
ARTIGO ORIGINAL

REALIDADES E DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: ESTUDO QUALITATIVO EM BELÉM-PARÁ**REALITIES AND CHALLENGES OF NURSING CARE FOR WOMEN EXPERIENCING SEXUAL VIOLENCE: A QUALITATIVE STUDY IN BELÉM, PARÁ**Cassiane da Silva Portela Pinto ¹Izadora Avelar Neto ²Klebson Rodrigues da Silva ³Marcello Vieira dos Santos ⁴Rubenilson Caldas Valois ⁵Graziane da Silva Portela Maia ⁶DOI: <https://doi.org/10.63845/s931eb67>**RESUMO**

Objetivo: compreender a assistência de enfermagem prestada às mulheres vítimas de violência sexual na triagem de Urgência obstétrica de um hospital público de referência ao atendimento de mulheres vítimas de violência sexual. **Método:** estudo qualitativo do tipo descritivo com enfermeiros que atuam na triagem de urgência obstétrica em um hospital referência em Belém-Pará. A coleta de dados ocorreu com 11 enfermeiros por meio de uma entrevista semiestruturada. Foi utilizado a análise de conteúdo de Bardin e com o auxílio do software IRAMUTEQ. **Resultados:** essa pesquisa permitiu a criação de 4 categorias que envolvem a profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis, o fluxo de atendimento, as dificuldades encontradas e a capacitação dos profissionais. **Considerações finais:** os profissionais de enfermagem assumem um papel de destaque nessa assistência. Constatou-se a importância da instituição no acolhimento, na oferta de recursos humanos e materiais, bem como na existência do protocolo para nortear o cuidado.

Descritores: Violência contra a mulher; Delitos sexuais; Cuidados de enfermagem; Papel de profissional de enfermagem.

¹ Enfermeira, Residente Atenção Básica e Saúde da Família, Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil. Email: Cassiane.portela2020@gmail.com

² Enfermeira, Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil. Email: izadoraavelar@gmail.com

³ Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem na Amazônia, Enfermeiro Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil. Email: klebson.rds.enf@gmail.com

⁴ Médico, Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil. Email: marcellosantos277@gmail.com

⁵ Doutor em Doenças tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical, Universidade do Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. Email: rubenilson.valois@uepa.br

⁶ Farmacêutica, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. Email: grazi.portelamaia@gmail.com

ABSTRACT

Objective: to understand the nursing care provided to women victims of sexual violence in the obstetric emergency triage of a public hospital that is a reference for the care of women victims of sexual violence. **Method:** qualitative descriptive study with nurses who work in obstetric emergency triage at a reference hospital in Belém-Pará. The data collection took place with 11 nurses through a semi-structured interview. Bardin's content analysis was used with the help of the IRAMUTEQ software. **Results:** this research allowed the creation of 4 categories involving the prophylaxis of Sexually Transmitted Infections, the service flow, the difficulties encountered and the training of professionals. **Final considerations:** nursing professionals play a prominent role in this assistance. It was verified the importance of the institution in the reception, in the offer of human and material resources, as well as in the existence of the protocol to guide the care.

Keywords: Violence Against Women; Sex Offenses; Nursing Care; Nurse's Role.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher configura-se como um grave problema social, o qual envolve qualquer ato que resulte, ou possa resultar, em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico. Dentre os tipos de manifestações, destaca-se a sexual, que não se limita à tentativa ou à consumação do ato sexual, mas abrange também práticas que restringem, violam ou inviabilizam o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres^{1,2}.

No que diz respeito aos danos causados pela violência, destaca-se o psicológico com sintomas depressivos e transtorno de estresse pós-traumático; o físico com infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada, além de efeitos invisibilizados que repercutem nos indicadores de morbimortalidade feminina e afetam a vida social, profissional e pessoal das vítimas³.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹, estima-se que 1 a cada 3 mulheres e meninas com 15 anos ou mais, nas Américas, já sofreu violência física ou sexual ao longo de suas vidas. Em consonância a isso, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública aponta um crescimento significativo de casos de violência sexual, sendo 2024 o ano de maior registro da história do país. Nesse período, o estupro de mulheres foi 1,8 vezes superior a taxa geral de estupro, evidenciando a maior vulnerabilidade feminina a esse crime².

A lógica de crescimento também é observada a nível estadual, em que o Estado do Pará apresentou a terceira maior variação percentual dos casos no período de 2018 a 2022 na Amazônia Legal⁴. Já em 2024, o Pará recebeu destaque por ocupar a oitava posição no ranking de unidades federativas que mais registraram casos de violência sexual contra a mulher².

No contexto das políticas públicas de saúde, o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi implementado como um instrumento de apoio às ações e serviços de saúde para as mulheres em todas as etapas e processos da sua vida, incluindo as vítimas de violência doméstica e sexual⁽⁵⁾. Com o intuito de fortalecer as políticas e promover a implementação de estratégias para aprimorar a assistência, torna-se de caráter compulsório a notificação dos casos por meio do Sistema de

Informações e Agravos de Notificação (SINAN), o qual irá orientar as decisões e ações públicas a serem desenvolvidas ⁽⁶⁾.

A assistência de enfermagem, por sua vez, deve abranger todos os aspectos da vida da mulher, considerando suas dimensões socioculturais, histórico-políticas e econômicas. Essa abordagem deve visar à construção de um ambiente seguro, acolhedor e de confiança para que essa mulher expresse seus medos, anseios e traumas. O profissional de enfermagem, portanto, assume um papel que transcende a execução de protocolos, assumindo a função de suporte no enfrentamento e na superação da situação de violência. Para isso, é de suma importância que o enfermeiro esteja adequadamente capacitado e preparado para abordar e agir nesses casos^{7,8}.

Nesse ínterim, é primordial que a educação continuada seja ofertada aos profissionais dos serviços que prestam assistência a essas mulheres, a fim de estruturar um processo de cuidado respeitoso, individual, acolhedor e contínuo. De modo a reforçar essa premissa, a falta de conhecimento dos profissionais se configura como uma das principais barreiras à assistência, evidenciando a necessidade de fomentar políticas públicas de saúde voltadas a essas mulheres^{9,10}.

Diante disso, foi formulada a pergunta de pesquisa: Como é prestada a assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual na triagem de Urgência obstétrica de um hospital público de referência ao atendimento de mulheres vítimas de violência sexual?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo. O estudo qualitativo é essencial na investigação científica, uma vez que busca compreender e interpretar os fenômenos estudados, de modo a explorar a complexidade dos contextos¹¹. Esse estudo foi desenvolvido com a participação de enfermeiros que atuam na triagem de urgência obstétrica de um hospital público de referência ao atendimento de mulheres vítimas de violência sexual, localizada em Belém no Estado do Pará. Para tal, foram selecionados enfermeiros generalistas com no mínimo 1 ano de experiência nesse setor e excluídos os que estavam de licença ou férias no período da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2023 com 11 enfermeiros. No decorrer do processo de abordagem desses profissionais, procedeu-se a apresentação das pesquisadoras, o esclarecimento do objetivo do projeto e a importância dessa participação, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de autorização para a gravação de voz, de modo a garantir o respaldo legal e ético necessários à pesquisa.

Cabe ressaltar que o presente estudo pautou-se pela observância dos preceitos éticos delineados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo obtido a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de CAAE: 65337222.1.0000.5170.

Com a devida formalização dessas assinaturas, a entrevista individual foi conduzida em um ambiente privado, em horário diferenciado das atividades laborais regulares dos enfermeiros. Foi adotado um roteiro composto por três perguntas semiestruturadas relacionadas à temática em estudo.

Para preservar o anonimato dos enfermeiros, empregou-se um sistema de codificação alfanumérica, no qual a letra ‘E’ foi designada para representar os participantes, seguida pela enumeração ‘E1, E2, E3 ...’ para cada enfermeiro entrevistado.

No que diz respeito à análise de dados, foi utilizado a análise de conteúdo proposta por Bardin, a qual envolve 3 etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e a interpretação dos resultados. Na fase de exploração do material, as entrevistas foram analisadas pelo software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O software permite a análise estatística com base na classificação hierárquica descendente (CHD), descrito por Reinert, em que são agrupadas classes de segmentos de textos com palavras próximas ou distantes lexicalmente. Tais palavras são associadas na mesma classe quando tem a mesma homogeneidade ou natureza^{12,13}. Os resultados obtidos foram interpretados à luz do embasamento científico da temática.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil dos enfermeiros participantes

Mediante a análise das falas dos profissionais de enfermagem entrevistados foi possível obter uma compreensão abrangente sobre a prestação da assistência de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, com base na literatura científica. Nesse contexto, faz-se necessário a caracterização do perfil dos profissionais participantes da pesquisa. Para tal, o estudo foi conduzido pelos pesquisadores por meio de entrevistas com 11 enfermeiros que foram descritos mediante seu sexo, local de trabalho, tempo de serviço e turno de trabalho (Tabela 1).

Ao analisar as características dos entrevistados, verifica-se que majoritariamente os profissionais que atuam no serviço são do sexo feminino, contabilizando 10 profissionais e apenas 1 enfermeiro entrevistado é do sexo masculino. Vale destacar que o local de trabalho apresentado no momento da coleta não é fixo dos profissionais, uma vez que existe uma rotatividade desses enfermeiros nos setores da triagem de urgência obstétrica.

Construção dos resultados com o uso do IRAMUTEQ

Respeitando as etapas de análise proposta por Bardin, a fase de exploração dos dados foi feita com auxílio do software IRaMuTeQ, uma importante ferramenta que permite a análise de diferentes dados textuais, envolvendo desde a lexicografia básica – ou seja, a transformação das Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE) – até a análises multivariadas, isto é, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD)¹⁴.

Ao submeter ao programa utilizando o método CHD, foi gerado um corpus textual com 11 textos – representando o total de entrevistas realizadas – e fragmentado em 268 segmentos de texto (ST), dentre os quais, 223 ST foram aproveitados e representam 83.21% desse total.

Em relação as classes, o software as organizam em ordem decrescente de acordo com a frequência da ocorrência e com o resultado do teste estatístico qui-quadrado (χ^2). Em linhas gerais, é atribuído um grau de força estatística que permite mensurar quantitativamente a relação estabelecida entre o resultado e a sua distribuição esperada.

Nessa pesquisa, foram originadas 6 classes (figura 1): formada pela classe 6, composta por 27 ST (12,11% dos ST aproveitados) e por uma sequência de subdivisões. Dessa forma, emergiram as classes 5 e 4 – sendo respectivamente, 50 ST (22,42%) e 45 ST (20,18%) – e uma nova sequência de subdivisão que se ramifica na classe 1, representando 33 ST (14,8%) e em novos subtemas, originando a análise da classe 3 com 39 ST (17,49%) e da classe 2 com 29 ST (13%).

Para uma melhor compreensão das classes, foi construído um dendrograma do tipo filograma (figura 1). Nesse dendrograma, é apresentado as classes com a lista de palavras, a frequência e sua ocorrência gerada pelo teste qui-quadrado (χ^2), além de apresentar o conjunto de segmentos de palavras e o aproveitamento de cada classe.

Seguindo a metodologia de Bardin, a fase de categorização traz elementos importantes para construir uma adequada analogia, visto que permite o agrupamento ou reagrupamentos das unidades de registro de textos¹². Baseado nisso, as análises dos resultados dessa pesquisa permitiram a criação de categorias (Quadro 1)

Aspectos gerais sobre as profilaxias para as vítimas de violência sexual

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções é uma medida de prevenção de urgência fornecida pelo Sistema Único de Saúde, com o intuito de reduzir o risco de contrair tais infecções¹⁵. Os resultados dessa pesquisa demonstram que os profissionais envolvidos no estudo reconhecem a importância da realização da quimioprofilaxia, bem como a realização dos testes rápidos e exames clínico ginecológicas das principais infecções sexualmente transmissíveis (IST's), isso é retratado na transcrição a seguir:

“Se for o caso da profilaxia, a gente atende na classificação de risco e a gente faz o risco dela. Lá no risco a gente faz a notificação da violência e já faz os testes rápidos HIV, Sífilis, hepatite C e B em todas as mulheres. [...]a partir disso tem os encaminhamentos para o CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais) para a realização da vacina da hepatite b encaminhamento para CASA DIA (Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infeciosas Adquiridas) ou UREDIPE para ela poder dar continuidade na vigilância das sorologias porque aqui na internação a gente só faz os testes rápidos.”

E3

“Na hora que a gente faz o risco, nós fazemos os testes para HIV, Sífilis, Hepatite B e C [...] aí a médica avalia e vai prescrever as medicações dela, elas fazem as medicações aqui e depois são encaminhadas para o CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais) para imunoglobulina né e para Casa Dia (Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infeciosas Adquiridas), às vezes, para continuar as medicações do HIV, elas iniciam aqui.” **E2**

No que diz respeito ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ele possui um papel de destaque na quimioprofilaxia devido sua transmissibilidade, vulnerabilidade imunológica e para infecções oportunistas, impactos sociais e psicológicos¹⁵. Os depoimentos a seguir revelam as condutas e conhecimento quanto a Profilaxia Pós-Exposição do HIV (PEP):

“[...]o atendimento é em torno de 30 minutos de espera para ela passar no atendimento médico, por conta da necessidade de fazer a profilaxia [...]” E11

“Daqui ela é encaminhada para CASA DIA (Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infecciosas Adquiridas) para ela fazer a manutenção do AZT que é durante 30 dias, ela faz os testes da hepatite, da sífilis e do HIV.” E5

“Daqui ela é encaminhada para CASA DIA (Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infecciosas Adquiridas) para ela fazer a manutenção do AZT que é durante 30 dias, ela faz os testes da hepatite, da sífilis e do HIV.” E5

“Quando ela chega ela é triada, passa pela classificação de risco com o atendimento médico e faz as profilaxias das DST's e leva para casa as profilaxias do HIV depois ela é encaminhada para a UREDIPE para fazer o seguimento de triagem sobre HIV de exames de 6 em 6 meses a coleta da sorologia.” E10

Os relatos dos enfermeiros apontam uma incongruência quanto ao esquema terapêutico recomendado para PEP do HIV, uma vez que a fala do enfermeiro revela o uso apenas do inibidor de transcriptase reversa nucleosídeos Zidovudina (AZT) por 30 dias, o que contradiz a literatura científica.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, ISTs e Hepatites Virais, recomenda-se a utilização de Lamivudina 300mg + Tenofovir 300mg, preferencialmente coformuladas, VO 1x/dia e 1 comprimido de Dolutegravir 50mg VO 1x/dia, prescritos por 28 dias. Quanto ao uso da Zidovudina/Azitomidina, restringe-se aos casos de contra-indicação do Tenofovir e o esquema terapêutico passa a ser: Zidovudina 300 mg, Lamivudina 150 mg e Dolutegravir 50mg. E mesmo diante do esquema alternativo, a PEP continua sendo uma terapia antirretroviral combinada e tendo duração de 28 dias¹⁶.

O referido protocolo foi publicado no ano de 2024, com atualização em 2025 que reforça o uso dos antirretrovirais por 28 dias e a necessidade de iniciar precocemente o esquema terapêutico, com limite máximo de 72 horas¹⁷. Outra incongruência destacada é a triagem do HIV, a fala do enfermeiro limita a avaliação em intervalos semestrais, no entanto, deve ser realizada a testagem quatro semanas após o início da PEP e repetida após 12 semanas do início do esquema terapêutico¹⁶.

Apesar dos entrevistados não listarem as demais medicações utilizadas, é mencionado a existência de um protocolo da instituição que norteia as ações nos casos de violência sexual, incluindo os fármacos que devem ser utilizados pelas vítimas. Como é observado nas seguintes falas:

“As medicações que elas fazem são a pílula do dia seguinte com uma dosagem maior, faz ainda umas outras que eu não sei te dizer mais tem tudo descrito em um protocolo da instituição.” E7

“Nós temos um protocolo da instituição e é seguido esse protocolo da instituição. E lá tem no sistema toda a prescrição da medicação, que é algumas medicações contra infecções (...).” E9

Seguindo a relação dos discursos dos profissionais com o que é preconizado no documento do Ministério da Saúde, é necessário que sejam realizado o teste treponêmico (teste rápido para sífilis) no primeiro atendimento a essa mulher e que seja coletado amostra para a realização de teste não treponêmico –VDRL-, para todas as mulheres vítimas de violência sexual, para que o profissional responsável tenha conhecimento da sua situação sorológica antes do episódio de violência¹⁶, como observado na fala do participante:

“Nessa situação, elas entendem assim, que acham que vão fazer diagnóstico do contato que ela teve com o agressor, na realidade, não. É para entender a vida pregressa dela, se futuramente, ela vier a positivar, mesmo fazendo toda a profilaxia, pode referir a esse contato com esse agressor, essa patologia né, sífilis, HIV e qualquer outra que pode vir acontecer.” E6

As mulheres vítimas de violência devem receber profilaxia pós-exposição de forma imediata, independente do resultado do teste treponêmico, essa profilaxia é realizada com Penicilina benzatina 2.4 milhões de UI, por via intramuscular em dose única¹⁶. No que diz respeito as Hepatites virais, a literatura preconiza a realização dos testes rápidos da Hepatite B e C. E nesse quesito, há um consenso por parte dos profissionais sobre a realização desses testes nos casos de violência sexual. Como profilaxia, é recomendado a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) em todos os casos de suspeita ou confirmação do contato com o sêmen, sangue ou fluidos corpóreos do agressor. Contudo, é necessário analisar o esquema vacinal para hepatite B da vítima, sendo administrado apenas em casos de desconhecimento da situação vacinal ou imunização incompleta – inferior a 3 doses¹⁸.

Em relação ao tempo, essa imunoprofilaxia é indicada preferencialmente nas primeiras 24 horas da violência ou no período máximo de 14 dias após a exposição¹⁸. Nessa instituição, a vítima de violência sexual tem acesso ao CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais), um anexo que facilita a imunoprofilaxia dos pacientes, especialmente os portadores de imunodeficiência ou outras condições especiais. No âmbito do CRIE, essa mulher passa a receber, além da vacina da Hepatite, a imunização contra o Papiloma Vírus Humano (HPV), recomendada para as vítimas de violência sexual na faixa etária de 9 a 45 anos de idade. O esquema vacinal preconizado é de 2 doses para indivíduos de 9 a 14 anos e 3 doses para aquelas com idade de 15 a 45 anos¹⁹.

Já na profilaxia da gravidez, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), preconiza a oferta da anticoncepção de emergência (AE) sempre que ocorrer relação sexual sem uso de preservativo ou que o ato sexual foi inadequadamente protegido. A AE pode ser administrada dentro do período de 72 horas após a violência sexual, mas deve ocorrer o mais precocemente possível²⁰. A principal droga de escolha é o levonorgestrel, em dose única de 1,5 mg ou 2 doses de 750mcg com intervalo de 12 horas, e em todas 11 entrevistas coletas, a profilaxia da gravidez é listada como uma das etapas do processo de assistência as mulheres vítimas de violência sexual e é pontuada detalhadamente na seguinte fala:

“Ela faz a profilaxia da gravidez dependendo da história dela, se ela for laqueada, ela não precisa fazer. Se ela for menopausada, ela não precisa fazer. Nós temos mulheres já na menopausa violentadas. Cada caso é um caso, se for necessário fazer a profilaxia da gravidez, ela faz levonorgestrel.” E6

“Ela ainda faz a medicação da prevenção da gravidez com o uso da pílula do dia seguinte (levonorgestrel).” E11

Fluxo de atendimento às mulheres vítima de violência sexual

Mediante o discurso dos enfermeiros, foi relatado que o itinerário terapêutico dessas vítimas é realizado por uma equipe multiprofissional, envolvendo todas as etapas necessárias à um atendimento holístico e ainda estabelecendo um vínculo com os demais órgãos- delegacia de polícia, instituto médico legal, unidades básicas de saúde que estão envolvidos na integralidade do atendimento dessa mulher.

“Elas chegam na entrada, elas pegam a senha, passa a gente no risco, a gente faz o risco dessa paciente, pelo menos, quando eu tô no risco, eu faço o risco e já aciono, já dou um sinalzinho para psicóloga e assistente social, depois já deixa as médicas cientes que nós temos uma violência aqui [...]. São atendidas pela psicologia, serviço social, por uma equipe multiprofissional e são feitas às medicações.” E2

“O fluxo de atendimento é passar ela primeiro pelo risco, onde ela é classificada como amarela pela prioridade, de lá a gente já encaminha para o serviço social e para a psicologia, onde ela faz o primeiro acolhimento mesmo antes de passar com o médico.” E4

“Primeiramente essa paciente chega na instituição encaminhada de uma instituição judicial ou uma delegacia ou ministério público ou do IML, elas já vêm direcionadas para cá e tem aquelas que vem por demanda espontânea.” E1

O citado fluxo está em consonância com o que a literatura aponta como oferta de serviço essencial ao atendimento dessa mulher, uma vez que é estruturado para oferta de quimioprofilaxia, imunoprofilaxia, acompanhamento psicológico, médico e de assistência social. Sendo assim, o fluxo contempla a necessidade de cuidar dos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais²¹.

Convém salientar que um atendimento integral e holístico necessita da participação da equipe multiprofissional, de modo que o atendimento a vítima de violência não se torne apenas aplicação de protocolos, mas que tenha profissionais capacitados para entender todas as suas necessidades e com isso forneça cuidado digno, acolhedor e que previna a revitimização²¹.

Outro aspecto importante sobre a temática e que reflete o seu impacto, é a realização da notificação da violência sexual pelo profissional que assiste essa mulher. Em relação ao presente trabalho, fica evidenciado a sua ocorrência da notificação compulsória no seguinte depoimento:

“Ela já tem que estar notificada e com os testes realizados, todas as pacientes têm que ser feito isso.” E2

“Essa notificação é feita logo quando ela chega, até porque é uma exigência da farmácia daqui para poder liberar essas medicações profiláticas é necessário a cópia dessa notificação.” E3

“No caso da violência doméstica, é feita a notificação independente de qualquer outra situação, é comunicado.” E5

Nesse contexto, a notificação da violência é essencial para garantir o suporte adequado às vítimas, bem como para a responsabilização dos agressores. Não obstante, a notificação facilita a identificação de padrões, tendências e fatores de risco relacionados a violência, subsidiando a implementação de estratégias de prevenção, formulação de políticas públicas efetivas e direcionamento de recursos adequados²¹. Diante disso, é essencial que essa etapa da assistência não seja negligenciada pelo profissional responsável, visto que existe um alto número de subnotificações, seja pela dificuldade dos profissionais em lidar com a questão da violência, pela segurança, educação e até mesmo pelo processo de saúde e cuidado²¹.

No contexto específico da violência sexual, o risco de gravidez indesejada se destaca devido à complexidade de reações psicológicas, sociais e legais que a acompanham. Nesse sentido, é relatado pelos enfermeiros algumas incongruências quanto à necessidade de umnexo causal para a realização do aborto legal:

“[...]passa aqui com a assistente social e com a enfermagem o nexo causal se está de acordo com o que ela falou quando a ela estar grávida e deseja o aborto legal.” E4

“Se ela vier vítima da violência sexual grávida, proporcionada a ser submetida ao abortamento legal, ela vai ser acolhida[...] e ver se a cláusula alegada é condicente com o nexo causal. Se tiver nexo causal, ela vai para o procedimento.” E5

“Isso vai depender muito do caso, da situação que a mulher vivencia, vivenciou [...] quando ela conta uma história que ela sofreu um abuso, e que hoje não tem mais validade legal, o nexo causal foi retirado.” E9

Sendo assim, é essencial uma concordância quanto aos tramites necessários para a realização do aborto legal, uma vez que alguns profissionais ainda utilizam o nexo causal para garantir a realização do aborto à mulher violentada. Com base na Decreto-Lei 2848, Inciso II do Artigo 128 do Código Penal Brasileiro, o qual garante o direito ao aborto em casos de gravidez decorrente da violência sexual, é imprescindível que o profissional entenda que o abortamento é um direito da mulher e envolve ainda a saúde reprodutiva e a autonomia das mulheres, assim devendo o profissional oferecer todas as informações para a uma tomada de decisão livre, consciente e esclarecida²¹.

Dessa forma, é importante enfatizar que a criminalização ou restrição do acesso ao aborto coloca as vítimas em posição de maior vulnerabilidade, pois negar esse direito é negar a possibilidade de tomar decisões sobre seu próprio corpo e perpetuar o sofrimento causado pela violência^{21, 22}.

Dificuldades no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual

Ao serem indagados sobre os entraves encontrados na assistência de enfermagem as mulheres vítimas de violência sexual, os enfermeiros pontuaram a dificuldade em relação ao local e/ou fluxo de atendimento e a qualificação profissional para atender essas mulheres.

Os enfermeiros destacaram a triagem obstétrica como inadequada para esse atendimento, dado o intenso fluxo de gestantes e a priorização das doenças obstétricas, de acordo com o Protocolo de Manchester. Atrelado a isso, questões burocráticas, como a ordem de atendimento multiprofissional ou a morosidade do serviço devido os diferentes públicos atendidos, contribuem para que a vítima aguarde por um longo período e necessite relembrar o episódio traumático diversas vezes.

“Nós temos um setor lá embaixo que é o PARÁPAZ, ao meu ver essas mulheres não deveriam vir para cá, elas deveriam tratar lá no PARÁPAZ (...) porque essa paciente ela chega aqui ela fala com o enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, então expõem muito as questões psicológicas dela. Eu acho que não deveria ser feito aqui e seria somente encaminhado para cá se houve-se uma necessidade (...) Fora que elas ficam muito tempo aqui, tem umas que até desistem e vão embora, pelo tempo mesmo de espera porque elas esperam junto com as demais.” E1

“No mínimo, ela é amarela, que é a classificação de 30 minuto de atendimento, entendeu? (...) A maior dificuldade que a gente encontra é a burocracia ... Você tá dentro de uma urgência, você tá atendendo grávidas, você tá atendendo, às vezes, eclampsia, você tá atendendo descolamento, abortamentos que estão precisando de atendimento imediato.” E6

Em consonância a isso, os estudos científicos mostram que não há uma exclusividade para a assistência as mulheres vítimas de violência sexual, além de que os serviços de urgência e emergência atuam no modelo tradicional, isto é, baseiam-se na queixa-conduta e negligenciam a integralidade do cuidado ⁽²³⁾.

No entanto, mesmo com essas dificuldades retratadas, os entrevistados reconhecem as potencialidades da instituição no quesito dos recursos estruturais e materiais, do acolhimento humanizado dos profissionais e da existência de um protocolo adequado para nortear a assistência.

“Eu não me lembro de outro serviço que acolham como aqui, a Santa Casa é referência mesmo, os outros serviços não fazem esse acolhimento (...) Dificuldade de estrutura física ou dificuldade de medicamento eu não percebo, porque por ser referência aqui já é bem-preparado.” E3

“Bem, na nossa instituição, não. Porque nós já temos todo um direcionamento de assistência. Agora com certeza, em outras instituições, sim. Quem não é orientado a vim para cá, a paciente fica realmente pulando de instituições e ninguém sabe informar, não atende.” E9

“Nós não temos nenhuma dificuldade em recursos, o apoio logístico, aqui a gente tem tudo, a gente tem todos os exames de laboratório, tem todos os exames de imagem, a gente tem todos os profissionais capazes de atender essa mulher, da parte social, da parte de saúde, médico e da enfermagem e da parte jurídica, como a delegacia, como a assessoria jurídica da santa Casa que dá

apoio para essa mulher, a defensoria pública, o ministério público, entendeu? A gente tem todo esse suporte. “E5

Esses pontos positivos da instituição contrariam a lógica vivenciada nos principais serviços de saúde, uma vez que a assistência às vítimas de violência sexual é marcada pela escassez de recursos materiais e humanos, pela dificuldade de exercer práticas humanizadas e por inadequadas estruturas físicas para o atendimento ⁽²³⁾.

Capacitação dos enfermeiros que atuam no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual

Segundo a literatura, observa-se uma carência de capacitações específicas para o enfermeiro realizar o atendimento adequado a esse público. A lacuna no conhecimento é reflexo tanto da ausência da temática nos cursos de graduação, quanto da escassez de educação continuada para os profissionais ⁽²³⁾. Esse cenário é evidenciado nas entrevistas, em que dos 11 entrevistados, apenas 1 teve contato com o assunto durante a graduação.

“Não me recordo durante minha graduação de ter aulas! Sim, fiz cursos extracurriculares mesmo! Não, eu acho assim que a faculdade em si prepara a gente para um mundo muito fechado, não só a questão do tabu, mas ela não prepara a gente da forma que ela precisa preparar (...) durante a minha graduação eu tive um estágio extracurricular que eu via que era um mundo externo e a minha cúpula dentro da faculdade era mínima.” E7

“Não. Eu acho que de repente, não tá na grade. No período que foi a minha graduação, não estava na grade da abordagem da graduação.” E10

É notório que os conhecimentos desses enfermeiros são provenientes da atuação profissional ou da realização de pós-graduação e de cursos extracurriculares. No entanto, esses profissionais reconhecem essa realidade e incentivam a implementação dessa temática na grade curricular.

“Eu acho que o entrave maior tá na enfermagem e na medicina né, em alguns profissionais, não são todos. Eu acho que tem profissionais ainda que precisa se qualificar mais, se atualizar mais, ser mais solidário [...] não, que eu lembre não. Na pós-graduação, sim. Na graduação, não. Mas eu acho que era importante trabalhar na graduação esse tipo de assunto.” E5

“Não tive, na realidade eu estagiei aqui na época da faculdade que aí eu fui conhecer como é que funcionava aqui e depois comecei a trabalhar. Eu acho que a violência contra a mulher ainda é um tabu, muita gente tenta passar despercebido por isso, e aqui a gente vê que é tão importante, o tanto que essa mulher sofre. Então é importante trabalhar tanto no ensino superior como no médio e no ensino fundamental.” E4

Nesse contexto, a capacitação dos enfermeiros que atuam nesse atendimento deve envolver não apenas questões clínicas e técnicas, mas também a compreensão dos aspectos psicossociais envolvido na violência, na escuta ativa, na identificação de sinais de violência, nos reconhecimentos dos aspectos legais inerente à violência e serviços de apoio que estão envolvidos nessa assistência. A qualificação dos enfermeiros nesse atendimento contribui para a promoção da saúde física e mental das mulheres

vítimas de violência sexual, além de fomentar o apoio e proteção a essas mulheres em suas jornadas de recuperação ^(21,19)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual contra a mulher é um fenômeno frequente na sociedade que traz inúmeros agravos biopsicossociais à vítima, mediante a banalização da problemática e dos inúmeros desafios assistenciais e culturais. É nesse cenário que profissionais de enfermagem assumem um papel de destaque como agentes do cuidado que são capazes de acolher, devolver a autonomia à mulher e prestar uma assistência eficaz.

Nesse sentido, esse estudo teve como objetivo compreender a assistência de enfermagem prestada às mulheres vítimas de violência sexual, de modo a promover a reflexão sobre como é feito o cuidado, a dinâmica do atendimento e o envolvimento da equipe, sugerindo assim soluções para melhoria do atendimento, redução dos danos da violência sexual, desconstrução dos tabus e agregação com a comunidade científica.

Com base nos resultados do estudo, constatou-se a importância significativa dessa instituição no atendimento às vítimas de violência sexual, devido à sua capacidade de acolher mulheres independentemente da forma como ingressam no sistema de saúde e de garantir o acesso a uma ampla gama de recursos, informações e profissionais de saúde. Além de fornecer a continuidade da assistência, mediante aos encaminhamentos para outras instituições de apoio.

Vale destacar, a existência de um protocolo institucional que norteia o fluxo e a assistência prestada a essas mulheres, assegurando o cumprimento de todas as etapas do processo de cuidado, incluindo o atendimento por uma equipe multiprofissional e a notificação. Essa se configura como uma das fases essenciais que muitas vezes, é negligenciada pelos profissionais de saúde e contribui ainda mais para as subnotificações dos casos de violência sexual.

Também foi possível identificar, que o serviço apresenta adequado recursos humanos e materiais, por oferecer suporte completo para a realização de procedimentos clínicos e laboratoriais e não haver relato de escassez de medicações e/ou imunizações. Em contrapartida, é possível identificar uma falha na instituição no que se refere ao local de atendimento. Devido à alta demanda de gestantes em situação de urgência e emergência obstétrica, a vítima de violência sexual não recebe prioridade de acordo com o protocolo de Manchester, resultando em um período prolongado de espera ou até mesmo levando-a a desistir do atendimento.

Os resultados apontam que equipe de Enfermagem necessita de capacitação para esse manejo, visto a falta de contato com a temática durante a graduação e a inexistência da educação permanente. Tal cenário, repercute em dificuldade para realizar a assistência, ocorrendo uma divergência no repasse de informações burocráticas e assistenciais. Ao analisar o conhecimento e tempo de serviço dos profissionais, fica claro que a maioria dos enfermeiros não tiveram contato com a temática durante a

graduação. No entanto, os profissionais contam com o protocolo de atendimento da instituição que colabora para minimizar essa lacuna do conhecimento.

Os resultados obtidos nesse estudo destacam a importância de uma abordagem integrada e multidisciplinar para lidar com essa questão, incluindo o fortalecimento de instituições de referência, a capacitação adequada dos enfermeiros e a implementação de políticas públicas efetivas. É fundamental que haja um ambiente acolhedor e seguro para as vítimas, onde possam receber o suporte necessário, serem ouvidas e terem acesso aos serviços de saúde, justiça e apoio psicossocial. Somente por meio de esforços conjuntos e contínuos, é possível fornecer segurança, apoio e um cuidado de qualidade e humanizado.

Como limitação do estudo, pontua-se o fato da pesquisa ocorrer apenas em uma instituição de referência e envolver a amostra limitada de 11 enfermeiros devido a saturação teórica.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. **ONU diz que 840 milhões de mulheres já sofreram violência sexual ou física** [Internet]. 2025 [acesso em 14 abr. 2026]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2025/11/1851589>
2. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2025. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/279>. Acesso em: 21 abr. 2026.
3. Neves SS, et al. **Violência sexual contra mulheres: evidências científicas sobre a notificação no Brasil**. Rev Acervo Saude. 2025;25:1-8.
4. Instituto Igarapé. **Violência contra mulheres na Amazônia: 5 anos** [Internet]. 2024 [acesso em 14 abr. 2026]. Disponível em: https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2024/03/SC_PT_Violencia-Contra-Mulheres-na-Amazonia-5anos.pdf
5. Souto K, Moreira MR. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. Saúde em Debate. 2021;45(130):832-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420211302>
6. Santos JAJ, Passos SG. **Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da ficha de notificação compulsória em relação a violência contra a mulher**. Revista JRG de estudos acadêmicos. 2021;9. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5093810>
7. Castro MAM, et al. **Nursing care as a victim of sexual violence**. Res Soc Dev. 2022;11.
8. Franco JM, Lourenço RG. **Assistência de enfermagem prestada às mulheres em situação de violência em serviços de emergência**. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2022;24:68266-7. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.68266>

9. Cassini MROL. **Atenção integral à mulher em situação de violência sexual: a qualificação profissional como elo transformador no cuidado em saúde.** *Prat Cuid Rev Saude Colet.* 2025;6:e22329.
10. Silva EAS, et al. **Violência sexual contra mulheres: assistência de enfermagem nas unidades de saúde.** *Res Soc Dev.* 2023;12(8):e4312842819.
11. Guerra ALR, et al. **Pesquisa qualitativa e seus fundamentos na investigação científica.** *Rev Gestao Secret.* 2024;15(7):1-15. Disponível em: <http://doi.org/10.7769/gese.c.v15i7.4019>
12. De Quadros JPV, Silveira RMCF. **Método de análise de conteúdo de Bardin na pesquisa educacional em ciência, tecnologia e sociedade.** *Aracê.* 2025;7(3):13849-61.
13. Motta LKP. **Análise de conteúdo: introdução e aplicação da técnica segundo Bardin.** *Anais P&D Design.* 2024.
14. Camargo BV, Justo AM. **IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais.** *Temas Psicol.* 2013;21(2):513-8.
15. Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025. 112 p.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, ISTs e hepatites virais.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. 83 p.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025. 112 p.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de hepatite B e coinfeções.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução normativa que instrui o calendário nacional de vacinação – 2026.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2026.
20. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Anticoncepção de emergência.** *Femina.* 2026;54(2):127-30
21. Nascimento RCM, et. al. **Revista Eletrônica Acervo em Saúde.** 2023;24(1): 1-10.
DOI:<https://doi.org/10.25248/reas.e11427.2023>
22. Castro MAM, et al. **Nursing care as a victim of sexual violence.** *Res Soc Dev.* 2022;11.
23. Souza FR, Silva CS. **Atendimento de enfermagem à vítimas de violência sexual: análise documental de casos notificados de 2014 a 2024 na Bahia.** *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação.* 2025, 11(12), 5559-5577.2

TABELAS

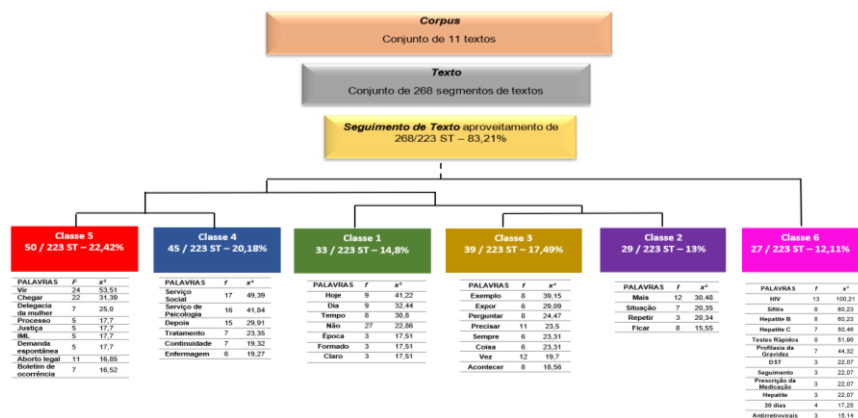
Tabela 1 – Caracterização do perfil profissional dos enfermeiros entrevistados em Belém, PA, Brasil, 2023

Entrevistado codificação	Sexo	Local de trabalho	Tempo de Serviço (anos)	Turno de trabalho
E1	Feminino	Sala vermelha	11	Vespertino
E2	Feminino	Internação	16	Vespertino
E3	Feminino	Sala vermelha	6	Matutino
E4	Feminino	Internação	3	Matutino
E5	Feminino	Classificação de risco	20	Matutino
E6	Masculino	Sala vermelha	Mais de 20	Matutino
E7	Feminino	Classificação de risco	2	Noturno
E8	Feminino	Internação	15	Noturno
E9	Feminino	Classificação de risco	Mais de 20	Noturno
E10	Feminino	Sala vermelha	2	Noturno
E11	Feminino	Sala vermelha	20	Noturno

Fonte: Dados da pesquisa – Belém, PA, Brasil, 2023.

FIGURAS

Figura 1 – Dendograma do tipo filograma com dados obtidos com a análise CHD no IRAMUTEQ



Nota: todas as ocorrências de palavras com $p > 0,0001$

Fonte: Dados da pesquisa, baseado nos resultados do IRAMUTEQ – Belém, PA, Brasil, 2023

QUADROS

Quadro 1 – Categorias temáticas. Belém, PA, Brasil, 2020.

Classes	Categorias	
Classe 6	Categoria 1	Aspectos gerais sobre as profilaxias para as vítimas de violência sexual
Classe 5 Classe 4	Categoria 2	Fluxo de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual
Classe 3 Classe 2	Categoria 3	Dificuldades no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual
Classe 1	Categoria 4	Capacitação dos enfermeiros que atuam no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual

Fonte: Autoral, baseado nos resultados do IRAMUTEQ – Belém, PA, Brasil, 2023.