

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

VIVIANE GRACIELE DA SILVA

**“NÃO ADIANTA PEDIDO DE PERDÃO, NÃO ADIANTA NADA!
ELE VAI CONTINUAR BATENDO! PORQUE É DA ÍNDOLE
DELE. SE ELE BATE UMA VEZ ELE VAI BATER MAIS. ATÉ
MATAR!”: VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS NA VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER**

ALFENAS – MG

2020

VIVIANE GRACIELE DA SILVA

**“NÃO ADIANTA PEDIDO DE PERDÃO, NÃO ADIANTA NADA!
ELE VAI CONTINUAR BATENDO! PORQUE É DA ÍNDOLE
DELE. SE ELE BATE UMA VEZ ELE VAI BATER MAIS. ATÉ
MATAR!”: VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS NA VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Programa: Mestrado em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Patrícia Mônica Ribeiro

ALFENAS – MG

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central – Campus Sede

Silva, Viviane Graciele da .
S586n “Não adianta pedido de perdão, não adianta nada! Ele vai continuar batendo! Porque é da índole dele. Se ele bate uma vez ele vai bater mais!": Vivência dos enfermeiros na violência contra a mulher / Viviane Graciele da Silva. – Alfenas - MG, 2020.
103 f.: il. --

Orientador: Patrícia Mônica Ribeiro.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal de Alfenas, 2020.
Bibliografia.

1. Violência contra a Mulher. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Enfermagem. I. Ribeiro, Patrícia Mônica. II. Título.

CDD-610.7

Viviane Graciele da Silva

"Não adianta pedido de perdão, não adianta nada! Ele vai continuar batendo! Porque é da índole dele. Se ele bate uma vez ele vai bater mais!": Vivência dos enfermeiros na violência contra a mulher"

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 14 de fevereiro de 2020

Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro
Instituição: Universidade Alfenas

Profa. Dra. Christianne Alves Pereira Calheiros
Instituição: Universidade Alfenas

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Instituição: Universidade Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Monica Ribeiro, Professor do Magistério Superior**, em 14/02/2020, às 10:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Scotini Freitas, Professor do Magistério Superior**, em 14/02/2020, às 10:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Christianne Alves Pereira Calheiros, Professor do Magistério Superior**, em 14/02/2020, às 10:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0263504** e o código CRC **DE796369**.

À Deus, a minha querida família
e a minha mestre e orientadora Patrícia Mônica Ribeiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre providenciar, do melhor modo, todos os caminhos que trilhei durante toda a trajetória da minha vida.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Patrícia Mônica Ribeiro, que não mediu esforços, por todos os ensinamentos, orientações, incentivo, paciência e dedicação. Obrigada pelo coração enorme de Mãe!

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas- MG, por todos os conhecimentos compartilhados.

À Prefeitura Municipal de Boa Esperança e à Secretaria Municipal de Saúde, por permitirem a realização desta pesquisa. Especialmente, aos profissionais das Unidades de Saúde que participaram desse estudo.

Aos meus avós, Maria Antônia e Edeval (in memorian), por tudo que fizeram por mim ao longo de minha vida. Sem vocês, não poderia ter chegado até aqui.

A minha mãe, Eliane, mulher vitoriosa, por todo apoio e incentivo. Obrigada pela felicidade de tê-la como mãe.

Ao meu pai, Antônio, pelo apoio nessa trajetória. Pela companhia na estrada, após as noites de plantões. Pude compreender que, embora quieto, soube me ensinar o sentido da palavra amor.

Ao meu filho Higor, pela certeza do amor puro e inabalável que existe entre nós. Você é a joia mais preciosa que Deus me concedeu.

Ao meu companheiro de vida, Renato, pela alegria de saber que posso sempre contar com o seu amor e companheirismo.

À toda minha família, por acreditarem em mim, sendo sempre meu apoio e inventivo, tão fundamentais para que eu pudesse sempre seguir em frente.

Aos meus amigos turma de Pós-Graduação em Enfermagem, onde fiz grandes amizades. Muito obrigada a todos pelo companheirismo nessa jornada.

Enfim, a todos que torceram por mim e que de alguma forma, direta ou indiretamente colaboraram na realização deste sonho.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.”

RESUMO

Dada a magnitude da violência contra a mulher e de suas inúmeras repercussões para saúde das mulheres e seus familiares é essencial que os enfermeiros compreendam toda a dinâmica da violência, de modo a cumprir com eficiência o atendimento aos casos, qualificando o atendimento e auxiliando na redução da invisibilidade do fenômeno. Este estudo tem como objetivo compreender como os enfermeiros identificam a violência contra a mulher na Atenção Primária à Saúde (APS) e descrever a assistência de enfermagem prestada às mulheres que sofrem violência. A presente investigação tratou-se de um estudo descritivo, do tipo exploratório e de caráter qualitativo. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2018 a fevereiro de 2019, com dez enfermeiros que atuam na APS de um município do sul de Minas Gerais, por meio de entrevista semiestruturada realizada pela pesquisadora. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo. Foram identificadas três categorias, a primeira: Percepção do enfermeiro sobre a violência contra a mulher, com uma subcategoria Reconhecimento, situação familiar e uso de substâncias. A segunda categoria: Assistência de enfermagem às mulheres que sofrem violência: do real ao ideal, com três subcategorias: Silêncio da vítima; Acolhimento e Encaminhamento; e, Papel do Agente Comunitário de Saúde. E a terceira categoria: Capacitação, com duas subcategorias Capacitação para mulheres; e, Capacitação profissional para o reconhecimento da violência. A Percepção do enfermeiro sobre a violência contra a mulher, ocorre pelo Reconhecimento dessa violência, a situação familiar da vítima e o uso de substâncias pelo agressor. A assistência de enfermagem inicia pelo Acolhimento, porém, termina com o Encaminhamento da vítima. Os enfermeiros vivenciam o Silêncio da Vítima, e atestam que o Agente Comunitário é fundamental no acompanhamento e mesmo, na suposição da violência. A vivência do enfermeiro na violência revela uma necessidade de Capacitação, para as mulheres vítimas e para o profissional para o reconhecimento dessa violência. A violência contra a mulher permanece dentro de um cenário invisível, oculto da sociedade e da assistência. Mesmo com tantos avanços tecnológicos, ainda não é possível assistir de maneira qualificada à mulher que procura atendimento na APS. Essa constatação nos remete à reflexão de que ainda existe um caminho muito longo para que a mulher vítima de violência possa receber um atendimento efetivo nas Redes de Atenção.

Palavras-Chave: Violência contra a Mulher. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Given the magnitude of violence against women and its many repercussions on the health of women and their families, it is essential that nurses understand the entire dynamics of violence, in order to efficiently meet the cases, qualifying the service and helping to reduce it. invisibility of the phenomenon. This study aims to understand how nurses identify violence against women in Primary Health Care (PHC) and describe the nursing care provided to women who suffer violence. The present investigation was a descriptive, exploratory and qualitative study. Data collection was carried out between August 2018 and February 2019, with ten nurses working in PHC in a municipality in the south of Minas Gerais, through a semi-structured interview conducted by the researcher. For data analysis, content analysis was used. Three categories were identified, the first: Nurses' perception of violence against women, with a subcategory Recognition, family situation and substance use. The second category: Nursing care for women who suffer violence: from the real to the ideal, with three subcategories: Silence of the victim; Reception and Forwarding; and, Role of the Community Health Agent. And the third category: Training, with two subcategories Training for women; and, Professional training for the recognition of violence. The nurse's perception of violence against women occurs due to the recognition of this violence, the victim's family situation and the use of substances by the aggressor. Nursing care starts with the Reception, however, ends with the referral of the victim. Nurses experience the Victim's Silence, and attest that the Community Agent is fundamental in monitoring and even assuming violence. The experience of nurses in violence reveals a need for training, for women victims and for professionals to recognize this violence. Violence against women remains within an invisible scenario, hidden from society and care. Even with so many technological advances, it is still not possible to provide qualified assistance to women seeking care in PHC. This observation leads us to the reflection that there is still a very long way for women who are victims of violence to receive effective care in the Care Networks.

Keywords: Violence against women. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma da seleção de publicações científicas nas bases/bancos de dados.....	21
Figura 2	Categorias da vivência dos enfermeiros na violência contra a mulher	82
Figura 3	Categorias e subcategorias da vivência dos enfermeiros na violência contra a mulher.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos artigos analisados.....	23
----------	------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ABS	- Atenção Básica  Saúde
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária  Saúde
CINAHL	- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CRAS	- Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
NASF	- Núcleo de Apoio  Saúde da Família
PAISM	- Programa de Assistência Integral  Saúde da Mulher
PAM	- Pronto Atendimento Municipal
PSF	- Programa de Saúde da Família
PUBMED	- Public/Publish Medline
SUAS	- Sistema nico de Assistência Social
SUS	- Sistema nico de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFAL	- Universidade Federal de Alfenas
VCM	- Violência Contra a Mulher

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	DESPREPARO PROFISSIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	31
3.2	CUIDADO HUMANIZADO NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....	32
3.3	ESTRATÉGIA PROFISSIONAL PARA CAPACITAR MULHERES NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA.....	32
3.4	CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA A IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	33
4	METÓDO.....	35
4.1	PERCURSO METODOLÓGICO.....	35
4.2	CENÁRIO.....	35
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	36
4.4	CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	36
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4.6	COLETA DE DADOS.....	37
4.6.1	Entrevista.....	37
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.8	RIGOR METODOLÓGICO.....	41
5	AS HISTÓRIAS DA VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	42
6	TRATAMENTO DOS DADOS.....	66
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES.....	66
6.2	ANALISANDO AS CATEGORIAS EMPÍRICAS.....	67
6.2.1	Categoria 1 Percepção do enfermeiro sobre a violência contra a mulher.....	67
6.2.1.1	<i>Reconhecimento, situação familiar e uso de substâncias.....</i>	<i>68</i>
6.2.2	Categoria 2 Assistência de enfermagem às mulheres que sofrem violência: Do real ao ideal.....	72
6.2.2.1	<i>Silêncio da vítima.....</i>	<i>72</i>
6.2.2.2	<i>Acolhimento e encaminhamento.....</i>	<i>73</i>
6.2.2.3	<i>Papel do Agente Comunitário de Saúde.....</i>	<i>77</i>
6.2.3	Categoria 3 Capacitação.....	78
6.2.3.1	<i>Capacitação profissional para o reconhecimento da violência.....</i>	<i>78</i>
6.2.3.2	<i>Capacitação para mulheres.....</i>	<i>80</i>
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS.....	96

APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	98
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	101

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória inicia-se durante a graduação em enfermagem, pela afinidade com a disciplina de Saúde da mulher. A aproximação com a temática se deu pela minha participação no projeto de extensão “Celebrando a vida” em 2015. Foi uma experiência muito proveitosa, pois envolvia contato com diversas mulheres da comunidade durante o ciclo gravídico-puerperal.

Logo após a minha formação, ingressei na vida profissional trabalhando como responsável pela diretoria de Vigilância em Saúde, na qual tive a oportunidade de me aproximar novamente de ações e cuidados destinados à saúde das mulheres. Observando também que as ações eram bastante pontuais, gerando-me certo incômodo.

Ainda na atuação profissional comecei a supervisionar estágios na área de Vigilância epidemiológica. Estas experiências despertaram meu interesse pela pesquisa e docência, pela temática e também a necessidade de aprofundar o conhecimento, me motivando a desenvolver o estudo sobre as práticas de cuidado voltados para as mulheres em situações de violência.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres (VCM) constitui-se em uma das principais formas de violação dos direitos humanos, afetando-as em seus direitos à saúde, colocando em risco à integridade física, inclusive à vida. Esse fenômeno pode atingir mulheres de distintas classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e até mesmo a orientação sexual. Pode ser constituída por diversas formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual, entre outras) (BRASIL, 2011).

A VCM é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma das violações dos direitos humanos mais sistematicamente praticada no mundo e uma das maiores problemáticas de saúde pública. Traz inúmeras consequências para a saúde e qualidade de vida tanto das mulheres quanto aos seus familiares, as quais podemos citar as morbidades, e perdas relacionadas aos aspectos sociais, econômicos, afetivos e principalmente os pessoais. (CORTES *et al.*, 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), vem assumindo lugar de destaque no enfrentamento à violência, em conjunto com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à VCM, de modo intra e intersetorial. Desse modo, passou-se a reconhecer a violência contra a mulher como transgressão aos direitos humanos e questão de saúde pública, relacionando-se aos acordos internacionais e pela legislação nacional vigente, tais como a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Código Penal, a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é a considerada a principal porta de entrada para o acolhimento das mulheres em situação de violência visando o atendimento por meio da identificação dos casos suspeitos e confirmados. As ações educativas, de prevenção, que englobam a assistência à mulher em todo seu ciclo de vida (clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, além de outras necessidades) estão incluídas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) visando acolher a violência juntamente com outras demandas da mulher, tornando-se parte da prática clínica (SILVA; MELLO PADOIN; VIANNA, 2013). Destaca-se ainda, que a

ABS é um espaço privilegiado para identificar as mulheres em situação de violência, principalmente, pela proximidade do serviço com a usuária (SILVA *et al.*, 2017).

Neste contexto, os enfermeiros ocupam um papel de destaque no atendimento da VCM, por ser um dos primeiros profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos serviços de saúde. Além disso, geralmente já mantêm um vínculo de longa duração com as usuárias, de maneira que a sua capacitação para manejar casos parece ser crucial no atendimento da violência. Estudo recente mostra que o conhecimento do fenômeno da violência por parte do profissional de saúde melhora todas as instâncias do atendimento à vítima, desde o reconhecimento da ocorrência de violência até o manejo e encaminhamento dos casos (SILVA; MELLO PADOIN; VIANNA, 2013).

Entretanto, a redução da VCM ainda é um desafio para os serviços de saúde. Pois, apesar de sua alta prevalência, ainda é pouco identificada e subnotificada, fazendo com que se mascare a gravidade da situação. O que caracteriza um problema extremamente difícil de ser abordado. Além disso, alguns profissionais tendem a compreender a VCM como uma questão que diz respeito apenas ao âmbito da segurança pública e da justiça (BARALDI *et al.*, 2012). Na saúde, a assistência fundamenta-se em um modelo de saúde fortemente embasado na condição biológica, ocasionando muitas dificuldades no desenvolvimento de práticas sociais, as quais demandam conhecimentos e desenvolvimento das habilidades tecnológicas que não são de compreensão de todos os profissionais (SILVA; MELLO PADOIN; VIANNA, 2013).

Nesse sentido, ressalta-se que o reconhecimento precoce dos casos de violência contra a mulher, realizados pelos enfermeiros que atuam na AB é imprescindível para a redução do ciclo de violência e para análise do impacto das intervenções, evitando que casos simples tenham desfechos mais grave. Sendo necessário, portanto, esforços especiais e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para fortalecer as articulações dos serviços em rede contribuindo com maior efetividade nos atendimentos e melhoria na qualidade da assistência. Nesse cenário de atuação profissional algumas inquietações nos chamam atenção, pois como o enfermeiro reconhece mulheres em situação de violência? Quais os mecanismos que utiliza nessa assistência? Há protocolos para a devida intervenção? Buscando responder a esses questionamentos, esse estudo será realizado com enfermeiros que atuam nas equipes de Atenção Primária à Saúde de um município do Sul de Minas Gerais.

Mesmo com toda a tecnologia avançada e a implantação de políticas públicas específicas, a violência ainda é uma realidade no nosso país, interferindo na qualidade de vida das mulheres, alterando seu bem-estar biopsicossocial.

Desta forma, justifico a importância deste estudo da violência contra a mulher, uma vez que é imprescindível identificar a percepção de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, quanto a sua subjetividade com o objetivo de embasar o cuidado na concepção holística do ser humano, fortalecer a horizontalidade desse e reconhecer formas de empoderar as mulheres, como pontos cruciais para o enfrentamento da mesma.

A identificação dessas lacunas tornará possível implementar medidas capazes de colaborar para a assistência dos enfermeiros, de modo a garantir maior qualidade de vida às mulheres em situações de violência e prover subsídios para a implantação de intervenções direcionadas às necessidades de prevenção desse grupo populacional.

Destacamos ainda a contribuição desse estudo para a Enfermagem no desenvolvimento de ações políticas para o empoderamento feminino perante às desigualdades de gênero, sociais e culturais. Podendo também levantar possibilidades de inserção de espaços de reflexão sobre a temática na formação de enfermeiros.

2 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos:

- a) Compreender como os enfermeiros identificam a violência contra a mulher na Atenção Primária a Saúde;
- b) Descrever a assistência de enfermagem prestada pelos enfermeiros da APS às mulheres que sofrem violência, por meio de suas falas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

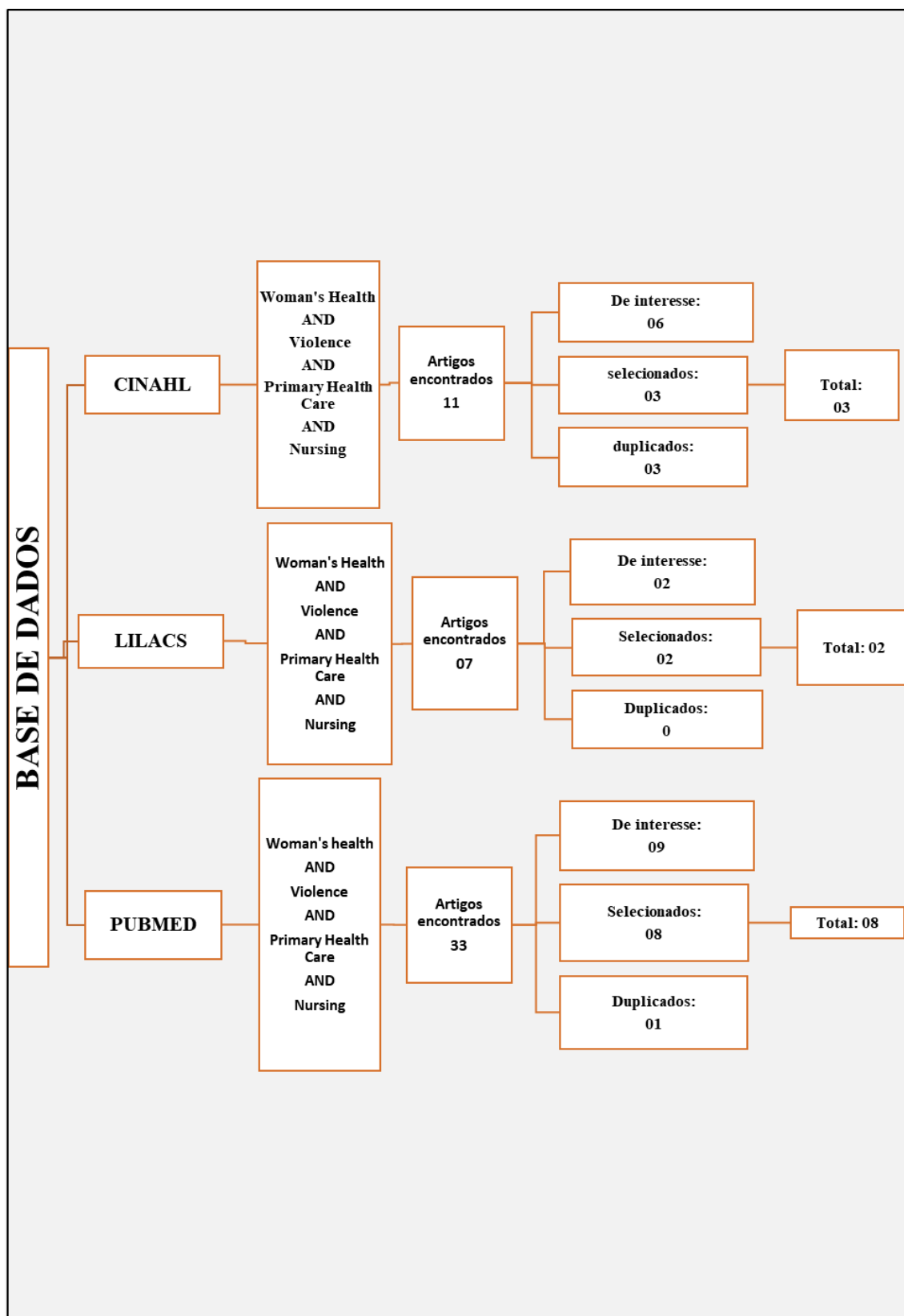
Visando embasar o tema de violência contra mulher realizou-se uma revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SILVEIRA; ZAGO, 2006; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Com o objetivo de sintetizar as produções científicas sobre violência contra a mulher.

A busca ocorreu nas bases de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PUBMED (Public/Publish Medline), com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Mesh), “Woman’s Health”, “Violence”, “Primary Health Care”, “Nursing”, com o operador Booleano AND nas combinações Woman’s Health AND Violence AND Primary Health Care AND Nursing.

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; no período compreendido entre 2007-2017; e que respondessem à questão norteadora “Como os enfermeiros da Atenção Básica percebem a violência contra a mulher?”

Foram encontrados um total de 51 artigos, sendo 43 (84%) escritos em inglês, sete (14%) em português e um (2%) em espanhol. Na base de dados CINAHL foram encontrados 11 artigos, e destes seis foram de interesse, três estavam duplicados em mais de uma base de dados, resultando em três artigos. Na LILACS foram encontrados sete artigos, sendo que destes dois foram de interesse, resultando em dois artigos. Na PUBMED foram encontrados 33 artigos, sendo que destes nove foram de interesse, um estava duplicado em mais de uma base de dados, resultando em oito artigos. Ao final, após refinação da busca totalizaram 13 artigos para a revisão integrativa, sendo dois em português e onze em inglês.

Figura 1-Fluxograma da seleção de publicações científicas nas bases/bancos de dados, de acordo com os critérios estabelecidos para o estudo. Alfenas, MG, 2019



Fonte: Das autoras (2019).

Os 13 estudos encontrados para a revisão integrativa foram classificados por níveis de evidência, conforme seu delineamento de pesquisa, de acordo com os níveis de evidências propostos por Pompeo, Rossi e Galvão (2009). São sete níveis de evidência: I - Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; II Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; III Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomizados; IV Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; V Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; VII Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. Sendo, oito (61%) de Nível VI e cinco (39%) de Nível II, o que demonstra a relevância dos tipos de estudos descritivos e qualitativos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; ARAÚJO; RIBEIRO, 2018).

Em relação ao ano de publicação, observou-se que três (23%) foram publicados em 2012, apenas um (8%) publicado em 2013, dois (15,3%) em 2014, três (23%) foram publicados em 2015, dois (15,3%) em 2016 e 2017 respectivamente. (TABELA 1).

TABELA 1- Perfil dos artigos analisados. Alfenas, 2019.

(Continua)

Título	Autores	Ano	Idioma	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
Preparação dos enfermeiros para cuidar de mulheres expostas à Violência por Parceiro Íntimo: um estudo quantitativo na atenção primária à saúde.	SUNDBORG <i>et al.</i>	2012	Inglês	Estudo quantitativo	Os dados foram coletados por meio de um questionário aos enfermeiros dos centros de saúde primários. A taxa de resposta foi de 69,3%. A análise de regressão logística foi utilizada para testar as relações entre variáveis.	Foram encontradas deficiências em relação à preparação entre os enfermeiros. Eles não tinham apoio organizacional, por exemplo, diretrizes, colaboração com outras pessoas e conhecimento sobre a extensão da VPI. Apenas metade deles sempre perguntou às mulheres sobre a violência e principalmente quando uma mulher foi fisicamente ferida. Eles sentiram dificuldades em saber como perguntar e se eles identificaram a violência, que na maior parte ofereceu às mulheres uma consulta médica. Sentir-se preparado estava ligado à obtenção de conhecimento por si só e também à identificação de mulheres expostas à VPI. A maioria dos enfermeiros ficou calado, despreparado para prestar assistência de enfermagem às mulheres expostas à VPI. As consequências podem ser o tratamento dos sintomas, mas o abuso não ser identificado e mais sofrimento desnecessário para essas mulheres.	VI

(Continuação)

Título	Autores	Ano	Idioma	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial	SILVA, E. B.; MELLO PADOIN, S. M.; CARNEIRO VIANNA, L. A.	2013	Português	Trata-se de uma pesquisa participante com 30 profissionais de seis equipes de saúde da família. A produção dos dados foi resultado de oito reuniões-oficinas. A análise dos dados se deu segundo a técnica de conteúdo pela temática de Bardin	O acolhimento mostra-se potencializado com a escuta qualificada e elaboração de plano assistencial compartilhado com a usuária respeitando sua decisão e seu contexto familiar. Está limitado pelo entendimento de que a mulher deve relatar a violência para que seja possível propor uma intervenção. Recomenda-se retomar conceitos e práticas de gênero, direitos humanos e sociais para fortalecer ações acolhedoras.	A visita domiciliar e o vínculo entre os profissionais e a usuária são considerados potencializadores do acolhimento e, como limite, observa-se a dificuldade de obter o relato da mulher que sofreu violência e de comprometê-la em um projeto assistencial.	VI

(Continuação)

Título	Autores	Ano	Idioma	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
Uma intervenção on-line personalizada de segurança e saúde para mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo: o protocolo de estudo randomizado controlado iCAN Plan 4 Safety	FORD-GILBOE <i>et al.</i>	2017	Inglês	ensaio clínico randomizado duplo-cego, 450 mulheres canadenses que sofreram VPI nos últimos 6 meses serão randomizadas para uma intervenção on-line de segurança e saúde interativa sob medida (iCAN Plan 4 Safety) ou informações gerais de segurança on-line (cuidados comuns)	Os principais resultados são: Sintomas depressivos medidos pela Escala de Depressão do Center for Epidemiologic Studies, revisada (CESD-R). Sintomatologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)	Os resultados do estudo contribuirão com evidências oportunas sobre a eficácia das intervenções on-line de segurança e saúde apropriadas para contextos diversos da vida. Além disso, este estudo produzirá conhecimento contextualizado sobre como as mulheres se envolvem com a intervenção; seus pontos fortes e fracos; se grupos específicos se beneficiam mais que outros; e os processos que explicam quaisquer resultados positivos. Se efetiva, essas informações são críticas para a ampliação bem-sucedida de intervenções complexas, como iCAN, nos serviços sociais e de saúde e / ou no acesso público das mulheres que preferem trabalhar com a intervenção de forma independente.	II

(Continuação)

Título	Autores	Ano	Idioma	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência	COSTA, M. C.; LOPES, M. M., J.	2012	Português	Estudo qualitativo	Artigo trata de estudo qualitativo que buscou conhecer e analisar práticas de cuidado de profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência, na perspectiva da atenção integral, em municípios da Metade Sul, RS. Participaram da pesquisa, profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde, que atuam em áreas rurais.	As informações foram geradas por meio de entrevista e analisadas pela modalidade temática. Apontam-se como elementos de cuidados às usuárias rurais em situações de violência não só os dispositivos relacionais - acolhimento, vínculo e diálogo - como também a construção de ações coletivas por meio de atividades grupais, reconhecidas como potencializadoras da promoção da saúde e do empoderamento individual e coletivo na dimensão dos eventos violentos.	VI

(Continuação)

Título	Autores	Ano	Idioma	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
I-DECIDE: Um desenho de intervenção on-line sobre o modelo de prontidão psicossocial para mulheres que sofrem violência doméstica	TARZIA <i>et al.</i>	2016	Inglês	Este é um artigo teórico baseado na teoria e literatura atuais sobre cuidados de saúde e intervenções on-line para violência doméstica (DV)	O artigo argumenta que a Internet como método de entrega de intervenção para DV pode superar muitas das barreiras presentes nos serviços de saúde. Usar o PRM como estrutura para uma intervenção on-line de DV pode ajudar as mulheres no caminho da segurança e do bem-estar para si e para seus filhos. Esta hipótese será testada em um estudo randomizado e controlado em 2015/2016.	Destaca a importância do uso de um modelo teórico no desenvolvimento e avaliação da intervenção.	VI

(Continuação)

Título	Autores	Ano	Idioma	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
Aplicação da teoria do processo de normalização para entender a implementação de um modelo de triagem e tratamento da violência familiar na prática de enfermagem em saúde materna e infantil: uma avaliação de processo por método misto de um estudo controlado randomizado.	HOOKER <i>et al.</i>	2015	Inglês	A Teoria do Processo de Normalização (NPT)- avaliação do processo de um ensaio clínico pragmático, randomizado e controlado por cluster em oito equipes de enfermeiros da de Saúde Materno-Infantil (MCH) Utilizando métodos mistos (pesquisas e entrevistas) Os dados quantitativos foram analisados comparando-se diferenças proporcionais entre grupos.	As taxas de participação de enfermeiros da MCH para pesquisas intermediárias e de impacto foram de 79% (127/160) e 71% (114/160), respectivamente. Vinte e três entrevistas com as principais partes interessadas foram concluídas. O trabalho de triagem de FV foi significativo e valorizado pelos participantes; no entanto, a implementação coincidiu com uma mudança significativa (na prática clínica, que impactou no engajamento total do modelo O uso de ferramentas de triagem / gerenciamento de VF projetadas por enfermeiros da MCH em consultas de saúde da mulher e vínculos com serviços de FV aprimorou o trabalho das participantes (ação coletiva).	O uso da avaliação de processos baseada em teoria ajudou a identificar o que inibiu e aumentou a eficácia da intervenção. A implementação bem-sucedida de um modelo aprimorado de triagem da VF para enfermeiras da SMC ocorreu no contexto de consultas de saúde focadas nas mulheres, com o uso de uma lista de verificação de saúde e bem-estar materno e maior colaboração com os serviços de FV. Melhorar os vínculos com esses serviços e a avaliação contínua do trabalho do enfermeiro superaria as barreiras identificadas neste estudo.	II

(Continuação)

Título	Autores	Ano	Idioma	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
Efeitos adversos à saúde da violência conjugal entre as mulheres que frequentam clínicas primárias de saúde da Arábia Saudita.	ELDOSERI <i>et al.</i>	2014	Inglês	Estudo qualitativo. Entrevistas estruturadas foram realizadas com 200 mulheres casadas recrutadas em centros de atenção primária em Jeddah	Este estudo teve como objetivo investigar a frequência da violência conjugal entre as mulheres sauditas e documentar os efeitos relacionados à Saúde e lesões, bem como suas atitudes em relação ao gênero e à violência. Entrevistas estruturadas foram realizadas com 200 mulheres casadas recrutadas de centros de cuidados primários em Jeddah.	Os resultados deste estudo apoiam a integração da educação sobre a violência dos parceiros nos currículos de saúde para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços.	VI

(Conclusão)

Título	Autores	Ano	Idioma	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
Assistência aprimorada para enfermeiros de saúde materno-infantil para mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo / família: protocolo para o MOVE, um estudo randomizado de triagem e encaminhamento na atenção primária à saúde.	TAFT <i>et al.</i>	2012	Inglês	O MOVE é um estudo randomizado por cluster de um modelo de boas práticas de triagem MCHN IPV envolvendo oito equipes de enfermeiras de saúde materna e infantil em Melbourne, Victoria	O MOVE será o primeiro estudo randomizado para determinar a eficácia da triagem IPV em um ambiente de enfermagem com base na comunidade e o primeiro a examinar a sustentabilidade de uma intervenção de triagem IPV. Além disso, informará o debate sobre a eficácia da triagem IPV e descreverá a prevalência de IPV em uma comunidade pós-parto e população infantil inicial.	Status da avaliação: Os dados serão coletados novamente em dois anos.	II

Fonte: Das autoras (2019).

Como o número de publicações encontradas foram reduzidas, percebe-se a existência de um pequeno número de pesquisas realizadas na área de interesse, bem como foram identificadas as lacunas no conhecimento sobre a temática, assim esta pesquisa corrobora a relevância desse estudo.

Os dados encontrados foram organizados na forma de categorias, as quais estão descritas a seguir.

3.1 DESPREPARO PROFISSIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Essa categoria representa as lacunas do conhecimento evidenciadas sobre os diferentes aspectos relacionados à violência contra as mulheres que os participantes apresentaram nos estudos, o que corrobora para as fragilidades da assistência. Constatou-se que a maioria dos participantes mencionou não se sentirem capacitados e preparados para este tipo de cuidado, sendo fatores limitantes e que contribuem para a subnotificação dos casos de violência (SUNDBORG *et al.*, 2017; ELDOSERI *et al.*, 2014). Os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde estão mais mal preparados para detectar e intervir na violência praticada por parceiro íntimo, do que os profissionais de outras áreas, como atendimento de emergência e ginecológico (GRAUE *et al.*, 2012).

À luz desses achados, atenção especial deve ser dada à melhoria da preparação dos enfermeiros na APS. Dados similares foram encontrados nos estudos de Visentin *et al.* (2015), detectando que os participantes não são adequadamente preparados para cuidar de mulheres em situação de violência doméstica. Sendo necessário que esta questão seja abordada na formação dos profissionais de enfermagem. Os resultados deste estudo se coadunam com um trabalho realizado por Silva *et al.*, (2017), destacando que os enfermeiros na maioria das vezes, optavam pelo encaminhamento, por se sentirem despreparados para prestar o atendimento às mulheres vítimas de violência. E que, muitas vezes, motivados pela sensação de impotência, ou até mesmo, coagidos, preferiram não aprofundar a investigação da violência conjugal.

O despreparo profissional dos enfermeiros da APS, portanto, prejudica e torna ineficiente, a assistência às mulheres que sofrem violência.

3.2 CUIDADO HUMANIZADO NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

No tocante ao cuidado humanizado pode-se observar que o acolhimento foi proposto para melhorar a relação entre os profissionais de saúde e as mulheres vítimas de violência, fortalecido por meio do reconhecimento de suas necessidades, pela escuta qualificada e busca de possíveis soluções. Além disso, ao se propor o acolhimento, observa-se também, elementos cruciais que devem ser considerados, como a ética e política, com a finalidade de melhorar a postura profissional diante do contato com a clientela e do modelo assistencial, de modo a facilitar o cuidado interdisciplinar (COSTA; LOPES, 2012).

Essa maneira de intervenção demonstra a capacidade dos profissionais em se colocar no lugar do outro, colocando em evidência a dimensão do acolhimento nas relações de ajuda, considerando as dimensões, relacionadas com a postura, técnica e reorientação dos serviços. Assim, a receptividade e a solidariedade facilitam o diálogo no momento em que o profissional receberá as demandas das mulheres, o que facilita a entrada da usuária no serviço. É importante que a mulher perceba que o serviço está interessado no seu problema e a equipe quer apoiá-la no enfrentamento e advogar em sua causa (SILVA; MELLO PADOIN; CARNEIRO VIANNA, 2013).

Estudo realizado por Pinto *et al.* (2017) com profissionais responsáveis pelo acolhimento de vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de atendimento à mulher, revelou a importância da humanização no atendimento, considerando os princípios da dignidade, do sigilo e privacidade, para evitar a exposição e o desgaste das vítimas.

Dessa forma, pode-se considerar que o atendimento de forma humanizada, reconhecer a necessidade do outro, melhora a forma de relacionamento entre os profissionais de saúde e usuárias, tendem a fortalecer o vínculo e qualidade do cuidado ofertado.

3.3 ESTRATÉGIA PROFISSIONAL PARA CAPACITAR MULHERES NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

É recomendado um planejamento que inclua intervenções educativas, com o objetivo de aumentar a conscientização das mulheres sobre as várias faces da violência,

oferecer apoio para identificar opções que visam reduzir os riscos e possibilitar suporte para os recursos disponíveis. Essas medidas são importantes, eficazes e acessíveis para apoiar a capacidade das mulheres de se empoderarem das ações que promovam sua segurança e bem estar (FORD-GILBOE *et al.*, 2017).

Intervenções online também podem ser realizadas com mulheres vítimas de violência, podendo ajudá-las para a tomada de decisão, tornando-as capazes de superar barreiras identificadas em outro tipo de intervenção (TARZIA *et al.*, 2016).

O desenvolvimento de intervenções online possibilitaria alcançar mulheres que normalmente não procurariam os serviços de saúde tradicional, nem os especializados. Ou até mesmo, para mulheres que não tem certeza se precisam ou querem qualquer tipo de apoio, possibilitando-lhes avaliar sua relação antes de decidir quais atitudes tomar (HEGARTY *et al.*, 2015).

Uma estratégia que pode ser utilizada é o atendimento grupal, pois permite que as mulheres percebam que a violência não é um problema individual delas, mas que se estrutura nas relações sociais e é vivenciado na dimensão coletiva. Por meio das situações experienciadas no grupo, e da troca de informações e intercâmbio de experiências, buscam estratégias coletivas para o enfrentamento do fenômeno, resultando no empoderamento individual e coletivo. No grupo, além da reflexão sobre papéis de gênero, ressignificam-se projetos de vida. Essa experiência possibilita também, a desnaturalização da violência e o reconhecimento de outras formas de violência além da física (GROSSI *et al.*, 2015)

Sendo assim, é necessário construir espaços que permitam reflexões sobre as formas de violência e o enfrentamento desse fenômeno.

3.4 Categoria 4: CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA A IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Para uma prática sustentável é essencial que os enfermeiros estejam treinados e que tenham apoio governamental, pois os treinamentos são capazes de implementar o atendimento. Contudo, algumas enfermeiras ainda se sentem frustradas, indicando que intervenções educativas são necessárias à prática centrada nas mulheres e nos cuidados ofertados para esse público (HOOKER *et al.*, 2015).

Para reter essa prática sustentável é necessário treinamento contínuo, discutir e monitorar o trabalho sobre a violência doméstica, realizando triagem, buscando alcançar resultados de apoio em um ambiente de recursos mais abrangentes (HOOKER; SMALL; TAFT, 2016).

O desenvolvimento e avaliação de matérias educacionais e de treinamento em relação a abusos, em especial o uso pedagógico para a formação e educação de profissionais de saúde, tem potencial para melhorar as estratégias de consciência do abuso doméstico e o reconhecimento entre profissionais e mulheres vítimas de violência (BRADBURY-JONES *et al.*, 2014).

Os profissionais de saúde geralmente tem resistência em perguntar sobre a violência, bem como, as mulheres também podem relutar em divulgá-la. As principais barreiras para a investigação são a falta de formação profissional, suporte, recursos e carga de trabalho. Há evidências de que o treinamento pode aumentar a confiança do profissional, taxas de identificação e encaminhamento, permitindo uma avaliação dos elementos que contribuem para o rastreo sustentado na prática (HOOKER *et al.*, 2016).

Esses dados se assemelham ao estudo de Zuchi *et al.*, (2018), relacionando a capacitação profissional à qualificação da escuta, permitindo assim, uma atitude de aproximação na abordagem às mulheres, tornando possível o cuidado e o apoio no enfrentamento da violência.

4 METÓDO

Nesse capítulo serão explanados os aspectos metodológicos que foram utilizados na condução desse estudo.

4.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente investigação tratou-se de um estudo descritivo, do tipo exploratório e abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2013), a pesquisa qualitativa consiste em responder questões particulares, que não se pode ou não se deveria ser quantificado. Sendo assim, esse tipo de pesquisa trabalha com significados, motivos, crenças, valores e atitudes.

4.2 CENÁRIO

O contexto cultural deste estudo foi um município, localizado na Região Sul do estado de Minas Gerais, na microrregião do baixo Sapucaí, no sudoeste mineiro, às margens do Lago de Furnas. Os recursos hídricos desta cidade são constituídos de rios e ribeirões, afluentes da represa de Furnas, que ocupam uma área de 136,57km². A formação de um lago neste possibilitou o desenvolvimento do turismo, do lazer da população, o embelezamento paisagístico da mesma e o saneamento das várzeas, que resolveu os problemas de insetos nocivos.

O município faz limite ao norte com as cidades de Ilícinea, Guapé e Cristais; ao sul com Aguanil e Coqueiral; e, a oeste com Carmo do Rio Claro. A distância entre o município e Belo Horizonte é de 283 km; Rio de Janeiro 460km; e, São Paulo 390km.

Possui um lago que é formado pelo represamento das águas do ribeirão Marimbondo, Maricota e Cascavel.

O turismo e recentemente os royals, passaram a ser importantes fontes de renda para o Município. Os royals são uma ajuda financeira que a Central Elétrica de Furnas paga aos Municípios que fazem parte das bacias de empresas geradoras de eletricidade.

De acordo com uma estimativa realizada em 2017, a população está em torno de 40.530 habitantes (IBGE, 2017).

O estudo foi realizado na Atenção Primária composta pelas equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF) do município. O município possui sete unidades de USF (CNES, 2017).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo dez enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Equipes de Saúde da Família (ESF) de um município do Sul de Minas Gerais.

4.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Enfermeiros (as) que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Equipes de Saúde da Família (ESF) por pelo menos um ano no município.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto foi encaminhado para avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas- MG (BRASIL, 2012).

Após aprovação do Comitê de Ética sob o parecer nº 2.963.364 (ANEXO A), foi solicitada anuência ao Secretário Municipal de Saúde, para desenvolvimento do presente estudo (APÊNDICE A).

Os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa e após o aceite foram esclarecidos sobre os objetivos da mesma e foram solicitadas suas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE B), garantindo o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da pesquisa. Cada participante recebeu uma via do TCLE e entregou à pesquisadora uma via assinada para arquivamento. Os riscos ao participante foram mínimos. Caso fosse manifestado qualquer desconforto pelo (a) participante, a critério deste (a), a coleta de dados poderia

ser interrompida, e o (a) participante seria encaminhado (a) para atendimento especializado, se necessário. Contudo, não houve necessidade de intervenção.

O (a) participante ficou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

Como benefícios espera-se que com os resultados desse estudo sejam realizadas reflexões e subsídios que poderão ser utilizados para o planejamento de estratégias eficazes na atenção de mulheres vítimas de violência.

4.6 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados utilizou a entrevista semiestruturada, a qual foi realizada pela pesquisadora.

4.6.1 Entrevista

A entrevista possui degraus, ou seja, é dividida em pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista. As entrevistas aconteceram em vários momentos no desenvolvimento desta pesquisa.

Entrevistas semiestruturadas valorizam a presença do investigador e permitem que o entrevistado alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação, favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, mas, também, de sua explicação e compreensão em sua totalidade (RIBEIRO; GUALDA, 2011).

A entrevista permite acesso a dados que dificilmente o pesquisador iria conseguir por meio da observação direta, tendo em vista que trabalha a subjetividade de sentimentos, pensamentos e perspectivas, por meio das falas e observação (PATTON, 1990). Sendo assim, torna-se um método muito vantajoso, pois permite a captação imediata e corrente da informação desejada.

Neste processo, para as entrevistas foram utilizadas duas perguntas norteadoras:

- a) *Conte-me desde quando você atua nesse serviço? Para você, o que é violência contra a mulher?*
- b) *Em sua experiência profissional, você já suspeitou de algum tipo de*

violência contra mulher? Como foi? Usou algum mecanismo para intervir?

Para a realização das entrevistas foi solicitada para cada enfermeiro (a) a data e local de sua preferência. Realizei a primeira entrevista logo no primeiro encontro, conforme disponibilidade do participante. Após a realização da primeira entrevista a mesma foi analisada. Somente após esse processo é que foi agendada a próxima com outra colaboradora, e assim sucessivamente.

As entrevistas foram gravadas, com autorização dos participantes, por meio de aplicativo de gravação de voz para aparelhos celulares e posteriormente transcritas com auxílio do editor de texto Word 2016 da Microsoft de forma minuciosa, analisadas e interpretadas para apreender os significados.

Quando os depoimentos começarem a se repetir, a coleta de dados foi encerrada. A saturação teórica é um termo inicialmente usado por Glaser e Strauss no início de 1960, e na pesquisa qualitativa, a saturação significa o momento em que o aumento de dados e informações não alteram o entendimento do fenômeno estudado. É um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de observações (SADE *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2017).

O tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informação, e isso significa que o princípio orientador na amostragem é a saturação dos dados. Consiste em coletar os dados até o momento e que não recebe nenhuma nova informação, isto é, atingiu saturação ou redundância. Geralmente é possível atingir a saturação com número relativamente pequeno de casos, se a informação de cada um for suficientemente profunda (ROCHA *et al.*, 2015; KINALSKI *et al.*, 2017). Portanto, a amostragem por saturação, usualmente utilizada na pesquisa qualitativa das inúmeras áreas do campo da Saúde, configura-se como uma ferramenta conceitual (BONILL; CELDRÁN, 2012; BOIREAUC; PRAUD, 2017). Nesse estudo a amostra foi de dez enfermeiros.

As entrevistas foram gravadas, transcritas pela pesquisadora e transcritas para a construção das narrativas e identificação de tons vitais.

Editar uma entrevista equivale a tirar andaimes de uma construção. Quando esta fica pronta faz-se necessário ouvir muitas vezes a entrevista até que se defina a música do relato. Depois de absorvido o ritmo da narrativa e a intenção, procede-se à transcrição (MEIHY, 1996, p. 59).

A partir da realização da entrevista, foi feita a respectiva transcrição, mudando o estágio de gravação oral para o escrito. Nesse processo estão incorporadas a transcrição absoluta, a textualização e a transcrição (MEIHY; RIBEIRO, 2011). São denominadas transcrições absolutas, quando ocorre a passagem completa dos diálogos e sons como eles foram captados; a seguir, são feitas correções de acordo com o sentido intencional dado pelo narrador que articulou seu raciocínio com as palavras. Esse trabalho será conferido por cada narradora que o legitimará.

A etapa seguinte a ser realizada foi a textualização. Nesta fase houve a fusão das perguntas com as respostas e o texto passou a ser predominantemente da narradora. Durante o tratamento da textualização escolheu-se um tom vital, que corresponde à frase que servirá de epígrafe para a leitura da narrativa. Portanto, essa frase escolhida funciona como um farol a guiar o trabalho (MEIHY; RIBEIRO, 2011; RIBEIRO; GUALDA, 2011).

A última etapa da transcrição foi a transcrição, a qual é um texto recriado em sua plenitude, sendo obedecidos os acertos combinados com cada colaboradora que legitimará o texto final no momento da conferência.

A pessoa que interpreta uma narrativa não pode nunca escapar de sua própria experiência ou postura que criem a possibilidade de um primeiro plano interpretativo, no qual o que interpreta procura ouvir e compreender a voz do participante. Os relatos narrativos são “relatos significativos que apontam o que é percebido, o que vale a pena conhecer e o que preocupou o que fala” (BENNER, 1994, p. 101). A narrativa tem como premissa estar integrada ao fenômeno e preservar a dimensão temporal e não abandonar o texto etnográfico (BASZANGER; DODIER, 2004).

A coleta de dados teve início em agosto de 2018 e término em fevereiro de 2019, totalizando sete meses.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados a partir do referencial proposto por Bardin (2011), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações entre meios e pessoas. Tem como objetivo primordial o desvendar crítico de diversos discursos, seguindo método de categorias, sob os quais classifica o significado das mensagens em espécie de gavetas, o que caracteriza esse estudo, uma análise de significados, seguida

de descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações.

O método de Análise de Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN,2009; SANTOS, 2012).

Tal método é dividido em três polos: pré análise; exploração do material; e tratamento dos dados, inferência e interpretação (BARDIN, 2006).

a) Pré análise

É a fase de organização do material a ser analisado, objetiva tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nesta etapa é feita a organização propriamente dita por meio de quatro etapas:

- *Leitura flutuante*: que consiste em estabelecer contato com os documentos da coleta de dados e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações, onde pouco a pouco a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, de projeção de teorias adaptadas sobre o tema e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre análogos (BARDIN, 2006).

- *Escolha dos documentos*: trata-se de um conjunto de documentos selecionados para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Tal etapa se dará em função do objetivo do trabalho.

- *Formulação de hipóteses e dos objetivos, referência dos índices e elaboração de indicadores*, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

b) Exploração do material

Nesta segunda fase foi realizada a exploração do material para definição de categorias (sistema de codificação), a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos (BARDIN, 2006).

c) Tratamento dos dados, inferência e interpretação

Foram realizados a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

As entrevistas foram transcritas e a sua reunião constituiu o *corpus* da pesquisa. Para tanto, é preciso obedecer às regras de:

- a) Exaustividade: deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada;
- b) Representatividade: a amostra deve representar o universo;
- c) Homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes;
- d) Pertinência: os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa;
- e) Exclusividade: um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

A categoria é uma forma geral de conceito, uma forma de pensamento. As categorias são o reflexo da realidade, sendo a síntese, em determinado momento, do saber. Na análise de conteúdo, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns (BARDIN, 2006).

Para escolher categorias pode haver vários critérios como o semântico (temas); o sintático (verbos, adjetivos, pronomes); o léxico (juntar pelo sentido das palavras, agrupar os sinônimos, os antônimos); e, o expressivo (agrupar as perturbações da linguagem, da escrita) (BARDIN, 2009).

A categorização permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados. Nessa atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem) (BARDIN, 2009).

4.8 RIGOR METODOLÓGICO

O rigor na pesquisa qualitativa está relacionado com a subjetividade do pesquisador (LUDKE, ANDRÉ, 1986; BENNER, 1994; CARNEIRO; CORBISHLEY,

2000 RIBEIRO; GUALDA, 2009). Essa subjetividade decorre do envolvimento do pesquisador com os informantes no processo de investigação. Assim sendo, pontos importantes relativos à objetividade precisam ser observados pelo pesquisador, para que a validade do estudo seja garantida. Reconhecimento, pelo próprio pesquisador, de seus pressupostos e valores antes de iniciar a pesquisa (GUALDA; HOGA,1997).

Corroborando para essa afirmação, Bretas e Oliveira (2006) afirmam que:

Agir com Ética na análise dos dados significa não manipular as informações em hipótese alguma. Há necessidade de assegurar o rigor científico em todo o processo de pesquisa, fundamentalmente, nesse momento em que o (a) pesquisador (a) lida com a subjetividade dos dados.

Os aspectos relacionados à objetividade e subjetividade, portanto, devem ser reconsiderados e descritos na medida em que forem sendo modificados ou afetados durante o desenvolvimento da investigação. O tempo de permanência em campo deve ser o mais longo possível, para que haja a possibilidade da obtenção de resultados mais acurados. Quanto maiores e mais frequentes forem os períodos de observação, melhores serão as possibilidades de interpretação e inferências a partir dos dados coletados. Os dados devem ser coletados por meio de diversas fontes de informação, em vários momentos e situações e validados com os informantes. Os métodos, procedimentos e os modos de obtenção das informações devem ser claramente descritos pelo pesquisador (RIBEIRO; GUALDA,2011). Todos esses aspectos foram observados e realizados nesse estudo.

Para garantir maior validade e confiabilidade dos dados, foram realizadas as seguintes estratégias: devolutiva dos dados aos próprios colaboradores ao final do estudo e análise com pares: a construção dos quadros referenciais e categorias se deram por dois pesquisadores do estudo, garantindo maior transparência de todo o processo de pesquisa. Não obstante, a aprovação/validação da banca examinadora é considerada como forma de validação (BATISTA, 1994; RIBEIRO; GUALDA, 2009; RIBEIRO *et al.*, 2013).

5 AS HISTÓRIAS DA VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A seguir descrevem-se as vivências dos dez colaboradores, enfermeiros que atuam na atenção primária.

Início pela caracterização dos colaboradores e posteriormente as narrativas advindas das histórias vivenciadas pelos participantes. Buscou-se garantir o anonimato, cada colaborador recebeu pseudônimos. Todos os participantes foram denominados “Maria” em homenagem a Maria da Penha, mulher que marcou a história brasileira por sua luta contra a violência doméstica, seguido por um nome de outra mulher também destaque na luta pelos direitos das mulheres. A seguir apresento um pouco sobre essas mulheres que compuseram nossos pseudônimos.

Alzira Soriano de Souza: foi a primeira prefeita da história brasileira na cidade de Lajes (RN) em 1928.

Carlota Pereira de Queirós: foi a primeira mulher brasileira a ser eleita deputada federal. Nascida em São Paulo, em 13 de fevereiro de 1892, atuou como médica, escritora e pedagoga.

Celina Guimarães Viana: lutou para que as mulheres tivessem direito ao voto e em 1927 se tornou a primeira eleitora no Brasil.

Dionísia Gonçalves Pinto: foi a primeira mulher no País a publicar textos em jornais em 1831, também dirigiu um colégio para moças no Rio de Janeiro e escreveu livros em defesa dos direitos das mulheres, dos índios e dos escravos.

Leolinda Daltro: se destacou na luta pelos direitos das mulheres e da população indígena, e se tornou a primeira mulher a fundar um partido político, o Partido Republicano Feminino, em 1910.

Maria Firmina dos Reis: foi a primeira mulher a publicar um romance no Brasil em 1859, denominado “Úrsula”, também é considerada a primeira obra da literatura afro-brasileira.

Maria Quitéria de Jesus: lutou pela independência do Brasil, no início do Século XIX. Disfarçada de homem, se apresentava como soldado Medeiros aos outros oficiais em 1822. Acabou sendo desmascarada pelo próprio pai, mas foi defendida por seu comandante e continuou lutando ao lado dos homens.

Nélida Piñon: foi a primeira mulher a ocupar uma cadeira na Academia Brasileira de Letras em 1989.

Rosmary Corrêa: foi a primeira delegada especial para mulheres, atuou na primeira unidade especializada do País, inaugurada em São Paulo em 1985.

Tarcila do Amaral: autora da pintura brasileira mais valorizada da história, o Abaporu, além de ser um dos nomes centrais da primeira fase do modernismo artístico no Brasil e foi uma das responsáveis pela organização da revolucionária Semana da Arte Moderna de 1922, realizada em São Paulo.

A HISTÓRIA DE MARIA ALZIRA

Trinta e cinco anos, negra, eutrófica, estatura média, cabelos médios pretos, olhos pretos, casada, mãe de dois filhos.

“Você acaba percebendo que essa questão da violência vem de muito tempo nesses relacionamentos, era uma dependência muito grande! Quando não é financeira, é psicológica! Eu só conseguia trabalhar com elas na parte de orientação! (...) Vai muito além de orientação, essas mulheres têm problemas de ordem social muito grande!” [Tom vital]

“Sou enfermeira, formada desde 2009. Comecei a atuar na saúde da mulher em fevereiro de 2017. Nessa área, eu atuava com as mulheres na parte de pré-natal e nas consultas ginecológicas. Minha vivência com elas foi por um período de 12 meses e foi uma experiência muito, muito gratificante! Por que trabalhar com as mulheres nesse período, principalmente de gestação, é um período muito especial! Tanto para a enfermeira que está tratando da gestante, como para a mulher em si. Para mim, violência contra a mulher, é quando a mulher é obrigada a fazer alguma coisa que ela não quer fazer. Tudo isso se torna violência! Porque a partir do momento em que a mulher não está de acordo com aquilo que está acontecendo, ela está sendo violentada! Normalmente quando a mulher procurava o serviço, eu fazia uma primeira consulta de enfermagem. E durante a anamnese, quando eu perguntava: você mora com quem? Tem filhos? Como se alimenta? Enfim, perguntava a rotina da mulher. E nessa anamnese, de acordo com as respostas dela, eu já percebia a violência. Muitas falavam que não tomavam café da manhã, só almoçavam. Então, eu perguntava: Você não toma café? Muitas vezes elas falavam que não tinham o que comer na hora do café da manhã! Eu perguntava se elas trabalhavam fora, mas, para a maioria o marido não deixava! Então, de acordo com as perguntas que eu fazia na anamnese, eu percebia que de alguma forma, a mulher estava sendo coagida dentro de casa. E na maioria das vezes era pelo companheiro. Já suspeitei muitas vezes e cheguei até a questionar essas mulheres! Quando eu tinha a suspeita que tinha violência, eu questionava essa mulher! De uma forma que não a coagisse. E todas as vezes que eu suspeitei, realmente tinha violência contra elas! Mas, eu trabalhava só na parte de orientação. Eu as orientava! Por exemplo, durante uma consulta ginecológica, se ela não estava trabalhando porque o marido não deixava, eu perguntava o motivo disso. Na maioria dos casos, elas

afirmavam que era porque os maridos tinham muito ciúme delas. Então, eu tentava trabalhar só na parte de orientação, por que eu percebia que aquela mulher (silêncio). De acordo com a minha experiência eu fui vendo que essas mulheres são totalmente dependentes do companheiro. Então a questão é a dependência delas! Não sei se elas gostavam mais do companheiro do que delas mesmas! Não sei se era uma dependência psicológica ou se era uma dependência financeira, porque elas falavam que não largariam os companheiros! Eu não orientava para a separação! Mas, às vezes, eu refletia com elas: “ Fulana, se você não está dando certo, por que que você continua? ” E elas demonstravam uma certa dependência, na maioria dos casos. A gente não consegue interferir nisso, só na parte de orientação mesmo! Eu participava até do conselho de mulheres, mas parei de participar faz pouco tempo. Era o conselho de mulheres que são violentadas e essa questão era muito questionada lá nesse conselho. Porque é muito difícil orientar essas mulheres porque elas têm uma dependência muito grande e com somente uma orientação, você não consegue tirá-las dessa dependência. Mesmo, se orientássemos a procurar outro lugar para morar com alguém da família, elas sempre recusavam!! Na fala da maioria era assim: “Ah, eu não tenho para onde ir, eu tenho filho, eu não tenho dinheiro para sustentar meu filho”! Então você acaba percebendo que essa questão da violência vem de muito tempo nesses relacionamentos, era uma dependência muito grande! Quando não é financeira, é psicológica! Eu só conseguia trabalhar com elas na parte de orientação! Mas, essa questão é muito complicada porque envolve muitas outras questões. Questão familiar, financeira, então eu só conseguia abordá-las na parte da orientação mesmo! A orientação que eu conseguia passar para elas é que elas não deviam se submeter a isso! Que o companheiro delas não tem esse direito! As minhas orientações, na maioria das vezes, era falar para essas mulheres que elas eram livres para fazer o que bem entendessem! Da forma que elas quisessem! Que os homens não tinham direito sobre elas! Que eles não tinham direito de bater nelas, não tinham direito de proibi-las de trabalhar! Mas, elas tinham muita resistência! Sempre afirmavam: “Ah, mas ele não gosta, ele tem muito ciúme de mim”! Então era muito difícil! Eu tinha dificuldade nessa questão da violência, porque isso vai da vivência da pessoa! Às vezes eu pensava assim: como que essa pessoa é boba! Como ela deixa o companheiro fazer isso!! Mas cada pessoa é de um jeito! Eu tinha essa visão, agora ela? Não sei! Não sei como era a vivência dela dentro de casa, não sei como era a dependência dela, a situação financeira! Então era muito complicado! Até no conselho quando a gente entrava em reunião no conselho a gente falava: “Ah não! Mas, é difícil! Essas mulheres são muito bobas!

” Mas, depois, quando a gente voltava para essas situações na Unidade, eu falava assim: “Não! Boba não! A gente não sabe o que a pessoa está passando! Cada um vive de um jeito! ” Vai muito além de orientação, essas mulheres têm problemas de ordem social muito grande! Elas precisam de um apoio psicológico, um apoio psiquiátrico! Porque realmente elas sofrem muito! Porque quando você começa a entrar nesse assunto você vê que elas sofrem, elas choram muito! Você vê que realmente elas estão sofrendo! Mas, se tivesse alguém para dar esse suporte para elas, tudo seria melhor! Porque normalmente essas mulheres tem uma deficiência muito grande tanto familiar quanto financeira, então vai muito além da saúde, entra na parte social mesmo! Essa linha de pesquisa que você resolveu trabalhar, trata de uma questão muito importante! Porque a gente não tem muita informação. As pessoas não têm noção do quanto existe de violência contra as mulheres, principalmente! A gente acha que é muito difícil? Não é! A gente vê na televisão falar que tem a delegacia da mulher, a Lei Maria da Penha, mas se você fizer uma pesquisa a fundo, são muitas mulheres que são notificadas! E muitos homens que estão presos, têm agressão contra as mulheres, principalmente suas esposas. Essa é uma questão muito importante! E se você realmente quer trabalhar nessa linha, se você puder depois divulgar esse trabalho, porque é realmente muito importante mesmo! Tem muitas mulheres que se submetem a essas questões e infelizmente a gente é só uma gota no oceano! Esse trabalho seu eu acredito que vai ser de grande valor e se depois você puder divulgá-lo seria muito importante! Porque as pessoas, a sociedade em geral, não têm noção do grande sofrimento que a grande quantidade de mulheres tem em relação à violência”.

A HISTÓRIA DE MARIA CARLOTA

Vinte e nove anos, branca, eutrófica, estatura alta, cabelos longos louros, olhos castanho-claros, solteira.

Eu já suspeitei de violência contra mulheres, sim, mas eu não fiz nenhum procedimento com elas, não notifiquei, nem nada! Por que foi logo que eu entrei aqui no PSF. Então eu perguntava para elas, mas, eu não fazia a notificação delas de violência! (...) Minha conduta, foi dizer para a pessoa chamar a polícia, entrar em

contato com a polícia! E, foi isso! Entrei em contato com a polícia. Por que o que a gente vai intervir!?” [Tom vital]

“Eu atuo nessa área faz 5 anos. Faz cinco anos que eu estou no PSF (Pausa). Faz sete anos que eu formei. Eu já suspeitei de violência contra mulheres, sim, mas eu não fiz nenhum procedimento com elas, não notifiquei, nem nada! Por que foi logo que eu entrei aqui no PSF. Então eu perguntava para elas, mas, eu não fazia a notificação delas de violência! Estou tentando lembrar.... Não estou conseguindo! (Pausa na gravação). Já peguei tanto caso! (Pausa longa). Porque ela chegou para mim e contou que sofria violência em casa. A pessoa chegou para mim e contou, que foi agredida pelo marido, parceiro. Cheguei até fazer alguma notificação, mas não estou me lembrando como foi. Nossa Senhora! (Pausa). Eu tinha muitos casos! Tinha, tinha bastante casos! (Pausa). Minha conduta, foi dizer para a pessoa chamar a polícia, entrar em contato com a polícia! E, foi isso! Entrei em contato com a polícia. Por que o que a gente vai intervir!?” (Pausa longa). Elas não chegavam a esse ponto em que chegavam e contavam que estavam sofrendo violência! Elas contavam que o marido as agrediam. As vezes era murro! Tiveram alguns que não aceitavam o final do relacionamento e as agrediam. Mas eu não lembro! Não estou conseguindo recordar. Não estou me recordando de como elas chegavam para mim e falavam. Onde foi, como começou a violência, mas, infelizmente não estou me recordando. O caso mais recente foi dessa mulher: o marido a pegou e a esfaqueou, depois de um ano de relacionamento deles. (Pausa). Ela esteve aqui! Eu não fiz nada! Por que ela disse que acionou a polícia e ele estava foragido. Ela relatou que ele era usuário de drogas. Foi isso! (Pausa). Ela me contou o que aconteceu, que o marido dela a esfaqueou e a agrediu. E antigamente ele já a agredia. Tanto que ela o largou. Fazia um ano que eles estavam largados, ele não aceitava o final do relacionamento e a pegou desprotegida e a esfaqueou (Pausa). Então eu as orientava para que procurassem a polícia e o direito da mulher e que notificassem a vigilância, para que lá, pudessem fazer a ficha de notificação de violência. Para mim, violência contra a mulher é qualquer tipo de agressividade! É tanto do parceiro, como de violência física, violência verbal, para mim, tudo é violência contra a mulher! ”

A HISTÓRIA DE MARIA CELINA

Quarenta anos, branca, estatura alta, eutrófica, cabelos pretos curtos, olhos castanho-escuros, solteira.

“A maior parte da violência doméstica contra mulher fica subnotificada. Porque a gente fica sabendo de coisas, mas depois a mulher não procura ajuda, e também não temos como abordar às vezes. A gente tem vivenciado isso cada dia mais! (...) A gente, enquanto saúde da família, não pode entrar muito em debate com a família. Senão a gente perde o vínculo!” [Tom vital]

“Aqui na unidade, atuo desde 2017. Mas sou enfermeira há 14 anos formada pela Universidade de Formiga. Tenho graduação em enfermagem, pós-graduação, especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, administração hospitalar e gestão em saúde pública e formação pedagógica na área da saúde. Já atuei como coordenadora Municipal de Atenção Básica, como coordenadora de imunização. Já trabalhei como secretária municipal de saúde e hoje eu estou na assistência novamente por ser concursada, já estou atuando aqui nessa unidade há 2 anos. Bom... essa é uma pergunta bem complexa! Porque hoje a violência está sendo tão debatida, em tantos detalhes. Antigamente não era muito falado, e hoje a gente percebe até por vivenciar mesmo, alguns tipos de violência. Olha, eu acho que violência doméstica, inclui desde a violência física, passa pela questão do assédio moral, seja pelos pais, pelos maridos, pelos companheiros, pela violência financeira. Você não ter condições de arcar com seus gastos pessoais, por falta de acesso a algum tipo de emprego e demais situações que subsidiam o bem-estar da pessoa. E aqui na unidade o tipo de violência contra mulher que eu mais vivencio é a física e psicológica. Já atendi alguns casos, e venho suspeitando de alguns. A gente pede parcerias para estar pesquisando mais, indo mais a fundo para ver se se esses casos realmente acontecem. Às vezes, a meu ver pode até ser violência, mas, você pede opinião de um outro profissional, porém ele já não vê como violência. Não sei se é porque a gente está mais próximo e vê os detalhes, durante o atendimento. O caso mais recente que tive, o outro profissional não percebeu com o mesmo olhar. Para mim, violência contra mulher seja ela doméstica ou profissional, vai bem além. A gente já passou alguns

casos de violência como profissional na unidade básica de saúde. Mas, em relação à violência, a física e moral, eu acho que são os mais importantes que a gente tem contato aqui. Então o caso que eu tive suspeita eu estou vivenciando ainda, é de uma paciente psiquiátrica, ela tem distúrbios psiquiátricos e vinha na unidade rotineiramente, praticamente todos os dias. E de uns 5 meses para cá, essa paciente deixou de vir à unidade sozinha e vem sempre acompanhada pelo parceiro. Ela era uma pessoa ativa, que andava, conversava, solicitava as coisas que ela queria e agora ela vem e não fala mais com ninguém! Está com dificuldade para se comunicar. Você tenta comunicar com ela, mas o parceiro dela entra na conversa e responde por ela! A gente percebe que ela chora, chora muito quando a gente tenta conversar! Às vezes que eu tentei abordá-la, mas o marido interferiu muito! Ele até foi um pouco ríspido e depois achou que eu estava sendo ríspida com ele! Mas, na verdade, ele não me deixava ter contato com ela ou conversar. Foi até coincidência, por que eu cheguei na unidade depois do almoço e ele estava sentado junto com ela ali de fora, só os dois e ele a puxando pelo o braço, assim de uma forma que eu achei estranho! Por isso eu a abordei perguntando: “olha dona Maria, a senhora sempre vinha aqui na unidade e agora a senhora não está vindo mais? Antes a senhora estava normal e agora está com dificuldade para andar? ” Ela está com aparência de dopada. Como se tivesse meio grogue. Comecei abordar e passei esse caso para assistência social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); ela foi, fez visitas, o companheiro também já fez um certo bloqueio com a profissional do NASF e agora por último esses dias um agente de saúde que não é a agente da área dela, mas que mora perto, me falou que a vizinha o abordou perguntando o que que nós poderíamos fazer por ela. Porque a vizinha estava preocupada. Essa paciente estava ficando trancada em casa o dia todo! O companheiro não deixa as pessoas entrarem lá, nem os filhos, nem os vizinhos. À noite a vizinha percebe que ele pula o muro, sai e a deixa fechada e que às vezes ela fica preocupada de estar acontecendo alguma coisa mais grave. Depois desse dia eu pedi para o pessoal do CRAS passei para a assistente social. Fizeram a visita ele abriu a porta e deixou elas entrarem. Então, elas pediram para sair com a Dona Maria um pouquinho e ela saiu. Mas não falou nada! Ficou calada! Não quis ficar muito tempo com eles e voltou. Mas não deixou transparecer. Não falou nada. Ela teve oportunidade de sair sozinha e pedir socorro. Mas não falou nada! Então os funcionários do CRAS na conversa com o casal concluíram que não há nada demais! Que talvez fosse só uma percepção errada nossa. Mas, eu ainda continuo achando que tem algo a mais! Segundo uma informação que eu tenho o companheiro dela é usuário de droga, crack e outras drogas! Eu não sei! Às vezes, pode até

acontecer de ela também estar usando a paciente. Então de alguma forma, eu vejo como uma certa violência, por que ninguém pode ficar preso assim a força! Se ela chama no portão: “Abre aqui para mim!!” É porque ela quer sair. Esse foi o caso que eu suspeitei e tenho suspeitado ainda! Mas, foi um caso que a gente não definiu, foi um caso que me chamou a atenção, aqui nessa unidade foi esse caso! Porque todos os agentes que tem contato lá os vizinhos conhecem! Porque os meninos todos moram aqui na área, trazem uma suspeita de que está algo de errado. Algo de estranho! Mas só que eu também fico de mãos atadas porque “SE” está acontecendo alguma coisa, eu não estou tendo como abordar. Ela não dá abertura e ele também tenta meio que deixá-la reclusa, de uma forma que eu não chegue perto! É bastante difícil! Quando são esses casos de mulher adulta, a gente tenta abordar de uma forma, para que a própria paciente revele alguma informação. A gente conversa. Os agentes trazem muitas vezes para a gente essas questões de violência. Às vezes, elas se abrem com o agente, mas chega aqui elas não têm coragem de falar! Então, a gente vai abordando de uma forma que elas deixam alguma coisa. Quando é uma criança ou uma menina, alguma coisa assim, geralmente eu faço contato com a família e comunico o conselho tutelar, passo para assistente social. Porque a gente como funcionária, a gente, enquanto saí da família, não podemos entrar muito em debate com a família. Senão a gente perde o vínculo! Então eu passo para os órgãos que a gente tem de rede, que são a assistente social do NASF, o CRAS ou CREAS o Conselho Tutelar para poder estar resolvendo. Eu tive uma outra suspeita por esses dias. Não foi uma suspeita! A avó me procurou com uma queixa que a criança de 4 anos tinha sido violentada sexualmente pelo tio ou primo. Mas o primo era de 14 anos também era uma criança! A gente fez uma busca de informações com a família passou para o Conselho Tutelar e passou para Assistente Social. Depois acabou finalizando que a criança estava meio que inventando as coisas não sei também se foi uma forma de “AMENIZAR” a situação porque era tudo família. Mudou a história ou se realmente houve uma violência. Mas a gente pesquisou dessa forma. Uma menina de 4 anos!!! Quando é criança e adolescente eu passo para os órgãos competentes, adultos também! Mas o adulto a gente tenta abordar a pessoa de alguma forma, deixar ela confortável para ela poder fazer alguma denúncia. Inclusive outro caso que eu tive que a mulher me procurou denunciando a agressão do marido ela não quis notificar ela não quis que fosse feito nenhum tipo de ação. As mulheres têm muita dificuldade de assumir algo que por vergonha mesmo, aquilo que aconteceu. Na hora da dor, quando a pessoa que é esbofetada, que é agredido fisicamente, ela até pede um certo Socorro, mas depois ela não tem coragem!! A maioria não tem

coragem de levar para frente a situação! Até com a gente, mesmo sabendo que a notificação epidemiológica não vai trazer nenhum dano para pessoa nem nada, elas não aceitam. Além desse caso, eu tive outro caso de violência aqui. Era de uma gari que estava trabalhando varrendo a rua de madrugada e foi agredida. Um cara parou perto dela e a puxou pelo braço, porque queria colocá-la dentro do carro! Uma coisa que me preocupa muito, que no caso dessas agressões de profissionais que estão trabalhando, seria o apoio do empregador, porque não é uma coisa muito rotineira. Porque pelo relato dessa funcionária ela sofreu muito!!! Porque foi questionada! Não teve suporte da instituição. Então a gente vê que é violência na instituição, que o profissional sofre dentro da instituição que ele trabalha, muitas vezes ela fica abafada e não tem nenhum tipo de apoio para mulher se defender! É como se ela tivesse causando aquilo ali e fosse uma consequência dos atos dela! Então eu acho que isso me choca muito! Às vezes, porque a gente passa por isso também, como mulher nas instituições! Acho que deveria ser, de alguma forma ter um canal para que isso fosse trabalhado nas instituições também. A maior parte da violência doméstica contra mulher fica subnotificada. Ficamos sabendo de coisas, mas depois a mulher não procura ajuda, e também não temos como abordá-la. A gente tem vivenciado isso cada dia mais! Mais próximo da gente a violência contra mulher! Aqui a gente vê muitas vezes a questão dos relatos, da violência obstétrica. Toda vez que vou fazer uma visita domiciliar de puerpério, sempre tem alguma queixa em relação à violência obstétrica, que está sendo trabalhada hoje na mídia. Mas, a gente está muito longe de resolver! Porque dentro do centro obstétrico a gente não tem muita voz! Sabemos que as mulheres sofrem muito!!! Alguns traumas durante o trabalho de parto por uma questão de falta de respeito mesmo! Do profissional médico, no jeito de falar, no jeito de executar um procedimento, que poderia ser de uma forma mais humanizada, mas é meio violento nesse procedimento. Então tem sido muito frequente esse relato da violência obstétrica nas visitas de puerpério. É bem comum a gente ouvir. Praticamente quase todo parto a gente vê alguma queixa de alguma coisa que fica um pouco mascarado! Às vezes a mulher não aborda “ah, sofreu uma violência!” Mas o jeito de falar você percebe que existe uma coisa assim que fica meio abafada!!! Existe!!!”

A HISTÓRIA DE MARIA DIONÍSIA

Quarenta e três anos, branco, estatura mediana, eutrófico, cabelos pretos curtos, olhos castanho-escuros, casado.

“E isso também é muito velado! Isso que é importante de a gente entender! Porque as mulheres não têm condição nenhuma de relatar isso para a gente! Elas ficam muito amedrontadas! Muito assustadas! E a gente só consegue visualizar isso quando o agente comunitário faz o papel dele, quando o agente comunitário reconhece isso dentro da família!” [Tom vital]

“Trabalho na enfermagem desde 1996. Mas no PSF desde 2007, que trabalho diretamente na atenção primária. Para mim a violência contra mulher é uma situação em que a mulher desde a questão tanto física quanto moral, quanto mental, elas saiam fora do padrão dela. Que é essa questão da normalidade, de uma conduta dentro da sociedade. Acho que toda agressão que tem desde as questões mentais, morais e físicas contra a mulher, contra a conduta dela e o dia a dia da vida dela, eu considero como uma violência contra a mulher. Dentro da experiência da gente, dentro da atenção primária e até mesmo em outros setores. Mas o importante aqui é atenção primária. É muito comum a gente encontrar essas situações de violência, voltada para o gênero feminino. Para condição da mulher tanto as violências domésticas, quanto a violência sexual, são muito comuns! Mas dentro da atenção primária, chega mais para gente é mesmo a violência doméstica, é a questão do relacionamento, é a questão da moralidade entre o casal. As condições que o casal tem entre eles, a conduta que têm. (Interrupção na entrevista). Essas condições, desde a condição da mulher dentro do domicílio, quando ela sofre essa questão sexual, a violência sexual, a violência física que é muito comum! No PSF Rural essa é uma realidade muito cruel dentro da zona rural! Na zona rural, as mulheres têm sofrido muito violência ainda! Devido a questão do alcoolismo, tanto delas quanto do parceiro. É muito comum essas relações, essa condição de violência sexual. Porque é um pessoal que não tem muito conhecimento. Eu acho que isso tudo é ligado a questão social e a questão econômica, tem a questão social do analfabetismo, das condições em que o homem tem esse patriarcal dentro da família, essa condição patriarcal! E ele acha que a mulher é muito submissa a ele. E ele ainda tem essa condição. Então, isso é muito comum do PSF Rural! E isso também é muito velado! E isso que é importante da

gente entender! Porque as mulheres não têm condição nenhuma de relatar isso para gente! Elas ficam muito amedrontadas! Muito assustadas! E a gente só consegue visualizar isso quando o agente comunitário faz o papel dele e quando ele reconhece isso dentro da família'. Ele conhece, ele começa a sentir essas realidades lá dentro da família. Então o ponto chave da atenção primária, eu acho que para uma capacitação, para alguma coisa, precisa de ser o agente comunitário!!! Porque ele que está muito próximo. Porque quando chega a violência as vias de fato, que a gente tem uma lesão visível na mulher, a coisa já tem tomado um tempo e uma presença na vida do casal e da família há muito tempo. Então o que é importante de considerar, dentro da atenção primária tem que estar a equipe toda voltada para essa relação! Mas o agente comunitário é a chave primordial para detectar isso dentro da família! Essas suspeitas são muito constantes em todos os casais que a gente tem, por exemplo, o alcoolismo tem alguma situação de risco social, o primeiro ponto que a gente avalia é a questão da violência doméstica! E especificamente da violência contra mulher! Porque dentro da violência doméstica a vítima maior ainda é mulher! Os filhos sofrem também, mas na maioria das vezes, eles vão adquirindo idade e eles vão se defendendo sozinho. Já mulher, a esposa, ela não consegue fazer isso! E permanece esse ciclo vicioso. Então assim... As atitudes nossas é mesmo atitude em rede! A gente tenta pegar o serviço de assistência social, o conselho tutelar, ajuda a gente também na questão. Por que a maioria delas tem uma relação com filhos, com filhos menores. O conselho da mulher no município, ele tem uma funcionalidade, mas ele não nos atende com tanta presteza assim! Então, quem nos atende mesmo, ainda são o serviço do SUAS, da Assistência Social e quando a gente tem vias de fato, a polícia civil mesmo. Que a gente aciona e tem dado muito resultado! Por exemplo, nós conseguimos fazer uma mudança há pouco tempo, uma família que a gente conseguiu encaminhar. Ela tinha um problema com alcoolismo e o marido também. Ela sofria violência doméstica. O marido toda vez que bebia, toda vez que a encontrava bêbada, alcoolizada, ele a agredia e os filhos menores também. E a gente conseguiu mudar essa situação! Hoje ela está numa clínica de recuperação, ele está numa outra clínica. As duas crianças estão na casa lar, no abrigo. E com muita possibilidade de mudança de vida dos dois. Eles estão muito imbuídos em mudar de vida! E a gente se depara na constância do trabalho na atenção primária, com aquelas mulheres que ainda são vítimas e que não tem condição de mostrar para gente, que elas estão sendo vítimas de violência contra mulher! Então é muito complicado!!! Ainda tem essa possibilidade! E a maioria das vezes a gente encontra muita ajuda! Dentro da rede, para gente mudar essa situação! Mas as mulheres ainda têm muito medo, ainda sentem muito

medo!!! Principalmente as mulheres que residem na zona rural! Por que elas têm um vínculo familiar, ainda muito enraizado na cultura. Ainda existe isso! Algumas delas, pensam que isso até é normal! Sofrer violência física e violência sexual. Elas não tem conhecimento, dessa questão também, de violência sexual. Elas acham que elas têm a função de servir o marido toda hora que ele precisar e querer. Elas não podem ter nenhuma dor de cabeça (risos). Elas precisam estar nessa disponibilidade, por que foram formadas para isso. Ainda tem essa dificuldade! A gente ainda encontra essa dificuldade. O mecanismo de intervenção da gente é sempre acionar a rede e tentar mudar. Mas algumas delas, não a maioria. É difícil a gente falar a maioria, mas algumas ainda tem essa resistência. De aceitar e de entender, que aquilo que elas estão passando é uma violência contra a mulher. O entendimento, eu acho que, o caminho que a gente tem são as capacitações, o estímulo, o agente comunitário, a equipe de saúde da família, da atenção primária, reconhecer isso. Mas primeiramente, educar as mulheres a saber o que é a violência contra elas. Por que elas têm uma vida, ainda com muita dificuldade de reconhecer o que que é violência. Elas acham que estão muito acostumadas com aquelas condições ruins de vida, e não conseguem determinar o que é uma violência, o que é um agravado, um agravado. Então, elas não conseguem descobrir, elas não tem conhecimento disso”.

A HISTÓRIA DE MARIA FIRMINA

Trinta e sete anos, branca, estatura baixa, eutrófica, cabelos curtos pretos, casada, um único filho.

“Eu acho que a gente tem pouco suporte, se sente meio incapaz, por que a gente não consegue assistir devidamente essa mulher. Não tem a delegacia da mulher, não tem uma equipe especializada para poder fazer o acompanhamento dessa mulher. Acho que seria uma coisa interessante para poder dar um suporte maior. A gente não tem uma capacitação, não tem um treinamento mais próprio para esse tema”. [Tom vital]

“Eu sou enfermeira, atuo há 14 anos na saúde da família e tenho especialização em atenção básica com ênfase em saúde da família. Violência contra a mulher para mim, é qualquer forma de agressão, sendo física, moral,

psicológica, que faça a mulher se sentir inferior ao que ela é. Na minha atuação profissional, já tive alguns casos que acompanhei e alguns que eu suspeitei também. E o que que a gente percebe, é que na maioria das vezes, a gente quer realmente que ela denuncie, por que tem que partir dela essa denúncia! E muitas vezes, ela se sente acuada. Ela sente medo, de fazer a denúncia, de relatar para a gente que realmente foi uma violência. Teve um caso que eu atendi que envolvia a mãe e uma criança. E o pai além de ter feito esse ato de violência contra a mãe, ele a agredia fisicamente e psicologicamente. Ainda agrediu o filho que tinha menos de um ano. Conversamos muito com ela, oferecemos um aporte emocional, encaminhamos para psicóloga e para a médica da equipe. E no dia ela fez o boletim de ocorrência na delegacia. Nós chamamos o conselho tutelar, porque o caso envolvia a criança. E depois ela foi e retirou a queixa! E algum tempo depois, ela sofreu novamente a violência! Dessa vez foram os vizinhos que denunciaram, e então ela criou coragem e conseguiu sair de casa. Só que muitas vezes a mulher não toma nenhuma decisão. Por medo mesmo, que algo pior aconteça. Ainda mais no caso, quando ela tem filhos. Eu acho que é mais complicado! O que a gente utilizou para poder ajuda-la, foi o atendimento com psicólogo e assistente social do NASF. O conselho tutelar também a atendeu por causa da criança. Aconselhamos sempre e orientamos! Por que a gente sabe que muitas vezes, não vai ser uma vez só, ainda mais quando tem álcool e drogas envolvidos. Foram muitos casos que eu já me deparei. E infelizmente, a gente tenta ajudar, mas muitas vezes a gente fica de mãos atadas. Por que se ela não resolver denunciar, se ela não assumir ou reconhecer que ela está sendo agredida, a gente infelizmente não pode fazer muita coisa para poder ajudar. Ainda mais que aqui não tem delegacia da mulher, então fica mais complicado. Mas eu acho que no mais, é isso mesmo. A gente tenta oferecer esse suporte, a gente tenta notificar os casos também, quando ocorrem. Na maioria das vezes, alguns casos nós recebemos denúncias, que estava ocorrendo essa violência. E esse caso que eu relatei, que foi o que mais me chocou! Foi o que mais me marcou! Ela veio procurando assistência. E o que que aconteceu? Como a criança também chegou machucada, a gente desconfiou que realmente foi agressão. E pressionamos para ela fizesse a denúncia, para que pudéssemos resolver essa situação. Mas, na maioria das vezes as mulheres chegam à unidade pedindo para fazer um curativo, uma consulta médica ou uma assistência psicológica. Mas as vezes ela não relata para gente que está sofrendo a violência. Então a gente tem que ter muita calma, tem que sentar, conversar, para ver se a gente consegue alguma informação mais precisa, para poder investigar se é violência ou não. Um outro caso também, que ocorreu, a mulher procurou por que o

marido dela, eu não sei se ele estava bêbado. Ela falou que ele estava bêbado, deu um soco nela, cortou sua boca. Ela chegou com o olho todo roxo e na hora como ela chegou sangrando, fizemos atendimento e sutura. Na hora ela falou que ia fazer o boletim de ocorrência, depois resolveu não fazer. Ela falou que se sentia culpada por que o provocou. Então a gente fica se perguntando: é amor demais pelo parceiro e pouco por ela? É medo de denunciar e acontecerem coisas piores? Porque infelizmente a gente sabe que a pessoa pode até ser punida, mas daqui a pouco também acaba fazendo de novo. Aprontando novamente! Então eu acho que foram mais esses casos mesmo, que eu me lembre. Eu acho que a gente tem pouco suporte, se sente meio incapaz, por que a gente não consegue assistir devidamente essa mulher. Não tem a delegacia da mulher, não tem uma equipe especializada para poder fazer o acompanhamento dessa mulher. Acho que seria uma coisa interessante para poder dar um suporte maior. A gente não tem uma capacitação, não tem um treinamento mais próprio para esse tema. E isso dificulta muito, para tomar certas atitudes, para direcionar essa mulher, para que ela consiga superar isso e resolver esse tipo de situação. Então eu acho que ainda falta muito trabalho, muito incentivo, para evitar que isso aconteça e sermos capazes de oferecer um suporte maior”.

A HISTÓRIA DE MARIA LEOLINDA

Trinta e dois anos, branca, estatura média, eutrófica, cabelos longos pretos, casada, mãe de um único filho.

“Eu já ouvi muitas coisas sobre mulheres que aceitam a violência, mais pelo carinho que vem após a violência. Uma vez escutei isso e achei muito interessante! São mulheres que aceitam a agressão, por que depois vem o pedido de perdão, e nesse pedido de perdão é o único momento de carinho que elas têm na vida! (...) Eu diria para denunciar mesmo! Não tem outro caminho! Ou você denuncia ou você denuncia! Porque se você deixa a pessoa te bater, não vai parar! Não vai melhorar! Não melhora! Não adianta pedido de perdão, não adianta nada! Ele vai continuar batendo! Porque é da índole dele. Se ele bate uma vez, ele vai bater mais. Até matar! Até matar!” [Tom vital]

“Eu formei na faculdade de Passos. Me formei e comecei a trabalhar na prefeitura, já fazem quase dez anos. E fiquei (risos), fiquei presa na prefeitura mesmo e me acomodei. Trabalhei em PSF, saúde da criança, saúde da mulher. Eu fiquei meio presa nisso e meio desanimada. Um pouco com a profissão! Tanto é que eu não tenho especialização, por que a minha pretensão é sair mesmo da enfermagem. Fazer outra faculdade, essas coisas. Porque a enfermagem não é muito a minha praia! Eu gosto da profissão! Mas eu já vi que não é muito para mim! Gosto de trabalhar, mas não gosto de ser chefe, por exemplo. Eu sempre trabalhei com responsabilidade, sempre dei o máximo de mim! Se você perguntar para qualquer pessoa, eu sempre dou o meu melhor. Independentemente do que vai ser daqui para frente (risos). Mas já fazem dez anos que eu estou na enfermagem. Eu acho que a violência contra a mulher não é somente a agressão propriamente dita. Eu acho que é mais, como a traição é uma violência, maus tratos e ofensa também. Não acho nem que é só a questão do homem bater na mulher ou o homem contra a mulher. Eu acho que a violência contra a mulher é em tudo quanto é lugar, desde o trabalho, que seria a remuneração mais baixa. Acredito que isso é uma violência contra a mulher, mesmo não sendo uma agressão eu acho que é uma violência. Na verdade, na profissão ninguém nunca chegou até mim para poder falar que foi agredida ou que foi ofendida, ou isso e aquilo. Mas, tive uma amiga que já levou um tapa uma vez, e eu acabei a orientando a não deixar isso ir para frente, por que seria o primeiro de muitos. Mas se acontecesse de chegar para mim, alguém que relatasse a violência, eu tentaria orientar essa pessoa a denunciar, mesmo que tenha medo. Por que tem medo de ser morta, isso e aquilo. Eu acho que tem que denunciar para pode acabar, por que se a mulher se calar vai acontecer novamente. Eu já ouvi muitas coisas sobre mulheres que aceitam a violência, mais pelo carinho que vem após a violência. Uma vez escutei isso e achei muito interessante! São mulheres que aceitam a agressão, por que depois vem o pedido de perdão, e nesse pedido de perdão é o único momento de carinho que elas têm na vida! É esse carinho que elas buscam! Que seria uma rosa, que seria uma saída para jantar ou um carinho mesmo, um beijo, um abraço, que elas não têm no dia a dia e acabam tendo depois da agressão. Eu diria para denunciar mesmo! Não tem outro caminho! Ou você denuncia ou você denuncia! Porque se você deixa a pessoa te bater, não vai parar! Não vai melhorar! Não melhora! Não adianta pedido de perdão, não adianta nada! Ele vai continuar batendo! Porque é da índole dele. Se ele bate uma vez, ele vai bater mais. Até matar! Até matar! Por que não melhora! Eles batem por instinto parece. Meio que animal, por que não tem outra explicação! Na hora eles ficam cegos! Pelos

relatos que a gente ouve. Então tem que denunciar e sair. Sair de perto mesmo! Por que se não, vai morrer! Acaba que morre mesmo! Eu acho que é um tema muito interessante! É necessário a gente se falar mesmo! Quanto mais esse tema for aberto, parece que mais fácil vai ser para a gente encontrar os casos. Por que antigamente a mulher estava acostumada com a questão do casamento! Por que é cultural! Tem que aguentar o marido e ficar casada. Hoje essas coisas já mudaram, por que tem uma liberdade muito boa nessa questão de poder separar, ter a liberdade de encontrar outro parceiro. Antigamente, não! Então eu acho que estamos em um momento de transição! Da mulher se ver nos direitos de lutar pelo seu bem-estar. E não pelo bem-estar do companheiro, ou de quem estiver junto. Se ela conseguir gritar e falar o que que está acontecendo, ela vai receber ajuda. É isso que precisa! E a gente as vezes não vê isso, por que elas têm muito medo de morrer! E de seus companheiros matarem os filhos. Por que pode acontecer também! ”

A HISTÓRIA DE MARIA NÉLIDA

Trinta anos, branca, estatura baixa, eutrófica, cabelos médios pretos, casada, um único filho.

“Mas eu acho que independente disso, depende muito dela! E a gente enquanto equipe de saúde não pode interferir tanto! E intrometer tanto! A gente tem que se manter próximo, e oferecer espaço para que ela venha, a hora que ela achar que tem que vir! E quando ela vier, devemos estar aqui para recebê-la”. [Tom vital]

“Eu sou enfermeira desde 2011, a minha colação de grau foi em fevereiro de 2012. Depois eu fiz especialização em educação em saúde e mestrado em enfermagem com ênfase em saúde da família. Na saúde da família, contando mestrado e atuação estou desde 2013 quando entrei na prefeitura. É uma área que eu gosto muito! É uma área que eu acho que é próxima das pessoas e da comunidade. Faz muita diferença na assistência que a gente oferece para eles. Eu acho que violência é qualquer ato praticado por uma pessoa que provoque algum mal nessa mulher. Seja de ordem física, de ordem psíquica, social ou qualquer coisa que atinja a dignidade de alguma maneira. Trazendo riscos para ela, sentimento de tristeza, angústia e ansiedade. Quando eu suspeitei de violência, eu tive que manter uma

proximidade com essa pessoa, investigar e buscar através dos agentes comunitários de saúde, quais eram as relações que ela tinha com a família, com o companheiro e o que que acontecia. Se tinha alguma ligação com o uso de drogas, álcool, ou alguma outra substância que a levava a sofrer a violência ou não. Porém, não conseguimos determinar se era ou não violência. Por que quando acontece da mulher buscar o PSF e a gente suspeitar, muitas vezes ela não quer que ninguém saiba. Ela, muitas vezes, esconde isso. E talvez pelo medo de perder o companheiro que ela gosta, tudo mais! Ela prefere manter isso em segredo. Por que muitas delas, sofrem a violência, mas tem o sentimento pelo parceiro não querendo abandoná-lo. Muitas vezes, elas barram a gente. Elas barram essa proximidade, de medo mesmo da gente descobrir, se realmente ela sofre essa violência ou não. É confuso, mais é real! A saúde da família ajuda por que o agente comunitário tem conhecimento e convive, muitas vezes com a família, com a mulher. As informações que eles trazem são muito importantes! É a partir disso que a gente vai nortear como se aproximar da mulher e quais estratégias serão usadas. Normalmente a estratégia é envolver o agente comunitário por estar mais próximo da casa dela mantendo o convívio com a família, tem uma visão geral daquilo que acontece. É manter um vínculo de confiança, para ver se ela consegue falar com a gente. E caso ela decida, a tomar alguma atitude, de denunciar, enfim, tudo mais, a gente se manter próxima. E na parte física, a gente oferece os cuidados específicos, como curativos, cuidados de enfermagem mesmo, caso ela seja agredida e ferida. Mas, na parte social, a estratégia busca envolver a equipe do NASF quando possível, assistente social e psicólogo. Eu acho muito importante! E ainda, devemos oferecer o espaço para ela trazer esse problema, se sentir acolhida, para podermos ajudá-la a decidir o que vai fazer. Mas eu acho que independente disso, depende muito dela! E a gente enquanto equipe de saúde não pode interferir tanto! E intrometer tanto! A gente tem que se manter próximo, e oferecer espaço para que ela venha, a hora que ela achar que tem que vir! E quando ela vier, devemos estar aqui para recebê-la. Eu acho que isso é o mais importante! É um tema muito pertinente, principalmente pelo momento que a gente está vivendo hoje. De uma desvalorização da mulher, muito grande! Ainda que todas as forças estejam para que a gente seja valorizada, tenha salários melhores, não seja violentada. Mas eu acho que já é um norte para a gente conseguir, acabar com isso de uma vez. E eu acho que sim, é um tema de saúde pública. Por que uma mulher violentada é uma mulher doente, e isso tem se tornado muito frequente. Então, óbvio, que isso entra nas nossas estatísticas de saúde. Eu acho que é bastante oportuno, hoje, uma pesquisa com esse tema ”.

A HISTÓRIA DE MARIA QUITÉRIA

Vinte e nove anos, branca, estatura média, eutrófica, cabelos longos louros, solteira.

“Todas as vezes que aconteceu, foi a própria paciente que relatou. Eu suspeitar mesmo, nunca suspeitei. Ela já chegava com a queixa”. [Tom vital]

“Atuo nesse serviço desde 2014 e tem cinco anos que trabalho no PSF. Não tenho nenhum curso de pós-graduação, nem especialização. Para mim, a violência contra a mulher é qualquer tipo de violência que a mulher sofra, fisicamente, psicologicamente, emocionalmente, as vezes até por discriminação. (Pausa) Atendi várias pacientes nos bairros mais carentes que eu já trabalhei... chegavam relatando, às vezes, que estavam sofrendo violência. Eu lembro até de um caso que encaminhamos para o Pronto Atendimento Municipal (PAM), para fazer corpo de delito e tudo mais. Sofreu violência física, depois de lá, foi acionado a assistência social e continuou o acompanhamento dessa família. (PAUSA). Essa mulher chegou com sinais de violência, por isso, a encaminhamos para o PAM. E realmente ela sofria violência doméstica. Orientamos, a encaminhamos para o PAM e lá eles chamaram a polícia. Depois de lá a gente acompanhou ela. Com ajuda psicológica, PSF, NASF e assistência social. Todas as vezes que aconteceu, foi a própria paciente que relatou. Eu suspeitar mesmo, nunca suspeitei. Ela já chegava com a queixa. Para falar a verdade, tinha que ter um trabalho voltado para a mulher, dentro do PSF, entendeu!? Não sei, alguma coisa em grupo. Que estimulasse! Depoimento ou alguma coisa assim. Eu acho que pode ter muita mulher que omite! Não tem coragem de falar! Não que eu tenha suspeitado de algum caso específico, mas hoje em dia é tão comum! ”

A HISTÓRIA DE MARIA ROSMARY

Quarenta e um anos, branca, estatura média, eutrófica, cabelos castanho claros, solteira.

***“Nunca suspeitei de violência na saúde da mulher, não! Na saúde da mulher, não!
(...) Aqui não teve casos. Não tenho o que falar. Aqui é muito tranquilo nesse sentido!
São muitos poucos casos que tem gestante que a gente tem que ficar no pé mesmo,
que tem que correr atrás de tudo”. [Tom vital]***

“Então, na saúde da mulher já faz um ano que estou atuando. Me formei em 2011. No PSF, trabalhei em todos. Agora pós-graduação, estou terminando uma em urgência e emergência. Nunca suspeitei de violência na Saúde da mulher, não! Na saúde da mulher, não! Na época de atendimento no pronto atendimento sim, teve muito caso. Tanto de abuso infantil quanto de violência doméstica. Teve muito caso! E muitos dos casos que foram investigados, realmente eram mesmo. Só que a mulher na maioria das vezes ela fica conivente ou as vezes, até com medo!? Com medo da reação do parceiro. E você pode fazer algo até o ponto que a justiça te permite. A maior parte você não consegue sem a autorização ou sem o consentimento da vítima. Fica muito difícil, mas lá tem muitos casos sim. Para intervir utilizava tanto a ação social como o conselho tutelar, tudo! Tudo até o ponto que a mulher teve consentimento. Chegou caso que foi investigado, o conselho tutelar foi. Retirou a criança, afastou da mãe, do pai. E depois não se falou mais nada. Foi de PSF, esse caso. Foi de abuso infantil do próprio pai contra um menor, então enquadra em vários crimes. Só que depois não se provou nada, por que a mãe era negligente. Acabou que ficou a palavra dela contra a dele e ficou por isso mesmo. Só que as crianças ficaram no conselho tutelar muito tempo, hoje em dia não, hoje em dia elas já voltaram lá para o convívio. No caso da violência contra as mulheres, a maioria afastou o agressor, mas com o tempo, não sei se ficaram com medo, voltaram para o convívio. Você chega num ponto que você fica sem ação, por que você tenta ajudar, você tenta fazer tudo de acordo com a lei, tenta arrumar tratamento, mas se a mulher não aceitar fica muito difícil. Mas é complicado! A violência é tudo que desvaloriza a mulher em todos os sentidos, qualquer ação que denigra ou diminua ou desvalorize a mulher, é uma violência. Por que a mulher consegue fazer muitas coisas ao mesmo tempo, e por isso deve ser valorizada. Aqui não teve casos. Não tenho o que falar. Aqui é muito tranquilo nesse sentido! São muitos poucos casos que tem gestante que a gente tem que ficar no pé mesmo, que tem que correr atrás de tudo. Aqui, graças a Deus é tranquilo mesmo! Realmente acontecia muito lá no PAM, não sei se nesse sentido melhorou ou se piorou. Mas, enquanto não tiver uma conscientização da mulher, como ser humano. Isso nunca vai mudar. Por que a primeira coisa, é você se valorizar, para ter o respeito e a valorização do outro. Se não, nunca vão mudar. Lá no

Pronto Atendimento é que tinha muito. Por que tem aquela ficha de notificação de violência. Principalmente doméstica. Então, quando a mulher chega no ponto de abrir, abrir o coração e de avisar, ou até mesmo, notificar uma violência, é por que ela está pedindo ajuda. Nada mais é que um pedido de socorro! Enquanto mulher, enquanto ela não se valorizar, não vai ter a valorização do outro. E enquanto profissional, enquanto a pessoa não tiver a percepção, tiver uma autorização, você não pode fazer nada. Você não pode passar em cima da autorização da pessoa. Fica muito difícil, você tem que fazer, agir de acordo com a consciência, enquanto profissional, mas se ela não aceitar, não adianta. Não é!? É muito difícil! ”

A HISTÓRIA DE MARIA TARCILA

Trinta e três anos, parda, estatura média, eutrófica, cabelos pretos médios, solteira, um único filho.

“É muito difícil você abordar isso daí com a pessoa. Por que tem quem conta e quem não conta. Acho que a partir do momento que a gente descobre, a gente não pode deixar acontecer... (...). Acho que falta essa ação conjunta. Para tentar solucionar realmente. Não adianta você começar o serviço e parar no meio do caminho. Por que vai continuar tendo agressão, vai continuar sem resolver!” [Tom vital]

“Eu formei no final de 2012. E comecei a trabalhar, seis meses depois. Junho de 2013. Trabalhei na área hospitalar um ano. E na Atenção Primária, eu estou desde 2014. Aqui na unidade de PSF, eu estou desde 2017, outubro de 2017. Eu acho, violência contra a mulher é qualquer tipo de violência que vá colocar, não só a vida dela, mas, o psicológico dela em risco. Agressão não precisa ser só física. Tem a agressão verbal, que eu acho é pior do que a física. Então, a gente tem vários tipos de agressão. Mas na minha concepção, eu acho que agressão contra a mulher é qualquer tipo de violência, não precisa ser física, que esteja voltada contra a pessoa dela. Psicossocial, eu acho, na minha concepção de violência. Quando eu entrei aqui na unidade, a outra enfermeira que estava aqui, já tinha desconfiado de um problema. Só que ela não me passou, eu fazendo puericultura, da criança, eu suspeitei, por causa do atendimento que fiz com a criança. A criança também sofria agressão, fui questionando a mãe,

questionando, ela me falou. Que ela estava sofrendo agressão e fui interrogando, interrogando. E a mãe me contou. Acionei a assistência social, inclusive fiz ofício para o promotor, a gente tentou intervir. E teve um outro caso, só que a pessoa não aceitou ajuda. Eu conversei, ela me falou, que ela sofre agressão constante. É do filho, e ela não quis ajuda. Mesmo assim, eu passei o caso para a assistência social. A assistência social fez um relatório, tentou acompanhar, e a mãe não fala que está sofrendo. Mas aqui a gente tem muitos casos! Eu até tenho um caso novo! Que hoje eu descobri! Esse está confirmado! A própria neta me falou. Que a paciente está sofrendo agressão. É idosa, e eu ainda não encaminhei o caso, por que foi hoje. Mas aqui tem muitos casos! A paciente veio fazer um curativo domiciliar, curativo aqui na unidade. Ela está fazendo curativo no domicílio, só que as condições de higiene são bem precárias. Eu cortei o curativo domiciliar para ela poder vim fazer aqui, por que ela estava com comprometimento de amputação dos dois pés. Faz uma semana que ela está vindo. E toda vez que ela chega, ela inventa uma desculpa, ela nunca vem no horário. Hoje a neta veio junto, falei com ela, a neta me disse que a avó está com um filho em casa, que está bebendo muito. Segundo ela, a avó está até em depressão e tem dias que fica na cama deitada o dia inteiro, não levanta para nada. Tem dia que não come, e tem dias que não come. E que ele está bebendo demais e a agredindo. Ele não está trabalhando, está ficando em casa, e bebe muito e briga muito com ela, já chegou a ter agressão física. Só que eu não estava sabendo da agressão, para mim, era só problemas de higiene. Tanto que eu já tinha comunicado a assistente social para poder ir lá. Eu acho que lá não é um meio bom para ela viver, por que é MUITO sujo!! Tem galinha, cachorro, todo bicho que você pensar. A casa muito suja, ela não toma banho. Não lava roupa. Ela usa a mesma roupa todos os dias. Não aceita a neta que toma conta da casa ou lave a roupa dela. Tenho pena. Você vê que ela chega aqui, nossa! Tadinha! E é bem idosa. Só que ela não me falou essa parte, ela falou que morava sozinha. Que não tinha ninguém. Agora a neta já falou que o filho mora com ela, que ele bebe, que não está trabalhando e que ele está agredindo ela. Junta várias coisas, por que eu já ia passar o caso para a assistente social por causa da higiene. E agora, hoje ela me falou, por causa que ela também está sofrendo agressão. Quando eu desconfio, eu vou tentando abordar, perguntando. Por que você sabe que não é todo mundo que gosta de falar, a maioria das pessoas que sofrem agressão, eles não contam. Eu não sei se eles tem medo da gente contar para alguém. É muito complicado. Mas vou conversando, vou tentando fazer o paciente (interrupção na gravação). Vou tentando fazer o paciente ver que ele pode confiar em mim. Para ele pode se abrir, por que não é todo mundo que se abre. Depois que

consigo ouvir, ele fala. E eu tenho certeza do problema, o que que eu tento fazer? Eu tento chamar o familiar aqui, que é responsável. A maioria é idoso. É incrível! Só essa paciente que não. Chamo alguém da família, que sempre tem um responsável, passo o problema, para a gente tentar ver junto. E aciono a assistência social. Temos a assistência social, já para fazer isso. Mas, a dificuldade que eu encontro é que a gente não tem retorno desses casos. A gente passa para eles, e se você não ficar lá, cobrando, cobrando, cobrando. Eles não passam para gente o que que foi o desenvolver da história, se resolveu, se acompanhou. Se, realmente foi lá, não tem retorno. Eu acho que fica bem falho, você consegue que o paciente venha, se abra, e fale, começa a intervir. E quando passa para outro setor, você não sabe mais, o que que foi eficaz. Se resolveu. Mas a gente passa para a assistência social. Então, eu acho muito importante esse tema, a gente tem muitos problemas que ficam sem ser descobertos. Eu acho que é muito difícil você abordar esse assunto com a pessoa. Tem quem conta e quem não conta. Acho que a partir do momento que a gente descobre, a gente não pode deixar acontecer, por que envolve muita coisa. Tem vezes que você consegue ajudar a pessoa, tem vezes que a gente infelizmente não consegue. Eu acho que falta uma parceria, da equipe da atenção primária, junto com a família, junto com o pessoal do NASF para poder intervir de uma forma conjunta. Por que igual eu te falei, acho que fica um fio perdido no meio do caminho. Por que não adianta nada, eu venho aqui, abordo o paciente, o paciente abre, fala para mim. Teve uma paciente que apanhou do marido. Paciente do CAPS, deu um chute no peito dela, ela trincou a clavícula, estava morrendo de dor. O que que aconteceu? Eu passei o caso para o CAPS, paciente já fazia mais de um ano, que ele não quis ficar no CAPS, eles largavam ele. Ele tinha que tomar medicamento, ficar internado em clínica psiquiátrica. Ele está dando maior trabalho para a esposa dele. Ele bate nela, bate no filho. Passei o problema para o CAPS, não teve resolução nenhuma. Entendeu? Eu marquei o psiquiatra, a mulher foi e levou. Ficou um fio perdido. Então não adianta, eu acho que a partir do momento que trabalhar todo mundo junto. Eu acho que vai resolver. Por que não vai adiantar eu vim aqui, investigar, a pessoa me contar, eu tentar intervir, passar e lá na frente eles não resolver. Acho que falta essa ação conjunta. Para tentar solucionar realmente. Não adianta você começar o serviço e parar ele no meio do caminho. Por que vai continuar tendo agressão, vai continuar sem resolver! Então, eu acho que a falha que eu observo aqui, é mais isso. É muito complicado! É um tema muito, muito custoso de abordar! ”

6 TRATAMENTO DOS DADOS

As narrativas revelaram como os colaboradores percebem a violência contra a mulher e os significados atribuídos pelos mesmos. Após leituras e releituras cuidadosas evidenciou-se o movimento das falas que entrelaçaram os tons vitais, conceitos e atitudes dos colaboradores, resultando na elaboração das categorias empíricas e subcategorias, e em seguida após uma complexa análise das informações com síntese do pensamento e criatividade compõe-se as categorias de análise, que remete a uma reflexão profunda entre os temas ou achados no estudo e a literatura com o intuito de possibilitar formulações teóricas e recomendações, como passo a descrever.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

A rede de colaboradores foi formada por dez enfermeiros, sendo que nove participantes eram do sexo feminino e um masculino, sendo todos na faixa etária de 29 a 43 anos. O tempo médio de formação foi de oito anos; e, de atuação na unidade, de cinco anos. Em relação a cursos de atualização, oito relataram ter realizado especialização, e dois realizaram o Mestrado em Enfermagem.

Na trajetória profissional, todos os enfermeiros tiveram algum contato com a questão da violência, no cenário da Atenção Primária à Saúde e prevalece o envolvimento indireto com as mulheres assistidas, isto é, os casos chegaram até eles por meio do relato da própria mulher ou comentários de colegas de trabalho.

Os colaboradores deste estudo mesmo tendo fatores favoráveis à identificação da violência, como tempo de formação e atuação, os quais poderiam ser facilitadores na criação de vínculos com as usuárias das unidades de saúde, poucos identificaram ou perceberam a violência, o que nos permite inferir que a percepção está atrelada a outros fatores que vão além da formação e atuação profissional.

A seguir apresento as três categorias e respectivas subcategorias que emergiram a partir das narrativas dos colaboradores.

6.2 ANALISANDO AS CATEGORIAS EMPÍRICAS

Foram identificadas três categorias, a primeira *Percepção do enfermeiro sobre a violência contra a mulher*, com uma subcategoria *Reconhecimento, situação familiar e uso de substâncias*. A segunda categoria *Assistência de enfermagem às mulheres que sofrem violência: do real ao ideal*, engloba três subcategorias: *Silêncio da Vítima; Acolhimento e Encaminhamento; Papel do Agente Comunitário*. E a terceira categoria *Capacitação*, com duas subcategorias *Capacitação profissional para o reconhecimento da violência*; e *Capacitação para mulheres*.

6.2.1 Percepção do enfermeiro sobre a violência contra a mulher

A maioria dos profissionais participantes conseguem compreender que há diversos tipos de violência e reportaram a violência verbal, física, moral, sexual, psicológica, doméstica, o assédio, privação dos direitos da mulher, desrespeito e a desigualdade salarial entre gêneros:

“(...) Violência contra a mulher para mim, é qualquer forma de agressão, sendo física, moral, psicológica, que faça a mulher se sentir inferior ao que ela é”. Maria Firmina

“(...) Eu acho que a violência contra a mulher não é somente a agressão propriamente dita. Eu acho que é mais, como a traição, maus tratos e ofensa também. (...) Eu acho que a violência contra a mulher é em tudo quanto é lugar, desde o trabalho, que seria a remuneração mais baixa. Mesmo não sendo uma agressão eu acho que é uma violência”. Maria Leolinda

“(...) A violência contra a mulher é qualquer tipo de violência que a mulher sofra, fisicamente, psicologicamente, emocionalmente, às vezes até por discriminação”. Maria Quitéria

Ao contrário do que apontou o estudo de Vieira *et al.*, (2009) que mostrou um desconhecimento por parte dos profissionais sobre a violência contra a mulher, o

presente estudo demonstra um avanço ao revelar que atualmente os profissionais da saúde possuem um maior conhecimento sobre o que é a violência contra a mulher. A visibilidade da violência contra as mulheres, exige conhecimento e preparo dos profissionais de saúde, na busca por uma assistência resolutiva (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

Pela percepção dos profissionais a mulher está suscetível a estas agressões não somente no âmbito privado, como também em sua vida social pública. Essa concepção revela o entendimento desses profissionais em relação à magnitude do problema, considerada um problema de saúde pública, por afetar a integridade física e a saúde mental das mulheres (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009; LAWRENZ, 2018).

A compreensão ou não dos profissionais enfermeiros em relação aos diversos tipos de violência influencia diretamente na atitude dos mesmos quanto ao ato de reconhecer ou perceber determinadas situações em que a mulher esteja exposta.

6.2.1.1 Reconhecimento, situação familiar e uso de substâncias

Por meio das falas a seguir podemos observar que as principais ferramentas utilizadas para a identificação dos casos é a anamnese, exame físico e o processo de enfermagem. A criação de vínculos por meio do pacto de silêncio pedido pela situação, associados às habilidades de comunicação e acolhimento desenvolvidas pelos enfermeiros, são fundamentais para realizar a assistência adequada à vítima de violência:

“(...) Normalmente quando a mulher procurava o serviço, eu fazia uma primeira consulta, a consulta de enfermagem. (...) E nessa anamnese, de acordo com as respostas dela, eu já percebia a violência”. Maria Alzira

“(...) Quando eu suspeitei de violência, eu tive que manter uma proximidade com essa pessoa (...) E ainda, devemos oferecer o espaço para ela trazer esse problema, se sentir acolhida, para podermos ajudá-la a decidir o que vai fazer”. Maria Nélida

Para um atendimento realmente efetivo nesses casos é recomendado a escuta sensível associada a um acolhimento adequado e resolutivo, juntamente com a formação de equipes multiprofissionais (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009; KRENKEL, 2017).

Considerando essas questões a Atenção Primária à Saúde demonstra um grande potencial para desenvolver a escuta e o vínculo de confiança com essas mulheres (KIND *et al.*, 2013). Dentre as estratégias que podem ser realizadas na APS, evidencia-se o acolhimento, as orientações, os encaminhamentos e a notificação (ARBOIT *et al.*, 2017).

Dessa forma, a escuta e a orientação qualificada entre profissional e mulheres em situação de violência, colaboram para a consolidação de uma atenção integral alinhada à luta pelo empoderamento das mulheres (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014). Recomenda-se, portanto, ao abordarem os usuários da APS, a utilização de ações pautadas em tecnologias leves (HOLANDA *et al.*, 2018).

A tecnologia leve transpõe todo o processo de trabalho em saúde por estar presente na construção do conhecimento, desde a ideia inicial, na elaboração e execução do conhecimento. Sendo conceituada como um conjunto de competências que tem como base os conhecimentos científicos (FIALHO *et al.*, 2015). É utilizada nas relações humanas, para construção do acolhimento, vínculo, processo de comunicação, na autonomia e no acolhimento (CESTARI *et al.*, 2015).

Alguns participantes deste estudo relataram observar a relação entre o uso de substâncias lícitas ou ilícitas e a ocorrência de violências.

“ (...) Se tinha alguma ligação com o uso de drogas, álcool, ou alguma outra substância que a levava a sofrer a violência ou não. (...) Ela falou que ele estava bêbado, deu um soco nela, cortou sua boca. Ela chegou com o olho todo roxo e na hora como ela chegou sangrando, fizemos atendimento e sutura”. Maria Rosmary

“ (...) Segundo uma informação que eu tenho o companheiro dela é usuário de droga, crack e outras drogas! Eu não sei! (...)”. Maria Carlota

“ Na zona rural, as mulheres têm sofrido muita violência ainda! Devido à questão do alcoolismo, tanto delas quanto do parceiro”. Maria Leolinda

O consumo de álcool pelo agressor tem sido considerado como comportamento de risco associado à violência contra a mulher, sendo apontado muitas vezes pelas vítimas como um fator deflagrante da violência. O álcool, por ser aceito socialmente, tem largo consumo, principalmente entre os homens, tornando-o a droga mais nociva à dinâmica familiar (HOLANDA *et al.*, 2018).

Segundo o estudo de Zaleski (2010) as chances de agressão à mulher aumentam nove vezes quando os parceiros/companheiros são usuários de bebida alcoólica. Outro estudo realizado com 504 mulheres em várias unidades básicas de saúde buscou mapear o gênero do agressor e estimar a prevalência da violência contra a mulher. O estudo revelou que o uso do álcool, drogas e problemas financeiros costumam predominar nas famílias nas quais ocorre a violência (VIEIRA; PERDONA; SANTOS 2011).

Os dados acima revelam que existem vários fatores que contribuem para a violência, mas o álcool unido a outras substâncias lidera os motivos. Portanto, esse tipo de violência não se constrói apenas por relações de desigualdade e sentimento de superioridade, mas também, resulta de fatores externos como ingestão de bebidas alcoólicas e ou outras drogas (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Porém o álcool e outras drogas são fatores de risco modificáveis, que necessita ser abordado na comunidade por parte dos profissionais da saúde da APS, realizando estratégias preventivas (HOLANDA *et al.*, 2018).

Alguns profissionais relataram observar a submissão dessas mulheres com relação aos seus parceiros:

“De acordo com a minha experiência eu fui vendo que essas mulheres são totalmente dependentes do companheiro. Então a questão é a dependência delas! (...) Não sei se era uma dependência psicológica ou se era uma dependência financeira, porque elas falavam que não largariam os companheiros!” Maria Alzira

“Eu acho que isso tudo é ligado à questão social e à questão econômica. Tem a questão social do analfabetismo, das condições em que o homem tem esse patriarcado dentro da família, essa condição patriarcal! Ele acha que a mulher é muito submissa a ele. E ele ainda tem essa condição”. Maria Dionísia

“Você não ter condições de arcar com seus gastos pessoais, por falta de acesso a algum tipo de emprego e demais situações que subsidiam o bem-estar da pessoa. E aqui

na unidade o tipo de violência contra mulher que eu mais vivencio é a física e psicológica". Maria Celina

A violência contra a mulher é considerada algo complexo e multifatorial, pautada em questões de gênero e hierarquia de poder, relacionada à condição de desigualdade da mulher em relação ao homem, construída e naturalizada historicamente.

A baixa escolaridade e a dependência financeira do companheiro conjugal intensificam a frequência de conflitos entre os casais, já que mulheres menos esclarecidas teriam maior dificuldade para romper os ciclos de agressões (HOLANDA *et al.*, 2018). O maior grau de escolaridade pode estar relacionado a um empoderamento pessoal da mulher, promovendo redução da tolerância à violência (ACOSTA *et al.*, 2015). Considerando ainda que quanto mais a mulher se qualifica, mais chance tem de encontrar trabalho melhor remunerado, elevando a sua autoestima e proporcionando maior independência (SILVA *et al.*, 2015).

Portanto, considera-se a necessidade de ações que permitam aos profissionais de saúde conceder condições de acolhimento e escuta, trabalhando ações na perspectiva da conscientização do empoderamento das mulheres vitimadas, para descontinuação de relações destrutivas (HOLANDA *et al.*, 2018).

Nossos resultados corroboram com um estudo realizado na Angola, que tinha como objetivo de identificar as percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola, em relação à violência contra a mulher, seus resultados mostraram que os profissionais associaram a submissão da mulher à dependência socioeconômica e o desemprego com a ocorrência da violência. Ainda, os participantes atribuíram à mulher a responsabilidade pela violência que elas sofreram (SILVA *et al.*, 2015).

Porém vale ressaltar que a dependência financeira ao agressor nem sempre é uma justificativa para a permanência no relacionamento, visto que, segundo o balanço anual do Disque 180, a maioria (63,37%) das mulheres em situação de violência não dependiam financeiramente dos agressores (BRASIL, 2016). Destacamos ainda, que a Lei Maria da Penha prevê a possibilidade da inclusão da vítima no cadastro de programas assistenciais existentes, bem como a manutenção do vínculo trabalhista por seis meses, caso seja necessário seu afastamento do local de trabalho (BRASIL, 2006).

O conhecimento por parte dos profissionais de saúde dos fatores que podem estar relacionados a casos de violência contra as mulheres, e o desenvolvimento da escuta qualificada é de extrema importância, para o reconhecimento de mulheres que

podem estar sofrendo ou em risco desse tipo de violência, para assim serem realizadas ações de promoção, de prevenção ou de cuidado aos agravos causados.

A segunda categoria *Assistência de enfermagem às mulheres que sofrem violência: do real ao ideal*, engloba três subcategorias: *Silêncio da Vítima; Acolhimento e Encaminhamento; Papel do Agente Comunitário*.

6.2.2 Categoria 2- Assistência de enfermagem às mulheres que sofrem violência: do real ao ideal

6.2.2.1 Silêncio da vítima

Os profissionais de saúde referenciaram o medo e insegurança das mulheres em relatar a violência sofrida culminando no silêncio dessas vítimas, como foi observado nas falas abaixo:

“Algumas delas, não a maioria. É difícil a gente falar a maioria, mas algumas delas ainda tem essa resistência em denunciar e em aceitar e entender, que aquilo que elas estão passando é uma violência contra a mulher”. Maria Leolinda

“A gente quer realmente que ela denuncie, por que tem que partir dela essa denúncia. E muitas vezes, ela se sente acuada. Ela sente medo, de relatar para a gente que realmente foi uma violência”. Maria Firmina

“Por que quando acontece da mulher buscar o PSF e a gente suspeitar, muitas vezes ela não quer que ninguém saiba. Ela, muitas vezes, esconde isso. Talvez pelo medo de perder o companheiro que ela gosta, ela prefere manter isso em segredo. Por que muitas delas sofrem a violência, mas tem o sentimento pelo parceiro. Então não querem abandonar. É confuso, mas é real!” Maria Nélida

Devido a inúmeros fatores emocionais envolvidos, tais como o medo ou a vergonha de assumir a situação de violência, rastrear, notificar e atender essas mulheres torna-se uma tarefa ainda mais delicada (COSTA *et al.*, 2019).

Muitas vezes o receio em relatar a agressão está relacionado ao medo de receber futuras punições, além do sentimento de vergonha pelo ocorrido ou até mesmo por receber ameaças do agressor, além de não possuir estrutura psicológica para revelar tal ocorrido para terceiros (BATISTA *et al.*, 2018).

A cultura predominantemente patriarcal em que ainda estamos inseridos contribui para aumento dos casos de violência e também pelo número pequeno de notificações. É fundamental que os profissionais de saúde mostrem-se disponíveis para quando as vítimas sentirem vontade ou necessidade de falar sobre a situação violenta, saibam a quem recorrer (SILVA *et al.*, 2015).

Outros fatores que contribuem para o silêncio da vítima é o medo da dissociação da família, o descrédito quanto à fala da vítima, bem como a culpabilização pelo abuso contribuindo para o aumento da subnotificação dos casos, mesmo com a alta prevalência de violência (BATISTA *et al.*, 2018).

Para que o profissional de enfermagem ofereça uma assistência adequada é importante que ele compreenda os diversos sentimentos envolvidos no caso de violência contra a mulher, só assim ele poderá oferecer um cuidado que venha a atender as reais necessidades da pessoa.

6.2.2.2 Acolhimento e encaminhamento

A conduta adotada pelos colaboradores nas situações de violência contra a mulher consiste no encaminhamento do caso para psicólogos e assistência social; e, há também referência relacionada aos aspectos legais, como pode ser observado nos relatos a seguir:

“Eu as orientava para que procurassem a polícia e o direito da mulher”. Maria Carlota

“E o que a gente utilizou para poder ajudá-la, realmente foi o psicólogo e a assistente social, na época, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (...) Conversamos muito com ela, oferecemos um aporte emocional, encaminhamos para psicóloga e para a médica da equipe”. Maria Firmina

Para intervir utilizava tanto a ação social como o conselho tutelar, tudo! Tudo até o ponto em que a mulher teve consentimento [grifo nosso: autorização até onde a profissional de saúde poderia agir]”. Maria Rosmary

“Então eu passo para os órgãos que a gente tem de rede, que são a assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Centro de Referência de Assistência

Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar para poder estar resolvendo”. Maria Celina

“O mecanismo de intervenção da gente é sempre acionar a rede, e tentar mudar. As nossas atitudes são mesmo uma atitude em rede! A gente tenta pegar o serviço de assistência social, o conselho tutelar, os quais nos ajudam. O conselho da mulher aqui no município tem uma funcionalidade, mas ele não nos atende com tanta presteza assim! Então, quem nos atende mesmo, ainda é o serviço do SUAS da Assistência Social e quando a gente tem vias de fato, a polícia civil mesmo. Que a gente aciona e tem dado muito resultado!” Maria Dionísia

“Mas a gente passa para a assistência social”. Maria Tarcila

Os enfermeiros muitas vezes são os primeiros profissionais a prestarem atendimento às mulheres vítimas de violência e, por esse motivo, ocupam uma função de grande relevância para que seja desenvolvido o vínculo profissional-paciente, que pode vir a trazer segurança às vítimas além de auxiliar na resolução do caso (MATTOS; RIBEIRO; CAMARGO, 2012; TRENTIN *et al.*, 2019).

Cabe então ao enfermeiro nesse primeiro contato não se restringir aos achados clínicos, porque as relações interpessoais devem ser o foco, bem como a dimensão biopsicossocial, a individualidade e a subjetividade de cada mulher assistida (ACOSTA *et al.*, 2018).

Destacam-se as ações de enfermagem que envolvem o acolhimento e a escuta sensível que dê credibilidade à queixa (ACOSTA *et al.*, 2015). Além de informar à mulher sobre sua condição de cidadania, para que seja capaz de tomar decisões de forma consciente (ACOSTA *et al.*, 2015; FREITAS *et al.*, 2017).

Visualizar esse fenômeno como um problema que afeta o processo de saúde-doença é de grande importância para dar mais visibilidade às práticas de cuidado humanizadas, e não somente curativas, oferecendo assim o atendimento pautado no princípio da integralidade (ACOSTA *et al.*, 2018).

A compreensão de toda a dinâmica em relação à violência contra a mulher contribui com uma conduta de enfermagem reflexiva, efetiva e em conformidade com as necessidades da vítima e de sua família (ACOSTA *et al.*, 2015).

No entanto além dessa habilidade de escuta e humanização no atendimento, é fundamental que o enfermeiro conheça o trâmite necessário para o encaminhamento adequado dessas mulheres (SANTOS *et al.*, 2018), bem como o envolvimento familiar e de outras instituições de apoio, provendo à vítima mais conscientização da sua posição de detentora de direitos sendo oferecida assim uma rede de amparo a essas mulheres (FREITAS *et al.*, 2017). Além disso, deve-se oferecer uma assistência contínua e que apresente opções de escolhas para as vítimas (SANTOS *et al.*, 2018).

Quanto às condutas adotadas pelos profissionais de saúde que registraram o relato de violência, destaca-se o fato de que houve algum tipo de conduta além do atendimento para a maioria dos casos, seja alguma medicação prescrita (psicotrópico ou analgésico), retorno com o mesmo profissional ou algum encaminhamento para profissional diferente. Apesar disso, apenas um caso foi encaminhado para procurar serviço de denúncia ou centro especializado para atendimento às mulheres vítimas de violência.

É importante frisar que nenhuma dessas condutas fazia parte de algum tipo de protocolo ou guia relativo ao atendimento às mulheres vítimas de violência, sendo realizadas de acordo com a queixa ou sintoma apresentado, predominantemente dor ou sintomas relativos à saúde mental. É digno de nota que esse estudo não analisou a efetividade das condutas adotadas, apenas se houve alguma e qual foi (BORBUREMA *et al.*, 2017).

Nesse estudo foi constatado que os profissionais não realizam a notificação desde o momento que há uma suspeita de violência, como foi relatado nas falas abaixo:

“Mesmo sabendo que a notificação epidemiológica não vai trazer nenhum dano para pessoa nem nada, elas não aceitam. Acho que a maior parte da violência doméstica contra mulher fica subnotificada”. Maria Carlota

“Eu já suspeitei de violência contra mulheres, sim, mas eu não fiz nenhum procedimento com elas, não notifiquei, nem nada! Por que foi logo que eu entrei aqui no PSF. Então eu perguntava para elas, mas, eu não fazia a notificação delas de violência!” Maria Dionísia

“Lá no Pronto Atendimento é que tinha muito. Por que tem aquela ficha de notificação de violência. Principalmente doméstica. Então, quando a mulher chega no ponto de

abrir o coração e avisar, ou até mesmo notificar uma violência é por que ela está pedindo ajuda”. Maria Alzira

A partir do ano de 2003 no Brasil a notificação dos casos de violência contra a mulher se tornou compulsória, desde então se constata um aumento gradual do número de notificações mesmo que ainda em muitos casos ocorra a subnotificação (BORBUREMA *et al.*, 2017). Tal notificação é obrigatória e compulsória tanto nos casos suspeitos quanto nos já confirmados e para o seu preenchimento não é necessário a anuência da mulher (ACOSTA *et al.*, 2018).

Ressaltamos ainda a obrigatoriedade de realizar a notificação por parte dos profissionais de saúde, em especial os profissionais de enfermagem por sua atuação direta com as vítimas, sob pena de punição prevista em seu código de ética (COFEN; 2017; ACOSTA *et al.*, 2015).

É através da notificação que a violência ganha visibilidade social e a partir dessa visibilidade torna-se possível o delineamento real dos elementos que a compõem, sendo, portanto, de grande importância para a intervenção nos comportamentos violentos (SANTOS *et al.*, 2018).

É importante destacar que a notificação é diferente de denúncia, serve para registrar e sistematizar dados da saúde, possibilitando assim a qualificação das informações que poderá auxiliar na definição de prioridades nas políticas públicas de prevenção da violência e de promoção da saúde (WAISELFISZ, 2016).

A notificação é importante como instrumento de gestão, permite mapear as ocorrências e as características da violência, possibilitando intervenções mais efetivas para combater tal agressão (BORBUREMA *et al.*, 2017). Essa notificação permite ainda avaliar os casos de violência, dando condições para que se possa estimar a aplicação de investimentos em núcleos de vigilância em saúde e serviços de assistência e cuidado ofertado às vítimas, bem como no desenvolvimento e aprimoramento de redes de proteção (GARBIN *et al.*, 2015).

No entanto infelizmente nem todos os profissionais de saúde dão a devida importância à notificação, outros alegam desconhecer sua compulsoriedade, outros questionam sua obrigatoriedade, também há aqueles que veem a notificação como uma denúncia e aqueles que alegam ter dúvidas quanto aos seus desdobramentos no âmbito das ações de saúde (BORBUREMA *et al.*, 2017).

Os baixos números de registro de notificações podem estar relacionadas a diversos fatores como: o fato da mulher não relatar a situação de violência, o profissional de saúde não estar atento aos sinais de possível convívio com a violência, e não questionar essa situação às mulheres, além da possibilidade de o relato da violência surgir e não ser abordado pelo profissional, alguns profissionais relatam o receio de sofrerem retaliações, dificuldade no preenchimento da ficha, sobrecarga no trabalho e dificuldade em lidar com os casos (BORBUREMA *et al.*, 2017).

É importante destacar que o enfermeiro ao encaminhar o caso não se desvincule do mesmo, para assim garantir que a pessoa consiga solucionar o problema e mantenha o vínculo com a equipe da atenção básica que foi responsável pelo atendimento e notificação.

6.2.2. 3 Papel do Agente Comunitário de Saúde

Nesse estudo, todos os colaboradores referiram que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais para assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência, como nos relatos abaixo:

“Os agentes trazem muitas vezes para a gente essas questões de violência. Às vezes, elas se abrem com o agente, mas chega aqui elas não têm coragem de falar!” Maria Celina

“E a gente só consegue visualizar isso (a violência) quando o agente comunitário faz o papel dele e quando ele reconhece isso dentro da família. Ele conhece, ele começa a sentir essa realidade lá dentro da família”. Maria Dionísia

“A saúde da família ajuda por que o agente comunitário tem conhecimento e convive, muitas vezes com a família, com a mulher. As informações que eles trazem são muito importantes!” Maria Nélida

Os ACS estão entre os profissionais envolvidos no processo de enfrentamento da violência contra as mulheres, pelo fato de habitarem a mesma área de abrangência em que trabalham e pela realização de visita domiciliar têm o privilégio de estar mais presente nas famílias e na comunidade e assim conhecem melhor a dinâmica familiar, podendo, em muitos casos, presenciar e/ou identificar situações de violência contra as mulheres (HESLER *et al.*, 2013; ARBOIT *et al.*, 2018).

A visita domiciliar é apontada como uma importante ferramenta para a identificação de casos de violência contra as mulheres (SILVA; PADOIN; VIANNA,

2013). A sua realização de modo sistemático, permite o estabelecimento de um diálogo pautado em maior espontaneidade e horizontalidade em comparação com outros profissionais (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

O diálogo constitui-se um elemento-chave na relação entre as mulheres em situação de violência e os ACS, pois este permeia suas práticas de cuidado. É a partir dessa interação que o ACS tem a possibilidade de conhecer o processo saúde-doença das mulheres, detectando sinais e manifestações de diferentes tipos de violência (AIRBOIT *et al.*, 2018; HESLER *et al.*, 2013).

Nesse sentido entende-se que os ACS são profissionais cujo processo de trabalho privilegia o desenvolvimento de estratégias de identificação e intervenção no que se refere às situações de violência contra mulheres. No entanto, considerando a complexidade que cerca esse tipo de violência, os ACS necessitam de apoio multiprofissional e intersetorial para atender às demandas das mulheres em situação de violência (ARBOIT *et al.*, 2018).

Considera-se o papel do (a) enfermeiro (a) enquanto profissional que instrumentaliza e prepara os agentes comunitários para desenvolverem suas ações frente às necessidades da população. Dentre essas necessidades estão os casos de violência contra mulher (HESLER *et al.*, 2013).

O enfermeiro possui então uma grande responsabilidade no atendimento aos casos de violência contra a mulher, como também como educador em saúde, preparando os profissionais que estão sob sua responsabilidade para identificar casos de violência, e auxiliar na resolução do problema.

6.2.3 Categoria 3 - Capacitação

6.2.3.1 Capacitação profissional para o reconhecimento da violência

Nessa subcategoria os colaboradores apontaram a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde:

“O entendimento, eu acho que, o caminho que a gente tem são as capacitações, o estímulo, o agente comunitário, a equipe de saúde da família, da atenção primária, reconhecer isso”. Maria Dionísia

“Eu acho que a gente tem pouco suporte, se sente meio incapaz, porque a gente não consegue assistir devidamente essa mulher. Não tem a delegacia da mulher, não tem uma equipe especializada para poder fazer o acompanhamento dessa mulher. Acho que seria uma coisa interessante para poder dar um suporte maior. A gente não tem uma capacitação, não tem um treinamento mais próprio para esse tema”. Maria Firmina

Esses resultados corroboram com o estudo de Santos *et al.* (2018) que evidenciou a necessidade de realizar ações junto aos profissionais de saúde oferecendo a oportunidade de perceber o que é violência contra a mulher, como reconhecer, tratamento e encaminhamento indispensáveis, melhorando assim a capacidade desses profissionais para solucionar os problemas.

Outro estudo realizado no cenário da APS mostrou que nenhum dos profissionais entrevistados teve durante sua graduação ou pós-graduação a temática da violência contra mulher abordada em aula, o que compromete a tomada de decisões nessas situações (CARNEIRO *et al.*, 2019a).

É fundamental que o enfermeiro seja qualificado, ao longo de sua formação para cumprir com eficiência o atendimento nos casos de violência contribuindo assim para a qualificação do atendimento e corroborando para reduzir a invisibilidade da violência (SANTOS *et al.*, 2018).

Desse modo, a introdução dessa temática, torna-se essencial nos processos formativos, nos âmbitos da graduação ou educação continuada de profissionais de saúde, especificamente para a enfermagem (CARNEIRO *et al.*, 2019b).

O estudo de Moreira *et al.* (2018) trouxe que as lacunas do conhecimento transcendem o limiar das instituições formadoras, estendendo-se para o dia-a-dia das unidades de saúde, devido o tema permanecer, várias vezes, oculto durante a realização de educações permanentes executadas nos serviços. E quando abordado não exerce impacto satisfatório para fortalecer as ações de cuidado junto a essas pessoas como também não proporciona segurança aos profissionais durante execução das práticas de cuidado.

Em suma, a violência contra a mulher precisa ser incorporada nas grades curriculares dos cursos de formação dos profissionais de saúde, proporcionando assim conhecimento científico, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de suas ações para prevenção e combate aos casos de violência contra a mulher.

6.2.3.2 Capacitação para as mulheres

Além da citação dos enfermeiros para a importância de capacitar os profissionais, apontaram a necessidade de capacitar as mulheres para o reconhecimento/identificação dos tipos de violências às quais possam vir a ficarem expostas:

“(...) primeiramente, educar as mulheres a saber o que é a violência contra elas. Por que elas têm uma vida, ainda com muita dificuldade de reconhecer o que que é violência”. Maria Dionísia

“Para falar a verdade, tinha que ter um trabalho.... Eu acho que pode ter muita mulher que omite, sabe!? Um trabalho voltado para a mulher, dentro do PSF, entendeu!? Não sei, alguma coisa em grupo. Que estimulasse.... Depoimento.... Não sei! Alguma coisa assim”. Maria Quitéria

Cabe ressaltar que, dentre todas as diversas violências contra a mulher, apenas as que envolvem lesão corporal não precisam da oferta da denúncia pela mulher. Nos demais tipos definidos pela Lei Maria da Penha, o processo jurídico só terá andamento se a própria ofendida proceder com a representação. Importante destacar ainda que a violência física é de mais fácil identificação devido às marcas deixadas (CARNEIRO *et al.*, 2019b).

No cenário da ESF, os profissionais da saúde podem oportunizar espaços de reflexão acerca da construção social de gênero, responsável pela crença do domínio masculino e da subserviência feminina, que sustentam violência contra as mulheres. O oferecimento de espaços como esse para a comunidade é primordial para que os homens reconheçam o caráter criminoso de suas ações e as mulheres se empoderem (CARNEIRO *et al.*, 2019a).

O estudo de Carneiro *et al* (2019b) ressalta ainda que a participação das mulheres em grupos de discussão, retrata a possibilidade de apoio social, uma vez que esses espaços podem contribuir para a ressignificação de experiências vividas, criando assim novas perspectivas para o futuro.

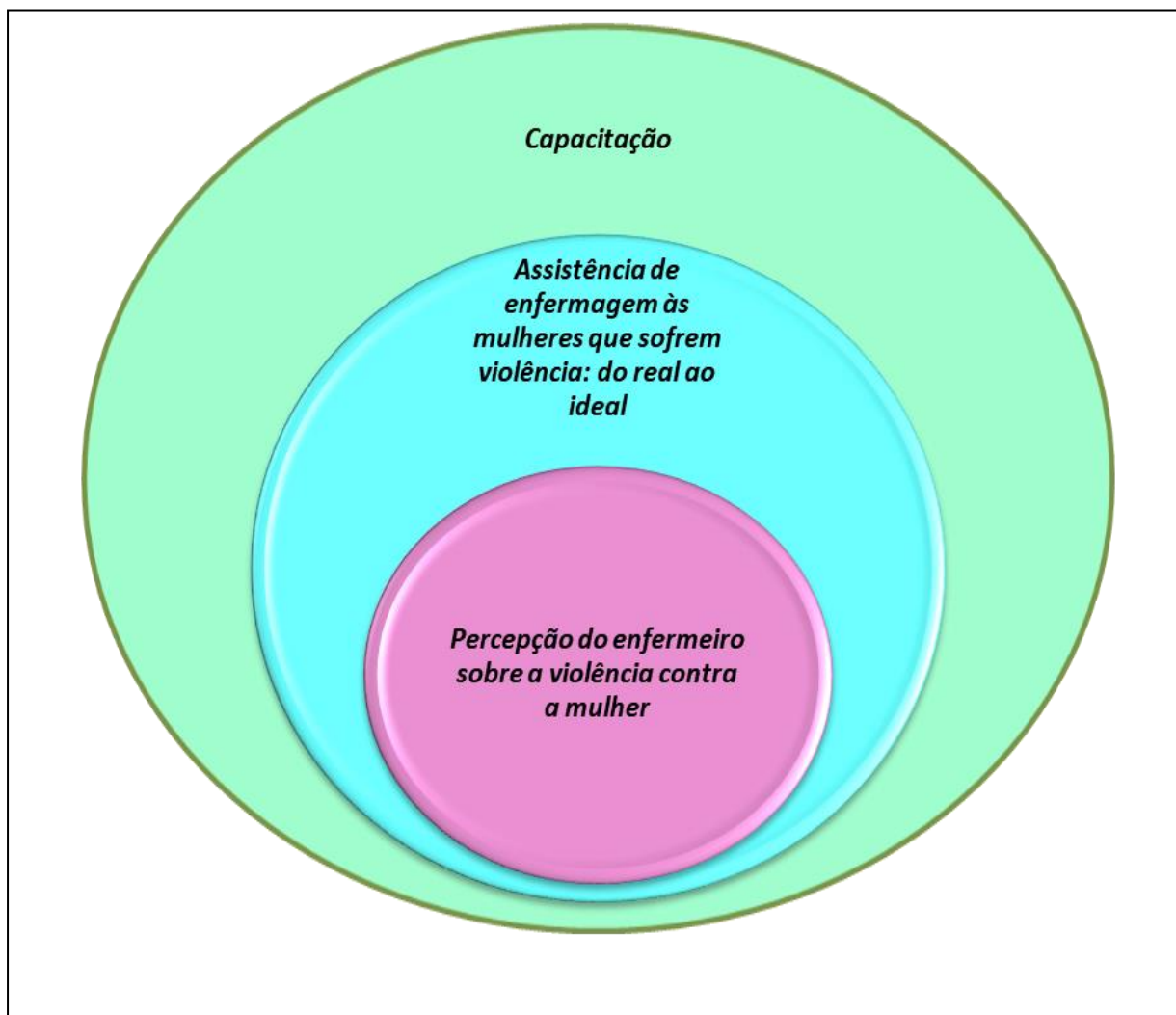
No campo da educação, destaca-se ainda a necessidade do trabalho com crianças e adolescentes, para que estas possam aprender novos modelos de relações, que visem

igualdade entre os gêneros, livrando-se dos estereótipos que foram historicamente construindo rompendo assim com os paradigmas vigentes (LÍRIO *et al.*, 2019).

A violência contra a mulher não é um fenômeno recente e a luta contra esses abusos já tem sido travada por décadas. Devido a sua construção histórica somente a educação de forma crítica e reflexiva para todos poderá contribuir para as mudanças culturais que são necessárias. E o enfermeiro como educador em saúde é um dos profissionais responsáveis por oportunizar essas ações junto a toda a população.

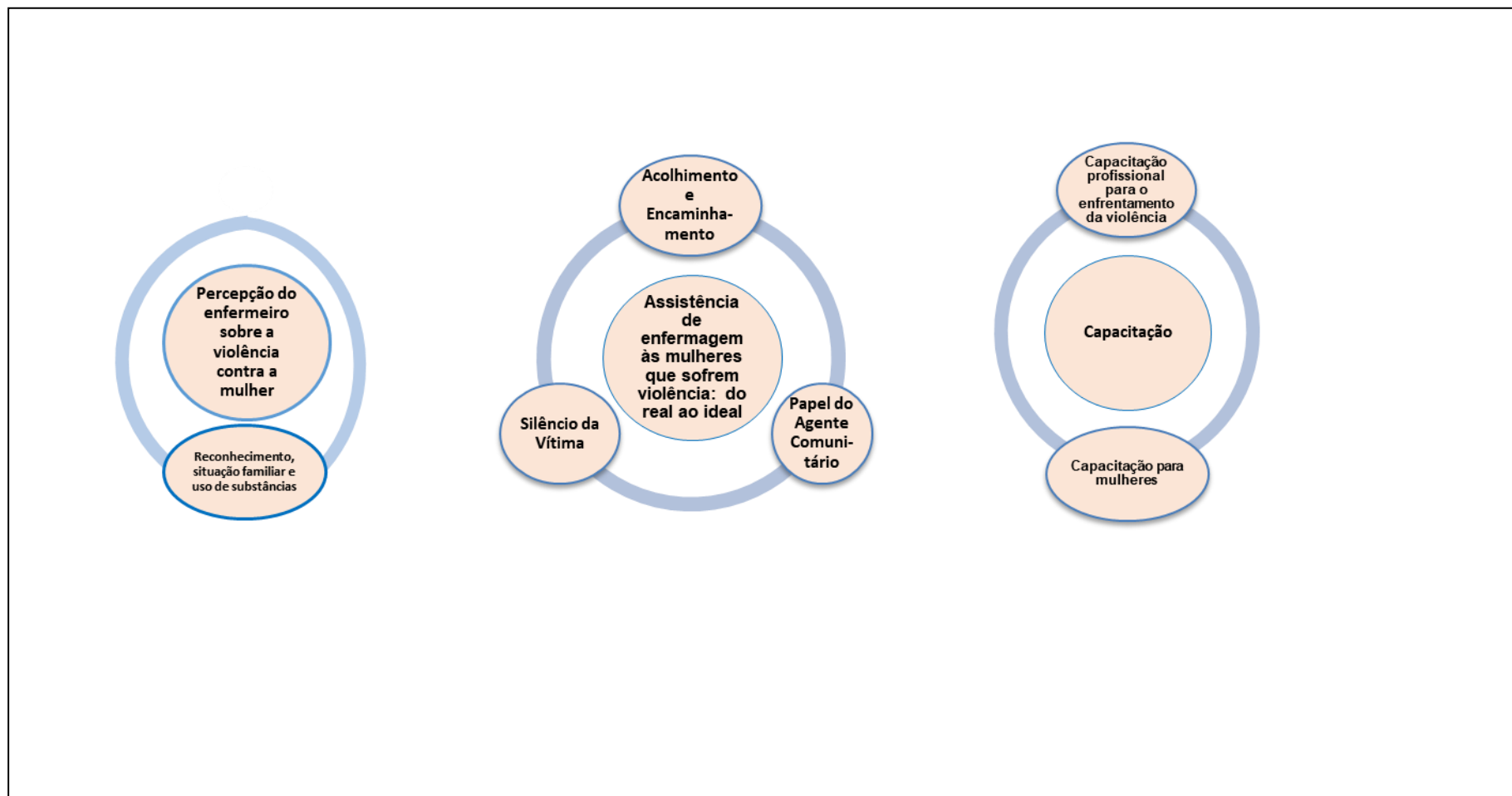
Para melhor compreensão didática apresentamos as Categorias e subcategorias da vivência dos enfermeiros na violência contra a mulher. A Figura 2 representa a complexidade das categorias encontradas nesse estudo, as quais são descritas na Figura 3.

Figura 2 – Categorias da vivência dos enfermeiros na violência contra a mulher, 2019.



Fonte: das autoras

Figura 3 – Categorias e subcategorias da vivência dos enfermeiros na violência contra a mulher, 2019.



Fonte: das autoras

Os movimentos das falas das narrativas possibilitaram a compreensão do ciclo complexo e contínuo da vivência dos enfermeiros sobre a violência contra a mulher.

A Percepção do enfermeiro sobre a violência contra a mulher ocorre pelo Reconhecimento dessa violência, a situação familiar da vítima e o uso de substâncias pelo agressor.

A Assistência de enfermagem às mulheres que sofrem violência inicia pelo Acolhimento, porém, termina com o Encaminhamento da vítima. Os enfermeiros vivenciam o Silêncio da Vítima, e atestam que o Agente Comunitário é fundamental no acompanhamento e mesmo, na suposição da violência.

A vivência do enfermeiro na violência revela uma necessidade de Capacitação, para as mulheres vítimas e para o profissional para o reconhecimento dessa violência.

A violência contra a mulher permanece dentro de um cenário invisível, oculto da sociedade e da assistência. Mesmo com tantos avanços tecnológicos, ainda não é possível assistir de maneira qualificada à mulher que procura atendimento na Atenção Primária à Saúde. Essa constatação nos remete à reflexão de que ainda existe um caminho muito longo para que a mulher vítima de violência possa receber um atendimento efetivo nas Redes de Atenção.

Recentemente em 2019 houve alteração na Lei 11340/2006 (Lei Maria da Penha) para Lei 13.827/2019 (BRASIL, 2019), sendo considerado um importante marco jurídico no enfrentamento da violência contra a mulher, que já conta ao menos com quatro alterações, sendo elas: permissão aos delegados o poder de determinar a aplicação de medida protetiva de urgência às vítimas quando os municípios não forem sede de comarca judicial; permite também, ao policial a aplicação da medida protetiva, caso não haja delegado disponível no momento da denúncia. Em ambos os casos, o juiz deve ser comunicado no prazo máximo de 24 horas; prevê a apreensão da arma de fogo sob posse do agressor em casos de violência doméstica; estabeleceu ainda que, aos agressores o ressarcimento das despesas hospitalares e protetivas pagas para atender as mulheres vítimas de violência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra as mulheres não é algo atual, infelizmente acontece há décadas, e mesmo que nos últimos tempos já se conseguiram alguns avanços com a criação de leis e delegacias especiais para dar suporte as vítimas, contudo, essa é uma questão ainda frequente na vida de muitas mulheres no mundo e nosso país.

Nesse cenário destaca-se a atuação dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro da APS pois devido ao seu vínculo com a população, possui contato direto com muitas mulheres que sofrem esse tipo de violência. Por isso tanto esse profissional de saúde quanto seu local de trabalho, muitas vezes, são onde essas mulheres buscam refúgio. Além desse refúgio os profissionais da APS, considerando seu processo de trabalho pode auxiliar na identificação de mulheres que são vítimas de violência, e realizar a intervenções/orientações junto a elas.

No entanto, os resultados desse estudo mostraram que os enfermeiros possuem algumas dificuldades para o atendimento das mulheres vítimas de violência, dentre eles está a falta da abordagem desse tema durante sua formação tanto no nível de graduação quando em relação a educação continuada, levando a um desconhecimento desde as questões de notificação à sua responsabilidade no acompanhamento do caso mesmo depois de encaminha-la para os demais serviços e dificuldade em abordar essas mulheres no cotidiano de seu processo de trabalho.

Ressaltamos que assistência de enfermagem junto a essas mulheres podem ser realizadas desde a prevenção, a ações de cuidar que auxiliem essas vítimas na busca pela superação.

Ao realizar um atendimento fazendo uso da escuta qualificada, considerando o contexto social dessa mulher, será possível oferecer a essas vítimas uma assistência, onde elas se sentiram valorizadas, seguras e com isso se sentiram mais a vontade para falar sobre o que tem sofrido, sobre suas angústias e medos, dando assim um passo importante na luta contra essa violência.

Podemos então concluir, que o cuidar junto a essas mulheres precisa transpor o cuidado tecnicista, sendo necessário, um cuidado holístico, onde a mulher vítima de violência seja reconhecida como ser único.

Esse estudo traz, portanto, como contribuição, a reflexão sobre a assistência de enfermagem junto a essas mulheres, oportunizando também um momento de ressignificação da atenção ofertada.

E apesar dos resultados não permitirem generalizações, este estudo traz contribuições importantes ao permitir uma percepção ampliada sobre a forma como estes cuidados se desenvolvem na rotina do trabalho do enfermeiro da APS, considerando as circunstâncias socioculturais em que ocorrem e as limitações e potencialidades do cuidado de enfermagem.

Nessa perspectiva, os resultados desta pesquisa apresentam subsídios para o ensino, para a prática e para a pesquisa em enfermagem.

Destacamos ainda que os achados desse estudo não encerraram a necessidade de investigação sobre o fenômeno, entretanto despertou novos questionamentos sobre a dinâmica institucional dos serviços de saúde e da responsabilização dos gestores em incentivar o treinamento dos profissionais no âmbito assistencial.

Sugerimos, portanto, que a abordagem dessa temática seja mais trabalhada nos currículos das instituições acadêmicas e façam parte das ações de educação continuada. Nesse sentido sugerimos a elaboração de estudos que desenvolvam ações de educação continuada abordando a violência contra a mulher junto a esses profissionais e também ações de educação junto aqueles que ainda estão em processo de formação na graduação.

Neste trabalho persistem algumas limitações como a participação no estudo ser predominantemente do sexo feminino, sugerimos ainda, que sejam feitos estudos com um maior número de participantes do gênero masculino permitindo assim uma comparação da representação entre gêneros.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, F. D. *et al.* Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in)visibilidade do problema. **Texto & Contexto Enfermagem**; Florianópolis, n. 1, n. 24, p. 121-7, 2015.

ACOSTA, D. F. *et al.* Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.39, n. 61308, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>. Acesso em: 23 Out. 2019.

ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface Comum Saúde Educação**, Botucatu, v. 18 n. 48 p. 47-60, 2014.

ARAÚJO, W. C. T. *et al.* Colcha de retalhos: Instrumento de recolección de datos en la investigación cualitativa. **Index de Enfermería**, Espanha, v. 26 n. 3 p. 175-179, 2017. Disponível em: www.index-f.com/index-enfermeria/v26n3/11282.php. Acesso em: 25 Jul. 2018.

ARAÚJO, W.C.T.; RIBEIRO, P.M. Cuidado materno domiciliar en la prematuridad: revisión. **Evidentia**. No prelo. 2018.

ARBOIT, J. *et al.* Atenção à saúde de mulheres em situação de violência desarticulação dos profissionais em rede. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 51, ed. 03207, 2017.

ARBOIT, J. *et al.* Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 506-517, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018169293>. Acesso em: 29 Out. 2019.

BARALDI, A. C. P. *et al.* Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307–318, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições, 2009.

BAROOS, C. R. S.; SCHRAIBE, L. B. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. **Revista de Saúde Pública**, v.51, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006385>. Acesso em: 29 Out. 2019.

BASZANGER, I.; DODIER, N. Ethnography-relating the part to the hole. In: SILVERMAN, D. **Qualitative research: theory, method, and practice**. London: Thousand Oaks, 2004.

BATISTA, N. A. T. **Práticas Naturais de saúde no Ensaio da Enfermagem; o que são e o que poderão ser**: um estudo de representações de docentes. 1994. 145f (Mestrado em Enfermagem). Centro de educação e Humanidade, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.

BATISTA, V. C. *et al.* Perfil das notificações sobre violência sexual. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 5, p.1372-80, 2018.

BENNER, P. **Interpretative phenomenology: embodiment, caring and ethics health and illness**. California: Sage, 1994.

BOIREAUC, D. B.; PRAUD, A. The importance of communication in promoting voluntary participation in an experimental trial: A qualitative study based on the assessment of the gamma-interferon test for the diagnosis of bovine tuberculosis in France. **Plos One**, France, v. 3 p.1-24, 2017. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185799>. Acesso em: 21 Set. 2019.

BONILL, C. O. N.; CELDRAN, M. M. El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. **Index de Enfermería**, Granada, v. 21 n. 3 p. 160-164, 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012002200111&lng=es Acesso em: 24 Out. 2019.

BORBUREMA, T. L. R. *et al.* Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. **Revista Brasileira de Medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-13, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1460](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1460). Acesso em 28 Out. 2019.

BRADBURY-JONES, C. *et al.* Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: A qualitative investigation. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 23, n. 21-22, p. 3057-3068, 2014.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Atuação Dos Enfermeiros Da Atenção Básica a Mulheres Em Situação De Violência. **Enfermagem em Foco**, Bahia, v. 8, n. 3, p. 70-74, 2017.

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. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; **Caderno n. 6**. Brasília (DF) : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Política para Mulheres. **Ligue 180, Central de Atendimento à Mulher: balanço anual 2016** [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/>

BRASIL. **Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** [Internet]. 7 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

BRASIL. **Lei nº 13.827, de 13 de maio de 2019.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13827.htm. Acesso em: 03 Nov. 2019.

BRÊTAS, A. C. P.; OLIVEIRA, E. M. Algumas Reflexões sobre a Ética na pesquisa qualitativa. In: MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem.** São Paulo (SP): Livraria Médica Paulista, 2006.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Marital violence context after the Maria da Penha law: a grounded theory study. **Cogitare enfermagem**, Paraná, v. 24, n. 59431, Mar. 2019a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59431>. Acesso em: 30 Out. 2019.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Understanding marital violence: a study in grounded theory. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**; Ribeirão preto, v. 27, n.3185, Out. 2019b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3116.3185>. Acesso em: 29 Out. 2019.

CARNEIRO, M. L. M.; CORBISHLEY, A. C. M. The use of participant observation in qualitative nursing research: the bridge between theory and practice. In: **6ª International Qualitative Health Research Conference**, Banff, 2000. p. 264-266.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: uma revisão integrativa. **Revista Cogitare de Enfermagem**, Paraná, v. 20, n. 4, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40819>. Acesso em: 07 Dez. 2019.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. **Minas Gerais.** Município Boa Esperança. 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 05 Abr. 2018.

CORTES, L. F. *et al.* Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 77-84, 2015.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elements of comprehensiveness in the professional health practices provided to rural women victims of violence. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São paulo, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, 2012.

COSTA, M. C. *et al.* Domestic violence against women in rural context: recognition of care strategies. **Rev Bras Promoç Saúde**, Ceará, v.32, p. 9271, 2019. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9271/pdf_1. Acesso em: 25 Set. 2019.

ELDOSERI, H. M. *et al.* Adverse health effects of spousal violence among women attending Saudi Arabian primary health-care clinics. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Méditerranéenne orientale, v. 20, n. 11, 2014.

FIALHO, F. A. *et al.* Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 23-32, 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/12309/9538>. Acesso em 07 Dez. 2019.

FORD-GILBOE, M. *et al.* A tailored online safety and health intervention for women experiencing intimate partner violence: the iCAN Plan 4 Safety randomized controlled trial protocol. **BMC Public Health**, EUA, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2017.

GIMENÉZ-JÚLVEZ, T. *et al.* Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida em las unidades de cuidados intensivos. **La perspectiva de enfermería**. Barcelona, Gac Sanit, v. 31 n. 4 p. 299-304, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000400299. Acesso em 15 Abr. 2019.

GRAUE, M. *et al.* Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. **BMC Nursing**, EUA, v. 11, p. 1-11, 2012.

GROSSI, P. K. *et al.* O enfrentamento da violência contra a mulher rural: desafios para as políticas públicas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís, Maranhão. Anais. São Luís, ago. 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo7/o-enfrentamento-da-violencia-contra-a-mulher-rural-desafios-para-as-politicas-publicas.pdf>. Acesso em: 05 Out. 2019.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v.31, n.3, p.410-22, 1997.

HAMRICK, S. E.; HANSMANN G. Patent ductus arteriosus of the preterm infant. **Pediatrics**, Canada, v.125, n.5, p.1020-1030, 2010.

HEGARTY, K. *et al.* Protocol for a randomised controlled trial of a web-based healthy relationship tool and safety decision aid for women experiencing domestic violence (I-DECIDE). **BMC Public Health**, EUA, v. 15, n. 1, p. -9, 2015.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994.

HESLER, L. Z. *et al.* Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 80-186, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>. Acesso em 28 Out. 2019.

HOLANDA, E. R. *et al.* Factors associated with violence against women in primary health care. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-9, 2018.

HOOKER, L. *et al.* Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: A mixed method process evaluation of a randomised controlled trial. **Implementation Science**, EUA, v. 10, n. 1, p. -1-13,2015.

HOOKER, L.; SMALL, R.; TAFT, A. Understanding sustained domestic violence identification in maternal and child health nurse care: Process evaluation from a 2-year follow-up of the MOVE trial. **Journal of Advanced Nursing**, EUA, v. 72, n. 3, p. 533-544, 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa 2017: Boa Esperança - MG**. Disponível em: <<http://https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/boa-esperanca>>. Acesso em: 17 Jul 2018.

INÁCIO, A. T. C. Significados atribuídos pelos pais à hospitalização do filho prematuro. **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, v.1,n.4,p.107-115, 2015. Disponível em :<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14032>. Acesso em: 23 Ago 2018.

KINALSKI, D. D. F. *et al.* Focus group on qualitative research: experience report. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70 n. 2 p. 424-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/0034-7167-reben-70-02-0424.pdf>. Acesso em: 23 Jul 2018.

KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900020&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 10 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00096312>.

KRENKEL, S. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-13, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1460](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1460). Acesso em 22 Out. 2019.

LAWRENZ, P. Violence against Women: Notifications of Health Professionals in Rio Grande do Sul. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, e34428, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34428>. Acesso em: 30 Out. 2019.

LEAL, N. F. L. *et al.* Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência, **Enfermagem em Foco**, Bahia, v. 8, n.3, p.70-74, 2017.

LÍRIO, J. G. S. *et al.* Elements which precipitate conjugal violence: the discourse of men in criminal prosecution. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 53, n. 03428, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017036203428>. Acesso em: 29 Out. 2019.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo (SP): Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MEIHY, J. C. S. B. **Augusto e Lea: um caso de (des)amor em tempos modernos**. São Paulo(SP): Contexto, 2006.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História oral**. São Paulo(SP): Loyola, 1996.

MELLO, D F. Primary care for children with type 1 diabetes mellitus: caregiver perspectives. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.30, n. 5, p.451-7, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n5/en_0103-2100-ape-30-05-0451.pdf. Acesso em: 23 Jul. 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2013.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trabalho, Educação e Saúde**; Rio de Janeiro, v. 16 n. 3 p. 1039-1055, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00156>. Acesso em 30 Out. 2019.

NASCIMENTO, E. F. G. A; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 n. 6 p. 1229-38, 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00103613>> Acesso em: 16 Abr. 2019.

NÓBREGA, V. K. M. *et al.* Resignation, violence and filing complaint: social representations of the male aggressor from the perspective of the female victim of aggression. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 7 p. 2659-2666, 2019.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods**. California (USA): Sage Publications, 1990.

PINTO, L. S. S. *et al.* Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1501–1508, 2017.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-21002009000400014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 Maio 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA. **Dados Gerais-2018**. Disponível em: <<http://www.boaesperanca.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/dados-gerais/6486>>. Acesso em: 17 de julho de 2018.

RIBEIRO, P. M. *et al.* Plan de cuidados de enfermagem para uma mãe adolescente. **Evidentia**, Espanha, v.10, n.43, 2013.

RIBEIRO, P. M.; GUALDA, D. M. R. Gestação na adolescência: a construção do processo saúde-resiliência. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 361-371, 2011.

RIBEIRO, P. M.; GUALDA, D. M. R. **Mesmo sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim: do processo saúde- doença à construção do processo saúde resiliência**. 2009.Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP.

ROBIN WHITTEMORE ; KATHLEEN KNAFL. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, USA, v. 52,n .5,p. 546-553, 2005.

ROCHA, G. S. A. *et al.* Nursing care of HIV-positive patients: considerations in the light of phenomenology. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 19 n. 2 p. 258-61, 2015.

SADE, C; BARROS, L M R, MELO, J J M; PASSOS, E. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.10, p. 2813-24, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0034-7167201400030046800004&lng=en. Acesso em: 25 Jul. 2018.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: A visão de Laurence Bardin. **Rev eletrônica Educ**, São Carlos, v. 6. n.1, p. 383- 38, 2012. Disponível em: <[http:// www. reveduc.u fscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156](http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156)>. Acesso em: 30 Nov. 2018.

SANTOS, S. C. *et al.* Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade? **Revista Saúde e Pesquisa**, Paraná, v. 11, n. 2, p. 359-368, 2018.

SANTOS, W. J. *et al.* Violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: representações sociais de profissionais da atenção primária à saúde. **Revista pesquisa e cuidado fundamental**. Rio de Janeiro, (Online); v. 10, n. 3, p. 770-777, 2018.

SIGNORELLI, M.; AUAD, C. D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013.

SILVA, C. D. *et al.* Violence against women: aggressors drug users. **Revista Pesquisa Cuidado Fundamental**. Rio de Janeiro, v. 7 n. 2 p. 2494-2504, 2015. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=26838&indexSearch=ID>. Acesso em: 30 Nov. 2018.

SILVA, C. D. *et al.* Representação social da violência doméstica contra a mulher entre técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 49, n. 1, p. 22-29, 2015.

SILVA, E. B.; MELLO PADOIN, S. M.; CARNEIRO VIANNA, L. A. Violence against women: the limits and potentialities of care practice. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 608-613, 2013.

SILVA, N. N. F. *et al.* Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enfermagem em Foco**, Bahia, v. 8, n. 3, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1290>. Acesso em: 23 Set. 2019.

SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão preto, v. 14,n.4,p.614-9, 2006.

SIMÃO-MIRANDA, T. P. *et al.* A dimensão espiritual no processo de cuidar da pessoa com câncer: uma revisão integrati. **Cultura de los Cuidados**, Espanha, v. 21, n. 47, p. 14–21, 2017.

SUNDBORG, E. M. *et al.* Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. **BMC Nurs**, EUA, v.11, n.1, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-1>. Acesso em: 05 Abr. 2018.

SUNDBORG, E. M. *et al.* To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. **Journal of Clinical Nursing**, Londres, v. 26, n. 15–16, p. 2256–2265, 2017.

TAFT, A. J. *et al.* Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. **BMC public health**, EUA, v. 12, p. 811, 2012.

TARZIA, L. *et al.* I-DECIDE: An Online Intervention Drawing on the Psychosocial Readiness Model for Women Experiencing Domestic Violence. **Women's Health Issues**, Canada, v. 26, n. 2, p. 208–216, 2016.

TRENTIN, D. *et al.* Women care in situations of sexual violence: an integrative literature review. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 4, 2019. Disponível em: [Lhttp://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0324](http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0324). Acesso em: 30 Out. 2019.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45 n. 4, p. 730-737, 2011.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 609-16, 2009.

VISENTIN, F. *et al.* Women's primary care nursing in situations of gender violence. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, Colombia, v. 33, n. 3, p. 556–564, 2015.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2016**. Caderno complementar 1: Homicídios de mulheres no Brasil. São Paulo, 2016. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf. Acesso em: 23 Out. 2019.

ZALESKI, M. *et al.* Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44 n. 1 p. 53-59, 2010.

ZUCHI, C. Z. *et al.* Violence against women: conceptions of family health strategy professionals about listening. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 22, e-1085, 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180015>. Acesso em: 23 Out. 2019.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000

Fone: (35) 3701-9268



APÊNDICE A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS

Boa Esperança, 09 de Julho de 2018.

Exmo. Sr.

Secretário Municipal de Saúde de Boa Esperança

Sr. André Luiz Costa

Solicitamos a autorização para realização junto aos serviços de saúde do Município de Boa Esperança -MG. Esses dados serão utilizados para iniciar a coleta de dados e o desenvolvimento do estudo intitulado "**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**", a ser desenvolvido pela Enf^a Mestranda Viviane Graciele da Silva e Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro.

O estudo será realizado com Enfermeiros que atuam nas Equipes de Saúde da Família do município, com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, com duração prevista de 4 meses, de setembro de 2018 a dezembro de 2018. A coleta de dados será realizada por meio de Oficinas, Observação Participante e Entrevista Semiestruturada. Os Enfermeiros somente irão participar da pesquisa quando concordarem em fazer parte do estudo, após as explicações sobre a origem e objetivo deste e assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os riscos ao participante do estudo são mínimos. Caso seja manifesto qualquer desconforto pela participante, a critério desta, a coleta de dados poderá ser interrompida. A participante estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

Espera-se que esse estudo possa colaborar na implementação de ações de saúde específicas para mulheres vítimas de violência, além de colaborar na assistência dos enfermeiros, de modo a garantir maior qualidade de vida às mulheres nestas situações e prover subsídios para a implantação de intervenções direcionadas às necessidades de prevenção desse grupo populacional

Agradecemos a atenção dispensada a nossa solicitação.



Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro

PhD Escola de Enfermagem

Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG

De acordo.



André Luiz Costa
Secretário Municipal de Saúde
Boa Esperança - MG

Sr. André Luiz Costa

Secretário Municipal de Saúde de Boa Esperança

Data: 10/07/2018.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000

Fone: (35) 3701-9268



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa – **VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**, caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Violência contra a mulher na percepção de enfermeiros da estratégia de Saúde da Família de um município do Sul de Minas Gerais.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Viviane Graciele da Silva

ORIENTADORA: Profa. Dra. Patricia Mônica Ribeiro

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas/MG - UNIFAL – MG;

TELEFONE: (35) 3701-9268;

OBJETIVOS: Compreender como os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde identificam a violência contra a mulher; e; Descrever a assistência de enfermagem prestada pelos enfermeiros da APS por meio de suas falas.

JUSTIFICATIVA: Será possível implementar medidas capazes de colaborar na assistência dos enfermeiros, de modo a garantir maior qualidade de vida às mulheres em situações de violência e prover subsídios para a implantação de intervenções direcionadas às necessidades de prevenção desse grupo populacional. A realização dessa pesquisa contribuirá na ampliação do conhecimento nas áreas de Saúde Pública e Saúde da Mulher.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: O estudo será realizado com os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do Município de Boa Esperança - MG. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG. A coleta de dados será realizada por meio de Entrevista Semiestruturada. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora responsável, em data e local escolhido pelo (a) participante.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos ao participante do estudo são mínimos. Caso seja manifesto qualquer desconforto pelo (a) participante, como desconforto de índole emocional ou moral ou social ou espiritual, a critério deste (a), a coleta de dados poderá ser interrompida, e o (a) participante será encaminhado(a) para atendimento especializado, quando necessário. O (a) participante estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

BENEFÍCIOS: Espera-se que com os resultados desse estudo sejam realizadas reflexões e subsídios que poderão ser utilizados para o planejamento de estratégias eficazes na atenção de mulheres vítimas de violência.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Sua participação não irá gerar nenhum custo. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Em pesquisas onde o sujeito está sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento, apresentar a garantia expressa de liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Enf^a Viviane Graciele da Silva

Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora – Viviane Graciele da Silva– dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-000, Fone: (35) 3701-9268, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: _____.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS.

Pesquisador: Patricia Mônica Ribeiro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 94011518.6.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.963.364

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma proposta apresentada por docente da Unifal-MG, que contará com apoio financeiro institucional da Unifal-MG, na qual não foram identificados conflitos de interesses.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como os enfermeiros identificam a violência contra a mulher na Atenção Primária à Saúde (APS); Descrever a assistência de enfermagem prestada pelos enfermeiros da APS por meio de suas falas.

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis, considerando tempo, recursos e método.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
- c. para cada risco descrito o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.963.364

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Método da pesquisa – está adequado aos objetivos do projeto, é atualizado, é o melhor disponível para o alcance dos objetivos com menos riscos aos sujeitos da pesquisa;
- b. Referencial teórico da pesquisa – está atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – presente e adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado;
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica;
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica;
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica;
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado;
- f. Folha de rosto - presente e adequada;
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado;
- h. Outro (especificar) - não se aplica

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1182609.pdf	26/09/2018 14:48:53		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TP.pdf	26/09/2018 14:48:25	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	26/09/2018 14:47:38	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito
Cronograma	C.doc	26/09/2018 14:46:19	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.963.364

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	26/09/2018 14:44:31	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	F.pdf	19/07/2018 11:34:14	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 16 de Outubro de 2018

Assinado por:
Angel Mauricio Castro Gamero
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br