

Linha de cuidado da mulher vítima de violência sexual: superando barreiras

Line of care of women victims of sexual violence: overcoming barriers

Tatiana Amancio Campos Crispim¹. Débora Fernandes Brito¹. Ilana Leila Barbosa de Lima¹. Ineida Maria Coelho Sales¹. Verbena Paula Sandy Guedes¹. Eclésia Fragoso Nogueira¹. Francisco Edson de Lucena Feitosa¹.

¹ Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

A violência sexual contra a mulher vem crescendo nos últimos anos. Além da agressão física, essa violência repercute a nível psicológico e sobre a saúde da vítima. Fazendo parte da política nacional de atenção à mulher, a linha de cuidado tem o objetivo de traçar o percurso da paciente dentro e fora da instituição hospitalar. Este documento propõe as diretrizes e a organização do cuidado às vítimas de violência sexual pós-agravamento imediato, oferecido pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Palavras-chave: Assistência centrada no paciente. Delitos sexuais. Padrão de cuidado. Protocolos clínicos. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Sexual violence against women has been growing in recent years. In addition to physical aggression, this violence has repercussions on the psychological level and on the health of the victim. As part of the national policy of attention to women, the care line has the objective of tracing the patient's journey inside and outside the hospital institution. This document proposes the guidelines and the organization of care for the victims of sexual violence after immediate aggravation, offered by Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Keywords: Patient-centered care. Sexual offenses. Standard of care. Clinical protocols. Women's health.

Autor correspondente: Tatiana Amancio Campos Crispim, Rua Coronel Nunes de Melo, s/n, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará, Brasil. CEP: 60430-270. Telefone: +55 85 3366-8540. E-mail: tatiana.crispim@ebserh.gov.br

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 27 Mar 2019; Revisado em: 25 Jun 2019; Aceito em: 14 Ago 2019.

INTRODUÇÃO

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública,¹ em 2017 foram registrados 61.032 casos de estupro, um crescimento de 10,1% em relação ao ano anterior. No Ceará, este número foi de 1755 casos, com crescimento de 4,4% em relação a 2016, uma taxa de 19,5/1000.000 habitantes.

Estupro é definido no Código Penal Brasileiro como um crime de ação pública, que consiste no ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Tal tipificação passou a vigorar no Título VI, que trata de crimes contra a dignidade sexual, conforme disposto na Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009,² alterando a redação anterior que previa os crimes contra os costumes, cuja ação penal era privada.

Para as vítimas de estupro, as graves consequências perpassam entre os campos físico, psicológico e econômico. As vítimas podem sofrer lesões nos órgãos genitais (principalmente em crianças) além de agressões por violência física. Pode levar a uma gravidez indesejada e a contrair alguma doença sexualmente transmitida.

Transtornos psicológicos incluindo depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativas de suicídio e síndrome de estresse pós-traumático são consequências comuns nas vítimas, além da perda de produtividade.³

Pesquisas e relatórios de organizações internacionais apontam que uma a cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência de gênero e perde um ano de vida potencialmente saudável a cada cinco.⁴ No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica - forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada - sendo que 70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticadas pelo próprio companheiro ou marido.⁵

Em 2011, com a publicação da Portaria nº104 do Ministério da Saúde,⁶ os casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, passaram a fazer parte da Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Os profissionais dos serviços de saúde têm papel fundamental na identificação e cuidado com as vítimas de violência. Propor um cuidado adequado, respeitando as nuances e a dificuldade da vítima de expressar seus medos e comunicar a violência.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual foi criada com o intuito de trazer a organização da atenção de forma integralizada e de uma maneira interdisciplinar.⁷ O estabelecimento de linhas de cuidado para essas mulheres e crianças tem o objetivo de uniformizar a atenção, engrandecer o elemento persona durante o atendimento logo após a

violência, bem como todo o processo de acompanhamento dessas pacientes.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará é hospital de referência de média complexidade e tem como missão realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido. Com o credenciamento junto ao Ministério da Saúde como serviço especializado de atenção às pessoas em situação de violência sexual, em 2015, iniciou o projeto Superando Barreiras para o atendimento a essas mulheres em duas vertentes: cuidado à mulher vítima de estupro recente e cuidado à mulher com gestação decorrente de estupro.

A equipe do Superando Barreiras é multiprofissional, contando com médica sexóloga, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais e contam com o apoio de farmacêuticos, obstetras e ginecologista que passaram por treinamentos e capacitações para garantir o cuidado adequado, protegendo ainda mais essa mulher que já procura o serviço bastante fragilizada.

Para cada situação, estão descritas as atividades e responsabilidades de cada profissional, mas sem perder o eixo fundamental da assistência segura e integral. O caminho a ser percorrido durante a assistência à vítima nos casos de pós-agravo imediato e suas diretrizes estão resumidas na Figura 1.

Cuidados no atendimento de casos pós-agravo imediato

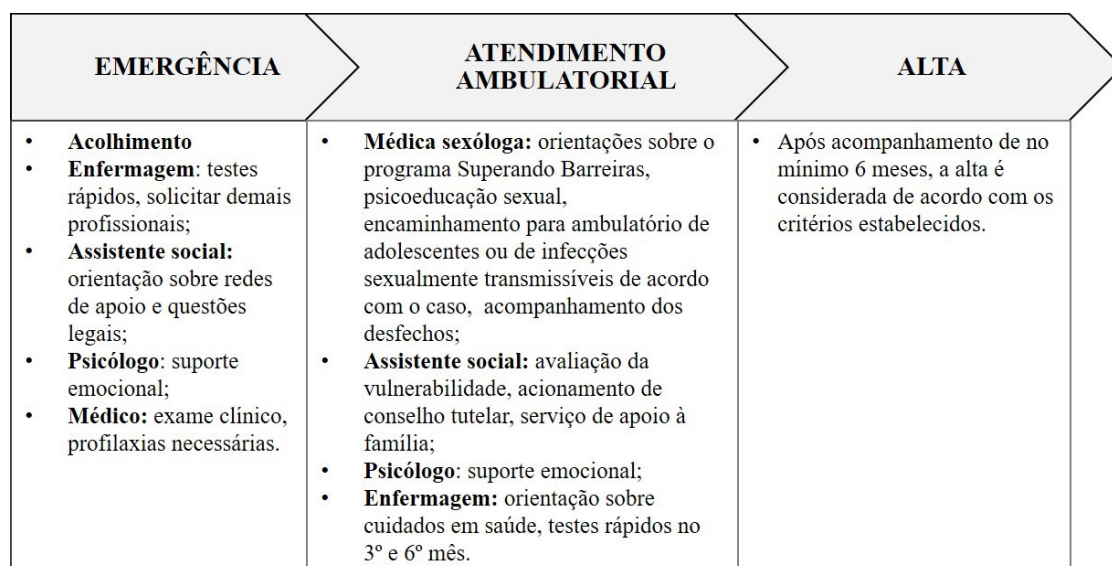
A assistência às vítimas, deve ser iniciado o mais rápido possível após a ocorrência da violência. A demora na procura de algum serviço ainda está ligada aos sentimentos de vergonha e culpa que infelizmente a sociedade deixa arraigado na cultura. Quanto mais cedo a procura, maior a chance de prevenção de maiores danos à saúde, como gravidez indesejada ou infecção por doenças sexualmente transmissíveis.

A porta de entrada da paciente pode se dar pelo Setor de Emergência ou identificada em algum outro ambulatório da maternidade e encaminhada para atendimento.

Momento primordial de toda a linha de cuidado é o momento do acolhimento da vítima da violência. Nesse primeiro contato, ela já deve sentir que será bem cuidada, preservando sua identidade e o motivo da procura pelo atendimento. Ela deve ser acolhida em sala separada, mas sem identificação da finalidade sendo um espaço de escuta qualificado e de privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima.

Atendimento no setor de emergência

A atuação dos enfermeiros frente o atendimento à mulher em situação de violência na emergência da maternidade-escola perpassa pela assistência técnica, onde são realizados todos os procedimentos definidos em protocolo pela equipe técnica do Superando Barreiras segundo orientação das normas técnicas do Ministério da saúde, trabalhando a forma preventiva das doenças infecciosas transmitidas pelo ato sexual.

Figura 1. Caminho a ser percorrido no atendimento dos casos de pós-agravo imediato.

Trabalha-se em uma forma de busca ativa de casos suspeitos de violência com a escuta qualificada na sala de acolhimento e classificação de risco. Nesse momento, ao ser atestado uma mulher que esteja em situação de violência, é orientada de imediato à equipe de psicologia, que fará uma abordagem singular à paciente, para definição da melhor forma de condução do caso junto a toda equipe de emergência.

A psicóloga faz parte da equipe interdisciplinar no setor de emergência, e, na ocasião da chegada da mulher vítima de violência, o profissional de psicologia é logo acionado, juntamente com o serviço social. Durante o primeiro contato, o acolhimento é realizado de acordo com as necessidades da usuária, das características da demanda, da idade, da gravidade, das peculiaridades de cada caso. A atuação da psicologia objetiva minimizar alterações psíquicas apresentadas pela pessoa no momento da sua chegada à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Quando se trata de violência acontecida nas últimas setenta e duas horas (caso agudo), o atendimento segue em um curso; quando o abuso é crônico, a atuação profissional é diferente; nos casos de gravidez proveniente de violência sexual e, se é desejo da vítima interrompê-la, a abordagem e direcionamento mudam. Cada caso apresenta a sua especificidade, dada a subjetividade que a envolve.

Na ocasião do primeiro contato, dois instrumentais são preenchidos: ficha do Sistema de Informação de Agravos Notificação (SINAN) e Ficha Hospitalar de Registro de Atendimento das Situações de Violência Sexual. Esses documentos são inseridos no prontuário da usuária para que sejam utilizados por toda equipe interdisciplinar, com o objetivo de fazer com que a mesma não seja solicitada a repetir toda a história. A repetição deve acontecer quando necessária a melhor compreensão e definição das ações. Muitas vezes, a ocasião favorece a discussão do caso com toda equipe para definir condutas adequadas. Evitar revitimização é parte fundamental do trabalho em equipe. À medida que a usuária

responde os questionamentos, aspectos emocionais dolorosos podem ser minimizados.

Profilaxia pós-exposição de risco

Com o intuito de prevenir gravidez indesejada ou infecções sexualmente transmissíveis, poderão ser prescritos medicamentos de acordo com as características da paciente também levando-se em consideração o tempo decorrido após o estupro.

O plano terapêutico (Figura 2) estabelecido para a linha de cuidado traz todos os medicamentos necessários para a profilaxia da gravidez, hepatite B, infecções sexualmente transmissíveis não virais e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Infecções sexualmente transmissíveis (IST) não virais

A profilaxia das ISTs não virais é indicada nas situações com exposição com risco de transmissão e independe da presença de lesões físicas ou idade. A prevalência de IST nesse tipo de violência é elevada e o risco de infecções pode aumentar com o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), número de agressores, tempo de exposição, dentre outros. Gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancroide podem ser prevenidos com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Algumas IST virais, como as infecções por herpes-vírus simples (HSV) e papilomavírus humano (HPV), ainda não possuem profilaxias específicas.⁸

O esquema recomendado para mulheres adultas e adolescentes é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina e a posologia utilizada é baseada no que é preconizado na literatura.⁵

Contracepção de emergência

Como grande parte dos crimes de violência sexual ocorrem na idade reprodutiva da mulher e podem levar a uma gravidez em

Figura 2. Plano terapêutico de profilaxia pós-exposição de risco.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ			MEAC			EBSERH		
Plano Terapêutico						PLT.MED.SUP.001 Página 1/1		
PROFILAXIAS APÓS EXPOSIÇÃO DE RISCO						Emissão: 27/12/2016		
						Revisão Nº: 02 – 17/10/2018		
DATA:	ALERGIA:		Preencha os dados completos do(a) paciente OU cole aqui a etiqueta de identificação					
NOME:								
DATA DE NASCIMENTO:	NOME DA MÃE:							
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:						
PLANO TERAPÊUTICO						HORÁRIOS		
1) Azitromicina 500mg comprimido. Administrar 1 g (2 comprimidos) por Via Oral, em dose única.								
2) Ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1 g (1 Frasco-Ampola) em 10 mL de água destilada, fazer 2,5mL da solução por via IntraMuscular.								
3) Penicilina G Benzatina 1.200.000 Unidades (300.000 Unidades/mL), Frasco-Ampola (4mL). Fazer 2.400.000 Unidades (2 Frascos-Ampola – 8 mL) por via IntraMuscular profunda.								
4) Levonorgestrel 0,75mg comprimido. Administrar 1,5 mg (2 comprimidos) por Via Oral, em dose única.								
5) Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B. Fazer _____ mL por via IntraMuscular, em dose única. (0,06 mL/Kg – ampola 200 Unidades Internacionais). VER OBSERVAÇÃO 1								
6)								
7)								
8)								
9)								
10)								

OBS1.: Até 72h – máximo 14 dias.

cerca de 0,5 a 5% dos casos, deve ser oferecida a contracepção de emergência, para evitar o que muitas mulheres sentem como uma segunda violência.⁵

O fármaco de escolha é o levonorgestrel 0,75mg, a ser administrado em dose única de 1,5mg. Os efeitos adversos mais frequentes são náuseas e vômitos e o seu uso não costuma acarretar sangramento e não afetaria o ciclo menstrual.⁸ O índice de efetividade para cada ato sexual desprotegido é de 75% (ou seja, para cada quatro relações sexuais desprotegidas, o método é capaz de prevenir três gestações).

Imunoprofilaxia contra Hepatite B

A profilaxia contra hepatites virais deve ser realizada quando ocorre exposição a sêmen, sangue ou outro fluido corporal e em condições de dúvidas ou desconhecimento do status vacinal.

Utiliza-se imunoglobulina anti-Hepatite B na dose de 0,06mL/Kg, devendo-se atentar para apresentação da ampola fornecida pelo Ministério da Saúde que pode ser de 200 Unidades Internacionais/mL ou 180 Unidades Internacionais/mL e deve ser administrada até 72h após o agravo para maior eficácia, podendo ser estendido até 14 dias no máximo.

A imunoprofilaxia é realizada quando não há informações concretas de administração anterior de doses de vacina anti-Hepatite B.

Infecção pelo HIV

Podendo acontecer entre 0,8 e 2,7% dos casos, o risco de transmissão de infecção pelo HIV é uma das grandes

preocupações das vítimas de violência sexual. Assim como para as ISTs, o risco de infecção depende de vários fatores, porém, lacerações podem chegar a 40% nas mulheres violentadas, considerando-se assim, a necessidade de profilaxia semelhante ao que ocorre com os casos de acidentes com materiais biológicos, sendo imprescindível o início precoce em no máximo 72 horas após a exposição. Após esse período não há mais benefícios da profilaxia. Outra variável a ser considerada para a prescrição de antirretrovirais, é o resultado do teste rápido.

Sempre em atualização, o esquema de antirretrovirais atualmente em uso, de acordo com o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais do Ministério da Saúde,⁸ é Tenofovir combinado com Lamivudina e Dolutegravir. A paciente deve ser orientada sobre os possíveis efeitos adversos e a importância da adesão ao tratamento de 28 dias. A prescrição padrão também está disponível dentro da linha de cuidado.

Continuidade da assistência no ambulatório Superando Barreiras

No primeiro atendimento pela médica sexóloga, é realizado apresentação desta profissional à paciente (nome e um pouco de como se dá essa atuação na MEAC e como chegou-se a estar trabalhando com vítimas de violência sexual) – esse passo é importante para a construção de um vínculo de confiança com a profissional e o trabalho oferecido.⁹ São realizados esclarecimentos com relação ao Programa Superando Barreiras tais como: objetivos, como se deu a implantação, quem são os profissionais que compõem a equipe multiprofissional e alguns dados sobre o perfil de mulheres que têm sido atendidas.

Apsicoeducação é uma intervenção que, envolvendo diferentes teorias psicológicas e educativas, propicia uma maneira de auxiliar o tratamento a partir das mudanças comportamentais, sociais e emocionais cujo trabalho permite a prevenção na saúde.¹⁰ Segundo o autor, ao ensinar os pacientes a se ajudarem, propicia-se conscientização e autonomia.

Através dessa estratégia, ampliamos as informações que a paciente tem sobre violência sexual, e ela passa a ter um conhecimento menos fragmentado sobre esse tema e seus possíveis desfechos. Compreenderá a importância do seu seguimento e o de cada braço de atenção oferecido pelo programa, além da multiplicidade de aspectos envolvidos na temática da violência sexual.

São realizadas orientações sobre a importância de ter um acompanhamento em saúde em vítimas de violência sexual para a prevenção de desfechos negativos decorrentes do evento traumático, tais como diminuição da autoestima e autoconfiança e questões de saúde mental - transtornos do humor, prejuízo nas relações interpessoais e afetivas, uso abusivo de álcool ou outras drogas etc; além de revitimização, entre outras. A paciente (ou o responsável, no caso de crianças) mapeia suas expectativas e percepções, além de compartilhar outros aspectos com relação ao(s) episódio(s) de violência sexual.

É comum a sensação de culpa por parte da vítima ou responsáveis, e aqui é reforçado o trabalho de isenção dessa culpa, e a reestruturação cognitiva das crenças de medo e vergonha. Espera-se, com o seguimento multiprofissional, que a paciente possa recuperar-se emocionalmente, evitando a possível evolução para um Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), a infecção por IST e/ou HIV ou qualquer outro comprometido de saúde de ordem física, mental e/ou social. Será nas visitas e atendimentos subsequentes que acompanharemos a adesão da paciente à terapia antirretroviral (quando necessário), avaliaremos as estratégias desenvolvidas para lidar com o trauma e reestruturar a rotina de vida, os vínculos afetivos, a autoestima e autoconfiança e acompanharemos como ela tem experienciado seu acompanhamento multidisciplinar, a partir de suas próprias expectativas.

Espera-se que a paciente possa alcançar os objetivos propostos pelo programa, bem como desenvolver estratégias que diminuam o risco de revitimização sexual. Essa evolução é acompanhada através das discussões de caso em equipe multiprofissional e durante os atendimentos, pelos relatos das pacientes e registros dos atendimentos no prontuário.

Encaminhamento para outros ambulatórios da instituição

Todas as pacientes menores de 18 anos são encaminhadas através de interconsulta, para o ambulatório de adolescentes. Lá elas continuarão em seguimento mesmo após a alta do Superando Barreiras.

Às pacientes maiores de 18 anos, é oferecido seguimento no ambulatório de ISTs caso apresentem queixas ginecológicas

sugestivas. Esse encaminhamento também é feito por interconsulta.

Atuação transdisciplinar na continuidade dos atendimentos.

A estratégia de cuidado no Superando Barreiras tem como objetivo maior a saúde da paciente em acompanhamento. Dessa forma, a equipe constrói os momentos de atendimento, levando em consideração a individualidade de cada caso. Esses são discutidos pelos profissionais da equipe de seguimento para definir as metas e necessidades em cada situação e serem organizadas as datas de retorno, e se as consultas serão individuais ou em grupo. Sob a perspectiva da transdisciplinaridade, não se procura o domínio de um campo de cuidado sobre as outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que às atravessa e às ultrapassa.

Avaliação dos aspectos sociais determinantes da vulnerabilidade

Conhecer a rede de apoio familiar e social da paciente, como, por exemplo, se estuda, trabalha (carteira assinada ou não), onde e com quem reside (inclusive se alguém tem o conhecimento da situação e relacionamento familiar). Escolaridade, renda familiar e se recebe benefício socioassistencial (Benefício de Prestação Continuada, Bolsa Família). Se faz uso de substâncias psicoativas e se tem alguém da família usuário.^{11,12}

Quando acionar o Conselho Tutelar

Em caso de menores de 18 anos, deve-se verificar o local de moradia para acionar o Conselho Tutelar da área, mediante relatório circunstanciado.¹³ Se verificar que há risco para a criança e a adolescente, o Conselho é acionado imediatamente para auxiliar a família nessa situação. Intervir dentro dos condicionantes e determinantes no processo saúde e doença.

Como checar a ciência da família?

A paciente pode já verbalizar se alguém da família tem conhecimento. É garantido o sigilo se for o desejo da paciente maior de 18 anos, contudo, sempre sensibilizamos para a importância do suporte familiar. Mas em se tratando de menores de 18 anos, o representante legal da paciente, caso não esteja presente, deve ter a presença solicitada para os devidos esclarecimentos e encaminhamentos. Avaliar a singularidade de cada caso.

Serviço de apoio à família

No ambulatório, é realizada a escuta da família para orientações quanto ao acompanhamento e aos aspectos legais pertinentes ao caso. Muitas vezes não sabem lidar com a situação. Quando a violência é intrafamiliar há toda uma mudança na dinâmica familiar. Nesses casos são estimulados a procurar apoio psicológico fora da instituição.

Ressaltamos também que trabalhamos na perspectiva de garantias de direitos da criança, da adolescente e das mulheres.

Atendimento do profissional da psicologia a nível ambulatorial

A atuação profissional da psicologia envolve tanto os usuários do serviço, quanto os profissionais da assistência. As psicólogas utilizam os conhecimentos teóricos para dar subsídios aos profissionais, sejam eles de nível elementar, médio ou superior, na forma de educação permanente e em serviço, para que o melhor atendimento seja oferecido à usuária do Programa Superando Barreiras, em acordo com a visão, missão e valores institucionais.

Como a violência sexual é um tema bastante delicado, o cuidado, respeito, sigilo, menor julgamento e preconceito possíveis, além da consideração das fragilidades emocionais da vítima, são fundamentais. Além de todo arcabouço teórico que compõe a formação do profissional da área, o código de ética da categoria, as políticas ministeriais para o assunto, a norma técnica do Ministério da Saúde, permeiam esta atuação. O ambiente hospitalar por si é gerador de ansiedade, medo e angústia frente às circunstâncias desconhecidas, e, quando tratamos da referida demanda, violência sexual, a situação fica ainda mais delicada.

Depois de realizado atendimento psicológico no setor de emergência, buscando oferecer assistência integral, a usuária é encaminhada ao seguimento ambulatorial para os futuros desdobramentos. O atendimento psicológico ambulatorial visa trabalhar aspectos relacionados às demandas trazidas pela cliente, que giram em torno do transtorno do estresse pós-traumático, da desestruturação psíquica geral, da insegurança provocada pela violência urbana e de gênero, das disfunções sexuais, do fortalecimento da autoestima e autoconfiança, dentre outros. A autonomia do sujeito deve ser fortalecida, afim de que este possa dar seguimento a sua vida, apesar do episódio vivenciado.

Contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher é um componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases do atendimento. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário.

Assistência de enfermagem ambulatorial

A enfermagem realiza acolhimento conjunto com a equipe interdisciplinar através da escuta qualificada para compreensão da situação de vulnerabilidade que levou à violência. Essa acolhida tem como objetivo prestar uma atenção individualizada à vítima, garantindo-lhe sigilo, proteção e os encaminhamentos adequados.

A escuta deve ser realizada com sensibilidade, solidariedade, buscando rastrear dentro do processo outras situações que possam afetar ou contribuir para a integridade física e emocional dessa mulher, a fim de identificar situações de violência que estejam mascaradas através do silêncio, do medo e da vergonha.

Uma vez identificada a vulnerabilidade, bem como os agravos, a cliente e sua rede de apoio são acompanhadas ao longo de 6 meses pelos profissionais e nas diversas abordagens que serão realizadas, a equipe irá identificar situações favoráveis para se trabalhar ações voltadas para o tratamento e prevenção de agravos.

No atendimento individual de enfermagem busca-se conhecer a rotina diária de cada cliente como: qual a ocupação profissional, o grau de escolaridade, em qual situação ocorreu a violência, se há relacionamento ou envolvimento prévio com o violentador, o comportamento sexual, a orientação sexual, uso de métodos contraceptivos e outros aspectos que podem surgir no decorrer das entrevistas e que serão importantes para a compreensão do contexto da agressão ou para definir uma linha de abordagem a ser adotada pela equipe, de forma individualizada e centrada nas necessidades de cada pessoa.

Em situações agudas, a enfermagem também atua revisando e conferindo o cumprimento do protocolo de atendimento em situações de violência: se ocorreu a administração da profilaxia para ISTs e gravidez (em pacientes em período reprodutivo), bem como, investiga a ocorrência de reações adversas e a realização de testes rápido de acordo com nota técnica do Ministério da saúde e protocolo institucional.

Durante a consulta de enfermagem procura-se deixar a cliente à vontade para que ela possa expressar suas emoções e toda a atenção está voltada para o seu relato. Durante a consulta, busca-se saber se a vítima mencionou o caso de violência para alguém de sua confiança ou se a família sabe do ocorrido.

Quando se detecta que o caso de violência ocorreu nos últimos 12 meses, é oferecido à paciente o acompanhamento no programa Superando Barreiras. Quando o relato da paciente constitui abuso crônico e os episódios de agressão tenham cessado em um período maior que 12 meses, encaminha-se a mulher ao serviço de psicologia que realiza o atendimento para avaliação, seguimento ou encaminhamento a outros serviços necessários.

Em situações de abuso de mulheres em qualquer fase da vida que constitua vulnerabilidade por deficiência cognitiva, além dos cuidados acima relatados, se providencia a devida comunicação aos órgãos legais de acordo com a peculiaridade do caso. No caso de menores de 18 anos, a notificação ao conselho tutelar é compulsória.

Crítérios de alta

A alta no Superando Barreiras é decidida em discussão do caso pela equipe, levando-se em consideração a recuperação psicoemocional da paciente com relação ao evento traumático bem como a aquisição de estratégias preventivas de revitimização. Além disso, é verificado o alcance do que inicialmente havia sido proposto como objetivo na atenção ao caso pelos integrantes da equipe transdisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública – edição especial 2018: análises dos estados e facções prisionais [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2018 [acesso em: 5 nov 2018]. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-edicao-especial-2018-analises-dos-estados-e-faccoes-prisionais/>
2. Brasil. 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 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2009 [acesso em: 5 nov 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
3. Cerqueira D, Coelho DS. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. Nota Técnica nº 11. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.
4. Pinto LS, Oliveira IM, Pinto ES, Leite CB, Melo AN, Rocha de Deus MC. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(5):1501-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2009. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2011 [acesso em: 5 nov 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
9. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
10. Authier J. The psychoeducation model: definition, contemporary roots and content. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 1977;12(1):15-22.
11. Brasil. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília: CFSS; 2010.
12. Brasil. Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2013 [acesso em: 5 nov 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm
13. Brasil. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da criança e do adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2014 [acesso em: 5 nov 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm

Como citar:

Crispim TA, Brito DF, Lima IL, Sales IM, Guedes VP, Nogueira EF, et al. Linha de cuidado da mulher vítima de violência sexual: superando barreiras. *Rev Med UFC*. 2020 abr-jun;60(2):55-61.