

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Maione Silva Louzada Paes**

**CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: DEMANDAS E  
EXPECTATIVAS DAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Juiz de Fora  
2015**

**MAIONE SILVA LOUZADA PAES**

**CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: DEMANDAS E  
EXPECTATIVAS DAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, *Stricto sensu*, área de concentração: **Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem** da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Betânia Maria Fernandes

**Juiz de Fora**

**2015**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Paes, Maione Silva Louzada.

CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA : DEMANDAS E EXPECTATIVAS DAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Maione Silva Louzada Paes. -- 2015.

97 f.

Orientadora: Betania Maria Fernandes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Violência contra a mulher. 2. Atenção primária à saúde. 3. Cuidado de enfermagem. I. Fernandes, Betania Maria, orient. II. Título.

**Maione Silva Louzada Paes**

**CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: DEMANDAS E  
EXPECTATIVAS DAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, *Stricto sensu*, área de concentração: **Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem** da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Aprovada em 17 de julho de 2015

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Betânia Maria Fernandes - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kênia Lara Silva  
Universidade Federal de Minas Gerais

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria das Dores de Souza  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kleyde Ventura de Souza  
Universidade Federal de Minas Gerais

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Geovana Brandão Santana Almeida  
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico este trabalho às mulheres que vivenciaram e/ou vivenciam a violência em seu contexto de vida, sobretudo àquelas que tiveram projetos de vida interrompidos, sonhos roubados, planos inacabados, mas que ainda não perderam a esperança, a fé e o amor!*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, autor e consumidor da minha fé que na pessoa do Espírito Santo cuidou e orientou cada passo e desafio desta caminhada pessoal e profissional.

Ao meu amado **esposo** que se dedicou em me acompanhar em inúmeras viagens e entendeu meus momentos de vigor e exaustão durante esta trajetória.

Aos meus **pais** pelo apoio, incentivo e amor incondicional.

Aos meus queridos **tios Louzada e Marlene e aos primos Marcelo, Silvia e Júlia** que me acolheram com tanta hospitalidade e carinho em suas casas.

Às minhas queridas amigas e discípulas **Isabela, Júnnia, Andréa e Beatriz** pela companhia, ajuda, incentivo e orações.

À minha querida orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Betânia Maria Fernandes** pelo empenho e perseverança, conduzindo-me com maestria técnica e científica, sem deixar de lado o cuidado humanizado, expresso em cada contato presencial ou virtual.

Ao **Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFJF** pelo acolhimento, apoio e compromisso com a formação e qualificação na enfermagem.

Ao Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – Unileste, representado na pessoa da prof<sup>a</sup>. **Sandra Maria Coelho Diniz**, coordenadora de curso de graduação em enfermagem, que me incentivou e não mediu esforços em ajudar durante todo o processo de construção profissional.

*Hoje eu não consigo sorrir  
mais, tanto igual eu sorria  
muito sabe, é uma ferida que  
fica marcada pro resto da vida,  
não é uma ferida do corpo,  
mas da alma que fica pro resto  
da vida marcado, cada tapa,  
cada dor você lembra e dói  
porque assim não tem cura,  
não tem remédio que faça  
você esquecer isso (E9)*

## RESUMO

Pesquisa qualitativa, descritiva, cujo objeto de estudo consiste nas demandas e expectativas das mulheres em situação de violência assistidas na Atenção Primária à Saúde. Os objetivos da pesquisa são: analisar as demandas e expectativas da mulher em situação de violência assistida na Atenção Primária a Saúde na perspectiva do cuidado de enfermagem; descrever as situações de violência vivenciadas; caracterizar a repercussão da violência na saúde das mulheres; identificar as demandas da mulher em situação de violência em relação ao atendimento na unidade de APS e descrever as expectativas da mulher em situação de violência em relação à APS e à assistência da enfermeira. O cenário de pesquisa foi uma unidade de saúde de um município da zona da mata mineira que adota a Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial. Participaram da pesquisa 18 usuárias que vivenciaram e/ou vivenciam a violência, na faixa etária de 20 a 59 anos, idade média de 34 anos. A coleta das informações ocorreu por meio de entrevista a partir de um roteiro semiestruturado, sendo gravadas através de mídia digital. Foram atendidas todas as exigências da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A análise de conteúdo temático a partir da perspectiva de gênero evidenciou três categorias: A vivência da violência e o impacto na vida das mulheres; Não reconhecimento da unidade de atenção primária a saúde como um serviço pertencente à rede de atendimento à mulher em situação de violência; Expectativas sobre a atuação da APS e da enfermeira. Os resultados demonstraram situações permeadas de sofrimento causado pela violência física, psicológica e sexual, com predomínio da violência psicológica. As entrevistadas não reconhecem a unidade de saúde como um serviço de atenção nas situações de violência vivenciadas e não fazem associação entre o processo de trabalho da enfermeira e a assistência à mulher em situação de violência. Apresentam expectativas sobre como o serviço e a enfermeira poderiam ajudá-las, sendo mencionado o desejo de serem acolhidas, ouvidas, verbalizar sobre o sofrimento e de receberem apoio psicológico. Destacaram a importância da educação em saúde na unidade abordar a violência e a necessidade de uma orientação técnica e profissional sobre os recursos e serviços existentes aos quais elas poderiam recorrer. O mesmo ocorreu nos anseios em relação ao atendimento da enfermeira, no qual se esperam sensibilidade, cordialidade, humanização e orientação. A pesquisa evidenciou o distanciamento das práticas de saúde do contexto social e modos de viver das mulheres, revelou a necessidade de implantação e funcionamento de uma rede local de atendimento a mulheres em situação de violência e ratificou que sendo o gênero elemento agravante no adoecimento das mulheres, os serviços de APS e as práticas de saúde dos profissionais precisam em caráter emergencial analisar e considerar esta categoria na atenção à saúde da mulher. Além disso, demonstrou a necessidade de resgate das características essenciais do cuidado de enfermagem e da adoção de uma abordagem diferenciada, sensível e de gênero para que o cuidado à saúde da mulher seja integral.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Atenção primária a saúde. Cuidado de enfermagem.



## ABSTRACT

Qualitative and descriptive research in which the object of study consists on the demands and expectations of women in situations of violence assisted in Primary Health Care. The research objectives are: to analyze the demands and expectations of women in situations of violence assisted in Primary Health in nursing care perspective; describe the experienced situations of violence; characterize the impact of violence on women's health; identify the needs of women in situations of violence related to APS unit assistance and describe women's expectations in situations of violence related to APS nurse assistance. The research scenario took place in a health care facility of a small city in Minas Gerais where adopts the Family Health Strategy as a care model. The participants were 18 users who experienced and/or experience violence, aged 20-59 years, age group of 34 years. Data collection by interviews from a semi-structured script and all recorded through digital media. All requirements from the Resolution 466/2012 of the National Health Council were met. The thematic content analysis from a gender perspective showed three categories: The experience of violence and the impact on women's lives; Non-recognition of the primary health unit as a service from the network for women assistance in situations of violence; Expectations about the performance of APS and nurse. The results showed permeated situations of suffering caused by physical, psychological and sexual violence, being predominant the psychological part. The interviewees do not recognize the health facility as a help desk in experienced violent situations and make no association between nursing work process and assistance to women in situations of violence. These people present expectations on how the service and nurse could help them, demonstrating a desire to be accepted, heard and verbalize their suffering as well as how to receive psychological support. They highlighted the importance of health education in the unit addressing violence and the need for technical and vocational guidance on existing resources and services they could turn to. The same occurred on desires regarding nursing care in which they expect sensitivity, warmth, humanization and guidance. The research showed the distance of health practices from the social context view and women ways of living. It also revealed the need for installment and operation of a local women care network in situations of violence, and reiterated that being gender the aggravating element in women's illnesses, the APS services and professional health practices need on an emergency basis analyze and consider this category for women health care. In addition, it demonstrated the need of rescuing the essential characteristics of nursing care and the adoption of a differentiated approach, sensitive and gender so that the women health care is integral.

Keywords: Violence against women. Primary health care. Nursing care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS/SIDA	Síndrome da imunodeficiência humana
APS	Atenção Primária à Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEMDMs	Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Mulher
CNM	Conselho Nacional de Direitos da Mulher
CEDAW	Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
DEAMs	Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
ESF	Estratégia saúde da família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ONG's	Organizações não-governamentais
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas
HPV	Papiloma Vírus Humano
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
PA	Pronto Atendimento
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNEVM	Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
SEV	Secretaria de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
USF	Unidade Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER .....	16
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER ....	19
2.3 REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA .....	26
2.4 PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	28
<b>2.4.1 Práticas da enfermeira à mulher em situação de violência</b> .....	31
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	33
3.1 GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER .....	33
3.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE .....	38
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	43
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	47
5.1 A VIVÊNCIA DA VIOLÊNCIA E O IMPACTO NA VIDA DAS MULHERES.....	48
5.2 NÃO RECONHECIMENTO DA UAPS COMO UM SERVIÇO PERTENCENTE À REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	55
5.3 EXPECTATIVAS SOBRE A APS E A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA .....	59
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	77
<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	88
<b>APÊNDICE B- Roteiro de entrevista</b> .....	90
<b>APÊNDICE C - Carta informativa à instituição</b> .....	92
<b>APÊNDICE D - Autorização para coleta de dados</b> .....	93
<b>APÊNDICE E - Declaração de infraestrutura</b> .....	94
<b>APÊNDICE F - Carta de apresentação</b> .....	95
<b>ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP</b> .....	96

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa abordou a problemática violência contra a mulher, fenômeno que impacta a vida de muitas brasileiras e acarreta danos físicos, mentais e sociais. O interesse pela temática era parte da minha vivência profissional enquanto docente no Centro Universitário do Leste de Minas Gerais-Unileste e coordenadora do núcleo de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem, no qual tive oportunidade de orientar pesquisas e publicá-las sob forma de artigos em periódicos científicos. As leituras e pesquisas trouxeram mais motivação para envolvimento com o tema.

Assim, novas oportunidades de envolvimento surgiram como a participação de uma capacitação sobre violência contra a mulher, realizada pela prefeitura municipal de Coronel Fabriciano-MG, que tinha o objetivo de discutir sobre a estruturação de uma rede de atendimento à mulher em situação de violência no município. Esta capacitação aconteceu em 2010 e envolveu diversos atores sociais representantes da área de segurança, jurídica, social, saúde e educação; nesta oportunidade fui uma das professoras que representou o Centro Universitário do Leste de Minas Gerais –Unileste.

Outra oportunidade de estudar violência contra a mulher surgiu quando participei do Núcleo de Pesquisa sobre Cultura, Cotidiano, Enfermagem e Saúde (NUPCCES), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, nos anos de 2010 a 2012, e pude ser uma das colaboradoras no desenvolvimento de pesquisas sobre a temática.

Cabe mencionar também que realizei um curso de aperfeiçoamento na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2012, denominado “Impactos da violência na saúde”, o qual permitiu maior aprofundamento e reflexões sobre a temática.

Esta trajetória de leituras, releituras, escrita e encontros com a temática impulsionou meu desejo de ingressar no mestrado e desenvolver minha dissertação neste campo fértil e desafiador de investigação, sobretudo visando discutir o cuidado de enfermagem a mulheres em situação de violência.

O cuidado em enfermagem que deve ser imbuído de humanização é descrito por Waldow e Borges (2011) como a expressão, a condição da nossa humanidade, tido como essencial para o desenvolvimento e realização como seres humanos.

Mediante estes pressupostos, penso que a enfermagem, ao colocar em prática este princípio epistemológico da profissão, pode ser um importante agente social na assistência a mulheres em situação de violência, prestando um cuidado centrado na usuária que valorize suas necessidades e sua condição de gênero. Desta forma acredito que o desenvolvimento de pesquisas é uma importante contribuição para aprofundamento e reflexões sobre o tema e impulsionamento de novas políticas públicas.

A violência contra as mulheres no Brasil é um problema de grave incidência. O Mapa da violência contra as mulheres realizado pelo professor Júlio Jacobo em 2012 revelou que nosso país ocupa a sétima posição em homicídios femininos no contexto de 84 países (as primeiras posições são de países como El Salvador, Guatemala, Rússia Colômbia e outros), sendo que 70% dos casos ocorrem dentro do lar, e o agressor é o próprio companheiro. Verificou-se também que a cada quatro minutos uma mulher é agredida em sua própria residência por uma pessoa com quem mantêm relacionamento afetivo (WAISELFISZ, 2012).

A violência contra a mulher é conceituada pela Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006). A agressão é manifestada por atitudes que envolvem coerção, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas, psicológicas e sexuais (BRASIL, 2006, 2009).

Embora este tipo de violência não seja um fato novo na história da humanidade, sendo resultante da desigualdade social entre mulheres e homens na sociedade, apresenta-se hoje como um problema complexo e emergente de saúde pública no Brasil, e que necessita de intervenções devido às repercussões na estrutura familiar, econômica, social e principalmente na saúde da mulher.

As agressões refletem na sua saúde física, sexual, psicológica e social e ocasionam danos a curto, médio e longo prazo. Como consequências mais comuns notam-se as desordens psicológicas, depressão, tentativa de autoextermínio, infecções sexualmente transmissíveis (IST's), distúrbios sexuais, gravidez indesejada, aborto espontâneo, incapacidades e morte (FIOCRUZ, 2009). A violência intensifica a demanda das mulheres pelos serviços de saúde, e a baixa resolutividade da assistência aumenta os custos (CARNASSALE, 2012).

A violência contra a mulher consiste em um campo complexo e demanda atuação intersetorial e multidisciplinar, sendo os serviços e profissionais de saúde considerados imprescindíveis na assistência à mulher em situação de violência.

Importantes avanços na área da saúde foram alcançados no enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil, principalmente acerca da violência sexual, com destaque para a publicação da norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, a qual orienta as práticas dos profissionais de saúde. Ressalta-se a publicação da 3ª versão desta norma, onde foram revisadas as normas gerais de atendimento e apoio psicossocial e atualização de procedimentos profiláticos (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres (PNEVM) assegura a necessidade de estabelecimento de uma rede de atendimento à mulher em situação de violência, e, dentre as áreas envolvidas, citam-se os serviços de saúde, em especial os de Pronto Atendimento (PA), e as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), como porta de entrada (BRASIL, 2011).

Entretanto o atendimento à mulher em situação de violência pelo setor saúde ainda é incipiente, no que tange à amplitude das ações, pois as mesmas estão mais focadas na violência sexual, não abrangendo os demais tipos de violência.

Deste modo, nota-se que os hospitais e os PA, quando estruturados para atendimento às mulheres violentadas, focam quase que prioritariamente nos aspectos de violência sexual, com ações voltadas para a prevenção de IST's, contracepção de emergência e aborto legal (BRASIL, 2012a). As UAPS são consideradas pela PNEVM como importante porta de entrada para a mulher em situação de violência na rede assistencial e possuem grande potencial de identificar situações de violência contra a mulher, dada a cobertura assistencial comumente oferecida através do acompanhamento pré-natal, puerperal, planejamento familiar, detecção precoce do câncer de mama e colo uterino (OLIVEIRA; FONSECA, 2007). Contudo, uma realidade diferente foi encontrada nesse contexto nas pesquisas de Leite (2012); Moreira (2008) e Carnassale (2012).

Os resultados da pesquisa de Leite (2012) confirmam que os profissionais, inclusive as enfermeiras, acreditam que as mulheres vítimas de violência não recorrem às UAPS, pois elas geralmente procuram a urgência e emergência; deste modo, não reconhecem a APS como uma das portas de entrada e afirmam que a

APS não tem condições de assistir esta mulher integralmente, o que evidencia o despreparo dos profissionais de saúde para atender a PNEVM.

O estudo de Moreira et al (2008), realizado com profissionais de UAPS para compreender a percepção dos mesmos sobre violência física, encontrou que os participantes não tiveram preparo na graduação para enfrentar o fenômeno violência e nem tampouco para realizarem uma abordagem dos aspectos éticos-humanísticos que perpassam a prática profissional. Deste modo, os profissionais reconhecem o próprio despreparo e afirmam que gostariam de receber capacitação sobre a temática.

Esta problemática também é discutida por Carnassale (2012) em sua pesquisa realizada com profissionais da Estratégia Saúde da Família e usuários do serviço. A autora procurou analisar a percepção sobre violência de gênero e a compreensão da notificação compulsória da violência contra a mulher. Ela discorre que uma das dificuldades de enfrentamento relaciona-se ao despreparo dos profissionais no reconhecimento e atendimento destas mulheres, o que está associado ao modelo que orienta as práticas profissionais, focado nas queixas e sinais/sintomas físicos.

Assim, para visibilidade deste fenômeno na APS, além de capacitação profissional, é necessário refletir sobre a reorganização dos serviços. As dificuldades dos profissionais em identificar, prestar assistência e orientar mulheres em situação de violência contribuem sobremaneira para a invisibilidade e subnotificação da violência nestes serviços (CARNASSALE, 2012).

Por outro lado, é esperado que os profissionais de saúde fossem ativos na prevenção e assistência à mulher vítima de violência, sendo-lhes atribuídas muitas responsabilidades e exigidas habilidades peculiares como a necessidade de realizar uma escuta ativa, sem estereótipos ou preconceitos, de demonstrar empatia, não infantilizar a vítima, não fazer suposições, promessas ou perguntas desnecessárias, não paternalizar, não alimentar a autocomiseração, não demonstrar medo e fragilidades pessoais e oferecer uma orientação prudente, sendo um facilitador no acesso da mulher aos meios de enfrentamento da violência (BRASIL, 2005; FIOCRUZ, 2009).

Um aspecto que merece questionamentos são as recomendações publicadas em manuais do Ministério da Saúde para a assistência à mulher que sofre violência. Observa-se que o cuidado proposto enfoca principalmente o momento na qual a mulher procura o serviço de saúde para o atendimento após a agressão, sobretudo

após violência sexual. Esta assistência apresenta-se específica para apenas este momento, e nota-se também que as orientações sobre o acompanhamento da mulher que ainda vivencia a situação de violência são concisas, não propicia ao profissional consistência para intervenções a médio e longo prazo.

Mediante a complexidade do tema e as muitas habilidades que a enfermeira precisa ter para assistir mulheres nesta situação, ressalta-se a responsabilidade dos gestores em propiciar capacitação dos profissionais de saúde que contribua para o desenvolvimento deste cuidado integral.

A demanda de mulheres nas unidades de atenção primária, o contínuo cuidado da enfermeira à saúde da mulher em várias fases da vida, a possibilidade de identificação de mulheres que sofreram ou ainda estão em situação de violência, remete-nos a refletir sobre possibilidades de atuação da enfermeira na atenção a esta mulher tanto no seu campo de atuação, quanto em uma proposta interdisciplinar.

Não obstante, devido à magnitude e a repercussão da violência sobre a saúde da mulher, a enfermeira em seu cotidiano de trabalho precisa compreender e refletir sobre este fenômeno social a partir da perspectiva da usuária e desenvolver habilidades e competências para que o cuidado de enfermagem seja instrumentalizado no sentido de atender esta mulher em toda sua dimensão e necessidades.

Os resultados da pesquisa permitirão apreender sobre os aspectos peculiares da mulher em situação de violência, o que poderá contribuir para suprir a emergente necessidade de elucidação sobre a assistência da enfermeira à mulher em situação de violência na APS. Espera-se que esta pesquisa possa sensibilizar as enfermeiras a refletirem sobre o tema e práticas de saúde direcionadas à mulher, e que se transformem em fonte de informação para o conhecimento do cuidado específico de enfermagem às mulheres e de alguma forma subsidiem a assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência que procuram as UAPS.

Mediante isto, questiona-se: O que leva uma mulher em situação de violência a procurar a atenção primária à saúde? Quais manifestações estariam relacionadas com as situações de violência vivenciadas? Quais as expectativas da mulher que se encontra em situação de violência em relação ao atendimento da unidade de saúde na qual ela é usuária para esta situação vivenciada? O que ela espera da enfermeira da APS enquanto cuidado de enfermagem para esta situação? Qual é o suporte que



a mulher recebe da APS para prevenir e romper o ciclo da violência? É possível construir um cuidado de enfermagem que inclua em sua pauta as questões da violência na perspectiva da usuária na APS?

Posto isto, e procurando contribuir para ampliação desta dimensão do cuidado de enfermagem, a pesquisa apresenta o seguinte objeto de estudo: “as demandas e expectativas das mulheres em situação de violência assistidas na APS”.

Deste modo, a pesquisa objetivou principalmente analisar as demandas e expectativas da mulher em situação de violência assistida na APS na perspectiva do cuidado de enfermagem; bem como descrever as situações de violência vivenciadas; caracterizar a repercussão da violência na saúde das mulheres; identificar as demandas da mulher em situação de violência em relação ao atendimento na APS e descrever as expectativas da mulher em situação de violência em relação à APS e à assistência da enfermeira.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Em 1994, o Brasil assinou a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, assumindo o dever de criar uma política de enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres (BARSTED, 2007)

A violência contra a mulher é crime previsto por código penal e ocorre tanto em espaços públicos como em privados. Mas, ao contrário dos homens, mulheres e crianças são as principais vítimas da violência sofrida no espaço doméstico, praticada, sobretudo, por maridos ou companheiros.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) mostraram que a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) no ano de 2009 registrou 401.729 atendimentos, nos quais 52,2% eram concernentes à lesão corporal leve, 22,2% eram ameaças sofridas e 9% eram dano moral e diminuição da autoestima. Dentre esses, 68,7% delas sofreram agressões do cônjuge ou companheiro e 44,1% dependiam financeiramente do agressor.

A violência contra a mulher pode ser caracterizada como: violência de gênero, doméstica, intrafamiliar, física, sexual, psicológica, patrimonial e institucional. Para o apoio às mulheres violentadas, o dia 12 de dezembro se tornou o dia nacional de mobilização dos homens pelo fim da violência contra as mulheres (LARANJEIRA; TEIXEIRA, 2011).

A violência de gênero, que se constitui o enfoque teórico desta investigação diz respeito a papéis sociais impostos a homens e mulheres, que estabelecem relações de violência entre ambos. Neste caso, não são as condições biológicas entre os sexos que determinam a violência contra a mulher e sim os papéis sociais construídos culturalmente ao longo dos anos (EXPÓSITO, 2011).

A violência de gênero consiste em qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher. É uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, em que a subordinação não implica na ausência absoluta de poder (AUDI et al, 2008; BRASIL, 2002).

A violência de gênero envolve diversos fatores: história pessoal, características da personalidade, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, distúrbios mentais, fatores

culturais e sociais, mas estes não podem ser considerados isoladamente como causas da violência (BRASIL, 2013a).

Existem sinais que demonstram a possibilidade de um relacionamento se tornar violento: comportamento controlador, agressão verbal, relacionamento amoroso rápido e intenso, hipersensibilidade, manifestações de crueldade com crianças e animais, desejar fantasias sexuais agressivas (BRASIL, 2005).

A violência doméstica é geralmente cometida por um membro da família que convive com a vítima, podendo acontecer entre homens e mulheres, pais e filhos (as), entre irmãos ou entre pessoas idosas. Distingue-se da violência intrafamiliar por incluir membros sem função parental, que convivam no espaço doméstico, como os empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente e agregados. Acontece dentro de casa e geralmente é praticada por um membro da família que convive com a vítima. As agressões domésticas incluem: abuso físico, sexual e psicológico, negligência e abandono (BRASIL, 2002; VIEIRA et al, 2008).

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Ela é cometida por algum membro da família, incluindo pessoas que assumem função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, por exemplo, padrastos/madrastas, com relação de poder à outra. Esse conceito de violência intrafamiliar também se refere nas relações em que se constrói e efetua, não apenas em relação ao espaço físico, pode também acontecer tanto em espaços públicos como em privados (BRASIL, 2002; RABELLO; CALDAS JUNIOR, 2007).

A violência física é a agressão sobre o corpo da mulher, que pode ser expressa por beliscões, socos, chutes, empurrões, uso de armas brancas e de fogo.

Ocorre quando uma pessoa, que está com poder sobre a outra, tenta causar dano, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar lesões tanto externas, como internas ou ambas. Esse tipo de violência pode se manifestar como: tapas; empurrões; socos; mordidas; chutes; queimaduras; cortes; estrangulamento; lesões por armas ou objetos; obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, inclusive alimentos; tirar de casa à força; amarrar; arrastar; arrancar a roupa; abandonar em lugares desconhecidos; danos à integridade corporal decorrentes de negligência (BRASIL, 2002, p.17).

A violência sexual é a situação em que a vítima se sente obrigada, forçada ou até ameaçada a praticar atos sexuais contra sua vontade. É comum ser perpetrada

pelo próprio marido ou companheiro (BRASIL, 2012a). Os tipos de violência sexual mais comum são: o estupro dentro do casamento ou namoro; estupro cometido por estranhos; estupro coletivo, assédio sexual, inclusive exigência de sexo como pagamento de favores; abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes, negação do direito de usar anticoncepcionais ou de adotar medidas de proteção contra doenças sexualmente transmitidas; aborto forçado; atos violentos contra a integridade sexual das mulheres inclusive mutilação genital feminina e exames obrigatórios de virgindade, prostituição forçada e tráfico com fins de exploração sexual (BRASIL, 2002).

Nos casos de violência psicológica a mulher pode sentir sua autoestima abalada, após sofrer por meio de palavras ofensivas, ameaça, difamação, entre outras.

É toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: insultos constantes; humilhação; desvalorização; chantagem; isolamento de amigos e familiares; ridicularização; rechaço (resistência); manipulação afetiva; exploração; negligência (atos de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros); ameaças; privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, etc.); confinamento doméstico; críticas pelo desempenho sexual; omissão de carinho; negar atenção e supervisão (BRASIL, 2002, p.20).

Violência patrimonial é o ato que dificulta a autonomia feminina, por exemplo, ser representada por meio de retenção ou destruição de bens e valores da vítima (BRASIL, 2006).

A violência institucional é aquela que resulta de ação ou omissão, abusos cometidos em virtude de relações desiguais entre profissionais e usuários de um serviço, peregrinação por diversos serviços até receber atendimento, falta de escuta e tempo para a clientela, rispidez, negligência, maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivado por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas, quando estão grávidas ou desejam engravidar); desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico (BRASIL, 2002).

Independente do tipo, a violência acarreta muitas consequências à saúde da mulher. Quando se leva em consideração a violência como um problema social, ela é lembrada através dos danos, lesões, traumas e até de morte causada por um desfecho fatal da violência cometida contra a mulher (BRASIL, 2005). Causa extrema vergonha e desconforto a essas mulheres e determina consequências devastadoras, e muitas vezes irreparáveis sobre a saúde mental, sexual e reprodutiva. Como consequências mais comuns notam-se as desordens psicológicas, estresse, depressão, insônia, tentativa de autoextermínio, IST's, distúrbios alimentares, distúrbios sexuais, gravidez indesejada, aborto espontâneo, incapacidades e morte (FIOCRUZ, 2009).

As manifestações da violência podem ser agudas ou crônicas. As lesões físicas agudas mais comuns são hematomas, cortes, sinais de estrangulamento, queimaduras, fraturas nos ossos da face, costelas, mãos, braços ou pernas. As manifestações clínicas crônicas decorrem principalmente de agressões sexuais, na qual a mulher contrai IST's, o vírus da imunodeficiência humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), infecção urinária e gravidez indesejada (FERRAZ et al, 2009).

A violência ou mesmo o medo pode aumentar as chances da mulher contrair HIV/AIDS e outras IST's, pois a ameaça de sofrer violência pode, por exemplo, fazer com que a mulher se submeta a relações sexuais sem proteção (JONG; SADALA; TANAKA, 2008).

As IST's/AIDS levam a complicações na mulher como: doença inflamatória pélvica (DIP), o que gera infertilidade; dor crônica; gravidez ectópica, que pode causar câncer de colo do útero e até a mortalidade materna; alguns subtipos do papiloma vírus humano (HPV); e HIV. No recém-nascido pode causar: sífilis congênita, infecção por gonococo, clamídia, HPV, hepatite B e ainda HIV (BRASIL, 2009).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A luta contra a violência ganhou força no Brasil a partir de 1970 quando os movimentos feministas começaram a debater e defender a igualdade social entre homens e mulheres e a lutar pelos direitos das mulheres. A partir daí muitos programas e órgãos foram criados em defesa da mulher, como os Conselhos

Estaduais e Municipais dos Direitos da Mulher (CEMDMs) em 1983; o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNM) e as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs) em 1985; as primeiras casas-abrigo para mulheres em risco de morte e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1982 (SOUTO, 2008).

Em 1994, ocorreu a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher, denominada também como Convenção de Belém do Pará. Ela foi adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) constituindo-se o mais importante acordo internacional sobre a violência contra a mulher (SOUTO, 2008).

Em 1998, o Ministério da Saúde criou a Câmara temática sobre violência doméstica e sexual, vinculada à área técnica de saúde da mulher que objetivava acompanhar o desenvolvimento de políticas específicas sobre o tema. A partir disso, no mesmo ano, foi publicada a primeira Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes que previa a necessidade de capacitação das unidades e serviços de ginecologia e obstetrícia para o atendimento dos casos de violência sexual (FIOCRUZ, 2009). Ressalta-se que esta Norma Técnica encontra-se em sua 3ª edição, publicada em 2012.

Em 1999, o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), entidade vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), estabeleceu o dia 25 de novembro como o Dia Internacional da Erradicação da Violência contra a Mulher. Foi, então, estabelecida a semana de manifestações públicas pelo fim da violência contra a mulher, que data de 25 de novembro a 6 de dezembro (CELEIRO DO NORTE, 2012).

O dia 6 de dezembro foi escolhido em memória das mulheres que morreram no Massacre de Montreal, no Canadá, onde em 1989 um rapaz de 25 anos invadiu uma sala de aula do curso de engenharia, solicitou aos homens que se retirassem e matou 14 mulheres. A motivação do crime se deu pelo fato do jovem não aceitar que mulheres frequentassem o curso de engenharia. Este episódio subsidiou a criação de campanha no Canadá, conhecida como “Campanha do laço branco: homens pelo fim da violência” que está presente em mais de 55 países; e no Brasil ela ocorre oficialmente desde 2001 (CELEIRO DO NORTE, 2012).

Em 2001, através da Portaria MS/GM n. 737, foi regulamentada a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violência. Embora o enfoque não seja somente na violência contra a mulher, ela foi importante para o avanço no tema (BRASIL, 2001a).

Ressalta-se que, entre 1985 até 2002, a criação das DEAMs e casas-abrigo foi o principal eixo da política de combate à violência contra a mulher voltada para a segurança pública e assistência social (BRASIL, 2011a).

Em 2003, um marco importante foi a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) cujo principal objetivo era o de promover igualdade entre homens e mulheres, trabalhando especialmente na valorização da mulher e sua inserção nos diversos âmbitos de desenvolvimento do país. O enfrentamento à violência contra a mulher constitui-se uma de suas principais linhas de ação. Não obstante a partir da SPM foi criada a Secretaria de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (SEV) (BRASIL, 2013a).

Neste mesmo ano ocorreu a elaboração do Programa Nacional de Prevenção, Assistência e Combate à Violência contra a Mulher trazendo o conceito e a necessidade da criação de uma rede assistencial para atuação sobre o fenômeno violência. Além disso, reafirmou-se a sua gravidade como problema de saúde pública (FIOCRUZ, 2009).

Em 2004 surgiu o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) e sua 3ª edição foi publicada em 2013. As três edições foram frutos das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres organizadas pela SPM: a primeira Conferência ocorreu em 2004, a segunda em 2007 e a terceira em 2011 deu origem à versão mais atual do PNPM (BRASIL, 2013a).

O PNPM é um marco importante que tem contribuído para a consolidação da PNEVM, para a implementação do Pacto Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres, contribuiu também para o crescimento da Rede Especializada de Atendimento à Mulher que atualmente totaliza 974 serviços, a saber: DEAMs; Centros especializados das mulheres em situação de violência; Casas-abrigo; Juizados especializados em atendimento à mulher em situação de violência; Promotoria especializada da mulher; Defensoria especializada da mulher e Serviços de saúde voltados para o atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2013a).

Também em 2004 foi instituída a notificação compulsória em caso de violência contra a mulher nos serviços de saúde públicos ou privados, através da Lei 10. 778 de 24 de novembro de 2003, sendo regulamentada pelo Decreto-Lei 5.099 de 03 de junho de 2004 e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde através da Portaria 2.406 de 05 de novembro de 2004. Ressalta-se que em 2011 o Ministério da Saúde, através da Portaria 104 de 25 de janeiro de 2011, ampliou a relação de doenças e agravos de notificação obrigatória, incluindo a violência doméstica, sexual e outras formas de violência na lista (BRASIL, 2003; 2012a; ESTADÃO/SAÚDE, 2011).

Em 2005 foi criada uma central de atendimento à mulher, através do Ligue 180 que objetiva orientar as mulheres em situação de risco e violência sobre seus direitos e sobre os lugares onde buscar ajuda, sendo registradas, de janeiro a outubro de 2011, 530.542 ligações, destas 58.512 com depoimentos de violência. Desde a sua criação, a Central realizou quase 3 milhões de atendimentos e atualmente ampliou suas ações para âmbito internacional para alcançar as brasileiras que vivem no exterior e sofrem violência, inclusive tráfico de pessoas. A expectativa é de que o Ligue 180 se transforme em uma Central de denúncias (BRASIL, 2013a).

Em 2006, foi sancionada a Lei n. 11.340, em 07 de agosto de 2006, conhecida como “Maria da Penha” (BRASIL, 2006a). Ela foi criada em resposta às recomendações do Comitê para eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW/ONU) e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher-Convenção de Belém do Pará (BRASIL, 2011b).

A lei “Maria da Penha” define a política de enfrentamento à violência contra a mulher, na qual é prevista a execução de causas civis ou criminais que caracterizem alguma situação de violência. Esta lei declara que as mulheres têm o direito de segurança dentro de casa e determina que o poder público desenvolva políticas que garantam esse direito (BRASIL, 2006).

Esta legislação representou um avanço na defesa da mulher. A partir dela houve a tipificação da violência contra a mulher como crime, a proibição de aplicação de penas com pagamento de fiança ao agressor, aumento da pena que passou de um a três anos de reclusão, estabelecimento de medidas protetivas e



determinação de encaminhamentos da mulher para proteção social (BRASIL, 2011b).

O nome da Lei é uma homenagem a uma mulher cearense, a farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes, que sobreviveu, paraplégica, a duas tentativas de homicídio praticadas por seu marido que, no entanto, só foi preso 19 anos depois do crime. A Lei “Maria da Penha” entrou em vigor em 2006, mas em 9 de fevereiro de 2012 aconteceram mudanças importantes na Lei, pois antes somente a mulher poderia denunciar o agressor. A partir da atualização desta, qualquer pessoa pode formular a denúncia, ou seja, familiares, vizinhos ou amigos, e o processo contra o agressor não pode mais ser suspenso (BRASIL, 2013a; SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012).

Em 2007 foi criado o Pacto Nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher, sendo parte da agenda social do governo federal. O Pacto teve sua 2ª e mais atual edição publicada em 2011 (BRASIL, 2011b).

O Pacto Nacional se baseia no PNPM e seus principais pilares são: a transversalidade de gênero, a intersetorialidade e a capilaridade. A transversalidade visa garantir que a temática perpassasse as diversas políticas públicas setoriais. A intersetorialidade prevê o envolvimento e estabelecimento de parcerias e articulação entre ministérios, secretarias e serviços nas diversas áreas: segurança pública, saúde, educação, trabalho. E a capilaridade resulta desta articulação e refere-se à possibilidade de levar a níveis locais de governo a aplicação da PNEVM (BRASIL, 2011b).

As ações do Pacto Nacional baseiam-se em cinco eixos: Eixo I: Garantia da aplicabilidade da Lei “Maria da Penha”; Eixo II: Ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; Eixo III: Garantia da segurança cidadã e acesso à justiça; Eixo IV: Garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres e Eixo V: Garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos (BRASIL, 2011b).

Em 2011 foi criada a PNEVM que se estrutura a partir do Iº PNPM, elaborado com base na Iª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, na qual um de seus capítulos voltava-se para o enfrentamento da violência contra a mulher e tinha como objetivo a criação de uma Política Nacional (BRASIL, 2011a).

A PNEVM objetiva esclarecer as bases conceituais e políticas do enfrentamento da violência contra as mulheres que visam à prevenção, ao combate, ao enfrentamento e à assistência às mulheres que vivenciam a violência e proporcionar a implementação de políticas amplas e articuladas que atendam à complexidade do fenômeno violência (BRASIL, 2011a). O foco da PNEVM não se restringe ao combate, mas se amplia à prevenção, assistência e garantia dos direitos das mulheres. Os eixos de atuação da Política podem ser visualizados na figura 1.

**Figura 1: Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**



FONTE: BRASIL, 2011a.

No eixo Prevenção, destacam-se as ações educativas e culturais que promovam reflexões acerca da necessidade da igualdade de gênero; valorização da paz; sensibilização da intolerância na sociedade frente à violência contra a mulher para dar visibilidade a ela como um problema social e não como um problema familiar/privativo (BRASIL, 2011a).

O eixo enfrentamento e combate concentra-se na implementação da Lei “Maria da Penha”; tráfico de mulheres e exploração sexual de mulheres adolescentes/jovens. No acesso e garantia de direitos, o foco deve estar em cumprir as legislações nacionais e internacionais e criação de alternativas que permitam o desenvolvimento social, profissional e cultural que se relaciona ao empoderamento da mulher (BRASIL, 2011a).

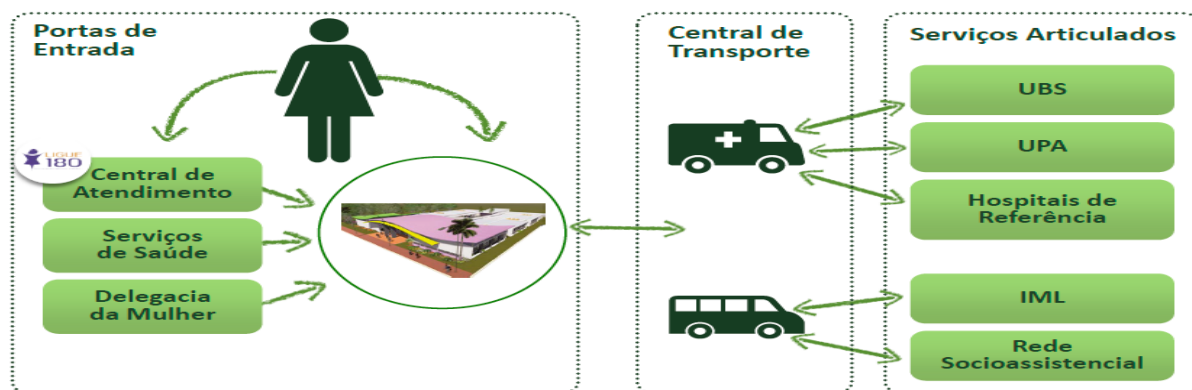
Em relação à assistência às mulheres que vivenciam a violência, prioriza-se a necessidade do atendimento humanizado através da capacitação dos profissionais

atuantes neste cenário; criação de serviços especializados e a formação de uma rede de atendimento articulada nos diversos níveis de governo, serviços e comunidade para proporcionar atendimento integral à mulher (BRASIL, 2011a).

Em 2013, foi lançada a 3ª edição do PNPM com ações previstas para 2013-2015, sendo divididos em 10 capítulos que apresentam objetivo geral, objetivos específicos, metas, linhas de ação e plano de ação. As seguintes temáticas são contempladas: Igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica; Educação para igualdade e cidadania; Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos; Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; Fortalecimento e participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social; Direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta; Cultura, esporte, comunicação e mídia; Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia; Igualdade para mulheres jovens, idosas e com deficiência (BRASIL, 2013a).

Em 2013, a SPM criou o programa “Mulher: viver sem violência”, no qual os serviços de segurança, justiça, saúde, assistência social, abrigo e orientação para trabalho, emprego e renda estarão vinculados e integrados. Entre suas metas de ação, destaca-se a construção da casa da mulher brasileira, espaço físico que terá os serviços: DEAMs, juizados e varas, defensorias e promotorias, equipe psicossocial (psicólogas, assistentes sociais, sociólogas e educadoras) e equipe para orientação ao emprego e renda. O acesso aos serviços de saúde como instituto médico legal, hospitais de referência e UAPS será através de transporte gratuito, bem como o acesso às casas-abrigo. Haverá também na casa alojamento de passagem para as mulheres. Está prevista a estruturação de 27 casas, localizadas nas capitais brasileiras até 2018, sendo estimado atendimento de 200 pessoas por dia (BRASIL, 2014a).

**Figura 2 – Fluxo de atendimento na casa da mulher brasileira**



FONTE: BRASIL, 2014a.

Através do programa, ainda está prevista a ampliação dos serviços da Central de atendimento - Ligue 180, a qual passará a ser um disque-denúncia acionando a polícia, e, nas chamadas em caráter de urgência, o próprio ligue 180 fará encaminhamento direto para o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) pelo 192, ou da polícia militar através do 190. Estão previstas ainda a capacitação de profissionais de saúde para coleta de vestígios de crimes sexuais; implantação de unidades móveis para mulheres do campo e da floresta que vivenciam a violência; ampliação e melhoria dos três centros de atendimento às mulheres nas fronteiras (Fronteira com Paraguai e Argentina, Venezuela e Guiana Francesa) e serão criados mais sete núcleos de atendimento à mulher nas fronteiras do Brasil e realização de cinco campanhas de conscientização em dois anos (BRASIL, 2014a).

Em 09 de março de 2015 foi sancionada a Lei n. 13.104 que altera o código penal brasileiro e tipifica o crime de femicídio, e considera como crime hediondo o assassinato de mulheres vítimas de violência doméstica ou de discriminação de gênero (BRASIL, 2015a).

### 2.3 REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

Para responder à complexidade da violência contra a mulher, é necessária a organização de uma rede que permita atender à mulher em suas necessidades, sendo fundamental o envolvimento e articulação de diversos serviços, órgãos, instituições governamentais e não-governamentais e comunidade. É ainda necessária a atuação das áreas: educação, saúde, segurança pública, assistência social, cultura e jurídica de modo intersetorial (BRASIL, 2011a).

Quando se fala em rede voltada para a mulher que vivencia a violência, é necessário entender que existem duas denominações de rede: rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, que é mais ampla em suas ações, e a rede de atendimento à mulher em situação de violência, que faz parte da rede de enfrentamento (BRASIL, 2011c).

A rede de enfrentamento visa contemplar os quatro eixos da PNEVM: combate, prevenção, assistência e garantia dos direitos da mulher. Para isto ela é composta de agentes e serviços governamentais e não-governamentais como organismos de políticas para as mulheres, organizações não-governamentais (ONG's) feministas, movimento de mulheres, conselhos dos direitos das mulheres e outros conselhos sociais, núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres, serviços voltados para a responsabilização dos agressores, universidades, órgãos nos três níveis de governo que se responsabilizam pela garantia dos direitos (habitação, educação, trabalho, cultura) e serviços especializados e não especializados que fazem parte da rede de atendimento (BRASIL, 2011c).

A rede de atendimento contempla principalmente o eixo assistencial da PNEVM que objetiva identificar, atender e encaminhar adequadamente a mulher em situação de violência aos serviços para integralidade da assistência. Refere-se à articulação entre serviços e setores, sobretudo da assistência social, justiça, segurança pública e saúde (BRASIL, 2011c).

A rede de atendimento é dividida em serviços especializados e não especializados. Os primeiros são os centros de referência de atendimento à mulher, núcleos de atendimento à mulher, centros integrados da mulher, casas-abrigo, casas de abrigo provisório (casas de passagem), DEAMs, núcleos da mulher nas defensorias públicas, promotorias especializadas, juizados especiais de violência doméstica e familiar contra a mulher, ligue 180, ouvidoria da mulher, serviços de saúde voltados para violência sexual e doméstica, posto de atendimento nos aeroportos (combate ao tráfico de pessoas) e núcleo de atendimento à mulher nos serviços de apoio ao imigrante (BRASIL, 2011c). Segundo o PNPM, atualmente existem 974 serviços especializados no país (BRASIL, 2013a).

Os serviços não especializados em geral são aqueles que se constituem porta de entrada da mulher na rede: hospitais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, centros de referência de assistência social (CRAS), centros de referência especializados de

assistência social (CREAS), ministério público e defensorias públicas (BRASIL, 2011c).

O fluxo de atendimento deve ser construído de acordo com a realidade local e com a participação efetiva dos gestores e profissionais dos serviços e programas envolvidos (BRASIL, 2011c).

#### 2.4 PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A violência contra a mulher, devido à sua complexidade, exige dos profissionais de saúde habilidades e competências peculiares para garantir a integralidade da assistência.

Não obstante, estudiosos concordam que a capacitação e apoio aos profissionais de saúde são emergentes para a atuação eficaz deste grupo na rede de atendimento à mulher em situação de violência (CARNASSALE, 2012; LEITE, 2012; MOREIRA et al, 2008; OLIVEIRA; DIAS; BARBOSA, 2012; SANTOS et al, 2014).

Os hospitais e UAPS são considerados serviços não especializados dentro da rede, mas que geralmente se constituem como porta de entrada da mulher no serviço de saúde. A assistência interdisciplinar nestes serviços, por meio de uma equipe é fundamental, e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade de recursos humanos do serviço de saúde. A equipe pode ser composta por médicos, psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, especialistas em traumatologia e infectologia (BRASIL, 2011a).

O atendimento no serviço de saúde é uma oportunidade de identificar e diagnosticar mulheres em situação de violência, e o profissional deve estar atento para esta ocorrência. Diante de suspeitas ou verbalização da violência, a abordagem deve ser ética e humanizada (BRASIL, 2012a).

A escuta ativa é fundamental, portanto faz-se importante um lugar que permita privacidade é importante. O profissional deve demonstrar uma disposição positiva para ouvir a usuária, dar sinais de que está interessado em entendê-la adequadamente. Para isto recomenda-se parafrasear algumas frases, ex.: “Se estou entendendo bem você, você está dizendo que...”; tentar identificar os sentimentos, mas sem excessos, por exemplo: “...parece que você se sente segura quando está

no trabalho”. É natural a mulher perder o fluxo das informações enquanto narra o ocorrido, e nesta hora é necessário ter paciência e ajudá-la na medida do possível a retornar ao sentido da história (BRASIL, 2005).

Reconhecer as expressões não verbais também é importante durante a escuta, bem como fazer perguntas. Porém, não podem ser excessivas e nem inconvenientes, não se deve perguntar “o porquê”, pois não se trata de uma investigação/inquirição, melhor colocar da seguinte forma: “Como é que foi isto para você?”. Devem-se evitar perguntas desnecessárias e preconceituosas, do tipo: “O que você fez para ele reagir assim?”; “Que tipo de roupa você estava vestindo na hora”. Estes tipos de pergunta culpabilizam a mulher pela violência (BRASIL, 2012a; 2005).

Como o atendimento nestes casos é interdisciplinar e intersetorial, a equipe deve estabelecer um fluxograma de atendimento para evitar que a mulher repita a história várias vezes, evitando mais constrangimentos. Portanto, é necessário definir qual profissional será responsável por cada etapa do atendimento: histórico, exame físico, solicitação de exames complementares e acompanhamento psicológico. Todos os membros da equipe devem estar atentos à necessidade de ajudar a mulher a se reestruturar emocionalmente e socialmente. O registro em prontuário deve ser feito e deve-se atentar para o caráter sigiloso do atendimento (BRASIL, 2012a).

No decorrer do atendimento, os profissionais devem evitar algumas atitudes, como: paternalizar a mulher, no sentido de querer tomar as decisões e solucionar os problemas ao invés de ajudá-la a encontrar suas próprias soluções; infantilizar a mulher, ou seja, utilizar diminutivos e repetir explicações/orientações em tom de voz didático; culpabilizar a mulher com perguntas e comentários inconvenientes; generalizar as histórias; reforçar a vitimização através da alimentação da auto-comiseração; envolver-se excessivamente e transmitir fragilidade; emitir duplas mensagens, ou seja, enquanto faz uma orientação, o corpo demonstra outra coisa; evitar a ansiedade diante da situação da mulher, deve ser respeitado o tempo e as decisões da mulher e por último evitar a transmissão de falsas expectativas, no sentido de tentar consolar a vítima com falsas promessas (BRASIL, 2005).

A autonomia e a individualidade da mulher devem ser respeitadas, quando decide não compartilhar a situação com familiares e com outras pessoas. Em caso de violência de gênero, a criação de vínculo com o profissional e serviço é

fundamental para o acompanhamento desta mulher, avaliando-se os riscos, as possibilidades e os fatores dificultadores para o rompimento do ciclo da violência (BRASIL, 2012a).

Todos os profissionais de saúde precisam conhecer o fluxograma de atenção à mulher em situação de violência e os serviços que compõem a rede de atendimento para a realização dos encaminhamentos psicológicos, jurídicos e sociais. Em cada atendimento, o profissional deve informar à mulher das possibilidades de recursos à sua disposição, os riscos e benefícios de cada encaminhamento e sempre respeitar sua vontade (SANTOS et al, 2014).

Pesquisa realizada com profissionais de um serviço referência para IST's, o qual atende mulheres que sofreram violência sexual, demonstrou que os participantes encaminham a mulher principalmente para consulta psiquiátrica, ginecológica e para assistência social, além de orientá-la sobre seus direitos e possibilidades de realizar a denúncia (CORREA; PAES, 2013).

Toda mulher deve ser referenciada para atendimento psicológico individual e assistência social através do CREAS ou CRAS. Caso a mulher desejar realizar a denúncia, deve-se encaminhá-la para uma DEAM, na inexistência desta, encaminhar para a delegacia de polícia da cidade. Se a mulher desejar entrar com processo de divórcio, deve ser encaminhada para a defensoria pública ou fórum. Toda unidade deve ter uma lista com endereços e telefones dos serviços da rede que deve ser de conhecimento de todos os profissionais e que deve ser disponibilizada às mulheres se possível (BRASIL, 2012a).

O desconhecimento da rede de apoio pelos profissionais denota uma fragilidade do serviço e despreparo da equipe para acolher e encaminhar a mulher adequadamente o que favorece a continuidade da mulher no ciclo da violência (MOREIRA et al, 2008).

Todo atendimento deve ser registrado em prontuário, bem como deve ser preenchida a ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outra violência estabelecida pela Lei 10.778 de 2003, regulamentada pelo Decreto 5.099 de 2004 e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde através da Portaria 2.406 de 2004. Esta ficha deve ser preenchida não só em atendimento reconhecido da violência, mas em casos suspeitos também e deve ser encaminhada ao Serviço de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2004a; 2004b; 2012a; CARNASSALE, 2012).



### **2.4.1 Práticas da enfermeira à mulher em situação de violência**

A enfermeira como membro da equipe de saúde deve estar preparada para identificar e cuidar da mulher em situação de violência. O cuidado de enfermagem a esta mulher precisa ser planejado e deve promover segurança, acolhimento, respeito e resposta às suas necessidades. A enfermeira deve observar com atenção a demanda de mulheres no serviço de saúde com manifestações clínicas da violência, sejam agudas ou crônicas, verbalizadas ou veladas, físicas, mentais e/ou sociais (FERRAZ et al, 2009).

A enfermeira é um dos profissionais que mais tem contato com mulheres em situação de violência nos serviços de saúde (BARALDI et al, 2012). Portanto, cabe a ela ter habilidade para perceber a violência e orientar a mulher sobre a rede de apoio local existente e a possibilidade de acolhimento e enfrentamento da violência de gênero pelo serviço de saúde.

Neste sentido, o acolhimento é uma das ações do cuidado de enfermagem que deve ser feito através de uma escuta ativa, sensibilidade e solidariedade caracterizando um acolhimento humanizado. A partir dele, o esforço da enfermeira deve voltar-se para a recuperação da saúde física e mental da mulher, bem como de sua autoestima e qualidade de vida (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

Os autores supracitados ainda afirmam que o cuidado de enfermagem à mulher em situação de violência deve buscar o estabelecimento de vínculo entre o profissional e usuária, sendo necessária a atuação conjunta que envolve saber técnico e humanitário com sensibilidade e valorização da subjetividade.

A enfermeira no cuidado à mulher deve ter condutas que facilitem a revelação da violência com abordagem direta sobre o assunto, perguntando se já sofreu abuso ou agressão do companheiro, se há alguém na casa com problema de alcoolismo e se a pessoa fica violenta quando bebe. Mas antes de perguntar é importante contextualizar, informando que a violência contra a mulher é muito comum na vida das brasileiras e que é comum fazer esta pergunta para todas as mulheres, tendo o cuidado de não ser insistente (BARALDI et al, 2012).

Esperar a mulher revelar espontaneamente sobre a violência é contribuir para a sua perpetuação, em especial a de caráter crônico, corrobora com a ideia equivocada de que a violência doméstica é uma condição de fórum íntimo-familiar e

foge da competência das intervenções em saúde (BRASIL, 2012a; KISS; SCHRAIBER, 2011).

Os resultados da pesquisa de Kiss e Schraiber (2011) apontam que os profissionais de saúde entrevistados, entre eles enfermeiras, entendem a violência como problema social e não alvo de sua atuação, delegando a responsabilidade somente à segurança pública. Os profissionais não reconhecem a violência como objeto de intervenção; quando abordam e orientam mulheres nesta situação, acredita que isto é uma demonstração afetiva e pessoal e não profissional.

As ações educativas individuais ou em grupo e as visitas domiciliares que a enfermeira realiza devem ser vistas como oportunidades de realizar acolhimento, aproximação, escuta e identificar casos de violência (BARALDI et al, 2012).

Quando há indícios de violência cometida por parceiro íntimo a enfermeira pode sugerir que a mulher elabore um plano de segurança para ela e seus filhos, sugerindo, por exemplo, que, em um momento de discussão, ela deverá evitar a cozinha ou banheiro onde o espaço é reduzido, possui objetos perigosos; deverá ensinar as crianças a pedir socorro e se afastarem da casa e guardar consigo os números de telefone de socorro e se tiver telefone móvel sempre mantê-lo acessível e outras sugestões que a mulher pode ter durante e após a agressão (BARALDI et al, 2012; BRASIL, 2005).

Ela deve fornecer nos casos suspeitos a lista de telefones dos serviços de apoio local, como serviço de abrigo e suporte à mulher em situação de violência; orientar a procurar a DEAM e realizar a notificação compulsória (BARALDI et al, 2012).

A enfermeira deve procurar se capacitar sobre o tema, participar de oficinas, grupos de discussão, cursos e até mesmo propor estas metodologias em seu serviço, pois a aproximação com o fenômeno permitirá suporte técnico e humanitário para sua assistência, bem como se preparar emocionalmente (OLIVEIRA; DIAS; BARBOSA, 2012).

Ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e estímulo à qualidade de vida são possíveis de serem realizadas na APS. Este nível de assistência constitui-se espaço privilegiado dado ao seu modelo assistencial que prevê cobertura e criação de vínculo com uma população adstrita.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Para explorar a concepção de gênero e sua interface com a violência, faz-se necessário sua compreensão a partir de uma perspectiva feminista, uma vez que Novellino e Tavares (2013) afirmam que o movimento feminista foi pioneiro na aclamação e discussões no Brasil sobre estes temas.

O movimento feminista no Brasil se iniciou no séc. XIX, a partir de 1910 com a luta pelo direito da mulher ao voto, sendo conquistado em 1932 o direito à mulher brasileira de votar. Este primeiro movimento é conhecido como sufragista, no qual as mulheres lutaram pelos direitos políticos (BORSARI; CASSAB, 2010).

Após o período da ditadura, em que as feministas foram muito reprimidas e perseguidas, o movimento ganhou força nas décadas de 70 e 80, e a luta concentrou-se na liberdade das mulheres em relação à sexualidade, sendo muito discutidas também as relações desiguais de poder entre homens e mulheres e temas como virgindade, casamento e divórcio (BORSARI; CASSAB, 2010).

Ainda na década de 80, as feministas começaram a discutir os temas saúde e violência contra a mulher, sendo as principais áreas temáticas dos estudos feministas no Brasil o que contribuiu para dar visibilidade à violência contra as mulheres, resultando em grandes conquistas como as delegacias da mulher (SANTOS; IZUMINO, 2005).

No final dos anos 80 e início da década de 90, as feministas pós-modernas começaram a discutir o termo gênero. Organizações não governamentais feministas foram criadas neste período e contribuíram muito para as discussões acerca da questão de gênero. Estas organizações objetivavam principalmente discutir as desigualdades de gênero, sobretudo a inserção, participação e relações da mulher na família, no trabalho, na sociedade e no Estado (ARENDR, 2007; BORSARI; CASSAB, 2010).

O termo gênero se refere à construção social, política e cultural que determinaram as características de masculinidade e da feminilidade presentes nas relações sociais entre homens e mulheres na sociedade (BRASIL, 2011a).

Gênero se refere aos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres construídos socialmente, influenciados sobremaneira por fatores históricos e

culturais que de alguma forma contribuíram para a naturalização do poder do homem sobre a mulher (ARENDR, 2007; FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011).

A construção social do gênero é muito explícita na sociedade quando se observa a divisão sexual do trabalho na esfera pública e privada. Aos homens é atribuído o domínio na esfera pública, da produção, dos direitos, das disputas, e à mulher a esfera privada, doméstica, afeto, cuidado. Como exemplo, é notório em contexto de família o quanto é natural às mulheres deixarem o trabalho para cuidar dos filhos, quando não é possível conciliar ambos; outro exemplo é quando uma mulher ocupa lugar na esfera pública e se destaca, sendo rotulada como aquela que tem personalidade de homem (SOF- SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA, 2005).

De acordo com o Guia de Direitos Humanos, as mulheres ganham menos, estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência. Outros aspectos agravam a situação de desigualdade das mulheres na sociedade: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual (BRASIL, 2009).

Estas desigualdades sociais embasadas no gênero culminaram na classificação de um tipo de violência, considerada como violência de gênero, sendo mais comum a violência do homem para com a mulher. Tal fato se explica pela hegemonia do poder masculino e a posição social inferiorizada imposta à mulher ao longo da história (FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009).

A dominação masculina foi descrita nos estudos de Marilena Chauí que afirmava que a violência sofrida pelas mulheres era fruto das desigualdades sociais, no qual as diferenças se transformavam em desigualdades hierárquicas que resultavam em dominação, exploração e opressão do homem sobre a mulher. Esta dominação se apresenta com tanta perversidade que muitas vezes a mulher tem sua autonomia anulada e em alguns momentos parece consentir a violência (SANTOS; IZUMINO, 2005).

A socióloga Saffioti, adotou a perspectiva feminista e marxista para explicar a violência na qual a dominação masculina ocorre ligada ao sistema capitalista, representada pelo controle social masculino que se dá principalmente na área econômica, sendo reservado ao homem posição social de poder e liderança (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Uma linha teórica denominada relacional procura relativizar os aspectos de dominação do homem e a vitimização da mulher. Destacaram-se nesta linha conceitual os estudos da autora Maria Filomena Gregori que verificou contradição entre o discurso das feministas e das mulheres. Enquanto as feministas eram categóricas em afirmar a dominação sobre a mulher, muitas mulheres não desejavam a separação de seus companheiros, o que fez Gregori conceber que a violência em algumas relações seria uma forma de comunicação, e a mulher saía do papel de vítima para o papel de cúmplice (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Características destas três correntes teóricas aparecem em uma pesquisa sobre violência doméstica realizada no Brasil em 2013 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), na qual participaram 3.810 brasileiros. Os resultados revelaram que, ainda hoje no Brasil, a organização da sociedade se baseia no poder masculino, a visão patriarcal predomina, sendo o papel de provedor e líder do lar concedido ao homem. Outros achados demonstraram que 79% dos participantes possui percepção estereotipada sobre os ideais de vida das mulheres ao considerarem que toda mulher sonha em se casar, e 69% consideram que a realização da mulher está baseada na experiência da maternidade. Tais concepções reforçam as atribuições sociais da mulher como esposa e mãe (BRASIL, 2014b).

A pesquisa divulgada pela mídia em março de 2014 teve grande repercussão nacional, principalmente pelo fato de 66,5% da amostra ser de mulheres, desencadeando campanhas populacionais nas redes sociais contra o abuso sexual de mulheres.

A tolerância social da violência praticada por homens contra a mulher também apareceu nos resultados:

63% concordaram, total ou parcialmente, que “casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família”. Também, 89% dos entrevistados tenderam a concordar que “a roupa suja deve ser lavada em casa”; e 82% que “em briga de marido e mulher não se mete a colher” (BRASIL, 2014b).

Os resultados demonstraram também que a população atribui ao homem a responsabilidade de tratar bem a sua esposa, sendo as situações conflitantes resolvidas entre o casal, de modo privativo; somente em casos extremos de violência o Estado deve intervir; mas a esposa deve ter um comportamento respeitável, segundo o modelo social do papel da mulher (BRASIL, 2014b).

O termo violência de gênero sob a perspectiva feminista enfoca a violência contra a mulher perpetrada pela pessoa com quem a mulher mantém ou manteve relação íntima afetiva, geralmente marido, companheiro ou (ex) companheiro (NOVELLINO; TAVARES, 2013).

Esta realidade é fruto de uma construção social, na qual o homem é ensinado desde a infância que ele é quem tem a autonomia para exercer o poder e, se necessário, pode aplicar violência para demonstrar sua autoridade em distintas situações. Isso ocasiona no homem sentimentos de poder e dominação sobre a mulher com quem mantém ou já manteve relacionamento afetivo-amoroso (BRASIL, 2013a).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher-Convenção de Belém do Pará, promulgada no Brasil pelo Decreto n. 1.973 de 1 de agosto de 1996, conceitua violência de gênero como “qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos da mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção e privação da liberdade na vida pública ou privada” (BRASIL, 1996).

A violência de gênero parte de um ciclo geralmente vicioso. A primeira fase tem duração indeterminada e começa com conflitos que envolvem ciúme, agressões verbais, destruição de objetos, o fato de a mulher geralmente se sentir culpada de alguma forma pelas reações do marido e procurar evitar situações que o deixam irritado. Na segunda fase, os conflitos se potencializam, a situação se torna incontrolável e a agressão se torna mais clara, com a prática da violência física. Trata-se da fase mais breve, muitas vezes a mulher contribui para o pico da violência para antecipar a fase seguinte, considerada a terceira fase, onde o agressor demonstra arrependimento e implora perdão, comprometendo-se a não agredi-la novamente, e neste momento, a mulher cria expectativas para um recomeço no relacionamento (BRASIL, 2005).

A violência de gênero é uma violação dos direitos humanos da mulher. De acordo com a Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW), aprovada pela ONU em 1979, considerada um marco internacional de proteção dos direitos da mulher, ratificada no Brasil em 1984, define a violência de gênero como uma forma grave de discriminação contra a mulher que dificulta a capacidade da mulher usufruir dos seus direitos e liberdade em patamar de igualdade com os homens (ONU-MULHERES, 2014).

A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, revelou que a quantidade de mulheres no Brasil que já sofreram alguma violência decresceu de 2001 para 2010 (43% para 34%), o número de espancamentos também decresceu de 8 mulheres espancadas a cada 2 minutos para 5 mulheres a cada 2 minutos. Embora tenha havido estes decréscimos, os números continuam altíssimos. Dentro desta estatística, a violência de gênero, exceto a violência sexual e assédio alcança, mais de 80% dos casos pesquisados, sendo o agressor o marido ou namorado (BRASIL, 2013b).

A violência de gênero se manifesta na forma de viver, adoecer e morrer das mulheres com potencial destrutivo do seu processo saúde e doença. As mulheres que sofrem violência apresentam mais problemas de saúde do que aquelas que não sofrem maus-tratos. A vulnerabilidade emocional se manifesta na saúde mental com distúrbios de ansiedade e depressão, mas também causa danos de ordem física frutos de ansiedade e estresse como a hipertensão arterial e acidente vascular cerebral (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Ressalta-se que importantes iniciativas têm sido criadas no Brasil para combater a desigualdade de gênero. Entre elas, destaca-se o Observatório Brasil da igualdade de gênero e o Programa pró-equidade de gênero e raça.

O observatório Brasil da igualdade de gênero foi criado em 2009 pela SPM em parceria com instituições públicas, organizações da sociedade civil e organismos internacionais. É uma estratégia de disseminação de informações acerca das desigualdades de gênero e dos direitos das mulheres que visa subsidiar a formulação e implementação de políticas de gênero e contribuir para a promoção da igualdade de gênero (BRASIL, 2015b). O observatório Brasil igualdade de gênero ainda objetiva:

monitorar indicadores de gênero e de promoção e garantia de direitos das mulheres; promover o acesso à informação e produzir conteúdos sobre igualdade de gênero e políticas para as mulheres para o fortalecimento da participação social; monitorar a mídia brasileira sobre os temas mulheres e gênero e garantir o diálogo nacional e internacional para o intercâmbio e disseminação de informações, dados e estatísticas (BRASIL, 2015b, p.1).

O Programa pró-equidade de gênero é voltado para reforçar a igualdade entre homens e mulheres no mundo do trabalho, sendo dirigido aos empresários com intuito de incentivar as empresas a adotar práticas de igualdade entre homens e

mulheres fazendo disso um instrumento de gestão de pessoas, de modo que haja a superação da desigualdade de remuneração e de ocupação dos cargos gerenciais, onde se percebe desigualdade de acesso entre mulheres e homens, brancas e brancos e negras e negros. Assim, para a conquista da igualdade dentro da empresa, é necessário que as ações deem visibilidade e valorizem o trabalho desenvolvido por mulheres (BRASIL, 2013c).

O programa é dirigido a empresas públicas e privadas, sendo a adesão voluntária, e a empresa recebe o selo Pró-equidade de gênero e raça que simboliza a marca de uma gestão eficiente e possibilitando à empresa reconhecimento público como organização comprometida com a justiça social (BRASIL, 2013c).

Outra ação da SPM que milita a favor da superação da desigualdade de gênero é o concurso anual de redações, artigos científicos e projetos pedagógicos denominado Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero instituído desde 2005. Seu objetivo é estimular e fortalecer reflexões e pesquisas sobre o tema e sensibilizar a sociedade (BRASIL, 2014c).

Entendemos que a superação da desigualdade social entre homens e mulheres está em processo de construção no Brasil, através de ações políticas, governamentais e populacionais, sendo um processo complexo, pois envolve mudanças culturais e sociais nos diversos segmentos da sociedade. E vislumbramos que a superação desta desigualdade contribuirá sobremaneira para a qualidade de vida da mulher brasileira.

### 3.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é considerada como a porta de entrada do indivíduo, da família e da comunidade na rede pública de atenção a saúde no Brasil. A localização das unidades de saúde nas proximidades de onde as pessoas residem, trabalham e estudam contribuem para o acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 2012c).

A APS é uma estratégia de organização de atenção a saúde desenvolvido a partir do que foi estabelecido na 1ª Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde realizada em Alma-Ata em 1978, sendo preconizado que a saúde do ser humano é influenciada por determinantes sociais e econômicos, portanto os cuidados primários devem considerá-los; a promoção e proteção da saúde contribuem para a qualidade de vida e para a paz mundial; é direito do



individuo participar do planejamento e execução de cuidados a sua saúde e estes devem ter fundamentação científica, aceitação social e alcance universal (OMS, 1979).

A organização da APS se fundamenta nos princípios do Sistema único de saúde (SUS), explicitados na Lei 8080/1990: saúde como direito fundamental; integralidade da assistência; universalidade de acesso; igualdade na assistência; resolutividade; atenção intersetorial; humanização com estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário e participação social (BRASIL, 1990, 1999).

A organização dos serviços se dava a partir das unidades básicas de saúde, mas a partir de 1991 novas estratégias foram criadas para ampliar as possibilidades de atuação da APS, como a inserção do Programa de agentes comunitários de saúde (PACS), e, em 1994, surge o Programa saúde da família (PSF) que, a partir de 1997, passou a ser denominado como Estratégia saúde da família (ESF), reconhecida como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção básica (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

A ESF é operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde que passam então a serem denominadas Unidades de saúde da família (USF) (BRASIL, 2015c; SISSON et al, 2011). Ela se baseia nos princípios do SUS, fundamentando suas ações em pilares como a integralidade e hierarquização; territorialização e adscrição da clientela; caráter substitutivo e equipe multiprofissional (BRASIL, 2015c).

A integralidade e hierarquização preveem a realização do diagnóstico de saúde da população pela equipe de saúde identificando o perfil epidemiológico e social das famílias. A partir daí dá-se a elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas prevalentes na comunidade e a organização e comunicação do serviço com os demais níveis de complexidade de atenção à saúde através do sistema de referência e contra referência (BRASIL, 2015c).

O princípio da territorialização e adscrição da clientela funciona mediante delimitação da área geográfica de atuação da USF que deve se responsabilizar pelo cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares e acompanhamento da clientela adscrita, com cobertura de no máximo 4.000 pessoas por equipe. Já o caráter substitutivo é o princípio que prevê a substituição das práticas centradas na doença para um processo de trabalho focado na vigilância em saúde (BRASIL, 2015c).

A equipe multiprofissional é formada por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Em 2001 foi integrada ao serviço a equipe de saúde bucal composta por odontólogo, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico de higiene dental (BRASIL, 2015c). O trabalho da equipe deve ser executado nos princípios de vigilância em saúde com ruptura da dinâmica intervencionista e curativista (SISSON et al, 2011).

Neste contexto de mudança do modelo de cuidados primários à saúde da população brasileira através da ESF, o trabalho da enfermeira na equipe multidisciplinar proposta pelo Ministério da Saúde ganha espaço, identidade e autonomia uma vez que seu processo de trabalho deve comprometer-se com os princípios do SUS e da reforma sanitária (FREITAS; SANTOS, 2014; SISSON et al, 2011).

A enfermeira em sua prática de trabalho ligada diretamente à APS atua na promoção da saúde e abordagem familiar. Seu engajamento pode ser visto desde a criação do PACS, no qual teve importante atuação na condução do processo de trabalho dos ACS, sendo até hoje o profissional responsável pela organização, capacitação, acompanhamento e supervisão do trabalho dos ACS junto à comunidade; bem como todo o trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem (COSTA; MIRANDA, 2008).

Suas atribuições envolvem atividades como gerenciar e supervisionar, planejar, organizar, educar e as atividades assistenciais que são fundamentais para consolidação e fortalecimento da ESF na lógica do SUS (FREITAS; SANTOS, 2014). Competências essenciais para a prática das principais ações a serem desenvolvidas na ESF, de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de agravos (FREITAS; SANTOS, 2014; SISSON et al, 2011).

A atuação da enfermeira na ESF é estabelecida em todos os programas propostos, como no controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus; controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; atenção à saúde da criança e do adolescente; atenção à saúde do idoso; atenção à saúde do homem e atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2015c).

A participação da enfermeira em todos os processos de trabalho da ESF reafirma a sua importância neste serviço, no qual passou a ser um profissional de referência para os usuários. Destaca-se também sua potencial contribuição com o

trabalho coletivo de identificação e intervenção nas necessidades sociais e de saúde da população (COSTA; MIRANDA, 2008).

A assistência de enfermagem tem condições de favorecer a integralidade do cuidado, criação de vínculo com o paciente, família e comunidade através do olhar ampliado das condições de saúde, reconhecendo que a saúde é influenciada pelos modos de viver (FREITAS; SANTOS, 2014).

O cuidado tem sentido relacional à medida que os interesses individuais se deslocam do campo pessoal e egocêntrico e conseguem visualizar e atender os interesses do outro, do próximo. A capacidade de cuidar é essencial para o desenvolvimento e sobrevivência do ser humano, o cuidar seria um caminho para o resgate da nossa humanidade (BOFF, 2004).

O cuidado relacional engloba atos, comportamentos e atitudes que se apresentam de diferentes maneiras e intensidades de acordo com cada situação e o tipo de relacionamento estabelecido com o outro, sujeito do cuidado (WALDOW, 2006).

Este cuidar relacional é valorizado e adotado pela enfermagem como a essência do exercício profissional. Seu reconhecimento como base epistemológica da enfermagem perpassa os princípios de visão holística do ser humano, com valorização dos aspectos individuais, coletivos e subjetivos que estão interligados com as necessidades de saúde da pessoa (WALDOW, 2008).

Jean Watson, através da Teoria do cuidado transpessoal descreve que a essência da enfermagem se constrói na relação com o outro, através de aberturas para dimensões existenciais da vida e da morte, destacando-se como ponto máximo de sua teoria a relação interpessoal entre a enfermeira e cliente que se transforma em cuidado terapêutico, no qual sobressai a comunicação e o contato permeado de subjetividade (FAVERO et al, 2009).

O cuidado de enfermagem integra a proposta de humanização expressa em sensibilidade, intuição, responsabilidade e compromisso moral ao cuidar do outro. O cuidado está interligado com a humanização de forma tão intensa que muitos autores adotam o termo cuidado humanizado (WALDOW; BORGES, 2011).

O cuidado humanizado é interpretado como a possibilidade do cuidador compreender o significado da vida, a si mesmo e ao outro como pessoa situada no mundo que carrega e dirige sua própria história (WALDOW; BORGES, 2011).

Deste modo, entendemos que a expressão deste cuidado nas práticas da enfermeira nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher usuária da APS constitui elemento fundamental e potencial para alcance dos princípios norteadores deste modelo assistencial.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

A saúde coletiva e sua interface com as ciências sociais é o campo de interesse da presente pesquisa, e neste sentido adotou-se uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se aplica aos estudos das representações, percepções, opiniões e interpretações que os seres humanos fazem sobre suas experiências na vida (MINAYO, 2012). Busca o significado dos fenômenos, vivências e sentimentos, representando e dando características à vida das pessoas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

O cenário do estudo foi uma UAPS que adota a ESF como modelo assistencial. A unidade localiza-se em um município da zona da mata mineira, proporciona cobertura a quatro bairros que se localizam em região montanhosa e possuem características de baixo poder aquisitivo. A população adscrita corresponde a um total de 2.140 famílias que representa 6.776 pessoas (BRASIL, 2013d). A unidade possui duas equipes de saúde da família (duas médicas, duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem e 12 ACS), uma assistente social, dois dentistas, além de funcionários administrativos.

Esta unidade foi selecionada devido à informação de que a assistente social do serviço possuía um cadastro de mulheres em situação de violência. Ao contatar a assistente social, ela nos relatou que em 2013 a UAPS desenvolveu na comunidade um projeto organizado em ação conjunta com alguns serviços/instituições: Associação dos Amigos; CRAS; CREAS e a Instituição de longa permanência localizada na comunidade. O foco do projeto era ofertar o curso de cuidador de idosos a estas mulheres, visando capacitá-las e ser uma oportunidade de empoderamento.

Os profissionais da UAPS que ministraram o curso foram assistente social, psicóloga, médica, enfermeira, dentista e farmacêutica, obtendo a participação de 10 mulheres. O tema violência era trabalhado ao final do conteúdo do dia através de dinâmicas realizadas pela psicóloga. A violência foi discutida em todas as suas dimensões: social, contra a mulher, contra o idoso e no âmbito familiar. O objetivo era que refletissem sobre a violência fazendo com que as mesmas relacionassem o tema com sua vivência de violência doméstica.

As participantes da pesquisa foram as usuárias desta unidade de saúde que vivenciaram e/ou vivenciam a violência. O número de participantes foi definido pelo

princípio de saturação dos dados. O cadastro da assistente social continha um total de 32 mulheres. Aplicando-se o método de saturação teórica, obteve-se a participação de 18 mulheres.

O princípio de saturação teórica é definido como a interrupção da coleta de informações quando, através de análise minuciosa das entrevistas, percebe-se que é desnecessária a inclusão de novos participantes, ocorrendo a redundância. Normalmente é possível chegar à saturação com um número relativamente pequeno de casos, se a informação de cada um tiver profundidade suficiente. Para isto sugere-se a técnica de entrevista, de preferência com registro dos relatos (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; POLIT; BECK, 2011).

O processo de saturação ocorreu da seguinte forma: com seis entrevistas iniciou-se a leitura minuciosa de cada uma, procurando identificar semelhanças e contradições. Para cada informação inédita, era criada um tema, e à medida que mais entrevistas eram realizadas, fazia-se a análise identificando informações congruentes aos temas identificados, e novos temas iam surgindo. Na décima segunda entrevista surgiram sinais de saturação das categorias, mas procedeu-se à realização de mais duas entrevistas para atender o rigor metodológico, culminando na descoberta de um novo tema, e assim foi dada continuidade à coleta de informações até a décima sexta entrevista, a qual não trouxe ineditismo. Mais duas entrevistas foram realizadas para confirmação, o que foi concluído na décima oitava entrevista.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos: mulheres acima de 18 anos; usuárias da UAPS pesquisada; com histórico de violência e que concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado (APÊNDICE A). Como critérios de exclusão: adolescentes e mulheres que não fossem localizadas através do cadastro da unidade.

Ressalta-se que oito mulheres não aceitaram participar da pesquisa por medo de retaliações do agressor, constrangimento e falta de tempo, e três foram excluídas: uma por ser adolescente, uma por negar a violência e uma por interromper a entrevista sugerindo sua continuidade na unidade em outra oportunidade, mas não compareceu na data agendada.

Para coleta das informações adotou-se como instrumento um Roteiro de entrevista (APÊNDICE B). Previamente à sua aplicação foi realizado um pré- teste com cinco mulheres que já vivenciaram ou ainda vivenciam a violência. O pré-teste

ocorreu no mês de setembro de 2014 em duas etapas: primeiramente foi aplicado com três mulheres da própria comunidade/cenário da pesquisa, sendo identificada a necessidade de acrescentar duas perguntas relacionadas ao histórico de saúde-doença das mulheres e se as mesmas associavam este histórico à violência.

Com o instrumento reformulado a entrevista foi realizada com duas usuárias de UAPS e novamente notou-se a necessidade de reformular o instrumento: modificou-se o formato das perguntas supracitadas; questionou-se há quanto tempo eram usuárias da UAPS e por quais profissionais haviam sido atendidas.

Além disso, para introduzir a temática violência, foram utilizadas perguntas do guia de saúde sexual e reprodutiva do Centro latino-americano de perinatologia/saúde da mulher e reprodutiva (CLAP/SMR) que orienta como identificar a violência. O guia sugere a utilização destas perguntas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde devido à dificuldade destes em identificar a violência seja por fatores ligados à ignorância ou preconceitos e também pelas dificuldades da mulher em falar sobre o assunto, por se sentir estigmatizada ou com medo. Esta mesma lógica foi utilizada para estimular as mulheres a verbalizarem sobre a violência (FESCINA et al, 2010).

Para cada entrevista foi dispensado um tempo médio de 20 minutos. O recrutamento das mulheres ocorreu através da assistente social da unidade que fez o primeiro contato com as usuárias averiguando o interesse em participar da pesquisa. As mulheres foram abordadas pessoalmente pela pesquisadora, sendo explicados todos os procedimentos da pesquisa; aquelas que concordaram assinaram o TCLE.

A coleta de informações ocorreu nos meses de setembro a dezembro de 2014 e foi realizada através de uma entrevista semiestruturada individual, sendo os relatos gravados através de aparelho celular iphone 5 que possui dispositivo para gravação de voz. Além disso, um diário de campo foi utilizado para registro de informações adicionais ao longo do processo da entrevista. Seis entrevistas foram realizadas na UAPS em um salão de reuniões, e 12 foram realizadas nas residências das usuárias através de visita acompanhada pelas ACS.

Para tratamento das informações utilizou-se a análise de conteúdo temático, que, de acordo com Minayo (2012) divide-se em 5 fases:

Fase I: transcrição literal dos relatos dos participantes;

Fase II: leitura exaustiva dos relatos, procurando organizá-los em um sentido;

Fase III: identificação das “Unidades de significados” oriundas dos depoimentos dos participantes;

Fase IV: transformação das “Unidades de significado” em temas para discussão;

Fase V: interpretação dos temas à luz da literatura científica que aborda a temática.

Neste processo emergiram três categorias de análise: A vivência da violência e o impacto na vida das mulheres; Não reconhecimento da UAPS como um serviço pertencente à rede de atendimento à mulher em situação de violência; Expectativas sobre a atuação da APS e da enfermeira. As participantes foram identificadas simbolicamente pela letra E de entrevistada e seu número correspondente, sendo E1, E2, E3, etc.

A pesquisa apresentou risco mínimo, pois foi utilizada como procedimento uma entrevista, sendo garantidos o total anonimato da participante e a utilização das informações somente para fins científicos. Procurou-se atender todos os preceitos éticos previstos na Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b), a saber: obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade pesquisada (APÊNDICE C, D, E, F); submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovado através do parecer n. 714.480 (ANEXO A), sendo a coleta de informações realizada somente após aprovação do CEP; todas as participantes assinaram o TCLE em duas vias de igual teor, sendo assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes tinham idade média de 34 anos, variando de 20 a 59 anos, com predomínio de mulheres em idade fértil. Em relação à cor/raça, oito autodeclararam ser de cor parda, seis preta, três branca e uma amarela. Sobre o estado civil, seis participantes eram solteiras, três eram casadas, três divorciadas e seis mulheres possuíam algum vínculo de convivência afetivo-amoroso, popularmente denominado pelos termos amasiado e união estável.

Todas as participantes eram mães e possuíam de um a sete filhos com média de três filhos. Quanto à escolaridade, uma tinha analfabetismo funcional, oito possuíam 4 a 7 anos de estudo (ensino fundamental incompleto), sete tinham 8 a 10 anos de estudo (ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto) e duas possuíam 11 a 14 anos de estudo (ensino médio completo) o que caracterizou um perfil de baixa escolaridade.

Em relação à profissão/ocupação, nove mulheres declararam-se “do lar”, entre as profissões/ocupações que as demais exerciam destacou-se a de diarista; oito mulheres declararam-se as principais provedoras financeiras do núcleo familiar, e dez contribuem de alguma forma com a renda.

Para Fonseca (2007), o adoecimento das mulheres é influenciado pelas questões de gênero. Portanto para um cuidado integral, a perspectiva de gênero deve nortear as práticas de saúde.

Além do gênero, deve-se considerar as demais categorias sociais que quando conjugadas ao gênero potencializam a vulnerabilidade da mulher ao processo de adoecer. Entre estas, destacam-se a classe social, a etnia, no qual mulheres de cor preta sofrem mais violência na vida adulta, e idade/geração, no qual mulheres com 60 anos ou mais tem mais chance de sofrer violência sexual (FONSECA, 2007).

Ao questionarmos sobre há quanto tempo eram usuárias da APS, viu-se que havia uma predominância de mulheres que utilizam os serviços desde a infância no total de nove participantes; seguido de quatro que são usuárias há aproximadamente três anos. Entre os profissionais mencionados na assistência recebida, foi relatado em unanimidade o profissional médico (a) e a assistente social, seguido da enfermeira, esta mencionada por 15 entrevistadas.

A relação ou parentesco das participantes com o agressor demonstrou que a violência era perpetrada principalmente por homens com quem a mulher manteve ou

mantém relação íntima afetiva (relações que não se caracterizam como estado civil: amasiado e união estável). Deste modo, sete mulheres eram agredidas pelo ex-companheiro, e quatro mulheres pelo companheiro, na sequência temos três mulheres que foram agredidas pelo ex-cônjuge, duas pelo cônjuge, uma pelo ex-namorado e uma participante foi agredida pelo irmão. Ressalta-se que sete participantes também foram agredidas por outras pessoas, como pelos filhos, pai, avô e filho da patroa.

A violência vivenciada na vida adulta, dentro das relações afetivas, conjugais na maioria das vezes é acompanhada por uma história anterior de violência na infância ou adolescência (OLIVEIRA; FONSECA, 2014). O que foi possível constatar na vida de sete participantes.

As participantes que sofreram agressão de parceiros íntimo-afetivos foram questionadas se conviviam com o agressor, 11 afirmaram não conviver, e sete relataram que conviviam e coabitavam apresentando tempo de convivência com variação de 1 a 20 anos, em média 10 anos. O período de tempo em que vivenciou ou vivencia a violência variou de 1 a 25 anos, obtendo-se uma média de 9 anos. A participante que foi agredida pelo irmão declarou um episódio de agressão que ocorreu há dois anos.

## 5.1 A VIVÊNCIA DA VIOLÊNCIA E O IMPACTO NA VIDA DAS MULHERES

Os relatos das situações da violência vivenciada pelas participantes despontam características da violência psicológica, física e sexual. “A violência de gênero manifesta-se em diferentes graus de severidade, tendo a família como seu *locus* privilegiado, com diversas formas de manifestação, estando, na maioria das vezes, sobrepostas” (OLIVEIRA; FONSECA, 2014, p. 35). Notou-se a violência psicológica como a de maior ocorrência entre as participantes:

*Ai ele pegava e ficava me ameaçando sabe, e ... falava comigo que ia fazer escândalo, que ia aprontar tudo que pudesse fazer comigo. Então assim, são ou bêbado, quando ele tinha que fazer essas coisas ela fazia, entendeu! (E12)*

*[...] uma vez ele falou assim que, eu mandei ele ir embora e ele disse que ia por fogo na casa comigo e com minhas filha lá dentro [...] Muitas vezes já falou comigo, pode chamar a polícia*

*a vontade, que eles vão vir aqui, vão conversar, vão conversar, na hora que eles forem embora eu quebro sua cara de novo, aí a pessoa apanha de novo, fica com medo de chamar a polícia. (E15)*

*Eu não, ficava com medo, eu tinha ele falava que seu eu falasse com alguém ia matar. (E2)*

*Tenho até medo de passar perto dele se eu for num bar e ele tiver eu não posso ficar, eu tenho que chegar, ver ele e sair, se eu conversar com outro homem por exemplo ele fica agressivo. (E4)*

Os depoimentos demonstraram uma atmosfera de medo criada pelo agressor que era ancorada principalmente nas ameaças. O discurso de E4 denuncia claramente marcas da dominação masculina, caracterizadas pelo poder e opressão (SANTOS; IZUMINO, 2005), na qual a mulher é vista como objeto de posse, sendo impedida de qualquer tipo de aproximação ou relacionamento com outro homem.

Uma pesquisa realizada em um município de médio porte do estado do Paraná através de levantamento dos boletins de ocorrência identificou a violência psicológica como a mais prevalente, e os principais dispositivos eram as ameaças, os xingamentos e as injúrias (RAIMONDO; LABROCINI; LARocca, 2013).

A violência psicológica está presente em todos os outros tipos de agressão, sendo considerada a mais silenciosa, pois não deixa marcas aparentes, físicas e se perpetua no espaço privado (FERREIRA, 2010).

Nos depoimentos abaixo, encontramos o cotidiano da violência psicológica expressada através de ofensas, humilhações e calúnias:

*Só assim convivência de palavras né, palavras eu acho que as coisas que ele me falou um pouquinho doeu mais do que um tapa no rosto. (E1)*

*É o modo das palavras, as palavras é pior que um tapa, tem coisa que a gente escuta que a gente fica até de bobeira. (E13)*

*Humilhada, são as palavras que fala que a gente sente né, assim meio humilhada com a gente, mas é assim [...] às vezes são com palavras entendeu? A gente fica mais triste né, com né? Às vezes com palavras do que a pessoa vim e te dá um tapa assim na tua cara. Do jeito dele fala entendeu, ele vem fala com arrogância, vem querer falar palavras entendeu? (E8)*

*Me ofendia, falava as coisas que tipo assim sabe que eu era vagabunda, que eu era isso. (E5)*

As duas primeiras entrevistadas na tentativa de estabelecer comparação entre a violência psicológica à física declaram que a capacidade destruidora da primeira consegue ser maior do que a própria manifestação da agressão física. Deste modo, podemos compreender que a comunicação verbal pode ser utilizada como um dos dispositivos para a prática da violência psicológica.

A violência por parceiro íntimo afetivo, além de todo sofrimento que causa à mulher, tem efeito estigmatizante e gera na mulher sentimentos de vergonha e culpa (VENÂNCIO, 2012). Conforme as narrativas de E6, E4, E2 e E16, a violência física se manifesta com dor, crueldade e desamparo:

*O pai das minhas filhas mesmo me agredia fisicamente, quebrou meus dentes, fiquei toda roxa, não quis nem sair na rua, fiquei toda deformada, sofri muito mas hoje em dia graças a Deus não sofro mais não. Há uns quatro anos que me separei dele. (E6)*

*Mas ele não aceitou a separação, durante um ano ele fez da minha vida um transtorno totalmente, me bateu, me... (pensativa, cabisbaixa) um monte de coisa. Depois da separação que começou, ele não podia me ver que queria me bater. Me batia, já fui parar no hospital por causa dele, ele puxava meu cabelo, me dava tapa, me dava murro. (E4)*

*Ele me deu uma coça eu comecei a passar mal de barriga de oito mês eu grávida dela (aponta para a filha) de oito mês. Aí a minha bolsa rompeu, aí minha menina nasceu com problema na cabeça abriu por causa da pancada, ela nasceu com falta de oxigênio, eu tava sem líquido nenhum na barriga. (E2)*

*Já, já. Bateu, me machucou muito entendeu? Deu puliça e tudo, quase me matou. (E16)*

A violência física afeta a integridade corporal da mulher e pode gerar lesões, traumas, incapacidades e até a morte (FIOCRUZ, 2009). Para Venâncio (2012), o ciúme e o sentimento de posse constituem o principal motivo da violência física praticada pelo homem nas relações íntimo-afetivas.

Uma participante relacionou esse tipo de violência à necessidade de procura do serviço de saúde:

*[...] quando uma pessoa machucada vai pra lá tudo bem. Fora isso. Depende ué tem vários casos, o meu não. Eu não fiquei machucada, entendeu? (E11)*

Notamos, através desse relato, que as marcas da violência física, ou seja, a sua visibilidade e consequências, assustam E11, fazendo-a conceber que a violência física é considerada a mais grave das violências. Portanto, neste caso, somente neste caso, a mulher deve procurar um serviço de saúde. Evidencia-se que a demanda do cuidado à saúde é culturalmente associado à presença de sinais e sintomas.

Algumas pesquisas como as de Oliveira (2011); Oliveira e Fonseca (2014), Venâncio (2012) encontraram em seus achados que esta associação da violência somente aos resultados da agressão física também é presente no cotidiano laboral dos profissionais de saúde, o que concorre para invisibilidade e negligência do sofrimento de muitas mulheres.

A violência sexual é colocada como uma das piores experiências a serem vivenciadas por uma mulher, conforme demonstram os depoimentos abaixo:

*Olha de ser estuprada, de ter apanhado (silêncio-pensativa) e muito (silêncio-pensativa, choro) sabe que nojo que é você ser estuprada éh nossa é a pior, eu pra mim, das doença tudo que eu tô tendo agora é a pior coisa que eu já passei na minha vida, ser estuprada pelo próprio marido, pelo próprio marido, isto é muito triste, dentro da sua própria casa você ser estuprada é muito triste, muito triste mesmo eu não desejo pra ninguém pra ninguém mesmo. (E14)*

*Aí ele me batia violentava queria transar me pegava a força explicava nada não fia. (E2)*

*Já fui forçada a ter relação sexual. (E6)*

Os relatos demonstram tristeza, humilhação e revolta, principalmente porque o perpetuador da violência era o próprio cônjuge.

Embora o mapa da violência contra a mulher no Brasil revele que a violência sexual se concentra principalmente na faixa etária de 10 a 14 anos, sendo o principal agressor amigos/conhecidos (WAISELFISZ, 2012), nesta investigação identificamos a presença deste tipo de violência na relação conjugal ou íntimo-afetiva, o que nos faz refletir sobre a possível subnotificação da violência sexual no

cenário doméstico, devido às questões de gênero nas relações entre homens e mulheres onde prevalece o domínio masculino (BRASIL, 2013a; FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011), e o casamento parece legitimar a violência (OLIVEIRA; FONSECA, 2014).

A violência vivenciada nas relações afetivas entre homens e mulheres que residem juntos se tornou banalizada na sociedade, à medida que culturalmente é aceita como um problema comum nos relacionamentos e de caráter privativo, no qual os conflitos devem ser resolvidos entre o casal (BRASIL, 2014b).

A manifestação da violência de gênero no casamento revela um lado perverso, pois o agressor é a pessoa com quem a mulher compartilha e constrói sua vida. Surge então um desencontro entre as expectativas da mulher acerca do casamento e os sentimentos de decepção, humilhação e desamor que passam a permear a relação (OLIVEIRA; FONSECA, 2014).

A estimativa é de que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo e que uma a cada três mulheres já tenham sofrido espancamento ou sido violentadas sexualmente (BRASIL, 2012a).

O SUS atendeu, no ano de 2011, 13.000 mulheres que sofreram violência sexual. Os atendimentos pelo SUS no ano de 2011 englobam principalmente a violência física com 44,2% dos casos, a violência psicológica ou moral com 20% dos casos e a violência sexual que concentra 12,2% dos atendimentos (WAISELFSZ, 2012).

Na cidade pesquisada, dados coletados em 2013 pelo Sistema Integrado de Defesa Social despontaram maior predomínio de violência física com 2.811 casos, seguido de violência psicológica com 2.514 casos e violência sexual com 56 casos (MINAS GERAIS, 2013). Os dados do Centro de Referência de atendimento à mulher do município correspondente ao período de julho de 2013 a janeiro de 2014 também demonstraram maior ocorrência de violência física, seguida da psicológica e sexual, sendo 893.270 e 29 respectivamente (CENTRO DE REFERÊNCIA, 2014).

As meninas e mulheres são alvo de agressões que ferem sua integridade física e psicológica apenas pelo fato de serem mulheres (VENÂNCIO, 2012). Além disso, Oliveira e Fonseca (2014) acrescentam que a violência de gênero vivenciada na fase adulta, geralmente, está associada a histórico de violência na infância ou adolescência, segundo os estudos do grupo de pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade de São Paulo. Foi possível constatar isso nesta

pesquisa na vida de sete participantes que foram agredidas pelos pais, filhos, avô e filho da patroa.

A violência acarreta muitas consequências para a vida da mulher, tanto psicológicas, sociais, quanto na saúde. Os depoimentos abaixo demonstram as consequências da violência física para as participantes:

*Ah... (calada) uma parte sim, que eu fiquei com hematoma no rosto (hematoma na testa), mas que eu vou ter esse hematoma pra sempre até tirar, ai é ruim, que meu rosto não tinha marca agora ele tem. (E17)*

*Esse negócio do meu olho que ficou roxo. E no dia que meu companheiro me deu um chute minha perna ficou bem roxa, mas também foi uns hematomas. (E10)*

*Quebrou meus dentes, fiquei toda roxa, não quis nem sair na rua. (E6)*

*Porque quando eu entrei em depressão eu esqueci muito dos meus dente, agora que eu vejo né, olho no espelho e vejo o quanto eu perdi. Eu não sei como fazer pra arrumar os dente. E é tão chato né chegar no espelho e sorrir e ter uns dente, minha família toda, todos eles tem os dente bão, eu fico com vergonha. (E5)*

Nota-se que as marcas da violência repercutem também sobre a autoimagem e autoestima das mulheres.

Estes sentimentos podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais como depressão, fobia, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e ao uso abusivo de álcool e outras drogas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Gomes et al (2013) apontam outras consequências da agressão física como as fraturas, contusões, cortes, queimaduras e dores musculares.

As lembranças da violência acarretaram muita tristeza, conforme E3, E6 e E5 declaram:

*Acho que não. Assim eu fico meio triste às vezes sou uma pessoa mais triste por dentro. Assim por fora não, porque a gente não esquece né. Nem vai esquecer nunca. Acho que foi isto a consequência foi isto, sou uma pessoa mais triste por dentro comigo mesmo. (E3)*

*A violência só trouxe tragédia na minha vida, só tristeza pra mim e pra minha família. (E6)*

*Ah para mim trouxe muita tristeza sabe, que eu nunca imaginava ter ouvido as coisas que eu ouvi dentro de casa e calada né, sem poder reclamar com medo dele fazer alguma coisa comigo. (E5)*

As participantes também associam os transtornos psicológicos à violência, apontam a ansiedade, o nervosismo e de forma predominante a depressão:

*Muitas, eu hoje eu sou muito...como é que eu posso dizer, posso ser até revoltada, eu sou muito seca até com minhas filhas, sou muito nervosa, minhas filha quer me abraçar eu não gosto. (E15)*

*Muita depressão né, eu não comia só tomava água e chorava. (E5)*

*Depressão. Isso. Tô. Deve ser dois meses. Uhum. Eu tava muito nervosa, brigando muito com meus filhos, batendo muito neles. Cê vai ficando muito nervoso. (E7)*

*Depressão, não melhora, por mais que eu tome remédio, faça controle, é uma dor insuportável (chora muito) sabe é uma depressão que não sara, só Deus sabe, eu não sei o que que é sorrir mais, não sei o que é mais nada. (Chora muito, fica em silêncio) pode ir embora? (se levanta rapidamente, incomodada por estar emocionada) não tem remédio que faça você esquecer isso, eu posso tomar 30 remédios mas não vai esquecer cada um tapa que eu tomei, isto não vai fazer eu esquecer. (E9)*

A depressão pode ser considerada como um dano tardio da violência que se manifesta a médio ou longo prazo, sendo uma causa importante de incapacidades em mulheres em todas as idades. É apontada como consequência da violência por parceiro íntimo em vários estudos (BRASIL, 2011b; FIOCRUZ, 2009; GOMES et al, 2013; MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Outras patologias e sintomas aparecem no discurso de E15 relacionando-os à violência:

*Ah minha pressão é altíssima, eu dei problema de vesícula agora, meu estômago, qualquer coisa meu estômago dói*



*demais, dá ânsia de vômito, porque é uma coisa, uma mágoa que você vai guardando pra sempre (E15)*

O estresse psicológico crônico causado pela violência colabora para o desenvolvimento de hipertensão arterial, problemas gastrointestinais e geniturinários e a entrevistada consegue identificá-los como consequência da situação vivenciada (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010).

Outras consequências são apontadas na literatura como a contaminação por infecções sexualmente transmissíveis e Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), gravidez indesejada, aborto, fobia, síndrome do pânico, fibromialgia, medo, estresse pós-traumático, dor crônica, insônia, cefaleias, insegurança e baixa autoestima (BRASIL, 2012a; LABRONICI; FEGADOLE; CORREA, 2010; MIRANDA, PAULA; BORDIN, 2010).

Faz-se necessário um olhar mais abrangente sobre o processo de adoecimento das mulheres. Deve-se considerar a vivência social das diferenças biológicas que desfavorece a mulher criando desigualdade social, o que determina o lugar que ocupa na sociedade, muitas vezes levando a mulher a condições de vida e trabalho precárias. Porém, a análise do gênero não deve ser isolada, sendo necessário considerar sua articulação com a classe social, etnia e geração; a conjugação destas categorias torna as mulheres susceptíveis a adoecer (FONSECA, 2007).

A forma como a sociedade se organiza, nos processos de produção e reprodução da vida, no trabalho e modos de viver, é determinante nas manifestações do processo saúde e doença (FONSECA, 2007). Guedes, Silva e Fonseca (2009) também afirmam que a violência de gênero tem potencial destrutivo sobre o processo saúde e doença das mulheres.

## 5.2 NÃO RECONHECIMENTO DA UAPS COMO UM SERVIÇO PERTENCENTE À REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Nove participantes não reconhecem a UAPS como um serviço pertencente à rede de atendimento à mulher em situação de violência que, embora não seja um serviço especializado, é considerado pela PNEVM como uma importante porta de entrada da mulher na rede (BRASIL, 2011c). Os relatos de E4, E13 e E12 caracterizam isto:

*Do que eu passei? eu acho que não... lá e eu penso numa vacina, num curativo só, eu penso assim que o profissional do posto de saúde é só assim para uma vacina, para poder dar orientação em outras coisas, tipo gravidez, essas coisa assim. Em relação à violência eu acho eles não podem ajudar não, meu modo de pensar é este porque eu acho, na minha cabeça né, é uma coisa e é outra coisa. Mais é justiça, a justiça que tem que ajudar entendeu, creio que eles não, acho que é um pouquinho diferente o trabalho deles com o trabalho da justiça, meu modo de pensar é esse. (E4)*

*Ah eu acho que não, só a lei Maria da Penha mesmo, só na delegacia das mulheres mesmo que eles vão resolver caso assim se precisar. (E13)*

*Então o posto de saúde, ele não tem o aparato necessário para poder dar esse respaldo para quem precisa sabe, no caso da violência não, não tem. (E12)*

Podemos observar que, quando as mulheres pensam em enfrentamento da violência, somente os serviços especializados como a justiça e a delegacia são vinculados como dispositivos que podem ajudá-las.

Os relatos das participantes poderiam ser interpretados como sendo o desconhecimento destas usuárias ou falta de informação acerca do que o serviço pode lhes oferecer. Porém, estaríamos negando a real condição destas mulheres e as dificuldades da Atenção Básica em se organizar para atender suas necessidades. Portanto, cabe-nos refletir sobre os “porquês” destes discursos.

As respostas das entrevistadas, principalmente de E4, reforçam como as práticas de saúde são desenvolvidas nos serviços de saúde, baseando-se em um modelo biomédico em que existe a dicotomia entre o biológico e o social. Este discurso não é somente das usuárias, mas reproduz e ecoa o perfil histórico, cultural e organizacional do nosso modelo tradicional de atenção à saúde e que ainda perpassa pelo caráter intervencionista e curativista. Estes depoimentos retratam ora o discurso, ora o comportamento dos profissionais de saúde da Atenção Básica frente às mulheres em situação de violência (FREITAS; OLIVEIRA; SILVA, 2013; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Os profissionais, quando identificam a violência, concentram seus cuidados nos agravos de ordem física ou psicológica; fragmentam o cuidado ao fazerem o encaminhamento das mulheres para o serviço de saúde mental, pois vinculam somente a necessidade de apoio psicológico e medicalização e não proporcionam

continuidade do cuidado e nem apresentam à mulher os demais serviços da rede que ela pode precisar. A falta de compreensão da importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial acarreta sentimentos de impotência, pois não conseguem resolver por si só o problema da mulher, o que, de fato, não é para ser resolvido em uma só instância da rede (CARNASSALE, 2012; CORREA; PAES, 2013; FREITAS, OLIVEIRA; SILVA, 2013; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013). Venâncio (2012) afirma que o sentimento de impotência é visto como paralisante, pois limita as ações dos profissionais, e esta impotência se relaciona com a falta de informação e qualificação específica.

Além disso, os profissionais apresentam representações que naturalizam a violência de gênero e perpetuam a fragilidade feminina nas relações de poder (CARNASSALE, 2012; CORREA; PAES, 2013; FREITAS, OLIVEIRA; SILVA, 2013; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013). Todo este cenário se torna uma barreira para que a mulher verbalize sobre a violência o que a leva a viver anos em sofrimento, tornando-se um problema crônico e invisível (FREITAS; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Sabemos que a violência consiste em um problema social e não privativo da saúde e que, para que haja garantia da integralidade da assistência, a atenção em saúde precisa ir além dos procedimentos tecnicistas e pontuais da abordagem biológica do processo de adoecimento. Neste sentido, a atenção à saúde deve perpassar os determinantes sociais da saúde, entre eles as questões de gênero, reconhecer as necessidades em saúde do indivíduo e população e comunicar com os demais dispositivos de assistência à população (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Os serviços de saúde podem ser entendidos como campo social estratégico para o enfrentamento da violência contra a mulher. Especialmente a Atenção Básica, por seu caráter social e por ter condições de trabalhar o potencial emancipatório da opressão de gênero. A opressão de gênero pode ser compreendida como a naturalização da ordem social androcêntrica, sendo a mulher considerada a parte mais frágil, tornando-se dentro das relações entre homens e mulheres um campo fértil para a violência (FREITAS; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

A APS tem condições de trabalhar na superação da opressão de gênero à medida que os profissionais adotem em sua atuação um caráter político e social que ultrapasse a dimensão técnica das práticas de saúde e que enfoque a garantia dos direitos à saúde, questionem as desigualdades sociais e contribuam para o

empoderamento social da mulher (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; PAIM, 2006).

Porém, o alcance desta perspectiva de gênero nas práticas de saúde no âmbito da APS, sobretudo na ESF, depende de uma política de formação, capacitação e educação permanente engajada com a PNEVM que possa propiciar suporte aos profissionais de saúde. Este processo educativo deve estar voltado para o desenvolvimento de novas competências, conhecimentos e habilidades que permitam aos profissionais compreender as inter-relações entre a saúde e o contexto de vida das pessoas (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Os relatos abaixo expressam especificamente a dificuldade das participantes no reconhecimento do trabalho da enfermeira frente à situação de violência vivenciada:

*Me parece que é de outra área né. Enfermeira é só pra ajudar em outras coisas. Ah! tirar sangue ajudar. (E1)*

*Eu nunca assim, essa enfermeira aqui eu nunca procurei saber, essa enfermeira, pra te falar a verdade eu não sei nem quem é a enfermeira, eu conheço várias pessoas, mas eu nunca procurei saber, porque eu sempre vou direto, eu me direciono sempre a ... que é a médica da minha área ali e a enfermeira eu não conheço para te falar a verdade sabe, então eu não sei se ela e... se ela tem essa capacidade. (E12)*

*Ah...não sei, sinceramente no posto tem nada que eles pode fazer. (E17)*

*Não. Acho que não acho que não saberia como agir, acho que tem que ter todo um preparo. (E3)*

Percebe-se através dos relatos que o cuidado de enfermagem também é vinculado ao caráter biologicista das práticas de saúde não reconhecendo que seu processo de trabalho tem interconexões com a violência. Como também foi possível identificar a invisibilidade da enfermeira.

Mas E3 ressalta a necessidade de conhecimento e habilidades da enfermeira para atender mulheres nesta situação de caráter tão complexo.

As Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem preveem uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva com objetivo de capacitar o enfermeiro para que ele seja capaz de conhecer e intervir sobre os

problemas/situações de saúde mais prevalentes no perfil epidemiológico do país e identificar suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 2001b). Tendo em vista a alta incidência da violência no país, sobretudo a violência intrafamiliar, a inserção desta temática nos currículos de graduação de enfermagem passa a ser uma prerrogativa para um cuidado de enfermagem efetivo à mulher brasileira. No entanto, Oliveira e Fonseca (2014) afirmam que na formação acadêmica na área da saúde prevalece o modelo biomédico e androcêntrico que não contribui para a utilização da perspectiva de gênero como uma práxis norteadora da atenção à saúde.

A inserção do tema nos programas curriculares ainda é incipiente (SOUZA et al, 2008; ROSA et al, 2010). Pesquisa realizada em 10 faculdades do Rio de Janeiro e Cuiabá com o objetivo de analisar a inserção do tema violência intrafamiliar nos currículos de graduação em enfermagem e medicina, através da análise das ementas e programas disciplinares, identificou que no curso de enfermagem houve predomínio da temática nas disciplinas de saúde coletiva e saúde mental com enfoque na abordagem psicossocial e promoção da saúde, contemplando sua inserção em 16% das disciplinas. No entanto os autores consideraram que a inserção do tema ainda era incipiente nos programas analisados e recomendam que a temática seja trabalhada de forma transversal durante todo o curso (SOUZA et al, 2008).

Outro estudo também com este objetivo, porém realizado na Universidade Federal de Santa Catarina com acadêmicos de enfermagem, medicina e odontologia num total de 175 estudantes, também encontrou a inserção do tema de forma esporádica e superficial, com o enfoque principal recaindo sobre os danos físicos (ROSA et al, 2010).

### 5.3 EXPECTATIVAS SOBRE A APS E A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA

Embora a maioria das participantes não tenha reconhecido a unidade de saúde como um serviço da rede de atendimento à mulher em situação de violência, muitas apresentam expectativas sobre como a atenção primária à saúde poderia assisti-las. Neste sentido, anseiam pelo diálogo; aconselhamento; que a educação em saúde contemple a temática violência; que haja o encaminhamento para serviços

de assistência social como o CREAS, além disso, esperam que haja uma ação conjunta entre saúde e segurança.

As narrativas abaixo demonstram o desejo das participantes em conversar, de se abrir com os profissionais de saúde:

*Ah ... pra mulheres se abrir mais, conversar mais com eles.  
(E17)*

*Ai (pensativa) ... agora você me complicou, eu acho assim né que no caso da violência acho que a gente deveria ter o apoio deles né, ir na casa da gente conversar né igual a gente precisa conversar, tá ali junto com a gente. (E5)*

As práticas de atenção à saúde são limitadas para responder as complexas necessidades de saúde da população e, para que o encontro terapêutico se transforme em cuidado, deve perpassar a proposta da humanização. Neste cuidado, o autor destaca a importância do profissional de saúde dar abertura à dimensão dialógica do encontro que se baseia no interesse genuíno de ouvir o outro, abrindo mão do discurso técnico-científico que se caracteriza quase que por monólogo (AYRES, 2004).

A escuta e os diálogos integram o acolhimento que é uma premissa das propostas da humanização. Para que a escuta alcance qualidade ela precisa ter profundidade, o que se ouve não pode ser interpretado na lógica normativa prescritiva da atenção à saúde, mas deve-se estar atenta ao projeto existencial da mulher. Quando a escuta é pautada na lógica citada acima as informações da história de vida da mulher aparecem como “ruídos”, ou seja, interferências que precisam ser ignoradas para não impedir o raciocínio tecnicista (AYRES, 2004).

Estes “ruídos” seriam o que realmente interessaria a estas mulheres compartilhar. O reconhecimento desta bagagem existencial é que criará espaço para o “aparecimento” e identificação das questões de gênero nas demandas de saúde da mulher e iluminará as relações de cuidado entre enfermeira e usuária.

A escuta qualificada é fundamental para integralidade da assistência e deve ter olhar atento que apreenda as necessidades da mulher. Deve-se estimular a fala e atentar para detalhes expressos na linguagem não verbal; deve-se ultrapassar os limites de uma conversa pessoal, expressão de amizade ou simpatia.

E5 refere-se ao psicólogo como o profissional mais indicado para este tipo de conversa:

*Ah eu acho que eles podiam ajudar a gente né, assim na base assim do psicólogo né pra conversar com a gente, eu acho que tudo né, porque quem conversa mais com a gente é esta menina né (ACS), dá conselho, pergunta se está tudo bem [...]. Mas é isto que eu tô te falando, um psicólogo né pra conversar com a gente nesta matéria, de violência, a depressão, estas coisas, é isso. (E5)*

A articulação da saúde mental com a atenção básica é um importante avanço para o alcance do princípio da integralidade da assistência, surgindo neste cenário o profissional psicólogo que, apesar de não fazer parte da equipe básica/mínima de saúde da família, é um dos profissionais que compõem a rede de APS e contribuem sobremaneira para o cuidado integral através do cuidado psicológico e interação com a equipe (BOING; CREPALDI, 2010).

Porém os estudos revelam que os profissionais de saúde têm dificuldades de reconhecer a violência quando esta não aparece visivelmente no corpo físico. Além disso, na assistência à saúde da mulher, há uma tendência em centralizá-la somente aos aspectos reprodutivos e biológicos do corpo feminino, quando não se reduz a isto. Assim, a atenção baseia-se nos encaminhamentos para a atenção psiquiátrica e/ou psicológica (OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA; FONSECA, 2014; VENÂNCIO, 2012).

Mediante isto, Ayres (2004) enfatiza que o psicólogo deve ser acionado quando realmente se identifica uma necessidade psicológica e não simplesmente porque a conversa, o diálogo entrou em dimensões existenciais que permitiu ao paciente trazer informações que “fogem” do modelo biomédico.

A expectativa de serem aconselhadas aparece nos relatos de E10, E13 e E6:

*O posto de saúde? (expressão de dúvida) eu acho que só aconselhar mesmo. (E10)*

*Ah eles devem dar é conselho pra gente né tomar uma providência eu creio que eles vão falar é isso mesmo, a gente tem que tomar providência mesmo né, tá vendo que o negócio tá ruim. (E13)*

*Os profissionais de saúde podem ajudar, dar um conselho, se a pessoa precisar, se a pessoa procurar ter alguém pra ajudar, aconselhar ela. (E6)*

A palavra aconselhar significa orientar, admoestar, recomendar e sugerir (AURÉLIO, 2010). O aconselhamento diz respeito ao auxílio ou orientação concedido por um profissional em determinada circunstância. Quando pensamos em atendimento à mulher em situação de violência, o profissional de saúde deve assegurar a autonomia e poder de decisão da mulher no enfrentamento e rompimento do ciclo da violência. Deste modo, acredita-se que este aconselhamento deve ser direcionado para a demonstração de quais os recursos, serviços e possibilidades a mulher pode ter para o enfrentamento da violência.

Neste aconselhamento, o profissional deve considerar a integralidade da assistência, ou seja, o cuidado interdisciplinar e intersetorial, e, deste modo, mostrar à mulher todos os dispositivos que compõem a rede de atendimento, sobretudo a assistência social, a justiça, a segurança pública e a saúde. Além disso, deve-se informar os riscos e benefícios de cada encaminhamento e respeitar a vontade da mulher (BRASIL, 2011a; SANTOS et al, 2014).

Ressalta-se que este aconselhamento não pode ser paternalista, o profissional não pode tentar solucionar os problemas para a mulher, mas deve ajudá-la a encontrar suas próprias soluções (BRASIL, 2005).

As participantes ressaltam as palestras como uma modalidade de educação em saúde muito difundida, principalmente na APS:

*O posto tinha que ter alguma coisa pra ajudar as mulheres que sofre com violência né. Sei lá uma palestra. Alguma coisa, tem que ter pra poder ajudar as pessoas que vive na violência, alguma coisa tem que fazer pra acabar com isso. (E6)*

*Eu acho que tinha que ter mais umas palestras sobre isso né, acho que tinha que ser mais explicado para a mulher, não só o dever, direito que ela tem como mulher, mas alertar todas as mulheres que apanham. Porque além da gente apanhar ter que calar a boca, você consciente do que você está passando dentro de casa, você não poder chegar para uma pessoa falar e a pessoa às vezes não chega perto de você ao invés de te ajudar fala você é burra, você é isto, aquilo, criticar não sabe, acho que tem que ter mais palestra sobre isso. (E9)*

A educação em saúde pode acontecer de forma individual ou coletiva. Sua operacionalização coletiva na APS se dá mais comumente através dos grupos operativos.



Trata-se de uma ferramenta para alcance da integralidade da assistência que deve ir além do tratamento clínico, comprometendo-se com a solidariedade, cidadania, melhoria da qualidade de vida da população e promoção da saúde (MACHADO et al, 2007).

Pode ser entendida como um processo político pedagógico, seu exercício deve ser livre do autoritarismo e imposição do saber científico e procurar atender os desejos da população no que diz respeito à saúde e condições de vida, sendo um processo construído com a participação dos sujeitos envolvidos (MACHADO et al, 2007).

A atuação da enfermeira na educação em saúde necessita romper com o modelo de transmissão e reprodução de informações para um que estimule e leve à conscientização sobre os direitos da mulher enquanto cidadãs (SOUZA, 2011).

Nota-se nos relatos que as mulheres esperam por informações sobre seus direitos e, acima de tudo, isenta de julgamentos. Para mulheres em situação de violência, acreditamos que a educação em saúde deve contribuir para enfrentar a realidade e propor estratégias que ajudem a mulher encontrar os caminhos para sua autonomia e rompimento com o ciclo da violência.

O encaminhamento para os serviços de atenção social era uma expectativa de E14 e aparece em seu depoimento com um tom de indignação e revolta:

*Eu acho que pode fazer muita coisa, mas só que ninguém faz nada (gesticulou com as mãos “expressão lavo minhas mãos”). Uai ter assim, igual este no caso que eu achei, eles não poderiam ter me indicado há muito tempo? Precisou da vizinha me indicar? Quem tinha que me indicar? Não era aqui? Não era aqui que tinha que me indicar? (demonstra indignação). Eles tinham que me indicar não era a vizinha que tinha me indicar, viu o que que eu tava passando (E14).*

Esta entrevistada é assistida pelo CREAS, porém não foi encaminhada pelos profissionais da unidade de saúde, daí sua frustração. Ela vivenciou a cronicidade da violência durante os 25 anos em que esteve casada com o agressor sem ter assistência social. No momento da entrevista relatou que está divorciada, recebe assistência do serviço, mas ainda vivencia a violência através dos filhos.

A participante através deste relato problematiza a falta de integração da APS com os demais serviços, reforça a necessidade de uma rede articulada para atendimento das suas necessidades.

Esta desintegração fere um dos princípios pilares do Pacto Nacional pelo enfrentamento da violência, a intersetorialidade, que prevê o envolvimento, parcerias e articulação entre ministérios, secretarias e serviços nas diversas áreas: segurança pública, saúde, assistência social, educação, trabalho (BRASIL, 2011b).

O CREAS é uma unidade pública e estatal, integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Os serviços ofertados no CREAS devem ser desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas. Presta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos com seus direitos violados por ocorrência de: negligência e abandono; ameaças e maus tratos; violações físicas e psíquicas e discriminações sociais. Os CREAS priorizam situações de violação de direitos de crianças e adolescentes, tendo como foco de ação a família. O município ainda pode verificar a possibilidade de ampliação gradual dos serviços, de modo a incluir outras situações de violação de direitos, como: de idosos, pessoas com deficiência, mulheres vítimas de violência e população de rua (BRASIL, 2012d).

Todos os profissionais de saúde precisam conhecer o fluxograma de atenção à mulher em situação de violência e os serviços que compõem a rede de atendimento para a realização dos encaminhamentos psicológicos, jurídicos e sociais. Recomenda-se a divulgação deste fluxograma em cartazes afixados nas paredes da Unidade e a disponibilização de um catálogo ou cartilha com o nome, endereço e finalidade de cada serviço (BRASIL 2012a; 2005; SANTOS et al, 2014).

A expectativa da unidade de saúde dispor de uma vinculação direta com o serviço de segurança pública também aparece nos discursos:

*Acho que é mais caso de polícia né, acho que aqui é só encaminhar mesmo para algum lugar, polícia sei lá. Ah não sei, ir lá fazer uma visita não sei, chamar a polícia, entendeu? eu acho. (E10)*

*Eu acho que aqui tinha que ter um postinho, um posto de polícia, alguma coisa, alguma coisa que podia ajudar, porque se eu for agredida agora e vim aqui, o que eles vão poder fazer por mim? Nada, e se o meu marido vier atrás de mim? Ninguém vai me ajudar, ninguém vai ter como assim impedir dele me bater, dele me machucar, se tivesse policial, alguma coisa que pudesse acatar a gente na hora que a gente precisava seria melhor, porque do jeito que tá eles não vão ajudar a gente a fazer nada não, a única coisa que eles*

*poderiam fazer é chamar a polícia, até que chama e a polícia vem a gente já morreu, entendeu. (E15)*

*Uai poderia denunciar, vamos supor, meu marido se tivesse um profissional que me ajudasse, gostasse de mim podia ter denunciado meu esposo sem ninguém saber que era ele que tava denunciando né, ajudaria a pessoa. (E9)*

Reconhecemos que a proteção policial é necessária nos casos de violência, porém as participantes ampliam a discussão de rede quando almeja a intersecção, o trabalho conjunto e concomitante entre o serviço de saúde e a segurança.

Fatores políticos, econômicos do país e a própria organização do SUS limitam as possibilidades de atendimento desta expectativa no contexto atual de organização e disposição da APS.

Mas esta proposta de integração de serviços em um mesmo espaço físico é vislumbrada no Brasil a partir da criação do programa “Mulher: viver sem violência” regulamentado pelo Decreto n. 8.086 de 30 de agosto de 2013. A SPM é a responsável pela coordenação do programa no qual os serviços de segurança, justiça, saúde, assistência social e abrigo estarão vinculados e integrados em um mesmo local denominado Casa da mulher brasileira. Em um mesmo espaço físico haverá os serviços: Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher, juizado e varas, defensorias e promotorias, equipe psicossocial (psicólogas, assistentes sociais, sociólogas e educadoras) e equipe para orientação ao emprego e renda. A previsão é de implantação das casas nas capitais brasileiras, e 26 estados já aderiram o programa com exceção de Pernambuco (BRASIL, 2013e; 2014a).

As entrevistadas, ao falarem sobre o que a enfermeira poderia fazer em relação à violência, também sinalizaram sobre a necessidade de atenção, diálogo, orientação e encaminhamentos.

A necessidade de atenção, um espaço para verbalizar do seu sofrimento é exemplificada pelas narrativas abaixo:

*Ah no caso da enfermeira eu acho assim tem que vim, quando souber do problema tem que vim sentar, conversar igual você está fazendo né, sentar, conversar com gente, procurar saber do problema, dá uma ajuda psicológica, e é só isto. (E5)*

*Ah dar um apoio pra pessoa né, emocional né, cuidar mais um pouquinho da pessoa. A pessoa as vezes nesse ponto ela tá muito carente quando chega a esse ponto, a pessoa sofre muito calada porque não tem com quem conversar. As vezes você não pode falar certas coisas com ninguém (olhos lacrimejando). É dar mais uma atenção né, por ela conhecer vamos supor a maioria das pessoas que vem no posto, você não acha justo? assim, ah porque você está triste hoje fulano, sabe? Dar uma atenção mais pra uma pessoa, não é todo dia dar um abraço, mas é olhar com carinho né (olhos lacrimejando). (E9)*

Nota-se que as expectativas destas entrevistadas não requerem inovações no cuidar, elas não exigem métodos, ferramentas complexas ou inviáveis de aplicação. Acreditamos que estas expectativas convergem ao que é ou que deveria ser o mais característico, marcante no exercício de nossa profissão, sendo habilidades inerentes ao cuidado de enfermagem.

O cuidado de enfermagem é reconhecido como ciência e arte, sendo cultivado cientificamente por importantes teóricas, como Madeleine Leininger e Jean Watson. Através de sua teoria do cuidado transpessoal, Watson afirma que o cuidado é o eixo da prática da enfermagem; sendo o seu conceito baseado em pressupostos fenomenológicos existenciais, enfatiza que o cuidar é o olhar para além do corpo físico, indo além de uma conduta clínica e realização de procedimentos, envolve a relação interpessoal entre a enfermeira e a paciente (FAVERO et al, 2009).

O cuidar é intrínseco do ser humano e se manifesta no cuidado de si mesmo e com o outro, portanto possui três dimensões: a existencial, porque confere a condição de ser humano; a relacional, porque envolve o outro em relações de cuidado, e a contextual, porque sofre interferências do meio em que ocorre (WALDOW, 2008).

Para a enfermagem, o cuidar é uma expressão da profissão. O cuidado de enfermagem se materializa quando adota princípios da humanização expressados em comportamentos e atitudes de respeito, sensibilidade, amabilidade, gentileza, compaixão, responsabilidade, apoio, conforto entre outros (WALDOW, 2006).

No cuidado de enfermagem, o componente afetivo e emocional é essencial, pois faz parte da dimensão relacional do cuidado e se manifesta através de palavras, silêncio, toque, olhar e gestos (WALDOW, 2006).

Neste cenário, surge a dimensão estética do cuidado que para Chernicharo, Silva e Ferreira (2011), relaciona-se com os sentimentos e valores que embasam as práticas de saúde da enfermagem que permitirão a valorização da escuta, da observação e do respeito à subjetividade de cada paciente.

No cuidado de enfermagem à mulher em situação de violência, consideramos que todas as dimensões do cuidado são importantes: o cuidado científico; o cuidado estético (a arte da enfermagem); o cuidado pessoal que é a necessidade do autoconhecimento e o cuidado moral que se baseia na conduta do enfermeiro (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

O cuidado pessoal que se refere ao autoconhecimento que o profissional deve buscar (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011) deve ser objeto de reflexão quando pensamos no cuidado da enfermeira à mulher que vivencia violência, pois todo profissional abriga uma bagagem existencial e pode encontrar barreiras psicológicas e sociais que a impedem de compreender e realizar ações de cuidado. Portanto, mais uma vez enfatiza-se a necessidade de preparo e suporte profissional para que a enfermeira consiga trazer para o seu cotidiano laboral as habilidades necessárias para cuidar da mulher em situação de violência.

Dentre as habilidades do cuidar, destaca-se a comunicação considerada como instrumento básico do cuidado em enfermagem, pois é utilizada em todas as ações com o paciente. Através da comunicação é que podemos compreender o paciente, identificando como ele pensa, sente e age (CIANCIARULLO, 2003; PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Uma “boa” comunicação exige da enfermeira habilidade para escutar e falar, dar abertura para questionamentos, honestidade, dispensa de tempo com qualidade, respeito e empatia (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). O processo de comunicação estabelecido com a usuária deve ter sensibilidade para com as implicações subjetivas das questões de gênero (OLIVEIRA; FONSECA, 2014).

Vários estudos corroboram a importância da escuta entre profissionais e usuárias como mediadora na criação de vínculo entre profissional e usuária, constituindo instrumentos potentes no cuidado à mulher que vivencia violência de gênero (OLIVEIRA, 2005; ANDRADE, 2009; OKABE, 2010). “O diálogo e a escuta estabelecidos nesta relação encerram potência para superação de traumas e o fortalecimento das mulheres” (OLIVEIRA; FONSECA, 2014, p. 37).

E6 espera um conselho de motivação por parte da enfermeira:

*A enfermeira pode também dar um conselho, larga desse homem, você é bonita, ajudar, dar uma ideia. Tem muitas enfermeira que falava isso pra mim, você é bonita, larga ele, não deu certo, viver assim não dá não, você está nova e pode morrer na mão dele que a mulher não aguenta porrada de homem. (E6)*

Evidencia-se nesta expectativa o quanto a violência de gênero desperta na mulher sentimentos de baixa autoestima e desvalorização da autoimagem. Neste instante, requer-se da enfermeira um cuidado psicológico, motivador que traga à mulher esperança de que é possível superar a violência e o sofrimento.

Entendemos que trabalhar estes aspectos exige da enfermeira saber instrumental para proporcionar fortalecimento e empoderamento da mulher de modo que ela vislumbre a possibilidade de romper com a cronicidade da violência (BRASIL, 2005).

A orientação com indicação dos “caminhos” para suporte e/ou rompimento da violência também é uma expectativa das usuárias:

*Conversar com a mulher também pra ver se ela quer, mostrar também o que que ela pode fazer pra denunciar, porque muitas vezes ninguém sabe onde que vai, como que faz, faz o corpo delito, alguma coisa. Porque tem muita mulher que não sabe como pode ser ajudada entendeu e a enfermeira que tá ali pode ajudar, explicar o direito dela. (E15)*

*No caso da violência é isso ué, ela podia também, ela sabe, com certeza ela sabe que tem estes lugar que pode ir, tenho certeza que ela sabe que tem este tal de CREAS que eu não sabia, que a prefeitura tem órgãos que podem ser, eu fui também na ouvidoria e isto aqui nunca foi dito, porque assim eu tenho meus direitos se eu não tenho um remédio ela sabe que tem a ouvidoria, que eu tenho direito de recorrer que eu posso correr atrás, porque que hoje agora tudo se resolve na televisão? Porque não tem conversa, não tem diálogo, você chega aqui não tem diálogo. (E14)*

As entrevistadas esperam que as enfermeiras cuidem e também ofereçam informações sobre quais órgãos elas podem recorrer enfatizando mais uma vez a necessidade de conhecimento por parte da enfermeira dos serviços, órgãos e o fluxo de atendimento da mulher em situação de violência de seu município ou região. Consideramos que o acesso da mulher a informação, visualização de recursos e conscientização de seus direitos pode ser uma das estratégias de empoderamento.

Através da denúncia é que se iniciará uma ação penal pública. Caso a mulher opte pela denúncia, deve-se encaminhá-la para uma DEAM, na inexistência desta, encaminhar para a Delegacia de Polícia da cidade. Se a mulher desejar entrar com processo de divórcio deve ser encaminhado para Defensoria Pública ou Fórum (BRASIL, 2012a; MENEGHEL et al, 2011).

Nota-se que, de uma maneira geral, as usuárias esperam da enfermeira um cuidado que propicie orientações técnicas sobre os recursos e serviços que podem assessorá-las. Sobretudo esperam um cuidado no qual esteja presente atenção, a escuta ativa, o diálogo e a afetividade; características que deveriam ser naturais em qualquer situação de encontro/cuidado entre a enfermeira e paciente.

Ressaltamos como ação fundamental da enfermeira a realização do registro da violência de duas formas, no prontuário da usuária, que propiciará a continuidade da assistência, e através da notificação compulsória da violência regulamentada pela Lei 10.778 (BRASIL, 2004a), que contribui para a visibilidade e acompanhamento deste grave problema no perfil epidemiológico do país.

Na perspectiva interdisciplinar, a enfermeira pode empreender seu cuidado, como na realização de grupos de discussão, de autoajuda, de eventos específicos para mulheres com objetivo de estimular o autocuidado, bem-estar e valorização da mulher através de ações voltadas para o fortalecimento e empoderamento das mulheres da comunidade.

Nos estudos de Oliveira e Fonseca (2014), a independência financeira e o ingresso da mulher no mundo do trabalho são apontados como caminhos para a autonomia da mulher e emancipação de gênero.

É preciso criar estratégias que envolvam toda a família, e nos casos em que a mulher ainda convive com o agressor até mesmo procurar envolvê-lo em reflexões que permitam esclarecimentos quanto aos aspectos para uma boa convivência em família e dilemas e desafios da relação íntimo-afetiva.

Trabalhar com o agressor leva em conta a necessidade das estratégias de prevenção à violência abarcarem a complexidade desta, não a reduzindo a fatores isolados, sem restringir o olhar sobre o ato, mas considerando o processo. A necessidade de prevenir novos atos de violência, uma vez que muitas mulheres desejam permanecer com o parceiro ou em novos relacionamentos que o homem venha a se envolver (FIOCRUZ, 2009).

Esta proposta teve iniciativa no Brasil através do Instituto “Noos”, uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos, sendo um órgão de pesquisa sistêmica e desenvolvimento de redes sociais que apresenta os grupos reflexivos de gênero realizados com homens autores de violência doméstica como uma metodologia de trabalho (ACOSTA; ANDRADE FILHO; BRONZ, 2004).

O grupo não tem caráter punitivo, o seu objetivo é propiciar um espaço reflexivo de responsabilização, desnaturalização da violência contra a mulher e estímulo às mudanças. Na experiência desta organização, os homens podem se inserir no grupo de forma espontânea, encaminhados por serviços de saúde, pela assistência social ou por determinação judicial, nos casos em que o homem está cumprindo medida protetiva. A proposta consiste em 20 encontros semanais de aproximadamente 2 horas com um grupo fechado de homens, ou seja, depois do terceiro ou quarto encontro não é possível entrar novo participante. A metodologia de trabalho parte da proposta pedagógica de Paulo Freire (ACOSTA; ANDRADE FILHO; BRONZ, 2004).

Os autores acrescentam que a metodologia permite que profissionais de diferentes áreas do conhecimento, seja educação, ciências humanas ou saúde, desenvolvam o curso, não sendo exclusivo da segurança pública.

A enfermeira atuante na ESF pode desenvolver estas e outras ações no cuidado à mulher em situação de violência de acordo com as necessidades da área de abrangência de sua equipe e comunidade.

Como a ESF adota um modelo de trabalho baseado na aproximação e criação de vínculo com os usuários e famílias e tendo em vista as características do cuidado de enfermagem, entendemos que este campo de trabalho constitui um local rico em oportunidades para desenvolvimento de ações de prevenção e assistência da mulher em situação de violência. A aproximação com a realidade local permite conhecer a realidade social e criar estratégias que atendam as demandas daquela comunidade.

Para a ESF conseguir exercer seu potencial como agente social no enfrentamento da violência contra a mulher, os profissionais de saúde precisam ter “olhos atentos” em todas as oportunidades de cuidado à mulher; a violência precisa ser percebida em suas entrelinhas, pois muitas vezes está implícita nas diversas demandas da mulher sem ser admitida como o principal motivo que a levou a procurar o serviço de saúde.



Os resultados nesta pesquisa foram permeados pelas histórias de vida abarcadas de sofrimento causado pela violência ora aguda, ora crônica que comprometeu a saúde e a qualidade de vida e levou à interrupção dos projetos de vida da mulher e família. Revelaram também as dificuldades das usuárias em reconhecer a unidade de saúde de sua comunidade como um serviço de apoio, acolhimento, assistência e proteção na situação de violência vivenciada ao considerarem que a violência se vincula somente à segurança e justiça.

Tais histórias abrigam sentimentos de abandono e solidão, mas também um desamparo que trazem uma conotação de “consentido”, no sentido de que a sociedade, a cultura de banalização da violência de gênero e até o serviço de saúde local de alguma forma ensinaram estas mulheres que ninguém teria responsabilidade em ajudá-las no cotidiano de sofrimento oriundo da violência, levando as mulheres a se apossarem desse discurso que as faz conviver com a violência de forma solitária.

Outros achados foram as expectativas das mulheres para este serviço que nos trazem profundas reflexões e nos permitem ponderar que muitas das expectativas relatadas pelas usuárias são pontos fundamentais para alcance dos princípios do SUS e da APS, especialmente relacionados à integralidade da assistência, à resolutividade, à atenção intersetorial e à humanização. A possibilidade de atendimento destas expectativas perpassa o reconhecimento do conceito ampliado de saúde, o gênero como objeto de análise e a necessidade dos serviços de saúde, em especial a ESF, de se envolver em um trabalho coletivo de transformação social.

Todo este cenário revela de forma contundente a complexidade em que se assenta a temática violência contra a mulher e que, por se tratar de um fenômeno multifacetado, precisa ser visualizado por uma lente multifocal. Diversos atores sociais de forma intersetorial e interdisciplinar precisam deixar suas contribuições, e a área da saúde, em especial a ESF, que tem a unidade familiar como campo de intervenção, precisa identificar e legitimar suas ações de cuidado à mulher em situação de violência.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos da pesquisa foram alcançados à medida que nos permitiram apreender as demandas e expectativas das mulheres usuárias da APS sobre o serviço e o cuidado da enfermeira.

Os resultados da pesquisa evidenciaram um histórico de dor e sofrimento tanto físico quanto psicológico na vida das mulheres, com repercussão em diversos aspectos da vida e saúde, entre as quais sobressaíram os hematomas, as cicatrizes, a baixa autoestima, a ansiedade, a depressão e a hipertensão arterial. Além disso, experienciam o sentimento de solidão e desamparo quando imaginam que os recursos possíveis para aliviar sua situação de sofrimento se limitam às áreas de segurança pública e justiça.

Entretanto, um paradoxo aparece no discurso das participantes, ora não reconhecem a atuação da unidade de saúde sobre este fato, ora depositam esperança na atuação do serviço apontando o desejo de verbalizar o sofrimento, de ter oportunidade de participar de atividades educativas sobre o tema, de ser orientada, de ser encaminhada para a rede assistencial e a esperança de que haja uma articulação direta do serviço de saúde com o de segurança. O mesmo ocorreu nos anseios em relação ao atendimento da enfermeira, no qual esperam sensibilidade, cordialidade, humanização e orientação.

A violência contra a mulher constitui uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo o direito da preservação da integridade física, psicológica e da vida. A vivência da violência acarreta graves consequências à saúde da mulher e compromete sua qualidade de vida, o que ficou muito claro nos diversos relatos das participantes.

Devido à desigualdade de gênero, fruto da construção histórica e social da masculinidade e feminilidade, a violência se manifesta de diferentes maneiras em homens e mulheres, os primeiros são atingidos nos espaços públicos, e as mulheres em espaços privados, sobretudo no ambiente doméstico por seus companheiros ou ex-companheiros e familiares, o que representa a expressão máxima da desigualdade de gênero.

A gravidade deste fenômeno e sua complexidade torna emergente o engajamento de todos os segmentos da sociedade, educação, segurança pública, justiça, assistência social, trabalho, saúde entre outros, pois se trata de um

fenômeno social complexo e multifacetado que exige pró-atividade e articulação de ações governamentais, políticas, sociais, econômicas e culturais para sua prevenção, combate e enfrentamento.

A contribuição da área da saúde neste processo é fundamental, tendo em vista a necessidade de acolhimento e cuidado desta mulher. Sua atuação é demarcada pelo eixo assistencial da PNEVM e representa uma das áreas que compõem a rede de atendimento à mulher em situação de violência. Neste cenário, destacamos a APS como local privilegiado para acolher, assistir e cuidar das mulheres em situação de violência, principalmente as que vivenciam a sua forma crônica e velada manifestada sutilmente nas demandas de saúde da mulher.

A APS, especialmente a ESF constitui um espaço em que as práticas de saúde podem ser um grande alicerce para a superação da desigualdade de gênero e muitas expectativas almejadas pelas participantes em relação ao serviço e ao cuidado da enfermeira podem ser alcançadas. Todavia, sua concretização está ligada a mudanças políticas, estruturais e organizacionais para que todos os processos de trabalho sejam orientados na perspectiva de gênero.

Para a enfermagem percebemos que a maioria das demandas apresentadas pelas usuárias não transpõem ao que é reconhecido como essência da profissão: o cuidado. Portanto, denotam o caráter emergencial de se refletir e ampliar as práticas de saúde direcionadas à mulher, de forma que a enfermeira passe a se preocupar com o enfoque da violência, procurando identificá-lo e compreendê-lo em profundidade para enfrentá-lo de forma diferente do modo hegemônico que, sobretudo, reproduz a ideologia opressora dominante.

Necessita incorporar na assistência o que é ser mulher nesta sociedade, um grupo que é diferenciado socialmente, a partir do nascimento, que sofre discriminação por gênero.

A violência acarreta consequências expressivas para a vida das mulheres, levando-as a procurar regularmente os serviços de saúde, particularmente a unidade de saúde da APS. Por ser um problema permeado por contradições decorrentes das desigualdades resultantes da construção social de gênero, tal situação exige uma abordagem diferenciada, sensível e de gênero.

O processo de formação e qualificação profissional é um elemento crucial quando pensamos em organização da APS para atuar frente à violência de gênero, sendo uma das diretrizes da PNEVM. Como ponto de partida, destacamos que a

formação acadêmica da enfermeira precisa contemplar conteúdos e práticas voltados à dinâmica e realidade do sistema público brasileiro que se depara com a violência diariamente em seus três níveis de assistência. Acreditamos que a temática violência contra a mulher não pode ser apresentada na graduação de forma fragmentada, em disciplinas isoladas, pois o tema possui relevância para ser considerado em uma proposta de transversalidade curricular. É preciso que, ainda na graduação o aspirante à profissão tenha oportunidades de estudar, analisar, refletir e atuar no atendimento a mulheres que vivenciam a violência.

Além disso, enfatizamos que, para atender ao objetivo da PNEVM de proporcionar às mulheres em situação de violência atendimento humanizado e qualificado na rede de atendimento, é fundamental que haja vontade política e atuação efetiva e coresponsabilização dos gestores em estabelecer educação permanente e contínua sobre a temática para os recursos humanos da rede de APS, dando-lhes respaldo técnico e operacional para atuar em prol da integralidade do cuidado.

Espera-se o mesmo comprometimento na construção, implantação e garantia do funcionamento de uma rede local e regional de atendimento à mulher em situação de violência. O trabalho efetivo dos profissionais, entre eles o da enfermeira na assistência, a esta mulher também depende do funcionamento desta rede, uma vez que a complexidade da violência exige a interlocução com outros setores.

A partir da estruturação da rede, sugere-se a organização de um fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência que deve passar a ser de conhecimento de todos os profissionais da unidade de saúde, bem como os usuários, para isto sugerem-se cartazes expositivos afixados nas paredes e portas do serviço.

Outra iniciativa importante para informação da comunidade consiste na elaboração de uma cartilha ou catálogo contendo os serviços que compõem a rede de atendimento da mulher, indicando nome, finalidade, endereço e telefone de cada serviço, sendo sugerida sua distribuição àquelas mulheres que o profissional identificou ou suspeitou da violência. Além disso, o profissional pode disponibilizar o acesso de todos os usuários a este material.

A pesquisa retratou a realidade de algumas das inúmeras brasileiras que vivenciam a violência de gênero. Evidenciou o distanciamento da área da saúde para com este fenômeno e o anseio das usuárias em receber um atendimento

acolhedor, de ter um espaço para uma conversa que permita compartilhar sua dor e orientação profissional, o que nos suscita ainda mais o desejo do envolvimento da área da saúde, em especial a enfermeira e a APS engajada neste processo construtivo da saúde da mulher brasileira. Assim, para que os melhores níveis de saúde sejam atingidos, as transformações devem abranger o setor saúde e outras áreas igualmente comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos das mulheres. Sendo a violência um problema que atinge vários setores, que tem suas raízes na construção histórica, cultural e social das relações de gênero, sua prevenção deve se basear na desconstrução dessas relações perante os indivíduos, as famílias, as comunidades e a sociedade como um todo, para que se possam elaborar e desenvolver ações eficazes de prevenção e enfrentamento.

A partir das reflexões apresentadas nesta pesquisa, o empoderamento feminino é condição para a equidade de gênero. Na perspectiva feminista, o empoderamento é um poder que afirma, reconhece e valoriza as mulheres; é pré-condição para obter a igualdade entre homens e mulheres. Implica a alteração dos processos e das estruturas que reproduzem a posição subalterna da mulher, garantindo-lhes a autonomia e um repúdio à violência.

Como limitação do estudo, ressaltamos a carência de literatura especializada no cuidado de enfermagem à mulheres em situação de violência, que enfocassem as atribuições e a atuação específica da enfermagem.

Esperamos que outras pesquisas sobre a temática sejam realizadas, pois a conjugação do olhar das usuárias com o dos profissionais de saúde e gestores em um mesmo estudo poderá iluminar a dinâmica assistencial a partir dos diferentes atores sociais. Ressalta-se também a necessidade de pesquisas realizadas com enfermeiras, sobretudo aquelas que possuem maior aproximação com a temática e que assistem mulheres em situação de violência, cujo objeto de investigação consista no cuidado na perspectiva de quem cuida.

Esta investigação aponta a necessidade de explicitar a invisibilidade da violência à mulher no contexto da APS, na medida em que ela procura o serviço e apresenta uma demanda concreta de assistência, o que não tem ocorrido na maioria das unidades de saúde no país.

A finalização deste trabalho não concluiu, nem tampouco pretendeu saturar a temática, pelo contrário consideramos como ponto de partida para novas

discussões, aproximação e compromisso da enfermagem como agente social de transformação a partir do cuidado à saúde da mulher.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, F.; ANDRADE FILHO A.; BRONZ, A. **Conversas homem a homem:** grupo reflexivo de gênero-metodologia. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004. Disponível em: < [http://www.noos.org.br/userfiles/file/metodologia\\_port.pdf](http://www.noos.org.br/userfiles/file/metodologia_port.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- ALMEIDA C. M.de; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.
- ALMEIDA, L. R. de; SILVA, A. T. M. C. da; MACHADO, L. dos 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:** comunicação, saúde e educação, v. 18, n. 48, p. 47-59, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000100047&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100047&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 mar. 2015.
- ANDRADE, C. J. M. **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher:** um olhar de gênero. 2009. 139f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.
- ARENDT, H. **A condição humana.** 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, mar. 2008.
- AURÉLIO, B. de H. F. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 2010. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com>. Acesso em: 24 mar. 2015.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os males de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 6 -15, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/O%20cuidado,%20os%20modos%20de%20ser%20do%20humano%20e%20as%20praticas%20de%20saude.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2015.
- BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-318, jul./set. 2012.
- BARSTED, L. L. **Violência contra a mulher:** um guia de defesa, orientação e apoio. 6. ed. Rio de Janeiro: Cepia, 2007.
- BOFF L. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, set. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014). Acesso em: 22 mar. 2015.

BORSARI, L. C.; CASSAB, L. A. **ONG's**: o enfrentamento à violência contra a mulher. Anais do I Simpósio sobre estudos de gênero e políticas públicas. Universidade Estadual de Londrina, 24 a 25 de junho de 2010.

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11340.htm>. Acesso em: 25 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 09 nov. 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial da união**. Brasília, 16 out. 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 maio 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.406 de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2004b.

\_\_\_\_\_. 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. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Saúde da Família**. 2013d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 28 mar. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Universidade Aberta do SUS, UNA-SUS. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Especialização em saúde da família. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio a saúde da família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP, 2015c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para a Prática em Serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério do desenvolvimento social e combate a fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS: Guia de Orientação nº 1**, Brasília, 2012d.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto n. 5.099 de 05 de junho de 2004. Regulamenta a Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de junho de 2004a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto n. 8.086 de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 de agosto de 2013e.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto n. 1.973 de 1 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher-Convenção de Belém do Pará, concluída em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 de agosto de 1996.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei n. 13.104 de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o femicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o femicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 de março de 2015a.

\_\_\_\_\_. Presidência da república. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 de novembro de 2003.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de políticas para as mulheres. **Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. Acesso à informação. Missão e objetivos. 2015b. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/quem-somos/o-que-e/accessibility-info>. Acesso em: 15 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas Públicas para as mulheres. **Prêmio construindo a igualdade de gênero**: concurso de redações, projetos artigos científicos e projetos pedagógicos. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2014c.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres. Secretaria de Políticas para as mulheres de Atenção à Saúde. **Rede de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011c.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Acesso à informação. **Mulher, viver sem violência** – apresentação. Casa da mulher brasileira. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2014a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Pacto Nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de políticas para as mulheres, 2011a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Programa Pró-equidade de gênero e raça**. Guia Operacional. 5. ed. Brasília: Secretaria de políticas para as mulheres, 2013c

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a violência contra a mulher**: orientações práticas para profissionais e voluntários (as). Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2005.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Coordenação das comissões especiais, temporárias e parlamentares de inquérito. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito**: relatório final. Brasília: Senado Federal, 2013b.

\_\_\_\_\_. Sistema de Indicadores de Percepção Social. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Tolerância social à violência contra as mulheres**. Brasília: IPEA, 2014b. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327\\_sips\\_violencia\\_mulheres.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf). Acesso em: 01abr. 2014

CARNASSALE, V. D. **Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade**. 2012. 150f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

CELEIRO DO NORTE. Notícias. **Fim da violência contra a mulher**. CDL Sinop participa da Campanha Brasileira do Laço Branco. [S.l.], 2012. Disponível em: <http://www.celeirodonorte.com.br/VerNoticia/3793/354>. Acesso em: 27 mar. 2014.

CENTRO DE REFERÊNCIA. Prefeitura de Juiz de Fora-MG. **Casa da mulher: centro de referência de Juiz de Fora**. Balanços atendimentos Casa da mulher julho de 2013 à janeiro de 2014. Estatística, 2014.

CHERNICHARO, I. de M.; SILVA, F. D. da; FERREIRA, M. de A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 686-693, out./dez. 2011.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

CORREA, F. S. PAES, M. S. L. Mulher vítima de violência sexual: como os profissionais de saúde agem nesta situação? **Revista Enfermagem Integrada**, v. 6, n. 1, jul./ago. 2013. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v6/06-mulher-vitima-de-violencia-sexual-como-os-profissionais-de-saude-agem-nesta.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2014.

COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. de. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/570>. Acesso em: 30 jun. 2015.

ESTADÃO/SAÚDE. Notícias-Saúde. **Saúde inclui violência doméstica e sexual na lista de notificação obrigatória**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,saude-inclui-violencia-domestica-e-sexual-na-lista-de-notificacao-obrigatoria,671512,0.htm>. Acesso em: 04 mar. 2014.

EXPÓSITO, F. **Violência de gênero**. [S.l.: s.n], 2011. Disponível em: <<http://www.uv.mx/cendhiu/educacion/documents/ArticuloViolenciadegenero.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2011.

FAVERO, L. et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n. 2, p. 213-218, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a16v22n2.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.

FERRANTE, F. G. de; SANTOS, M. A. dos; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 287-299, out./dez. 2009. Disponível em: [http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000400005](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400005). Acesso em: 21 set. 2013.

FERRAZ, M. I. R. et al. O cuidado de enfermagem à vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 755-759, out./dez. 2009.

FERREIRA, W. N. B. **(In) visíveis sequelas: violência psicológica contra a mulher sob o enfoque gestáltico**. 2010.111f. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica) - Universidade Federal do Pará. Instituto de filosofia e ciencias humanas. Belém, 2010.

FESCINA, R. H. et al. **Saúde sexual e reprodutiva: guias para a atenção continuada da mulher e do recém-nascido focalizadas na APS**. Montevideu: CLAP/SMR, 2010.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FONSECA, R. M. G. S. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri: Manole, 2007, p. 30-61.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 17-27, jan. 2008.

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M. G. S. da; GUEDES, R. N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev. Latino-Am-Enfermagem**, v. 19, n. 3, maio/jun. 2011.

FREITAS, W. de M. F. OLIVEIRA, M. H. B. de; SILVA, A. T. M. C. da. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 457-466, jul./set.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a09v37n98.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **RECOM-Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 1194-1203, maio/ago. 2014.

GOMES, N. P. et al. Violência conjugal e o atendimento da Mulher na delegacia e no serviço de saúde. **Revista Baiana de enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 2, p. 146-153, maio/ago. 2013. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6928/7158>. Acesso em: 22 mar. 2015.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. da; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-311, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200005&script=sci_arttext). Acesso em: 20 mar. 2015.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C. da; FONSECA, R. M. G. S. da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 625-631, jul./set. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300024&script=sci_arttext). Acesso em: 02 jul. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. A. Desistindo da denuncia ao agressor: relatos de mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 744-751, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a17.pdf> . Acesso em: 25 abr. 2012.

KANNO, N. de P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000400008&script=sci_arttext). Acesso em: 30 jun. 2015.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, 2011.

LABRONICI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 401-406, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200023). Acesso em: 18 mar. 2015.

LARANJEIRA, M.; TEIXEIRA, E. **Dossiê violência contra a mulher: um problema que afeta toda a sociedade**. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Regional Pernambuco, 2011.

LEITE, A. de C. **Mulheres em situação de violência doméstica: o ponto de vista dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde**. 2012. 160f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, 2012.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009). Acesso em: 26 mar. 2015.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1-10, abr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000400013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 mar. 2015.

MINAS GERAIS. Sistema Integrado de Defesa Social. **Região Integrada de Segurança Pública** - RISP 04 Juiz de Fora, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hicitec, 2012.

MIRANDA, M. P. de M.; PAULA, C. S. de; BORDIN, I. A. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev. Panam Salud Pública**, v. 27, n. 4, 2010. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892010000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892010000400009&script=sci_arttext). Acesso em: 18 mar. 2015.

MOREIRA, S. da N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1053-1059, 2008.

MORAIS, S. C. R. V.; MONTEIRO, C. F. de S.; ROCHA, S. S. da. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 155-160, jan./mar. 2010.

NOVELLINO, M. S. F.; TAVARES, R. S. de S. Coleta de informações em estudos sociais: abordagens quantitativas e qualitativas para analisar centros de referência de atendimento às mulheres em situação de violência. **Atoz**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 10-21, jan./jun. 2013.

OLIVEIRA C. C. **Práticas profissionais das equipes de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero** Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

OLIVEIRA, R. N. G. FONSECA, R. M. G. S. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. especial 2, p. 32-39, jul. 2014 Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00031.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00031.pdf). Acesso em: 26 jun. 2015.

OLIVEIRA, C. C. de; FONSECA, R. M. G. S. da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 605-612, dez. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400010&script=sci_arttext). Acesso em: 18 maio 2013.

OLIVEIRA, J. F.; DIAS, N. A. G.; BARBOSA, J. A. G. Violência contra a mulher: abordagem dos profissionais da enfermagem às vítimas. **Periódico Científico do Núcleo de Biociências Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, ago./set. 2012.

OLIVEIRA, R. N. G. **Violência de gênero e necessidades em saúde**: limites e possibilidades da estratégia saúde da família. 2011. 207f. Tese (Doutorado em Ciências). São Paulo: Enfermagem, 2011.  
Disponível em: file:///D:/Download/Tese\_Rebeca\_Nunes\_Guedes\_Final%20(3).pdf.  
Acesso em: 26 jun. 2015.

OKABE I. **Violência contra a mulher**: uma proposta de indicadores de gênero na família. 2010. 206f. (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem; 2010  
Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-29042010-105520/>.

ONU-MULHERES. Entidade das nações unidas para a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres. **Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher** – CEDAW, 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados primários de saúde**: Declaração de Alma-Ata, 1978 - Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978. Brasília: OMS, 1979.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. OMS, 2011.

PAIM, J. S. **Saúde coletiva**: desafios para a saúde coletiva no XXI. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2006.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 61, n.3, p. 312-318, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci_arttext). Acesso em: 20 mar. 2015.

RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 41, n. 6, p. 970-978, jul. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n6/5848.pdf> >. Acesso em: 25 abr. 2012.

RAIMONDO, M. L.; LABRONICI, L. M.; LAROCCA, L.M. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher um registradas em uma delegacia especial. **Cogitare Enferm.** v. 18, n. 1, jan./mar. p.43-49, 2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/26539/20012>. Acesso em: 25 mar. 2015

ROSA, R. et al. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 81-90, jan./mar. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100007&script=sci_arttext). Acesso em: 18 mar. 2015.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **E.I.A.L.**, v. 16, n. 1, 2005.

SANTOS, S. M. P. et al. Concepções e práticas de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher. **Rev. Enfer. UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 1, p. 77-82, jan. 2014.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 18 jun. 2015

SOF- SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **Feminismo e luta das mulheres**: análise e debates. SOF: São Paulo, 2005.

SOUTO. C. M. R. M. **Violência conjugal sob o olha de gênero**. 2008. 149f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza-CE, 2008.

SOUZA, E. R. de et al. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. **R. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 13-19, 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a02.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

SOUZA. M. D. **Atuação da enfermeira na educação em saúde grupal em direitos sexuais/reprodutivos na atenção básica**. 2011. 168f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2011.

STF. Supremo Tribunal Federal. O Tribunal da cidadania. **Lei Maria da Penha fica mais rigorosa**. Superior Tribunal de Justiça. Brasília: república federativa do Brasil. 2012. Disponível em: [http://www.stj.gov.br/portal\\_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texto=104780](http://www.stj.gov.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texto=104780)>. Acesso em: 23 out. 2012.

VENÂNCIO, K. C. M. P. A magnitude da violência de gênero entre mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários. 2012. 195f. Dissertação (Mestrado em Ciências). São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-10052012-124820/pt-br.php>. Acesso em: 26 jun. 2015.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 3, p. 113-125, 2008.



Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/12.pdf> >. Acesso em: 25 abr. 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: homicídios de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPP/PR, 2012. Disponível em: [http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012\\_atual\\_mulheres.pdf](http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf). Acesso em: 18 maio 2013.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, v. 8, n. 8, p. 1-12, 2008. Disponível em: <http://www.fhgv.com.br/Producao%20cientifica/Artigo%20-%20Atualizacao%20do%20cuidar.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2015.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. **Cuidar e humanizar**: relações e significados. *Acta Paul. Enferm.*, v. 24, n. 3, p.414-418, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017). Acesso em: 01 jul. 2015.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes; 2006.



## APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

A Sra \_\_\_\_\_ está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “*Cuidado à mulher em situação de violência: demandas e expectativas das usuárias da atenção primária à saúde*”.

Nesta pesquisa, pretendemos analisar as demandas e expectativas da mulher em situação de violência assistida na APS na perspectiva do cuidado de enfermagem; bem como descrever as situações de violência vivenciadas; caracterizar a repercussão da violência na saúde das mulheres; identificar as demandas da mulher em situação de violência em relação ao atendimento na unidade de APS e descrever as expectativas da mulher em situação de violência em relação à APS e à assistência da enfermeira. O motivo que nos leva a estudar é o fato de acreditarmos que os resultados da pesquisa poderão contribuir para a compreensão dos aspectos peculiares da mulher em situação de violência, suas interfaces e dificuldades, o que poderá contribuir para suprir a emergente necessidade de elucidação sobre a assistência da enfermeira à mulher em situação de violência na Atenção Primária a Saúde.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: serão convidadas para participar mulheres em situação de violência, usuárias da unidade de saúde Furtado de Menezes. A pesquisa se dará por meio de uma entrevista individual, realizada pela pesquisadora em data e horário previamente agendados. A entrevista acontecerá em uma sala reservada na unidade de Saúde em que a Sra recebe assistência, a entrevista será gravada através de um dispositivo áudio-eletrônico (MP4) para posterior transcrição e análise, estima-se um tempo de aproximadamente 40 minutos para responder a entrevista.

Este estudo apresenta risco mínimo, pois trata-se apenas de uma entrevista, sendo garantido seu total anonimato e utilização das informações somente para fins científicos, conforme prevê a Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Apesar disso, é assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo a Sra não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, a Sra tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, na Escola de Enfermagem

da UFJF e a outra será fornecida à senhora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos da pesquisa “*Cuidado à mulher em situação de violência: demandas e expectativas das usuárias da atenção primária à saúde*” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Nome                      Assinatura participante                      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Nome                      Assinatura pesquisador                      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Nome                      Assinatura testemunha                      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF  
Campus Universitário da UFJF  
Pró-Reitoria de Pesquisa  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisadora Responsável: Betânia Maria Fernandes  
Fone: (32) 8832 3214  
E-mail: betaniafernandes@uol.com.br

Aluna pesquisadora: Maione Silva Louzada Paes  
Fone (31) 8574 7107  
Endereço: Rua Cedro, nº 120, Cidade Nova-Chácara do vale, Santana do Paraíso-MG  
E-mail: maionelouzadas@yahoo.com.br

## APÊNDICE B- Roteiro de entrevista

### A - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Idade: _____	Participa financeiramente com o núcleo familiar? ( ) sim ( ) não
Cor autodeclarada: _____	
Estado civil/situação conjugal: ( ) solteira ( ) casada ( ) divorciada ( ) viúva ( ) união estável	Parentesco/relação com o agressor: ( ) companheiro ( ) ex-companheiro ( ) namorado ( ) ex-namorado ( ) marido ( ) ex- marido ( ) filho ( ) outros parentes. Qual: _____ ( ) amigo ( ) desconheço o agressor
Filho(s): ( ) sim ( ) não	
Quantos: _____	
Escolaridade: ( ) Analfabetismo funcional: sem instrução ou até 3 anos de estudo ( ) 4 a 7 anos de estudo (ensino fundamental incompleto) ( ) 8 a 10 anos de estudo (ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto) ( ) 11 a 14 anos de estudo (ensino médio completo ou ensino superior incompleto) ( ) 15 e mais anos de estudo (ensino superior completo) ( ) Outros	Convive com o parceiro/agressor? ( ) sim ( ) não  Se sim, há quanto tempo: _____  Há quanto tempo tem sofrido ou sofreu violência? _____  Há quanto tempo você utiliza os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS)? _____
Profissão/Ocupação: _____	Quais profissionais já te atenderam na unidade de saúde? ( ) médico(a) ( ) enfermeiro(a) ( ) técnico(a) de enfermagem ( ) psicólogo(a) ( ) assistente social ( ) outro(s): _____
Quem é o provedor do núcleo familiar? _____	

### B – QUESTÕES INICIAIS

- 1) Alguma vez você foi humilhada, proibida de ver amigos, ou de fazer coisas que são de seu interesse? Se a resposta for positiva, continuar:
- 2) Desde quando você foi humilhada, impedida de ver amigos, ou de fazer coisas que são de seu interesse?
- 3) Alguém bateu em você ou a agrediu fisicamente?
- 4) Você tem sido forçada a manter relações sexuais?
- 5) Alguma vez sentiu preocupação pela segurança dos seus filhos?
- 6) Você já sentiu medo do seu parceiro ou de alguma outra pessoa?

**C – QUESTÕES SEMIESTRUTURADAS**

- 1) Você já procurou algum serviço de saúde devido à violência?  
( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual ? Como foi o atendimento?
- 2) Em sua opinião, o que a unidade de saúde do seu bairro pode fazer em relação à situação da violência contra a mulher? De que forma?
- 3) Em sua opinião, o que os profissionais da unidade de saúde do seu bairro podem fazer em relação à violência? De que forma?
- 4) E a enfermeira da unidade, o que pode fazer em relação à violência? De que forma?
- 5) Para você quais as consequências que a violência acarretou em sua vida? E para sua saúde trouxe algum problema?

**D – Informações adicionais:**

---

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE ENFERMAGEM

**APÊNDICE C - Carta informativa à instituição**

Juiz de Fora, \_\_de \_\_\_\_de 2014

Prezado Sr. Thiago Augusto Campos Horta  
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde / SS / PJF

Eu, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Betânia Maria Fernandes, docente da Faculdade de Enfermagem da UFJF, juntamente com a Mestranda em Enfermagem Maione Silva Louzada Paes estamos desenvolvendo uma pesquisa "*Cuidado à mulher em situação de violência: demandas e expectativas das usuárias da atenção primária à saúde*" que tem como objetivo: analisar as demandas e expectativas da mulher em situação de violência assistida na APS na perspectiva do cuidado de enfermagem; bem como descrever as situações de violência vivenciadas; caracterizar a repercussão da violência na saúde das mulheres; identificar as demandas da mulher em situação de violência em relação ao atendimento na unidade de APS e descrever as expectativas da mulher em situação de violência em relação à APS e à assistência da enfermeira.

Esclarecemos que estão sendo respeitadas as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos e que o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. Mediante isso, realizaremos as entrevistas com as usuárias somente após autorização da instituição e consentimento das participantes.

Será garantido o anonimato das participantes e as informações colhidas através das entrevistas serão para fins científicos, sendo que as mesmas serão usadas exclusivamente como material de análise dessa pesquisa.

Além disso, informo que a pesquisa não acarretará nenhuma despesa ou dano à sua pessoa ou às participantes, bem como à instituição. Coloco-me à disposição para esclarecimento de todas e quaisquer dúvidas surgidas durante e após a realização da pesquisa.

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Betânia Maria Fernandes  
Orientadora da Pesquisa  
Tel: 2102 – 3297



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM****APÊNDICE D - Autorização para coleta de dados**

Declaro minha anuência para os solicitantes Maione Silva Louzada Paes, Mestranda em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF, sob orientação da Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>.Betânia Maria Fernandes para procederem à coleta de dados para a pesquisa intitulada “*Cuidado à mulher em situação de violência: demandas e expectativas das usuárias da atenção primária à saúde*”. Estou ciente dos objetivos da mesma bem como dos procedimentos e meios para sua realização, tendo garantia do anonimato e também da não ocorrência de qualquer prejuízo ou dano à instituição ou aos sujeitos da pesquisa.

Juiz de Fora,    /    / 2014

---

Thiago Augusto Campos Horta  
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde/ SS / PJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM****APÊNDICE E - Declaração de infraestrutura**

Como Subsecretário de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, autorizo o processo de coleta de dados da pesquisa intitulada: “*Cuidado à mulher em situação de violência: demandas e expectativas das usuárias da atenção primária à saúde*” cujo objetivos são analisar as demandas e expectativas da mulher em situação de violência assistida na APS na perspectiva do cuidado de enfermagem; bem como descrever as situações de violência vivenciadas; caracterizar a repercussão da violência na saúde das mulheres; identificar as demandas da mulher em situação de violência em relação ao atendimento na unidade de APS e descrever as expectativas da mulher em situação de violência em relação à APS e à assistência da enfermeira, por considerar que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária para a realização desta investigação.

Atenciosamente,

Juiz de Fora,    /    / 2014

---

Thiago Augusto Campos Horta  
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde/ SS / PJF





UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM****APÊNDICE F - Carta de apresentação**

Juiz de Fora, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.

Prezado Sr. Thiago Augusto Campos Horta  
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde / SS / PJF

Eu, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Betânia Maria Fernandes, docente da Faculdade de Enfermagem da UFJF, juntamente com a Mestranda em Enfermagem Maione Silva Louzada Paes estamos desenvolvendo uma pesquisa "*Cuidado à mulher em situação de violência: demandas e expectativas das usuárias da atenção primária à saúde*" que tem como objetivo: analisar as necessidades de saúde da mulher em situação de violência sobre a assistência na APS, enquanto uma contribuição para o cuidado de enfermagem à mulher.

Para o desenvolvimento da investigação está prevista a realização de uma entrevista com usuárias da Unidade de Atenção Primária à Saúde de Furtado de Menezes, no município de Juiz de Fora. Na oportunidade, solicitamos sua autorização para proceder à coleta de dados para a pesquisa, no serviço sob sua coordenação. Apresentamos as informações devidas sobre a pesquisa na Carta Informativa à Instituição.

Gostaríamos de contar com o apoio e a cooperação necessários para que seja desenvolvida essa pesquisa, que poderá contribuir para compreender aspectos peculiares da mulher em situação de violência, suas interfaces e dificuldades, o que poderá contribuir para suprir a emergente necessidade de elucidação sobre a assistência da enfermeira à mulher em situação de violência na APS.

Atenciosamente,

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Betânia Maria Fernandes  
Orientadora da Pesquisa  
Campus Universitário UFJF

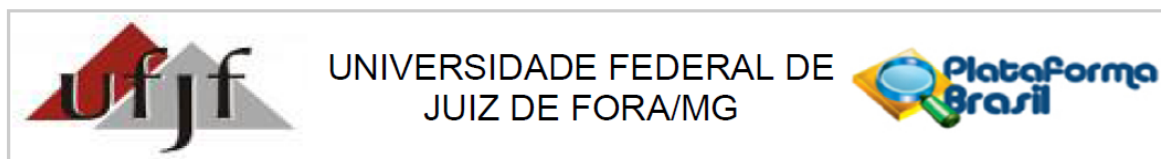
Bairro Imbaúbas, Ipatinga/MG  
CEP:35160-257, Tel. (31)8574 7107

---

Maione Silva Louzada Paes  
Mestranda em Enfermagem  
Rua Diogo Álvares, 167/103  
Bairro Martelos

CEP: 36036-900, Tel: (32) 2102-3297

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** BETANIA MARIA FERNANDES

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 32147614.7.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 714.480

**Data da Relatoria:** 24/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

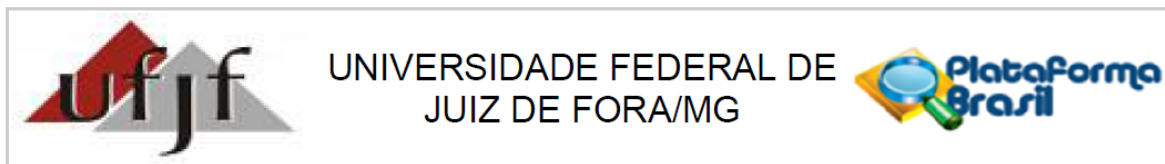
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e na Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 714.480

Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: julho/2015

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e na Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 10 de Julho de 2014

---

**Assinado por:**  
**Paulo Cortes Gago**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br