciar os crimes de violência sexual.	01	3,7	26	96,3	-	-	27	100
v) O serviço de saúde é um local privilegiado para identificação de vítimas de violência sexual.	21	77,8	06	22,2	-	-	27	100
w) Grande parte dos profissionais de saúde não está preparada para atender mulheres vítimas de violência sexual.	25	92,6	01	3,7	01	3,7	27	100

(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

Tabela 2 – Escore obtido nas questões sobre definição, percepção e epidemiologia da violência sexual contra mulheres.

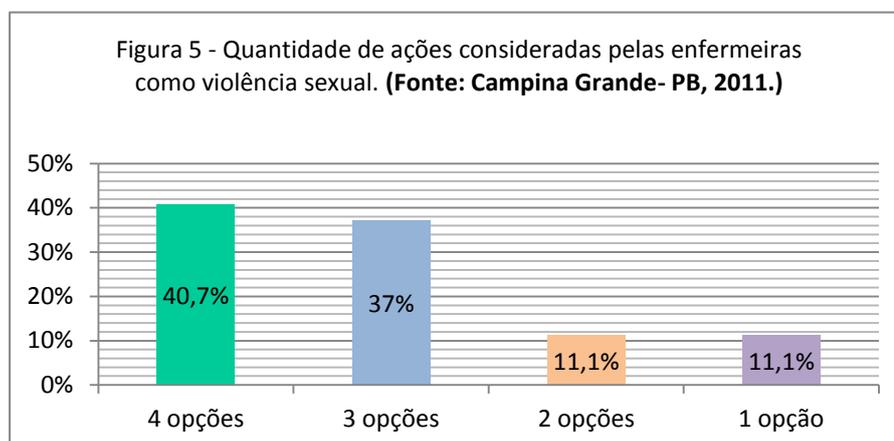
Escore sobre o conhecimento acerca da definição, percepção e epidemiologia da violência sexual contra mulheres	Nº	%
BAIXO (0 – 12 pontos)	01	3,7
BOM (13 – 20 pontos)	18	66,7
ALTO (21 – 23 pontos)	08	29,6
TOTAL	27	100

(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

A maior parte das enfermeiras (66,7%) apresentou um bom conhecimento acerca da definição, da percepção e da epidemiologia da violência sexual. As profissionais reconheceram esse fenômeno como um problema de saúde pública, que ocorre das mais diversas formas e em grande maioria é praticado por pessoas conhecidas da vítima. Souberam identificar suas principais consequências e também o perfil do agressor, que não está relacionado ao estado mental do mesmo, nem a condições sócio-econômicas. Confirmaram a pouca denúncia desse tipo de crime e a importância do serviço de saúde na identificação das vítimas. Também admitiram o despreparo de grande parte dos profissionais de saúde em lidar com essa temática.

Grande parte das entrevistadas discordou de que seja comum a prática de violência sexual sem violência física (66,7%) e de que é pouco comum a presença de lesões corporais em vítimas de violência sexual (48,1%). Em estudo realizado, Souto et al. (2010), afirma que a violência física esteve presente em apenas 22,2% dos casos de violência sexual analisados, reafirmando que, em sua grande maioria, a violência sexual dá -se pela grave ameaça, pela violência presumida e pelo poder de coação e/ou sedução do agressor.

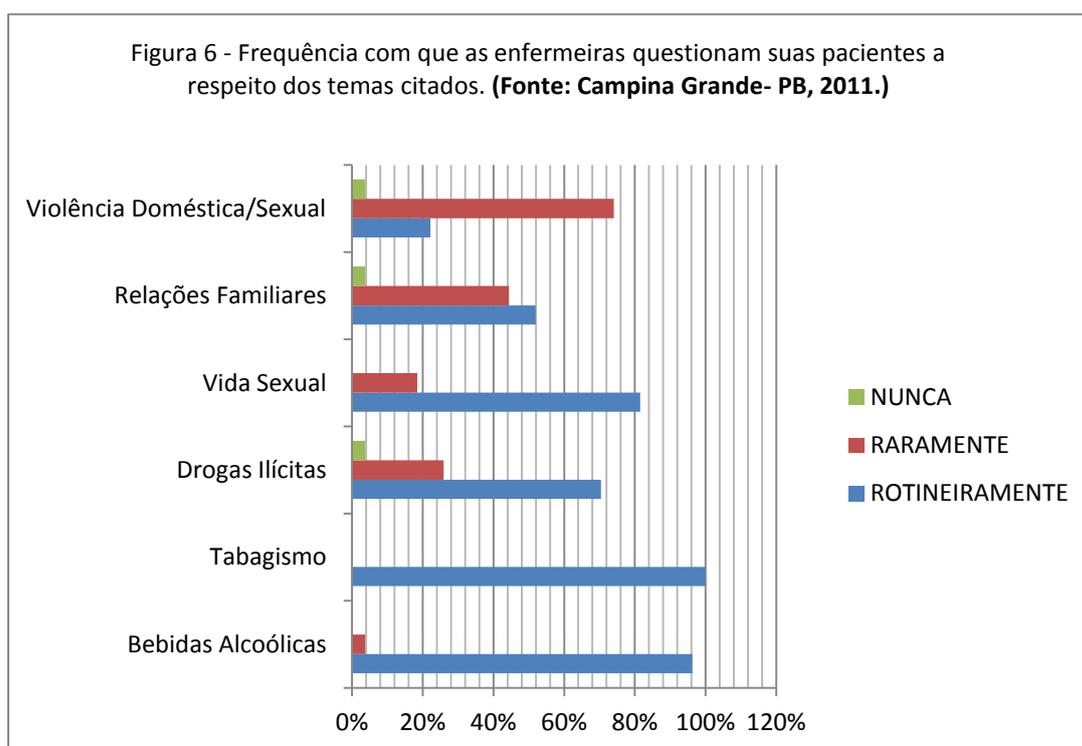
De acordo com Brasil (2006b), impedir o uso de métodos contraceptivos, obrigar a realização de um matrimônio, induzir à prostituição e induzir ao aborto são condutas que caracterizam violência sexual, entretanto, na questão 02, onde essas quatro alternativas foram expostas para a escolha das enfermeiras, apenas 11 enfermeiras (40,7%) marcaram todas as opções, enquanto 10 (37,0%) marcaram 03 opções, 03 (11,1%) marcaram 02 opções e 03 (11,1%) marcaram 01 opção, o que demonstra uma fragilidade na percepção individual das enfermeiras de quais ações podem vir a ser consideradas como violência sexual (Figura 5). Induzir a prostituição foi a ação mais citada (31,7%) e a menos citada foi obrigar a realização de um matrimônio (17,1%).



PARTE II – Diagnóstico e Abordagem à Vítima

No que diz respeito à abordagem à vítima, 26 enfermeiras (96,3 %) acreditam que é seu papel profissional perguntar sobre situações de violência sexual contra a mulher e 01 (3,7%) não o reconhece como parte de suas atribuições.

Foi solicitado pela pesquisadora que as enfermeiras respondessem com que frequência questionavam suas pacientes sobre alguns temas específicos, com o objetivo de verificar se as profissionais conversam com suas pacientes a respeito de violência. Os resultados estão expostos na figura 6.



A maioria das enfermeiras demonstrou que não tem dificuldade em conversar com suas pacientes sobre assuntos variados. Entre os que são mais questionados rotineiramente pelas enfermeiras estão: tabagismo (100%), consumo de bebidas alcoólicas (96,3%) e vida sexual da paciente (81,5%). 70,4% questionam rotineiramente o uso de drogas ilícitas e 51,9% as relações familiares. No certame a violência doméstica/sexual, 74,1% das enfermeiras afirmou ter dificuldade para questionar suas pacientes, fazendo essa investigação raramente. Geralmente, os profissionais de saúde são resistentes em questionar às mulheres sobre violência, por medo de ofendê-las ou de

envolver-se em assuntos para os quais não possui recursos e/ou habilidades de resolver (BARALDI, 2009).

Infelizmente, as mulheres quase nunca falam sobre a violência sexual que sofreram ou sofrem, porém se forem abordadas de forma correta, em um ambiente privativo e acolhedor podem revelar esse fato. Em relação à abordagem feita pelo enfermeiro, solicitou-se que as entrevistadas respondessem, dentre as alternativas apresentadas, quais achavam verdadeiras, falsas ou se não sabiam. A tabela 3 expõe os resultados alcançados.

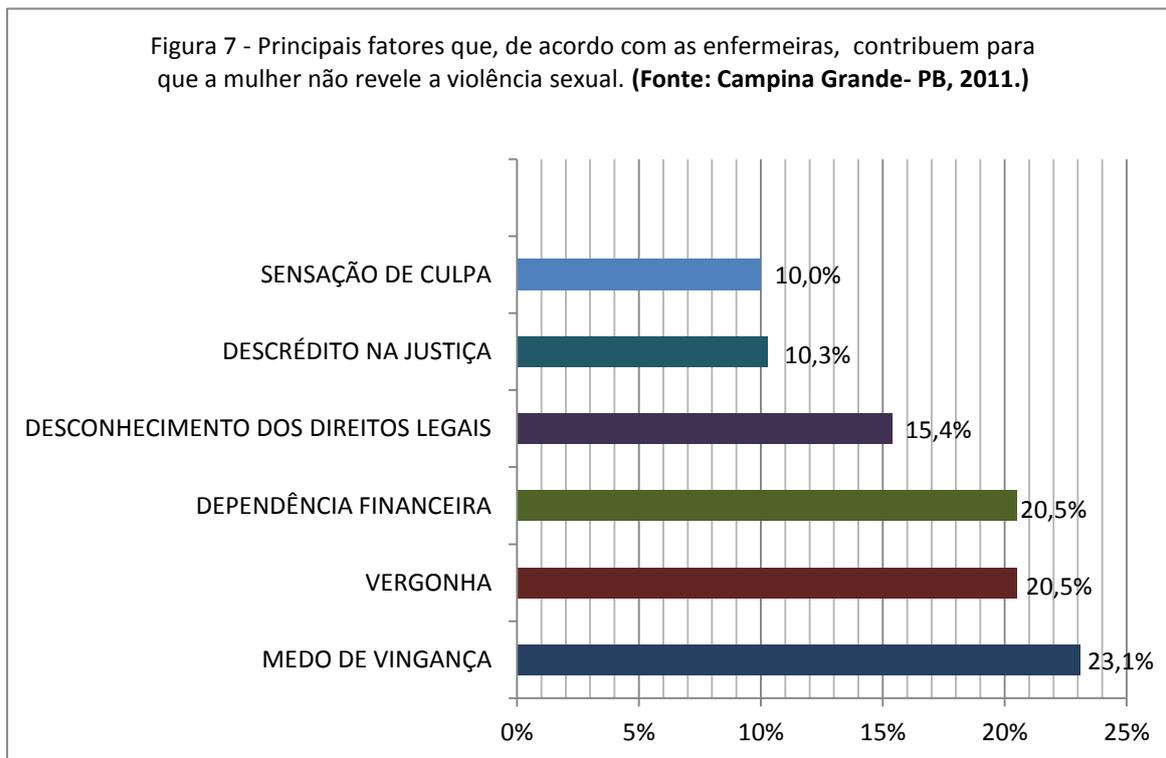
Tabela 3 – Modo de abordagem do enfermeiro em relação à violência sexual. (As respostas corretas estão em negrito)

EM RELAÇÃO À REVELAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL, O ENFERMEIRO DEVE:	V	%	F	%	NS	%	TOTAL	%
a) Abordar diretamente a paciente perguntando: “Você foi violentada sexualmente?”	06	22,2	19	70,4	02	7,4	27	100
b) Evitar abordar o assunto a menos que essa seja a queixa principal da paciente.	03	11,1	22	81,5	02	7,4	27	100
c) Perguntar insistentemente se a paciente vive situações de violência sexual.	-	-	26	96,3	01	3,7	27	100
d) Explicar que a violência contra a mulher é muito comum e dizer que pergunta isso a todas as suas pacientes e em seguida perguntar: “Você já sofreu algum tipo de abuso ou violência sexual?”	23	85,2	04	14,8	-	-	27	100

(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

Diante dos dados, há uma aparente preferência por uma abordagem menos incisiva da paciente em relação à violência, feita de maneira indireta, sem insistência e de forma contextualizada. Apesar de 70,4% das entrevistadas acharem que não se deve abordar à vítima de forma direta, Hegarty e Taft (2001) encontraram que mulheres em situação de violência preferem ser questionadas com perguntas diretas, procedimento também recomendado pela OMS (2002).

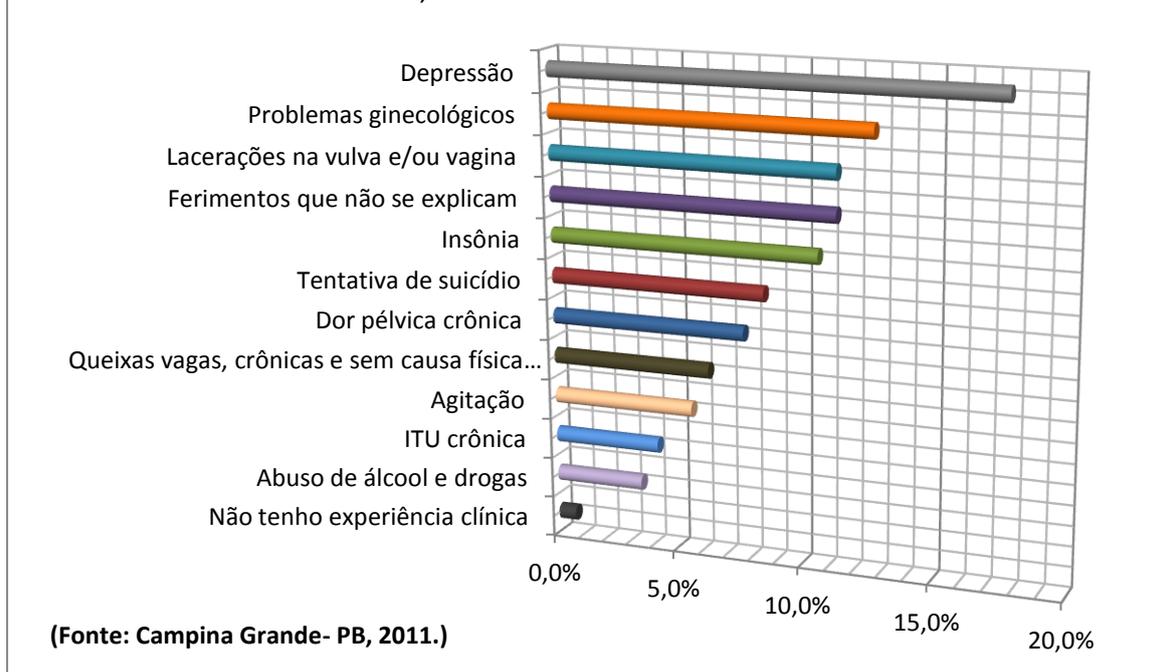
De acordo com as 27 enfermeiras, os principais fatores que contribuem para a não revelação da violência sexual pelas mulheres estão expressos na figura 7.



A subnotificação dos casos de violência sexual é uma das maiores barreiras para o enfrentamento deste mal. Enquanto as vítimas, e a sociedade civil como um todo, não buscarem cada vez mais a denúncia e a punição dos agressores, não se obterá êxito nessa batalha. Muitas são as razões alegadas pelas mulheres para a não revelação da violência e as enfermeiras participantes acertaram as principais: Medo de vingança, vergonha e dependência financeira. Além dessas, pode-se incluir também a preocupação com os filhos, o sentimento de afetividade pelo agressor e a esperança de que a violência tenha um fim.

O conhecimento das enfermeiras sobre os principais sinais e sintomas apresentados pela mulher violentada sexualmente estão representados na figura 8. Os sinais e sintomas mais citados foram: depressão (17,6%), problemas ginecológicos (12,7%), ferimentos que não se explicam (11,3%), lacerações na vulva e/ou vagina (11,3%) e insônia (10,6 %) (Figura 8). Esses dados encontram-se em consonância com um estudo português realizado por Costa (2003).

Figura 8 - Principais sinais e sintomas na mulher que sofre violência sexual, de acordo com as enfermeiras.



PARTE III – Tratamento e Manejo dos Casos

A seguir serão descritos os resultados que mensuraram o nível de conhecimento que as entrevistadas possuíam acerca do tratamento e do manejo dos casos confirmados e/ou suspeitos de violência sexual. Foi solicitado à entrevistada que respondesse a 12 questões com verdadeiro, falso ou não sei. Todas as questões foram respondidas corretamente pela maioria das entrevistadas. A tabela 4 expressa os resultados obtidos.

Tabela 4 - Conhecimento das enfermeiras acerca do tratamento e do manejo dos casos de violência sexual contra mulheres. (As respostas corretas estão em negrito)

EM RELAÇÃO AO MANEJO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA:	V		F		NS		TOTAL	
	V	%	F	%	NS	%	TOTAL	%
a) O enfermeiro deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto.	01	3,7	26	96,3	-	-	27	100
b) Marcar retorno em intervalos menores que 1 mês quando suspeitar que a paciente sofre ou sofreu violência sexual.	25	92,6	-	-	02	7,4	27	100

c)	O médico deve prescrever calmantes/antidepressivos para a paciente conseguir lidar com os possíveis problemas decorrentes da violência.	07	25,9	11	40,7	09	33,3	27	100
d)	Direcionar o atendimento para a contracepção de emergência, profilaxia de DST/ AIDS e outros procedimentos médicos necessários, incluindo a interrupção de gravidez prevista em lei.	23	85,2	02	7,4	02	7,4	27	100
e)	Avaliar com a paciente os riscos que ela corre de sofrer novas violências sexuais.	27	100,0	-	-	-	-	27	100
f)	Deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente, se o autor do crime tiver sido ele.	06	22,2	14	51,9	07	25,9	27	100
g)	Deve indicar a paciente à psicoterapia.	25	92,6	01	3,7	01	3,7	27	100
h)	Não deve notificar o fato, uma vez que a informação é sigilosa.	06	22,2	21	77,8	-	-	27	100
i)	Deve dar número de telefone de abrigos e organizações que cuidem de mulheres em situação de violência.	25	92,6	01	3,7	01	3,7	27	100
j)	Deve orientar a paciente a procurar a delegacia da mulher.	27	100,0	-	-	-	-	27	100
k)	Deve realizar a notificação compulsória.	17	63,0	02	7,4	08	7,4	27	100
l)	Deve recorrer à norma técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde.	23	85,2	-	-	04	14,8	27	100

(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

Com base na tabela anterior, foi criado um escore (Tabela 5) atribuindo-se 01 ponto para cada questão respondida corretamente e 0 ponto para respostas erradas ou aquelas respondidas com “não sei”, de modo que a pontuação possível de ser obtida variasse de 0 a 12 pontos. Classificou-se como conhecimento baixo a pontuação de 0 a 5 pontos, conhecimento bom de 06 a 09 pontos e conhecimento alto de 10 a 12 pontos.

Tabela 5 – Escore obtido nas questões sobre tratamento e manejo dos casos de violência sexual contra mulheres.

Escore sobre o conhecimento acerca do tratamento e do manejo dos casos de violência sexual contra mulheres	Nº	%
BAIXO (0 – 05 pontos)	-	-
BOM (06 – 09 pontos)	12	44,4
ALTO (10 – 12 pontos)	15	55,6
TOTAL	27	100

(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

Todas as enfermeiras foram classificadas como tendo um bom ou um alto conhecimento a respeito do tratamento e do manejo dos casos de violência sexual. As entrevistadas afirmaram a necessidade de uma boa observação e percepção da vítima, principalmente das informações não verbais, bem como da necessidade de encaminhar as mulheres agredidas para serviços especializados e para um acompanhamento psicossocial. Mostraram conhecimento em relação à necessidade da notificação compulsória e da consulta à norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, do Ministério da Saúde.

Um questionamento que dividiu a opinião das enfermeiras foi no tocante à prescrição de calmantes/antidepressivos para a paciente. 25,9% afirmaram que eles devem ser prescritos, 40,7% acham que não devem e 33,3% não souberam se posicionar a respeito. Ainda que a prescrição desses medicamentos seja de competência médica exclusiva, responder corretamente à referida questão independe dos conhecimentos da farmacologia dessas drogas. A prescrição de calmantes/antidepressivos para que a paciente consiga lidar com os problemas decorrentes da violência, acaba atribuindo à vítima a responsabilidade pela agressão sofrida e reduz o problema vivido à esfera puramente biológica. Outro aspecto importante a ser observado é o aumento da vulnerabilidade, uma vez que os efeitos dessas drogas diminuem a capacidade de reação das mulheres frente a novas agressões. (VIEIRA et al., 2009). Portanto, esse tipo de tratamento deve ser cuidadosamente avaliado e postergado, inicialmente, em favor de uma escuta atenciosa e do fortalecimento do apoio psicológico.

PARTE IV – Aspectos Éticos e Legais

Em relação aos aspectos éticos e legais que envolvem a violência sexual contra mulheres, 81,5% das enfermeiras (22) afirmaram que nunca tiveram acesso à publicação do Ministério da Saúde “Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual – Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde”, enquanto apenas 18,5 % (05) disseram já ter acessado essa publicação. Entre estas, 40% (02) o fizeram por meio da internet, 40% (02) receberam do Ministério da Saúde e 20% (01) através de outras formas.

Quando questionadas sobre quatro legislações específicas, 23 enfermeiras (62,2%) afirmaram conhecer a Lei Maria da Penha, 09 (24,3%) a Lei de Notificação Compulsória, 02 (5,4%) a Lei da Violência Doméstica, nenhuma conhecia a Lei dos Crimes contra a dignidade sexual e 03 (8,1%) não conheciam nenhuma das leis citadas. (Tabela 6)

Tabela 6 – Conhecimento das enfermeiras acerca de algumas leis.

QUAL (IS) DAS SEGUINTE LEIS VOCÊ CONHECE?	Nº	%
Lei nº 10.778 de 24/11/2003 – Lei da Notificação Compulsória.	09	24,3
Lei nº 10.886 de 17/06/2004 – Lei da Violência Doméstica.	02	5,4
Lei nº 11.340 de 07/08/2006 – Lei Maria da Penha.	23	62,2
Lei nº 12.015 de 07/08/2009 – Crimes contra a dignidade sexual.	-	-
Não conheço nenhuma das leis acima citadas.	03	8,1
TOTAL	37	100

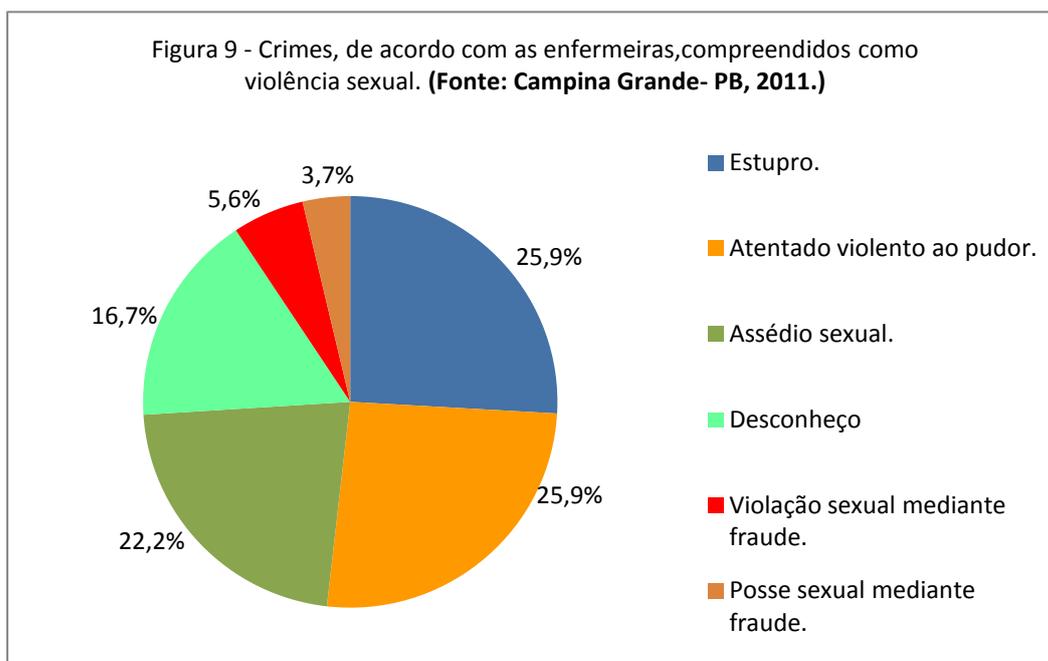
(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

Apesar da importância das quatro leis citadas, devido, principalmente, a grande divulgação na mídia, a Lei Maria da Penha foi a mais reconhecida pelas enfermeiras entrevistadas. Vale ressaltar que durante as entrevistas, muitas profissionais alegaram não conhecer a lei profundamente, porém já tinham, ao menos, escutado alguma coisa sobre a mesma.

É pertinente observar que menos de ¼ das enfermeiras tem algum conhecimento sobre a Lei da Notificação Compulsória, lei esta, que desde 2003, regulamenta a

obrigação da notificação por parte dos serviços de saúde de todos os casos e tipos de violência contra a mulher.

Nenhuma das entrevistadas tem qualquer conhecimento da lei que versa sobre os crimes contra a dignidade sexual. É nessa lei que se encontra a definição de violência sexual e os crimes que são enquadrados nessa transgressão. Esse desconhecimento da lei ficou evidenciado nas opções mais assinaladas pelas enfermeiras como crimes de violência sexual: Estupro (25,9%), Atentado Violento ao Pudor (25,9%), e Assédio Sexual (22,2%). Violação Sexual Mediante Fraude obteve 5,6% e Posse Sexual Mediante Fraude 3,7%, onde selecionaram opções que, de acordo com o Código Penal Brasileiro (2009), nem existem mais (atentado violento ao pudor e posse sexual mediante fraude). 16,7% das enfermeiras afirmaram desconhecer totalmente o assunto. (Figura 9)



A tabela 7 expõe o conhecimento sobre aspectos éticos e legais, das enfermeiras da ESF de Campina Grande – PB, acerca da violência sexual contra mulheres.

Tabela 7 - Conhecimento das enfermeiras acerca da definição, percepção e epidemiologia da violência sexual contra mulheres. (As respostas corretas estão em negrito)

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	V	%	F	%	NS	%	TOTAL	%
a) Somente a mulher pode ser vítima de estupro.	01	3,7	25	92,6	01	3,7	27	100
b) Mesmo quando realizada sob qualquer forma de constrangimento a penetração oral e/ou anal não é considerada como estupro.	07	25,9	18	66,7	02	7,4	27	100
c) Para realizar o atendimento a uma vítima de violência sexual é necessário que a mulher apresente o Boletim de Ocorrência - BO.	03	11,1	19	70,4	05	18,5	27	100
d) Para realizar o atendimento a uma vítima de violência sexual é necessário a apresentação do Laudo do Instituto de Medicina Legal - IML.	02	7,4	20	74,1	05	18,5	27	100
e) Antes de qualquer providência policial ou judicial a vítima de violência sexual deve receber assistência médica.	20	74,1	05	18,5	02	7,4	27	100
f) O exame de corpo de delito só pode ser feito até algumas horas após a violência sexual.	10	37,0	07	25,9	10	37,0	27	100
g) O exame de corpo de delito pode ser realizado de forma indireta, com base nas informações constantes do prontuário da vítima.	05	18,5	08	29,6	14	51,9	27	100
h) Nos casos de violência sexual existe um prazo específico para a lavratura do BO.	05	18,5	03	11,1	19	70,4	27	100
i) Quando a vítima de violência sexual é maior de 18 anos, para que o agressor seja punido é necessário que a vítima estabeleça uma ação penal contra ele.	14	51,9	03	11,1	10	37,0	27	100

j)	A vítima de violência sexual maior de 18 anos não é obrigada a apresentar representação penal contra o agressor.	07	25,9	08	29,6	12	44,4	27	100
k)	Após saber quem é o agressor, a vítima tem 06 meses para representá-lo criminalmente.	01	3,7	03	11,1	23	85,2	27	100
l)	A vítima não tem dever legal de notificar o crime de violência sexual à polícia ou a ninguém.	06	22,2	14	51,9	07	25,9	27	100
m)	Para a realização do aborto legal há a obrigatoriedade do exame pericial.	23	85,2	01	3,7	03	11,1	27	100
n)	Para a realização do aborto legal há a obrigatoriedade da denúncia contra o agressor.	14	51,9	06	22,2	07	25,9	27	100
o)	Toda violência sexual pode ser punida pela Lei Maria da Penha.	17	63,0	05	18,5	05	18,5	27	100

(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

Foi elaborado um escore, com base na tabela anterior, para avaliar o conhecimento sobre aspectos éticos e legais da violência sexual pelas enfermeiras entrevistadas. Para cada questão correta foi atribuído o valor de 1 ponto; as questões erradas ou cujas respostas foram “não sei”, receberam 0 ponto, de modo que a pontuação possível variasse de 0 a 15 pontos. Devido à baixa quantidade de acertos, retiramos do escore a categoria “alto conhecimento” e acrescentamos a categoria “muito baixo conhecimento”. As que obtiveram de 0 a 03 pontos, de 04 a 07 pontos e de 08 a 11 pontos, classificou-se como tendo muito baixo conhecimento, baixo conhecimento e bom conhecimento, respectivamente. (Tabela 8)

Tabela 8 – Escore obtido nas questões sobre aspectos éticos e legais da violência sexual contra mulheres.

Escore sobre o conhecimento acerca dos aspectos éticos e legais da violência sexual contra mulheres	Nº	%
MUITO BAIXO (0 – 03 pontos)	06	22,2
BAIXO (04 – 07 pontos)	15	55,6
BOM (08 – 11 pontos)	06	22,2
TOTAL	27	100

(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

Os dados obtidos nesse estudo demonstram que quase 80% das enfermeiras entrevistadas apresentaram muito baixo ou baixo conhecimento sobre os aspectos éticos e legais acerca da violência sexual contra mulheres. Em relação à definição e caracterização da violência sexual e também da necessidade de atendimento de saúde antes de qualquer outra providência, as entrevistadas obtiveram grande índice de acerto. Foram corretas também ao afirmar que nem o Boletim de Ocorrência e nem o Laudo do IML são necessários para o atendimento da vítima. Porém, quando questionadas mais especificamente sobre exame de corpo de delito, boletim de ocorrência, representação contra o agressor e abortamento legal, a maioria das enfermeiras afirmou não saber ou respondeu erroneamente.

Tendo em vista um déficit no conhecimento das enfermeiras sobre os aspectos éticos e legais da violência sexual, as questões que mais ocasionaram dúvidas foram:

- “Nos casos de violência sexual existe um prazo específico para a lavratura do BO.”

O Boletim de Ocorrência (BO) é um documento que registra um fato para as autoridades policiais. Não há prazo específico para a lavratura do BO, a qualquer tempo qualquer vítima de qualquer crime pode notificar o fato polícia. (BRASIL, 2010)

- “O exame de corpo de delito só pode ser feito até algumas horas após a violência sexual” e “O exame de corpo de delito pode ser realizado de forma indireta, com base nas informações constantes do prontuário da vítima.”

O laudo do instituto médico legal (IML) é um documento elaborado para fazer prova criminal. Quando se deseja buscar/recolher material genético do agressor ele deve ser feito em até 72 horas após a violência, porém se por alguma razão não for possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos cuidarão de fazer o exame de forma indireta, com base no prontuário médico do serviço que assistiu a vítima, sem prejuízo algum para as investigações policiais. (BRASIL, 2010)

- “A vítima de violência sexual maior de 18 anos não é obrigada a apresentar representação penal contra o agressor”, “Quando a vítima de violência sexual é maior de 18 anos, para que o agressor seja punido é necessário que a vítima estabeleça uma ação penal contra ele.” e “Após saber quem é o agressor, a vítima tem 06 meses para representá-lo criminalmente.”

A vítima de violência sexual não é obrigada a comunicar o crime a ninguém, porém para que o agressor seja punido ela precisa, até 06 meses após saber quem ele é, representá-lo criminalmente, ou seja, instalar uma ação penal contra ele. (BRASIL, 2010)

- “Para a realização do aborto legal há a obrigatoriedade do exame pericial” e “Para a realização do aborto legal há a obrigatoriedade da denúncia contra o agressor.”

O exame pericial e a denúncia contra o agressor são importantes para a propositura da ação penal pelo Ministério Público, porém nenhum desses documentos é exigido legalmente para a realização do abortamento sentimental, ético ou humanitário. Portanto, mesmo que não seja lavrado o BO, que não seja realizado o exame pelo IML e ainda que o agressor não seja denunciado, o abortamento pode ser realizado de acordo com a estrita legalidade. (BRASIL, 2010)

- “Toda violência sexual pode ser punida pela Lei Maria da Penha.”

Nem toda violência sexual pode ser punida pela Lei Maria da Penha, para que isso ocorra a violência sexual precisa ter sido realizada na unidade doméstica, no âmbito familiar ou no âmbito de qualquer relação íntima de afeto. Se a violência ocorrer nas situações anteriormente citadas, poderão ser adotadas pelo sistema judiciário, além das medidas repressivas e punitivas do sistema penal, medidas protetivas de caráter civil e criminal. (BRASIL, 2010)

5.3.PRÁTICA DOS ENFERMEIROS ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES:

Dentre as enfermeiras entrevistadas, 19 (70,4%) afirmaram já ter atendido casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual contra a mulher em UBSF e 08 (29,6%) não atenderam nenhum caso (Figura 10). Entre as que responderam afirmativamente, 08 (42,1%) atenderam 02 casos, 06 (31,6%) atenderam 01 caso, 02 (10,5%) atenderam 06 casos, 01 (5,3%) atendeu 05 casos e 02 (10,5%) não informaram a quantidade de casos

atendidos. O que nos proporcionou uma estimativa de 39 casos, suspeitos e/ou confirmados de violência sexual contra mulheres, atendidos por enfermeiras das UBSF de Campina Grande – PB e demonstra a importância do serviço de saúde na detecção e no acolhimento das vítimas.



84,2% (16) das enfermeiras que prestaram atendimento não seguiram nenhum protocolo. Dos 15,8% que seguiram, 33,3% (01) seguiu o protocolo do Ministério da Saúde e 66,7 % (02) não disse qual o protocolo utilizado. 73,7% (14) dessas mesmas enfermeiras não fizeram encaminhamento algum do caso, contrariando orientação do ministério da saúde que enfatiza a importância do encaminhamento das vítimas para serviços e profissionais de referência bem como da continuidade do acompanhamento dessas mulheres por no mínimo seis meses. (BRASIL, 2010). 23,5% (04) das enfermeiras encaminharam a vítima para o psicólogo, 17,6% (03) para a Delegacia da Mulher, 11,8% (02) para o Serviço Social, 5,9% (01) para o Ginecologista e 5,9% (01) para o Instituto de Medicina Legal. (Tabela 9)

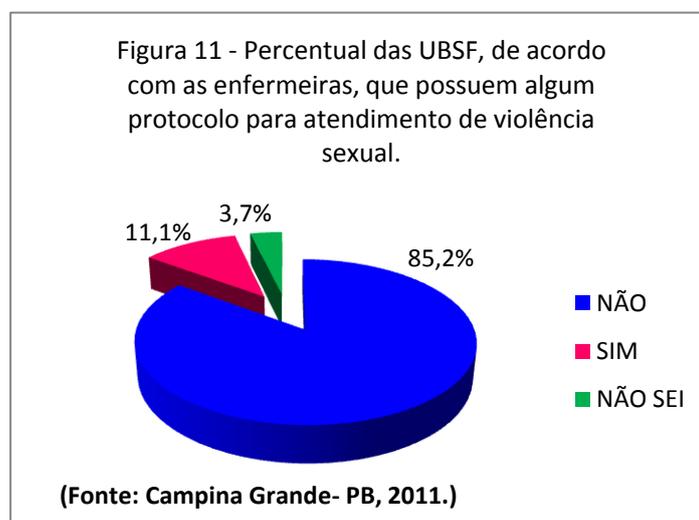
Tabela 9 – Protocolos seguidos e encaminhamentos feitos pelas enfermeiras em casos de violência sexual contra mulheres.

SEGUIU ALGUM PROTOCOLO?	Nº	%	FEZ ENCAMINHAMENTO?	Nº	%
SIM	03	15,8	SIM	14	73,7
NÃO	16	84,2	NÃO	05	26,3
TOTAL	19	100	TOTAL	19	100
QUAL?	Nº	%	PARA ONDE/QUEM?	Nº	%
MS	01	33,3	DM	03	17,6
Não disse	02	66,7	Psicólogo	04	23,5
TOTAL	03	100	Assistente social	02	11,8
			Ginecologista	01	5,9
			IML	01	5,9
			ISEA	01	5,9
			Não disse	05	29,4
			TOTAL	17	100

(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

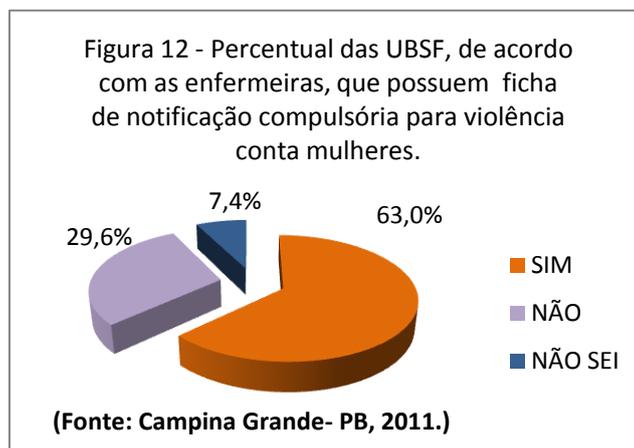
No certame as suas práticas, as enfermeiras entrevistadas foram questionadas sobre alguns aspectos e obteve-se os seguintes resultados:

- A UBSF em que você trabalha dispõe de algum protocolo para atendimento dos casos de violência sexual? (Figura 11)



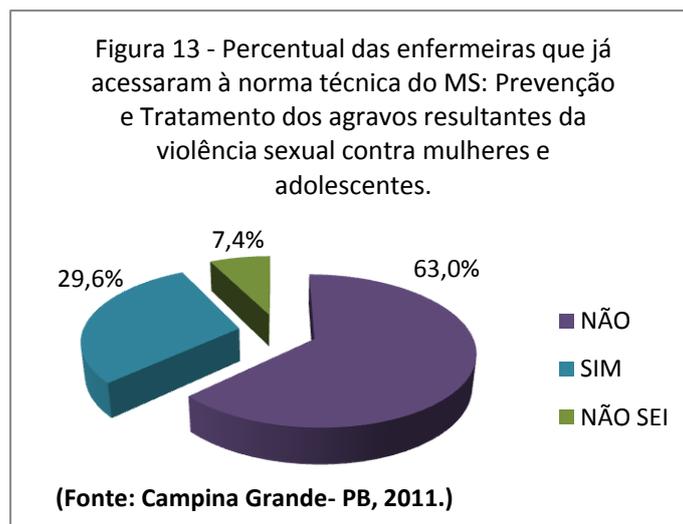
85,2% das UBSF pesquisadas não possuem nenhum protocolo para atendimento das vítimas de violência sexual, o que deixa os profissionais inseguros e cria dificuldades, principalmente na abordagem da vítima e no tratamento e manejo dos casos. Essa necessidade também foi evidenciada em um estudo realizado por Silva (2010), onde 95,3% dos enfermeiros inquiridos, afirmaram que a existência de um documento específico, para consulta de procedimentos em situações de agressões sexuais, seria útil na abordagem destas situações.

- A UBSF em que você trabalha já dispõe da ficha de notificação compulsória para os casos de violência contra a mulher? (Figura 12)



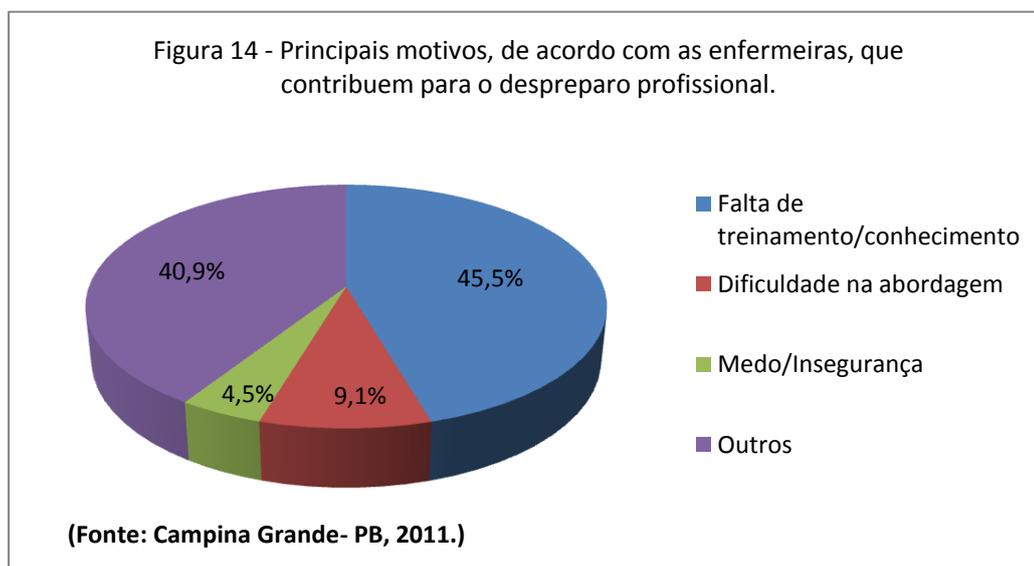
Apesar da maioria das UBSF disporem da ficha de notificação compulsória para os casos de violência contra a mulher, é preocupante saber que quase 30% das unidades ainda não dispõem desse importante instrumento de investigação e comunicação da saúde. Vale lembrar que a obrigatoriedade da notificação está em vigor desde novembro de 2003.

- Você já teve acesso à norma técnica do Ministério da Saúde: “prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”? (Figura 13)

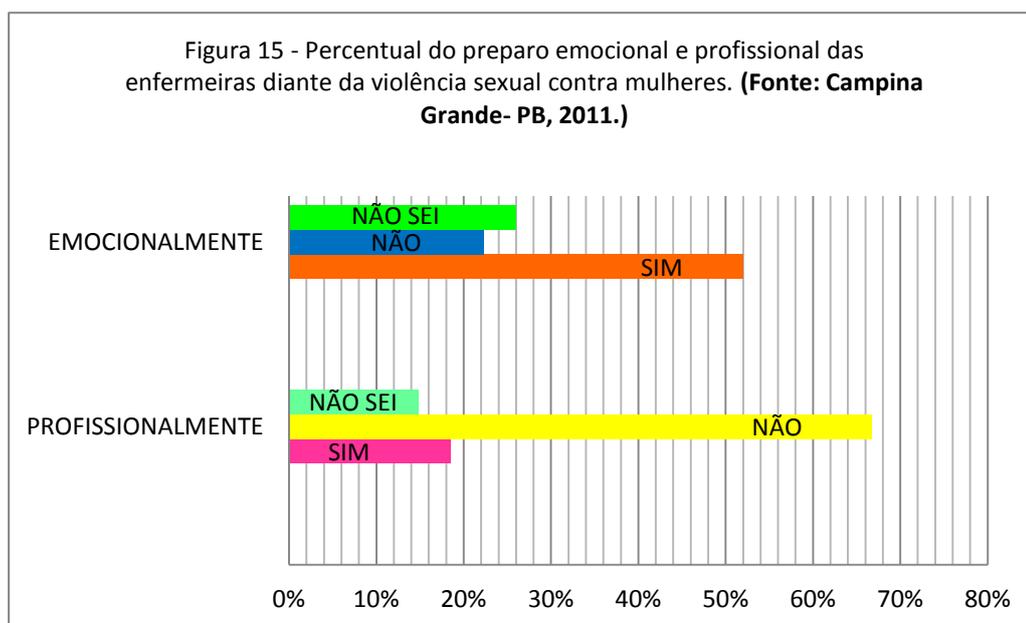


Uma expressa maioria (63%) das enfermeiras alegou nunca ter tido acesso a essa norma técnica do ministério da saúde que se encontra disponível, gratuitamente, no site do ministério. Um dado bastante preocupante que pode evidenciar prováveis falhas: falta de interesse do profissional em buscar material para sua capacitação e/ou descuido dos gestores das UBSF/ secretaria de saúde que não fornecem material didático informativo para os profissionais.

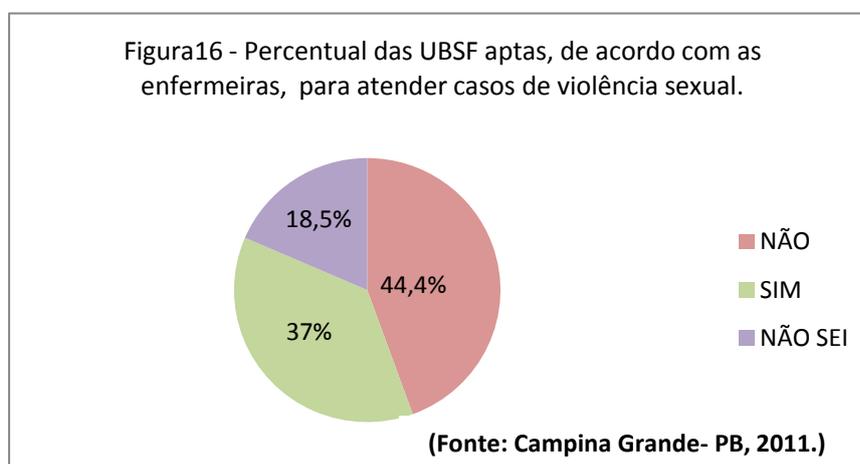
No certame ao preparo profissional, 66,7% das entrevistadas não se sentiam preparadas profissionalmente para lidar com as mulheres vítimas de violência sexual e os principais motivos alegados para isso foram: falta de treinamento/capacitação/conhecimento (45,5%), dificuldade na abordagem (9,1%) e medo/insegurança (4,5%). 4,5% ainda não viveram essa experiência e 36,4% não responderam. (Figura 14)



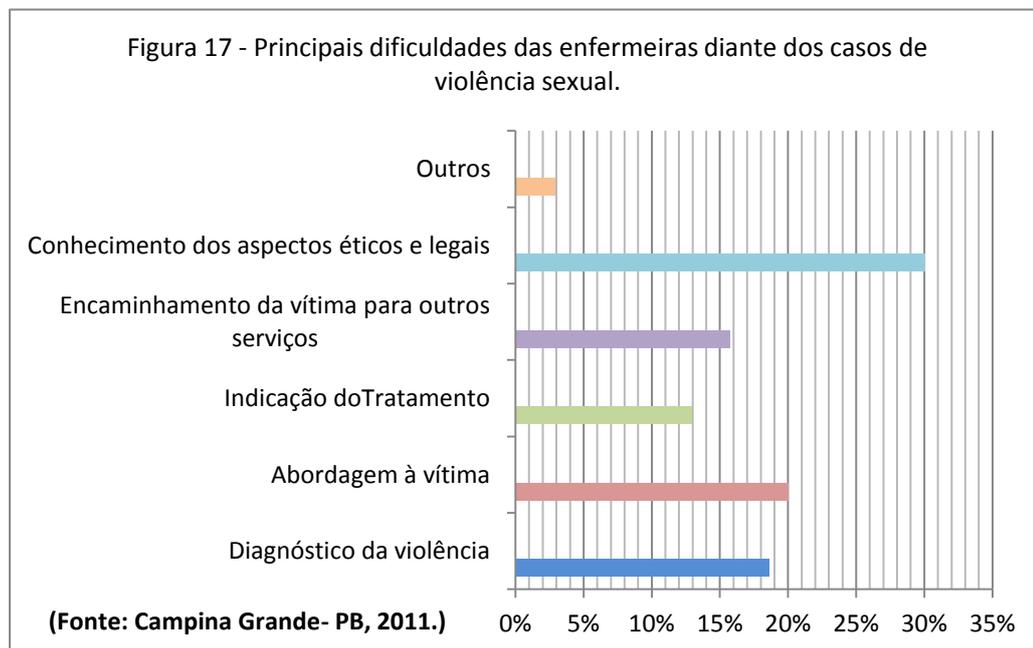
A maioria das entrevistadas (51,9%) sentia-se preparada emocionalmente para lidar com as mulheres vítimas de violência sexual (Figura 15). As 06 (22,2%) que responderam negativamente alegaram os seguintes motivos: medo de envolvimento (7,7%), insegurança/descrédito na justiça (7,7%) e depende do caso (15,4%). 15,4% ainda não viveram essa experiência e 55,8% não responderam.



Segundo as enfermeiras participantes da pesquisa, 44,4% (12) das UBSF em que elas trabalham não estão aptas para receber e tratar as vítimas de violência sexual (Figura 16), devido à falta de material/insumo (29,4%) e espaço físico limitado (5,9%). 18,5% das enfermeiras afirmaram não saber se a UBSF está apta, uma vez que desconhece o que é preciso (5,9%) ou é nova na unidade (5,9%). 52,9% não especificaram o porquê de não considerarem a UBSF apta.

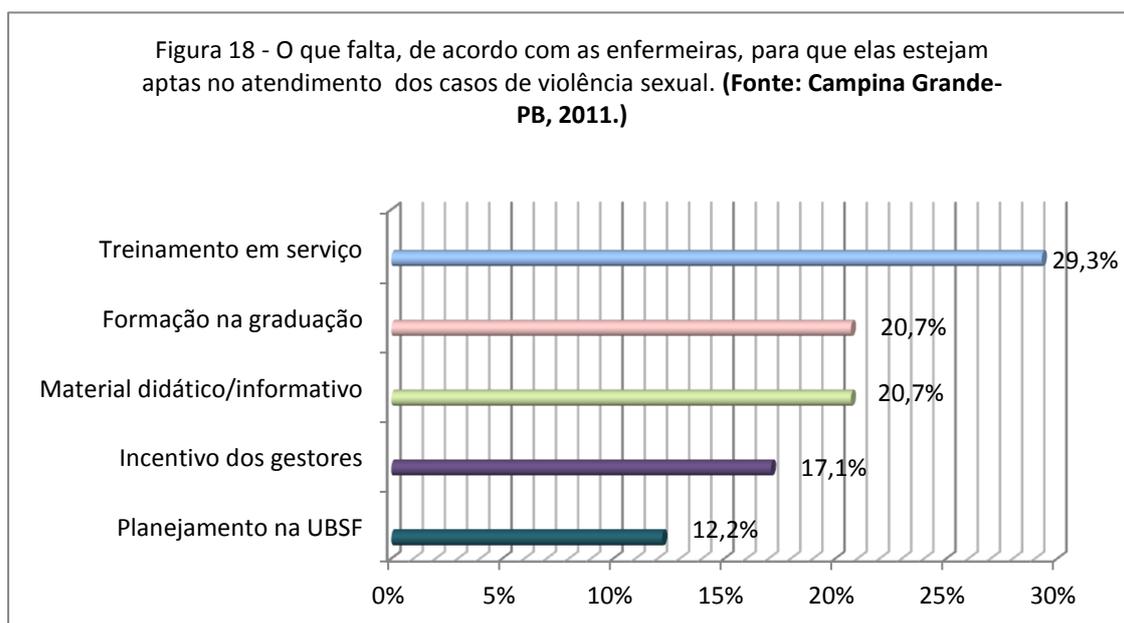


Diante da violência sexual contra mulheres, as 27 enfermeiras entrevistadas afirmaram encontrar mais dificuldades nas situações descritas na figura 17:



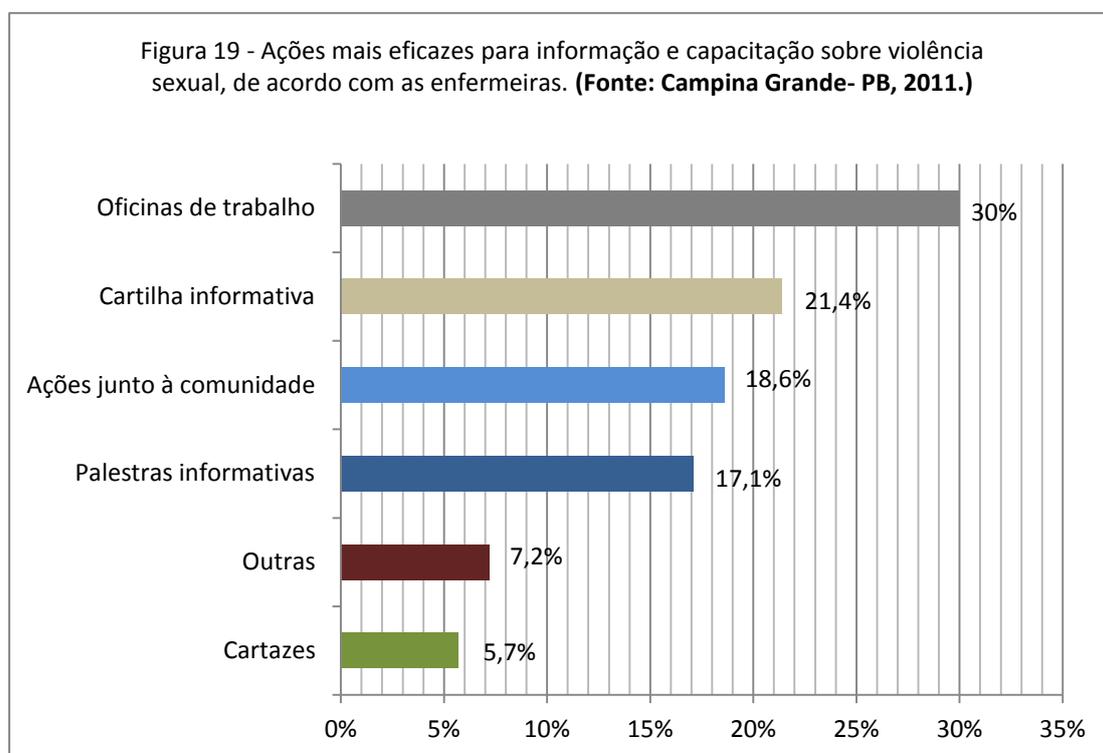
Dados que foram comprovados, principalmente, com o baixo escore obtido pelas profissionais na área dos conhecimentos éticos e legais. No que concerne aos conhecimentos jurídicos destes crimes, Silva (2010) em seus estudos com enfermeiros portugueses, constatou que 41,89% deles apresentaram dificuldades de conhecimento nessa área.

Na opinião das entrevistadas, o que falta para que os enfermeiros estejam aptos para atender casos de violência sexual está expresso na figura 18.



Esses dados demonstram a carência de treinamentos e capacitações nas UBSF e a ausência da abordagem do tema durante a formação acadêmica dos profissionais. Segundo Faúndes et al. (2006), apesar de ocorrer frequentemente e de acarretar inúmeras implicações sobre a saúde da vítima, a violência sexual permanece ignorada e não é componente habitual da maioria dos cursos de graduação do Brasil.

De acordo com as enfermeiras, oficinas de trabalho (30%), cartilhas informativas (21,4%), e ações junto à comunidade (18,6%) são as ações mais eficazes para informar e capacitar os enfermeiros das UBSF para o enfrentamento da violência sexual. Palestras informativas (17,1%) e cartazes (5,7%) também foram citados. (Figura 19)



As profissionais também foram questionadas quanto à existência ou não de núcleos ou centro de referência de prevenção a violência no município de Campina Grande. A maioria das entrevistadas (55,6%) afirmou não saber, 18,5% disseram que não existe e 25,9% que existe sim. Esses dados, assim como os locais mais citados como possíveis centros de referência para a prevenção da violência estão expressos na tabela 10.

Tabela 10 – Existência e Localização de núcleos de prevenção à violência em Campina Grande, de acordo com as enfermeiras.

EM CAMPINA GRANDE EXISTE ALGUM NÚCLEO OU CENTRO DE REFERÊNCIA DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA?	Nº	%	LOCAIS CITADOS:		
				Nº	%
SIM	07	25,9	DM	01	11,1
NÃO	05	18,5	ISEA	03	33,3
NÃO SEI	15	55,6	Casa da mulher	01	11,1
TOTAL	27	100	Centr. Saúde Francisco Pinto	01	11,1
			ONG's	01	11,1
			Não sabe informar o local	02	22,2
			TOTAL	09	100

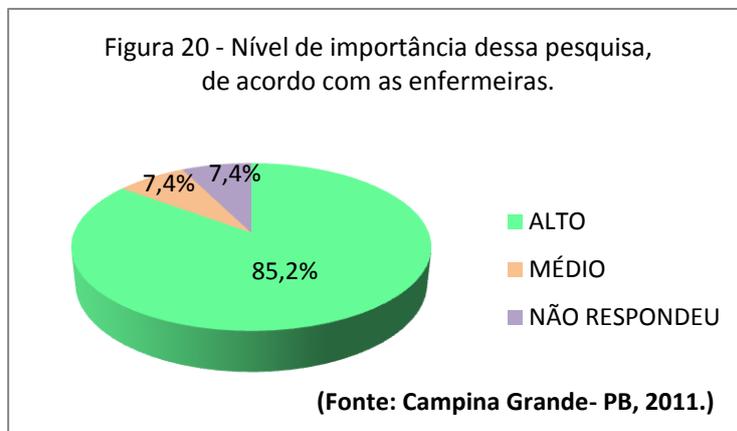
(Fonte: Campina Grande- PB, 2011.)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) é preciso que serviços de saúde, autoridades policiais, setores de emergência, escolas e organizações da sociedade civil estejam aptos a identificar os casos de violência doméstica e sexual contra mulheres e adolescentes e conheçam quais são os serviços que realizam esse tipo de atendimento.

Entretanto, dentre as enfermeiras entrevistadas, apenas 25,9% afirmaram saber da existência de algum núcleo ou centro de referência para a prevenção da violência. Essa informação é bastante inquietante, uma vez que o município de Campina Grande implantou, desde março de 2006, centros de atendimento que identificam, notificam e encaminham os casos suspeitos e/ou confirmados de violência doméstica e/ou sexual que vitimizam crianças, adolescentes, mulheres e idosos, preservando o sigilo da identidade das vítimas (Secretaria Municipal de Saúde, 2011).

Em relação ao treinamento/capacitação dos profissionais acerca da violência sexual contra mulheres, todas as entrevistadas (100%) foram unânimes em afirmar que não receberam nenhum treinamento/capacitação a respeito do tema nos últimos 06 (seis) meses.

Para 85,2% das profissionais entrevistadas, essa pesquisa apresentou um alto nível de importância, para 7,4% um nível médio e 7,4 % não responderam esse questionamento. (Figura 20)



6. CONCLUSÃO:

Os serviços de Saúde, em especial a ESF, constituem-se como porta de entrada para muitas vítimas de agressões sexuais e, na maioria das vezes, o enfermeiro é o primeiro profissional que estabelece esse contato. Por assumir essa posição, o enfermeiro deve estar preparado não apenas para implementar os cuidados e tratamentos clínicos, mas também para prestar, inicialmente, toda a orientação psicológica, social e jurídica que a mulher necessite. Dessa forma, evidencia-se a necessidade fundamental de uma preparação teórica, científica e legal desses profissionais.

Mais do que identificar, notificar e encaminhar as vítimas para serviços especializados, o enfermeiro precisa saber abordar, acolher e ouvir as mulheres, buscando a diminuição do impacto da violência e a redução de danos psicossociais. Cabe ao enfermeiro também, conscientizar sua equipe e suas pacientes a respeito do comprometimento social e com a justiça, salientando que a omissão favorece a continuação da violência.

Em sua maioria os enfermeiros participantes da pesquisa eram mulheres, brancas, católicas, casadas, com idade média de 36,3 anos, com renda familiar entre R\$: 2.500 e 5.000 reais, graduadas em instituições públicas, detentoras de especializações e com experiência de 11 a 16 anos em ESF.

Mais da metade das enfermeiras concordaram que a violência sexual é um problema de saúde pública e responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade feminina.

Dentre as entrevistadas, a maioria reconheceu que é seu papel profissional investigar a violência sexual e a grande maioria sabe identificar os principais sinais e sintomas da mulher violentada.

Confirmaram a pouca denúncia desse tipo de crime e a importância do serviço de saúde na identificação das vítimas. Também admitiram o despreparo de grande parte dos profissionais de saúde em lidar com essa temática.

Apesar das enfermeiras não se sentirem incomodadas em conversar com suas pacientes sobre temas delicados (álcool, drogas, relações familiares...), a violência doméstica/sexual ainda é o tema questionado mais raramente e menos investigado.

Há uma aparente preferência das profissionais por uma abordagem menos incisiva da paciente em relação à violência, feita de maneira indireta, sem insistência e de forma contextualizada.

Muitas são as razões alegadas pelas mulheres para a não revelação da violência e as enfermeiras participantes acertaram as principais: Medo de vingança, vergonha e dependência financeira.

Grande parte das enfermeiras demonstrou conhecimento em relação à necessidade da notificação compulsória e da consulta à norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, do Ministério da Saúde.

Uma parte significativa das enfermeiras afirmou que nunca tiveram acesso à publicação do Ministério da Saúde “Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual – Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde”, mas que possuem algum conhecimento da Lei Maria da Penha.

Em relação à definição e caracterização da violência sexual e também da necessidade de atendimento de saúde antes de qualquer outra providência, as entrevistadas obtiveram grande índice de acerto. Foram corretas também ao afirmar que nem o Boletim de Ocorrência e nem o Laudo do IML são necessários para o atendimento da vítima. Porém, quando questionadas mais especificamente sobre exame de corpo de delito, boletim de ocorrência, representação contra o agressor e abortamento legal, a maioria das enfermeiras afirmou não saber ou respondeu erroneamente.

Dentre as enfermeiras entrevistadas, um alto percentual afirmou já ter atendido casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual contra a mulher, o que nos proporcionou uma estimativa de 39 casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual contra mulheres atendidos por enfermeiras das UBSF de Campina Grande – PB.

Segundo as enfermeiras, quase metade das UBSF pesquisadas não estão aptas para receber e tratar as vítimas de violência sexual e uma maioria significativa das unidades não possui nenhum protocolo para o atendimento dessas vítimas.

Apesar de boa parte das entrevistadas não se sentirem preparadas profissionalmente para lidar com as mulheres vítimas de violência sexual, mais da metade sente-se preparada emocionalmente para lidar com essas mulheres.

No atendimento dos casos de violência sexual, as profissionais alegaram possuir dificuldade nas questões éticas e legais e na abordagem da vítima. Segundo elas, para que esse atendimento seja otimizado faz-se necessário treinamentos em serviço, formação na graduação e distribuição de material didático-informativo.

As oficinas de trabalho, cartilhas informativas e ações junto à comunidade são, de acordo com as enfermeiras, as ações mais eficazes para informar e capacitar os profissionais.

Apesar do município de Campina Grande possuir 05 núcleos de prevenção e 01 centro de referência no combate à violência, a maioria das entrevistadas afirmou não saber da existência deles e durante os últimos 06 meses nenhuma das entrevistadas recebeu qualquer treinamento/capacitação sobre violência sexual contra mulheres.

No geral, apesar de alguns deslizes, as profissionais apresentaram um bom conhecimento no certame a definição, percepção e epidemiologia da violência sexual e um alto conhecimento em relação ao tratamento e manejo dos casos suspeitos e/ou confirmados. Entretanto apresentaram muito baixo e baixo conhecimento nos questionamentos sobre os aspectos éticos e legais envolvidos nas situações de violência sexual contra mulheres.

A partir das fragilidades e dificuldades identificadas por esse trabalho, é possível apontar propostas para a superação desses entraves:

- Promover, em Campina Grande, ações de prevenção e combate à violência sexual com maior divulgação dos núcleos e do centro de referência de prevenção à violência;
- Buscar junto à secretaria municipal de saúde maior atenção para esse tema, solicitando treinamentos, material didático e ações junto à comunidade;
- Incluir, de forma sistemática, o estudo da violência sexual durante a graduação dos enfermeiros, garantindo aos estudantes oportunidade de participarem do atendimento às mulheres em situação de violência;
- Capacitar os profissionais das UBSF para que consigam lidar com a temática da violência sexual de forma segura e decisiva, transmitindo às pacientes, segurança, comprometimento e poder de resolubilidade, além de um acolhimento sensível e de uma escuta terapêutica;
- Buscar a integração dos setores da saúde, da segurança pública, da justiça e da assistência social, em prol de um atendimento multiprofissional que proporcione o mínimo de exposição e o máximo de segurança e privacidade às mulheres;

7. REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, A. P. F. et al. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 83-91, jan./mar. 2008.

BARALDI, A. C. P. **O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto – SP acerca da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29102009-142008/?&lang=en.>>. Acesso em: 01 mar. 2011.

BRASIL. **Lei nº 10.778**, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de nov. de 2003. Seção 1, p.11.

_____. **Lei nº 10.886**, de 17 de junho de 2004. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 - Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência Doméstica". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de jun. de 2004. p.1.

_____. **Lei nº 11.340**, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8 do art. 226 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de ago. de 2006a.

_____. **Lei nº 12.015**, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de ago. de 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2 ed. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Comunicação e mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2 ed. atual e ampl. Brasília, DF, 2010.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRYANT, S. A.; SPENCER, G. A. Domestic violence: what do nurse practitioner think? **Journal of American Nursing Practitioner**, v. 14, n. 9, p. 421-427, 2002.

COSTA, D. P. **Violação. Violência e Vítimas de Crimes**. 2. ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2003.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 1037-1050, jul./ago. 2009. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63011692006>>. Acesso em: 29 ago. 2011.

FAÚNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio século XXI: o minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2000.

FIGUEIREDO, R. V. **Código Penal - Constituição Federal/Legislação**. 16. ed. São Paulo: Rideel, 2010.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.105-112, jul-set. 2000.

HEGARTY, K. L.; TAFT, A. J. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending in general practice. **Australian and New Zeland Journal of Public Health**, v. 25, n. 5, p. 433-437, 2001.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 135-145, 1994. Suplemento 1.

HIGA, R. et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 377-382, 2008.

JANUÁRIO, I. S. et al. Violência doméstica contra à mulher: diretrizes legais para a assistência de enfermagem. **XIII Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem**. Rio Grande do Norte, 2010. Disponível em: <<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I19725.E8.T3054.D4AP.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-612, dez. 2007.

OLIVEIRA, E. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 376-382, jun. 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e Programa da Ação de Viena**, 1993. Disponível em:

<<http://www.oas.org/dil/port/1993%20Declaração%20e%20Programa%20de%20Acção%20adoptado%20pela%20Conferência%20Mundial>>. Acesso em: 03 ago. 2011.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Convenção de Belém do Pará**, 1994. Disponível em:

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>> Acesso em 03 ago. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2011.

OUTHWAITE, W. (Org.). **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. [S.l.]: Jorge Zahar Editores, 1996.

PARRAGA, E. E. **O papel do enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítima da violência sexual**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Pampa. URUGUAIANA, 2010. Disponível em:

<<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2010/09/TCC-Elton.pdf>> Acesso em 11 nov. 2011.

Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de vigilância em saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa**. Disponível em:

<http://www.conass.org.br/arquivos/file/apresenta_implementacao_dos_nucleos_prevencao_violencia_pb.pdf> Acesso em 11 de nov. 2011.

SILVA, C. J. D. C. **Os enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina Legal) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, 2010. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26910/2/Cristina%20Silva%20%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Medicina%20Legal%20%202010.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2011.

SILVA, S. S. et al. Violência doméstica contra a mulher. **VEREDAS FAVIP – Revista Eletrônica de Ciências**, v. 1, n. 1, p. 28-32, jan./jun. 2008. Disponível em:

<<http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewFile/66/59>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

SOARES, B. M. **Enfrentando a violência contra a mulher:** orientações práticas para profissionais e voluntários (as). Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

SOUTO, R.Q. et al. Violência sexual contra a mulher no município de Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 3, p. 30-38, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/824/601>>. Acesso em: 15 abr. 2011.

TAQUETTE, S. R. (Org.) **Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

VIEIRA, E. et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 566-577, dez. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Perfil Sócio-Demográfico dos Enfermeiros:

01. Sexo: () M () F
02. Data de Nascimento: ____/____/____ ____anos
03. Cor/Etnia (Ler classificação do IBGE):
 () Branca () Negra () Parda () Asiática () Indígena
04. Religião:
 () Católica () Protestante () Judaica () Espírita () Outra
05. Estado Civil:
 () Casado () Solteiro () Separado () Viúvo () Outro
06. Renda Familiar Mensal: R\$: _____
07. Graduação:
 Curso: _____ Ano de Conclusão: _____
 Instituição: _____
08. Residência ou Especialização:
 Curso: _____ Ano de Conclusão: _____
 Instituição: _____
09. Pós-Graduação:
 Curso: _____ Ano de Conclusão: _____
 Instituição: _____
10. Tempo de experiência profissional em Estratégia Saúde da Família:
 _____anos

Conhecimento acerca da Violência Sexual Contra a Mulher:**Parte I – DEFINIÇÃO, PERCEPÇÃO E EPIDEMIOLOGIA**

01. Vou ler algumas afirmações e você vai me dizer se são verdadeiras, falsas ou não sabe:

- a) Violência sexual é sinônimo de Estupro.
 () V () F () NS

- b) Ser forçada a manter relações sexuais com o parceiro íntimo é uma forma de violência sexual.
 V F NS
- c) Na maioria dos casos, a violência sexual contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas.
 V F NS
- d) A violência sexual contra a mulher constitui-se em um problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina.
 V F NS
- e) Gravidez indesejada e DST's podem ser consequências da violência sexual contra a mulher.
 V F NS
- f) Carícias, exploração sexual, linguagem obscena e masturbação não podem ser considerados como violência sexual.
 V F NS
- g) A violência sexual contra a mulher está diretamente relacionada às condições sócio-econômicas.
 V F NS
- h) A violência sexual pode estar atrelada a outros tipos de violência de gênero, como a física e a psicológica.
 V F NS
- i) A maioria dos estupradores são doentes mentais.
 V F NS
- j) A maioria das mulheres gosta de homens agressivos.
 V F NS
- k) “Pancada de amor não dói”.
 V F NS
- l) É comum a prática de estupro sem violência física.
 V F NS
- m) A violência sexual perpetrada por parceiro íntimo é um assunto de fórum privado e exclusivo do casal.
 V F NS
- n) É aceitável que uma mulher seja violentada sexualmente se tiver realmente provocado a agressão.

- V F NS
- o) Aqueles que cometem violência sexual devem ser presos.
 V F NS
- p) Aqueles que cometem violência sexual devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados.
 V F NS
- q) O crime de violência sexual contra a mulher é um dos mais denunciados.
 V F NS
- r) O combate a violência sexual deve ser realizado de forma isolada.
 V F NS
- s) Poucas vezes em que uma mulher sofre violência sexual há lesão corporal.
 V F NS
- t) O atendimento às vítimas de violência sexual deve ser feito de forma multidisciplinar e integral.
 V F NS
- u) A maioria das vítimas procura delegacias de polícia para denunciar os crimes de violência sexual.
 V F NS
- v) O serviço de saúde é um local privilegiado para identificação de vítimas de violência sexual.
 V F NS
- w) Grande parte dos profissionais de saúde não está preparada para atender mulheres vítimas de violência sexual.
 V F NS

02. Qual (is) dessas ações você considera violência sexual contra a mulher?

- Impedir o uso de métodos contraceptivos;
 Obrigar a realização de um matrimônio;
 Induzir à prostituição;
 Induzir ao aborto;

Parte II – DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM À VÍTIMA

01. Você acha que perguntar sobre situações de violência sexual contra a mulher é seu papel profissional?

- Sim Não Não sei

02. Com que frequência você questiona suas pacientes a respeito de:

- a) Consumo de bebidas alcoólicas.
 rotineiramente raramente nunca pergunto
- b) Tabagismo.
 rotineiramente raramente nunca pergunto
- c) Uso de drogas ilícitas.
 rotineiramente raramente nunca pergunto
- d) Vida sexual.
 rotineiramente raramente nunca pergunto
- e) Relações familiares.
 rotineiramente raramente nunca pergunto
- f) Violência doméstica.
 rotineiramente raramente nunca pergunto

03. Em relação à revelação da violência sexual, o enfermeiro deve: (você responderá se acha verdadeiro, falso ou não sabe)

- e) Abordar diretamente a paciente perguntando: “Você foi violentada sexualmente”?
 V F NS
- f) Evitar abordar o assunto a menos que essa seja a queixa principal da paciente.
 V F NS
- g) Perguntar insistentemente se a paciente vive situações de violência sexual.
 V F NS
- h) Explicar que a violência contra a mulher é muito comum e dizer que pergunta isso a todas as suas pacientes e em seguida perguntar: “Você já sofreu algum tipo de abuso ou violência sexual”?
 V F NS

04. Os principais fatores que contribuem para a não revelação da violência sexual pelas mulheres são:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vergonha | <input type="checkbox"/> descrédito na justiça |
| <input type="checkbox"/> sensação de culpa | <input type="checkbox"/> medo de vingança |
| <input type="checkbox"/> desconhecimento dos direitos legais | <input type="checkbox"/> dependência financeira |

05. De acordo com sua experiência clínica, quais os sinais e sintomas mais comuns na mulher que sofre violência sexual:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> depressão | <input type="checkbox"/> ferimentos que não se explicam |
| <input type="checkbox"/> agitação | <input type="checkbox"/> lacerações na vulva e/ou vagina |
| <input type="checkbox"/> insônia | <input type="checkbox"/> abuso de álcool e drogas |
| <input type="checkbox"/> ITU crônica | <input type="checkbox"/> tentativa de suicídio |
| <input type="checkbox"/> dor pélvica crônica | <input type="checkbox"/> problemas ginecológicos |
| <input type="checkbox"/> queixas vagas, crônicas e sem causa física aparente | <input type="checkbox"/> não tenho experiência |

Parte III – TRATAMENTO E MANEJO DOS CASOS

01. Em relação ao tratamento/manejo dos casos de violência sexual:

- m) O enfermeiro deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto.
 V F NS
- n) Marcar retorno em intervalos menores que 1 mês quando suspeitar que a paciente sofre ou sofreu violência sexual.
 V F NS
- o) O médico deve prescrever calmantes/antidepressivos para a paciente conseguir lidar com os possíveis problemas decorrentes da violência.
 V F NS
- p) Direcionar o atendimento para a contracepção de emergência, profilaxia de DST/ AIDS e outros procedimentos médicos necessários, incluindo a interrupção de gravidez prevista em lei.
 V F NS
- q) Avaliar com a paciente os riscos que ela corre de sofrer novas violências sexuais.
 V F NS
- r) Deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente, se o autor do crime tiver sido ele.
 V F NS
- s) Deve indicar a paciente à psicoterapia.
 V F NS
- t) Não deve notificar o fato, uma vez que a informação é sigilosa.
 V F NS
- u) Deve dar número de telefone de abrigos e organizações que cuidem de mulheres em situação de violência.
 V F NS

- v) Deve orientar a paciente a procurar a delegacia da mulher.
 V F NS
- w) Deve realizar a notificação compulsória.
 V F NS
- x) Deve recorrer à norma técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde.
 V F NS

Parte IV – ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

01. Você já teve acesso à publicação do Ministério da Saúde: “Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual – Perguntas e respostas para profissionais de saúde”?

Sim Não

02. Se SIM na questão 01, como você acessou essa publicação?

- A unidade dispõe de um exemplar. Recebi do Ministério da Saúde.
 Baixei da internet. Outro.

03. Qual (is) das seguintes leis você conhece?

- Lei nº 10.778 de 24 de Novembro de 2003 – Lei da notificação Compulsória.
 Lei nº 10.886 de 17 de Junho de 2004 – Lei da Violência Doméstica.
 Lei nº 11.340 de 07 de Agosto de 2006 – Lei Maria da Penha.
 Lei nº 12.015 de 07 de Agosto de 2009 – Crimes contra a dignidade sexual.
 Não conheço nenhuma das leis acima citadas.

04. De acordo com o Novo Código Penal Brasileiro (2009), a violência sexual é considerada uma transgressão pesada e compreende o(s) seguinte(s) crime(s):

- Estupro.
 Atentado violento ao pudor.
 Violação sexual mediante fraude.
 Posse sexual mediante fraude.
 Assédio sexual.
 Desconheço

05. Vou ler algumas afirmações e você me dirá se são verdadeiras, falsas ou não sabe:

- a) Somente a mulher pode ser vítima de estupro.
 V F NS
- b) Mesmo quando realizada sob qualquer forma de constrangimento a penetração oral e/ou anal não é considerada como estupro.
 V F NS
- c) Para realizar o atendimento a uma vítima de violência sexual é necessário que a mulher apresente o Boletim de Ocorrência (BO).
 V F NS
- d) Para realizar o atendimento a uma vítima de violência sexual é necessário a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
 V F NS
- e) Antes de qualquer providência policial ou judicial a vítima de violência sexual deve receber assistência médica.
 V F NS
- f) O exame de corpo de delito só pode ser feito até algumas horas após a violência sexual.
 V F NS
- g) O exame de corpo de delito pode ser realizado de forma indireta, com base nas informações constantes do prontuário da vítima.
 V F NS
- h) Nos casos de violência sexual existe um prazo específico para a lavratura do BO.
 V F NS
- i) Quando a vítima de violência sexual é maior de 18 anos, para que o agressor seja punido é necessário que a vítima estabeleça uma ação penal contra ele.
 V F NS
- j) A vítima de violência sexual maior de 18 anos não é obrigada a apresentar representação penal contra o agressor.
 V F NS
- k) Após saber quem é o agressor, a vítima tem 06 meses para representá-lo criminalmente.
 V F NS
- l) A vítima não tem dever legal de notificar o crime de violência sexual à polícia ou a ninguém.

V F NS

m) Para a realização do aborto legal há a obrigatoriedade do exame pericial.

V F NS

n) Para a realização do aborto legal há a obrigatoriedade da denúncia contra o agressor.

V F NS

o) Toda violência sexual pode ser punida pela Lei Maria da Penha.

V F NS

Prática dos Enfermeiros acerca da Violência Sexual Contra a Mulher:

01. Dentro da ESF você já atendeu casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual contra à mulher?

Sim Não Não lembro

Se SIM na questão 01:

1.1 Quantos casos? (Estimativa)

1.2 Seguiu algum protocolo?

Sim Não Qual? _____

1.3 Fez encaminhamento?

Sim Não Para onde? _____

02. A UBSF em que você trabalha dispõe de algum protocolo para atendimento de casos de violência sexual?

Sim Não Não sei

03. A UBSF em que você trabalha já dispõe da ficha de notificação compulsória para os casos de violência contra a mulher?

Sim Não Não sei

04. Você já teve acesso à norma técnica do Ministério da Saúde: “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”?

Sim Não Não sei

05. Você se sente preparado profissionalmente para lidar com as mulheres vítimas de violência sexual?

Sim Não Não sei Por que? _____

06. Você se sente preparado emocionalmente para lidar com as mulheres vítimas de violência sexual?

Sim Não Não sei Por que? _____

07. A UBSF em que você trabalha está apta, em termos físicos e materiais, para receber e atender vítimas de violência sexual?

Sim Não Não sei Por que? _____

08. Diante da violência sexual contra mulheres você encontra mais dificuldades em qual (is) dessas situações?

- diagnóstico da violência
- abordagem à vítima
- indicação do tratamento adequado
- encaminhamento da vítima para outros serviços
- conhecimento dos aspectos éticos e legais
- outros

09. Em sua opinião, o que falta para que os enfermeiros estejam aptos para atender casos de violência sexual?

- formação durante a graduação
- treinamento em serviço
- material didático/informativo
- incentivo dos gestores públicos
- planejamento na UBS
- outros: _____

10. Qual (is) dessas ações seria(m) mais eficaz (es) no sentido de informar e capacitar os enfermeiros da UBSF para o enfrentamento da violência sexual?

- palestras informativas
- oficinas de trabalho
- cartilha informativa
- cartazes
- ações junto à comunidade
- outras: _____

11. Em Campina Grande, existe algum núcleo ou centro de referência de prevenção à violência?

Sim Não Não sei

11.1. Se SIM na questão 11, cite os que você conhece.

12. Nos últimos 06 meses a UBSF em que você trabalha recebeu algum treinamento/capacitação sobre violência sexual contra a mulher?

Sim Não

Se SIM na questão 12:

12.1. Quem ofereceu/ promoveu essa capacitação?

12.2. Como se deu essa capacitação?

13. Para você, qual o nível de importância dessa pesquisa?

alto médio baixo indiferente

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES.**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho **Conhecimento e prática dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Campina Grande acerca da violência sexual contra mulheres**, terá como objetivo geral **avaliar o conhecimento e a prática dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Campina Grande – PB, acerca da violência sexual contra mulheres.**
- Ao voluntário só caberá a autorização para **participar da entrevista e responder o questionário** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8882-2056 com a Prof^ª. Dr^ª. Rosilene Santos Baptista.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso

em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

APÊNDICE C

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES.

Eu, **ROSILENE SANTOS BAPTISTA**, docente da UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, portadora do RG: 1.137.725 – SSP/PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Orientanda

Campina Grande, 20 de setembro de 2011

APÊNDICE D

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

**Título do projeto: CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES.**

**Pesquisadores: PROF^a. DR^a. ROSILENE SANTOS BAPTISTA e OLGA
BENÁRIO B. M. CHAVES.**

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Campina Grande, 20 de setembro de 2011.

PROF^a. DR^a. ROSILENE SANTOS BAPTISTA

Nome do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

OLGA BENÁRIO B. M. CHAVES

Nome(s) de todos os pesquisador(es)
participante(s)

Assinatura(s) de todos os pesquisador(es)
participante(s)

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 1979.0.133.000-11

PARECER

x APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: **CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES.**

PESQUISADOR JUNTO AO SISNEP: ROSILENE SANTOS BAPTISTA

ORIENTANDA: OLGA BENÁRIO B. M. CHAVES

DESCRIÇÃO:

Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

Campina Grande, 26/09/2011

Relator: 07

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PROREITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Doraciça Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Campina Grande, 21 de setembro de 2011.

Estamos autorizando a aluna **Olga Benário Batista**, do Curso de ENFERMAGEM, da UEPB para realizar pesquisa sobre o título: **Conhecimento e Prática dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família Município de Campina Grande - PB**, sob orientação da prof^a. **Dra. Rosilene Santos Baptista**. A pesquisa só poderá ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética. Certo da importância da parceria ensino-serviço, agradecemos o acolhimento desde já.
OBS: Ficará o aluno e o pesquisador responsáveis pra enviar cópia do produto da pesquisa.

Atenciosamente,


Semyramis Lira Dantas
Gerente de Educação na Saúde

ANEXO C
FOLHA DE APROVAÇÃO



OLGA BENÁRIO BATISTA DE MELO CHAVES

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE ACERCA DA
VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES**

Aprovado em 02 / 12 / 2011

COMISSÃO EXAMINADORA

Rosilene Santos Baptista

Profª. Drª. Rosilene Santos Baptista – ORIENTADORA
Departamento de Enfermagem - UEPB

Inácia Sátiro Xavier de França

Profª. Drª. Inácia Sátiro Xavier de França – EXAMINADORA
Departamento de Enfermagem - UEPB

Francisco Stélio de Sousa

Profª. Drª. Francisco Stélio de Sousa - EXAMINADOR
Departamento de Enfermagem - UEPB

CAMPINA GRANDE- PB
2011