

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Bruna Lais Alcará de Moraes

**ENFERMEIRA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A MULHER EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Campo Grande/MS

2015

Bruna Lais Alcará de Moraes

**ENFERMEIRA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A MULHER EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora de Souza Gerk e coorientação da Prof^a. Dr^a. Cristina Brandt Nunes.

Grupo de Pesquisa: Cuidado em saúde e enfermagem no ciclo vital da criança, adolescente, mulher e família.

Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde e Enfermagem.

Campo Grande/MS

2015

“A esperança vê o que não existe no presente. Existe só no futuro, na imaginação. A imaginação é o lugar onde as coisas que não existem, existem. Este é o mistério da alma humana: somos ajudados pelo que não existe. Quando temos esperança, o futuro se apossa dos nossos corpos. E dançamos.”

(Rubem Alves)

Dedico este trabalho a Deus pela força nos momentos difíceis, pela proteção e bênçãos em minha vida.

Dedico-o também à minha mãe e ao meu pai, fontes de inspiração e amor em minha vida, que muito lutaram para que eu pudesse chegar até esta etapa da vida profissional.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa é fruto de muito trabalho, que me permitiu evoluir na profissão e provocou diversos sentimentos, desde a alegria, a felicidade, até o desespero ou cansaço. Com certeza não a fiz sozinha e, certamente, não a teria feito sem a ajuda de muitas pessoas. Assim, desejo agradecer a todas elas neste espaço, que se torna muito pequeno para o tanto que eu deveria dizer-lhes.

Primeiramente agradeço a Deus, pela força e inspiração nesses vinte e quatro meses tão intensos.

Agradeço à minha família, principalmente a meus pais, meu irmão, primas, que me apoiaram e não deixaram de acreditar em mim, mesmo com tantas mudanças.

Agradeço ao meu noivo, Caio, pela paciência, ajuda e amizade nesse tempo que estive viajando, morando fora e me dedicando ao trabalho e estudos. E por me fazer acreditar que tudo teria um final feliz.

Agradeço às amigas Flávia, Rita e Luiza, pelo apoio e carinho.

Agradeço às orientadoras, professoras Maria Auxiliadora de Souza Gerk e Cristina Brandt Nunes, que foram pacientes com todas as mudanças nesse período, ensinando-me muito e participaram ativamente da construção dessa pesquisa e transmitiram a vontade de me tornar uma enfermeira cada vez melhor.

Agradeço à professora Lourdes Missio, por ter me auxiliado no processo de seleção, na construção da primeira versão do pré-projeto e o apoio de sempre.

Agradeço a todos os acadêmicos da segunda turma do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS, por todo o companheirismo, trocas de experiências, ajuda e pelos momentos de diversão compartilhados.

A todos os professores das disciplinas do curso, que me transmitiram conhecimentos e experiências.

Agradeço a todas as enfermeiras que participaram da pesquisa, que por meio de suas vivências puderam me auxiliar na construção desta pesquisa.

A todas as mulheres que vivem das mais diversas formas, as que têm um cotidiano sofrido e as que não o têm, mas que lutam a cada dia.

Agradeço à CAPES pela ajuda financeira por meio de bolsa durante seis meses.

RESUMO

Esta pesquisa buscou compreender a abordagem e as concepções das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Dourados à mulher em situação de violência, bem como identificar de que forma os casos chegam à ESF e como são assistidos. A violência contra a mulher é um problema de saúde pública e interfere na sua qualidade de vida e de suas famílias. A ESF foi o serviço escolhido pela forma de trabalho com base em território e população delimitada, que favorece o vínculo entre a equipe e a população. Para alcançar os objetivos do trabalho, foi utilizada metodologia qualitativa, com uso do Discurso do Sujeito Coletivo e a teoria das Representações Sociais, de Serge Mucovici, para fundamentar as análises. Foi utilizada a entrevista para a coleta de dados, com roteiro semi-estruturado. Os resultados evidenciaram que as enfermeiras participantes não se sentem preparadas para atender os casos de violência contra a mulher. As representações sociais das enfermeiras estão relacionadas com um conceito ampliado de violência, com questões culturais e de gênero envolvidas. Além disso, apontam para as condições sociais, econômicas, educacionais desfavoráveis dessas mulheres, que interferem no rompimento do ciclo da violência. Observou-se que a violência contra a mulher está presente na rotina da ESF; no entanto, não é considerada prioridade para as enfermeiras, e os casos são percebidos como sem resolutividade pelas mesmas, o que as desmotiva a se envolverem com as situações e colabora com a subnotificação. Quanto à assistência à mulher em situação de violência, os resultados apontaram que as enfermeiras sentem-se impotentes para lidar com os casos, possuem medo de represálias devido à proximidade com a população, estão sobrecarregadas de funções e não possuem condições de trabalho, tanto quanto de infraestrutura quanto de protocolos de atendimento para assistir essas mulheres. A rede de atendimentos para as mulheres em situação de violência é considerada como insuficiente e sem resolutividade pelas enfermeiras. Entretanto, não deixam de atender e se envolver com os casos de violência; mesmo com tais dificuldades, procuram amparar as mulheres e buscar soluções possíveis, além de serem consideradas pontos de referência nas equipes. O trabalho em equipe ficou evidenciado como um facilitador para atendimento dos casos. Conclui-se que a enfermeira é relevante nesse processo, pois consegue articular com outros profissionais e serviços. A ESF é um serviço com possibilidades para que a violência seja desvelada e que a mulher possa ser acolhida.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Enfermagem em Saúde Pública; Saúde da Mulher; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This research sought to understand the approach and concepts of the nurses of the *Estratégia de Saúde da Família* (ESF – Family Health Strategy) of Dourados city to women in situations of violence as well as to identify how the cases are presented to the ESF and how they are assisted. The violence against women is a public health problem and interferes with their quality of life and their families. The ESF was the service chosen by way of working based on territory and delimited population, which favors the link between the team and the population. To achieve the research objectives, qualitative methodology was used, using the collective subject discourse and the theory of Social Representations of Serge Mucovici, to ground the analysis. The interview was used to collect data, with script semi-structured. The results showed that participating nurses do not feel prepared to meet the cases of violence against women. The social representations of nurses are related to a wider concept of violence, with cultural and gender issues involved. Furthermore, they point to the terms social, economic, educational unfavorable these women, that interfere in breaking of the cycle of violence. It was observed that violence against women is present in the routine of ESF; however, is not considered a priority for the nurses, and the cases are perceived as without resoluteness by the same, what demotivates to engage with the situations and collaborates with underreporting. As for assistance to women in situations of violence, the results pointed out that nurses feel powerless to deal with cases, have fear of reprisals due to proximity to the population, are overloaded functions and do not have working conditions as much as infrastructure as care protocols to assist these women. The network of care for women in situations of violence is regarded as insufficient and without resoluteness by the nurses. However, they nevertheless meet and engage with cases of violence; even with such difficulties, seek to support women and to seek possible solutions, besides being considered landmarks in the teams. Teamwork was evidenced as a facilitator for treatment of the cases. It is concluded that the nurse is relevant in this process because it manages articulate with other professionals and services. The ESF is a service with possibilities for that violence be unveiled and that women may be upheld.

Palavras-chave: Violence Against Women; Public Health Nursing; Women's Health; Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CSM	Comissão sobre o Status da Mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UPAM	Unidade Policial de Atendimento à Mulher
VIVA MULHER	Centro de Atendimento à Mulher Vítima de Violência

Sumário

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE	12
2.2 CONCEPÇÃO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	17
2.2.1 A ABORDAGEM REALIZADA PELOS PROFISSIONAIS DIANTE DAS MULHERES COM SUSPEITA DE VIOLÊNCIA	20
2.2.2 DIFICULDADES NO ATENDIMENTO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	23
2.3 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER: INTERFACE COM A VIOLÊNCIA	24
2.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ENFERMEIRA	25
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 REFERENCIAL TEÓRICO	29
5 O PERCURSO DA PESQUISA	33
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	33
5.2 CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA	34
5.2.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOURADOS	35
5.2.2 REDE DE SERVIÇOS PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DO MUNICÍPIO DE DOURADOS	36
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	37
5.4 COLETA DE DADOS	38
5.5 SATURAÇÃO TEÓRICA	39
5.6 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS POR MEIO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	39
5.7 ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	41
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS PARTICIPANTES	42
6.2 CONCEITOS DE VIOLÊNCIA	44
6.3 O CICLO DA VIOLÊNCIA	47

6.4 A VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DA ESF	54
6.5 ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	59
6.6 AÇÕES REALIZADAS E PROPOSTAS	67
6.7 O CAMINHO RUMO ÀS PERSPECTIVAS DE MUDANÇAS	76
<u>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>78</u>
<u>8 REFERÊNCIAS</u>	<u>81</u>
<u>APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</u>	<u>90</u>
<u>APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS</u>	<u>91</u>
<u>APÊNDICE 3 – QUADRO DE SATURAÇÃO TEÓRICA</u>	<u>92</u>
<u>ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE DOURADOS</u>	<u>96</u>
<u>ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</u>	<u>97</u>

1 INTRODUÇÃO

A abordagem à saúde da mulher requer uma dimensão holística, de modo a incluir-se a situação de violência contra a mulher. Este tema começou a ser estudado na saúde pública devido à interferência na qualidade de vida das mulheres agredidas e de suas famílias, visto que quando uma mulher passa por esta situação pode desenvolver problemas como depressão, doenças sexualmente transmissíveis, gestações indesejadas, uso de álcool e outras drogas (DAHMER *et al.*, 2012).

A violência contra a mulher é grave problema de saúde pública que pode ser entendida como “qualquer ato de violência baseado na diferença de 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” (CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 2005, p. 141).

Esta temática deve ser abordada sob a ótica de gênero, considerando que as relações entre homens e mulheres na sociedade desenvolvem-se de acordo com os papéis por ela estabelecidos, ou seja, conforme a identidade subjetiva masculina e feminina (SCOTT, 1996). Tal construção social, do ser mulher e homem em nossa realidade, atribui ao masculino a função do ser dominador e, ao feminino, do ser dominado.

A violência contra a mulher é um problema social, interfere no direito das mulheres e na saúde das mesmas, entretanto é desvalorizada e subnotificada e, como consequência, não é visível em sua totalidade (FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal foco da atenção primária. Esta abordagem de cuidado se diferencia das outras pela divisão territorial e permite que os profissionais criem vínculos com a população atendida. Dessa forma, a assistência prestada tem como princípio englobar vários aspectos dos indivíduos, dentre os quais a violência contra a mulher (FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011).

Mesmo na ESF, todavia, os profissionais de saúde, em sua maioria, não estão preparados para atender os casos por diversos motivos, tais como falta de conhecimento e ausência de uma rede integral de serviços (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Com isso, esta pesquisa está relacionada com a atuação das enfermeiras¹ da ESF diante dos casos de violência contra a mulher. Assim, a pretensão deste estudo foi observar se as enfermeiras que atuam neste serviço reconhecem as mulheres em situação de violência e também o modo como abordam os casos de violência contra a mulher.

O interesse pelo tema surgiu durante a graduação em Enfermagem, quando a identidade profissional da pesquisadora foi se formando, e a saúde da mulher foi uma área que apresentou grande afinidade.

O despertar para o tema da violência contra a mulher ocorreu durante a graduação em Enfermagem, quando uma profissional do serviço que atende os casos foi até a universidade falar sobre a violência contra a mulher e como os casos eram atendidos. O tema provocou curiosidade, implicando em pesquisar mais sobre o mesmo para aprofundar conhecimentos e entender como essas mulheres enfrentam a violência, o que constituiu o trabalho de conclusão de curso (TCC) da pesquisadora. Na ocasião, as mulheres atendidas no centro de referência foram o foco da pesquisa.

O TCC despertou o interesse pela pesquisa e a vontade de continuar nesse caminho profissional; desta maneira, a violência contra a mulher foi o tema escolhido para aprofundamento no Mestrado Acadêmico em Enfermagem, com o objetivo de estudar a atuação das enfermeiras com esta população por se tratar de um fato relevante identificado no TCC, visto que as mulheres que participaram do estudo poucas vezes possuíam vínculo com a ESF.

Portanto, este estudo visou a compreender a concepção e a abordagem da enfermeira da ESF no município de Dourados/MS à mulher em situação de violência, o que poderá contribuir para a efetividade da assistência prestada, além de criar subsídios para políticas públicas para esta população.

¹ Será utilizado o termo enfermeira devido ao entendimento de que, nessa classe profissional, o número de mulheres é maior, assim como o número maior de participantes da pesquisa são mulheres, implicando o uso do termo no gênero feminino.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A violência contra a mulher: políticas públicas e sua relação com a saúde

A violência por parceiro íntimo é uma das formas mais comuns de violência contra a mulher, que acomete vários indivíduos, de vários setores, independentemente de religião, de cultura, de nacionalidade, de orientação sexual ou de condição social. Trata-se de um fenômeno complexo, que possui fatores sociais e culturais, com risco potencial de agravo à saúde e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade da existência (OMS, 2012).

No Brasil, foi criada a Lei Nº 11.340, denominada Lei Maria da Penha, em sete de agosto de 2006, que define violência como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006a, p. 16), incluindo a unidade doméstica, no convívio familiar e nas relações de afeto. Portanto, esta Lei contempla diversas formas de violência, como a violência física, a psicológica, a sexual, a patrimonial e a moral.

Quanto ao número de mulheres que já sofreram alguma agressão, há uma pesquisa realizada pelo DataSenado, em 2013, que verificou que 19% (dezenove por cento) da população feminina que possuíam 16 (dezesesseis) anos ou mais já haviam sofrido agressões. Também foi constatado que a agressão era praticada, em sua maioria, por homens que mantinham relações íntimas com as vítimas: 65% (sessenta e cinco por cento) eram maridos, companheiros ou namorados e 15% (quinze por cento) das vítimas não denunciaram os companheiros (BRASIL, 2013).

As desigualdades da identidade social entre homens e mulheres contribuem de forma significativa na qualidade de vida das mesmas, na medida em que a construção desta identidade social estabelece, na maioria dos casos, a soberania do masculino sobre o feminino. Neste sentido, o Ministério da Saúde aponta que, na “maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas” (BRASIL, 2011a, p. 12).

Joan Scott foi uma das principais estudiosas sobre o tema, por meio do qual buscou demonstrar que as diferenças entre macho e fêmea são decorrentes de um conceito historicamente aceito e, portanto, não natural (SCOTT, 1995).

Quando iniciaram-se as pesquisas sobre gênero, acreditava-se que o masculino e o feminino eram categorias recíprocas, sendo impossível compreendê-las separadamente (SCOTT, 1995). Deste modo, alguns estudiosos não desejam criar uma oposição binária entre homem e mulher, mas sim construir uma pluralidade, diversidade, em que as formas do masculino e do feminino possam se relacionar de maneira específica, sendo que ambos estão em condição de exercer o poder (SOUTO, 2008).

Para Franzoi, Fonseca e Guedes (2011), as diferenças de gênero são relevantes a fim de compreender o contexto da violência, pois a vida social de um indivíduo interfere na sua qualidade de vida, no processo saúde-doença e nas relações de poder entre homens e mulheres.

Mediante os fatos elencados, a violência contra a mulher é alvo de políticas públicas nacionais e internacionais. Nesse sentido, no ano de 1946, foi estabelecida a Comissão sobre o *Status* da Mulher (CSM) pela Organização das Nações Unidas (ONU), sendo que esta foi originalmente considerada uma subcomissão da Comissão de Direitos Humanos (ONU, 2009).

Entre os anos de 1949 e 1959, teve início uma série de convenções para estabelecer os direitos das mulheres. Em 1976, a CSM iniciou a elaboração da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, com o objetivo de ser um tratado internacional. Esta foi adotada pela Assembleia Geral da ONU em 1979 (ONU, 2009).

Na cerimônia especial na Conferência de Copenhague, em 17 de julho de 1980, 64 (sessenta e quatro) Estados assinaram a Convenção acima mencionada. Assim, no ano de 1981, a Convenção entrou em vigor, de modo a instruir as normas jurídicas internacionais para as mulheres.

Ainda no âmbito internacional, a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, conhecida por "convenção de Belém do Pará", foi adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos em 06 de junho de 1994, estabelecendo os direitos das mulheres, com o objetivo de eliminar a violência contra a

mulher (CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 1994).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala uma pesquisa realizada em onze países, no ano de 2005, para caracterizar as mulheres que vivenciaram esta situação e observou que, nesses onze países, a prevalência esteve entre 15% a 74% (quinze a setenta e quatro por cento) de mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo, sendo que o número mais elevado ocorreu na Etiópia e o menor, no Japão (OMS, 2009).

A OMS (2012) publicou um manual denominado *Understanding and addressing violence against women*, que trata sobre a violência contra a mulher, incluindo as consequências para a sua qualidade de vida e a interface com os serviços de saúde.

No Brasil, a Saúde da Mulher começou a ser discutida a partir da década de 1930. No entanto, a assistência à saúde visava prioritariamente ao atendimento dos aspectos relacionados à reprodução, incluindo a gestação, o parto, a sua função de mãe, de dona do lar e aos assuntos relacionados com a educação dos filhos. Como as políticas eram elaboradas sem a inclusão das necessidades da população, o movimento feminista passou a criticar estas condutas, alegando que as metas estavam restritas ao ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, para a maior parte da vida dessas mulheres, não havia uma política de saúde específica (BRASIL, 2011a).

Além das lutas e reivindicações feministas e do movimento sanitarista, que se uniram para discutir a temática, o tema da superpopulação brasileira também contribuiu para as discussões sobre a mudança no atendimento às mulheres. Neste sentido, durante a década de 1980 um grupo de pesquisadores, juntamente com algumas mulheres que faziam parte de grupos que defendiam a causa, sanitaristas, membros do Ministério da Saúde e representantes da Universidade Estadual de Campinas elaboraram uma proposta objetivando atender as reais necessidades da população feminina, incorporando as diferenças sociais entre homens e mulheres, modificando, assim, as políticas públicas para a saúde da mulher (MESQUITA, 2010).

Ocorreu, então, a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) em 1984 pelo Ministério da Saúde, corroborando a modificação do enfoque da área, principalmente porque a mulher necessitava ser entendida como um ser integral. As ações direcionadas à assistência à saúde da mulher se efetivaram em 2004, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tendo por finalidade contemplar todas as

mulheres acima de dez anos, principalmente aquelas em idade reprodutiva, ou seja, dos 10 (dez) aos 49 (quarenta e nove) anos, que constituíam 65% (sessenta e cinco por cento) da população feminina (BRASIL, 2011a).

Além das políticas brasileiras supracitadas, outros acontecimentos contribuíram para as mudanças na discussão dos problemas relacionados à saúde da mulher brasileira bem como para que fosse evitada a violência contra a mulher. Como exemplos, houve a criação do Conselho Estadual da Condição Feminina em 1983 (São Paulo), da Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher em 1985 (São Paulo), do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher em 1985 (MESQUITA, 2010).

No que diz respeito ao combate à violência contra as mulheres, desde 2003, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres está em processo de construção pelo Ministério da Saúde. Os objetivos desta política se constituem em obter uma rede de serviço integrada para a mulher, educação permanente dos profissionais, modificações na legislação e questões relacionadas à mulher no mercado de trabalho, além de igualdade entre os sexos (BRASIL, 2007).

No ano de 2007, foi estabelecido o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, tornando-se parte da agenda social do governo federal. Este pacto foi estabelecido entre os governos federal, estaduais e municipais para fortalecer a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, tendo em vista ações de combate e prevenção. Tais ações foram divididas nos seguintes eixos: implementação da Lei Maria da Penha e fortalecimento dos Serviços Especializados de Atendimento; proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres e promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão (BRASIL, 2010).

São vários os objetivos deste pacto e os referentes à Lei Maria da Penha são: criação dos juzizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, construção do sistema nacional de dados e estatísticas sobre a violência contra as mulheres, construção de unidades habitacionais para atendimento a mulheres em situação de violência, difusão da Lei e dos instrumentos de proteção dos direitos das mulheres, criação dos serviços de responsabilização e educação do agressor (BRASIL, 2010).

No ano de 2011, a Secretaria de Políticas para as Mulheres publicou um manual para consolidar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Esta política orienta-se pelos princípios de igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos, participação e controle social (BRASIL, 2011b).

No sentido de informar sobre os direitos e serviços disponíveis no enfrentamento da violência, a Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, órgão de assessoramento direto e imediato à Presidência da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres, criou uma Central de Atendimento à Mulher, o ligue 180, que funciona 24 horas, diariamente, onde são realizados balanços semestrais sobre as denúncias recebidas. No primeiro semestre de 2012, foram recebidas 388.953 ligações, aproximadamente 2.150 registros diários (BRASIL, 2012a).

No ano de 2014, foram realizados 485.105 (quatrocentos e oitenta e cinco mil cento e cinco) atendimentos no ligue 180, em média 1.348 (mil trezentos e quarenta e oito) atendimentos ao dia. Dentre os 485.105 atendimentos do ano, 52.957 (cinquenta e dois mil novecentos e cinquenta e sete) foram relatos de violência, sendo que 18.869 (dezoito mil oitocentos e sessenta e nove) casos foram encaminhados para órgãos de segurança. Os casos começaram a ser encaminhados para órgãos de segurança após a transformação do Ligue 180 em disque-denúncia. Além disso, mais da metade dos casos foram relatos de violência física, mas também ocorreram denúncias de violência psicológica, moral, patrimonial, sexual, cárcere privado e tráfico de pessoas. Destaca-se que Campo Grande/MS foi a capital com o maior taxa de registros de atendimentos, seguida de Brasília/DF e Vitória/ES (BRASIL, 2014a).

Quanto à relação entre violência contra a mulher e saúde, a violência produz efeitos na vida das mulheres. A qualidade de vida das mulheres é influenciada tanto no seu aspecto físico, quanto no mental e comportamental e podem persistir após a interrupção do ciclo da violência (OMS, 2012).

Um estudo realizado por Guedes, Silva e Fonseca (2009), em uma Delegacia da Mulher no município de João Pessoa/PB, revelou que são muitas as consequências da violência para a saúde da mulher. Dentre os agravos encontrados na pesquisa estão a depressão, ansiedade, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, abortos e problemas com a sexualidade.

As relações familiares também são influenciadas pela violência contra a mulher, visto que, quando a mulher sofre, toda a família sofre junto. Vignolli (2006) afirma que a família possui papel fundamental na vida do ser humano, pois interfere na formação e na representação social do indivíduo.

A Organização Panamericana de Saúde (OPS) (2013), por sua vez, argumenta que a exposição à violência na infância aumenta os riscos de outras formas de violência nas demais etapas da vida e tem efeitos intergeracionais negativos.

A violência, quando chega ao seu limite, pode resultar em homicídios. No Brasil, no período compreendido entre 1980 e 2010, foram registrados 92 (noventa e dois) mil casos de mulheres assassinadas. No ano de 2009, o país ocupou a sétima posição nos dados internacionais sobre homicídios de mulheres (WAISELFISZ, 2012).

2.2 Concepção e atuação dos profissionais de saúde

É necessário que os profissionais de saúde recebam informações adequadas sobre a violência contra a mulher, de modo a permitir-lhes prestar assistência qualificada e com condição de auxiliar as mulheres a se livrarem da situação de opressão.

Em estudo realizado por Vieira *et al.* (2009), foram entrevistados médicos e enfermeiros no intuito de analisar o conhecimento destes profissionais sobre a violência de gênero e os fatores envolvidos; os resultados demonstraram a necessidade de capacitação dos profissionais sobre o tema. Estes conheciam a definição, entendiam como sua função orientar a mulher, porém desconheciam alguns aspectos relevantes da epidemiologia do problema. A maioria dos entrevistados demonstrou uma atitude positiva em relação ao tema, entretanto 13% (treze por cento) relataram que este assunto é de foro privado, e 18% (dezoito por cento) acreditavam que os responsáveis pelas agressões não deveriam ser presos, o que evidenciou a necessidade de realização de mais estudos além de sensibilização dos profissionais.

A criação da Lei da Notificação Compulsória (Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003) evidenciou o papel dos profissionais de saúde, ao estabelecer a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher nas instituições de saúde, tanto públicas como privadas, constituindo um importante passo para a transformação do atendimento dessas mulheres. Tal fato ressalta ainda mais a importância e a necessidade de estudos nesta área, que possibilitem

maior compreensão da violência e, com isso, que contribuam para a maior visibilidade desta problemática (BRASIL, 2003).

Quanto à aceitação da violência contra a mulher pelos profissionais de saúde, foi encontrado um estudo realizado na Sérvia em que os profissionais participantes afirmaram que é inadmissível a agressão contra a mulher, e esta não pode ser justificada. Tanto a violência física quanto a psicológica foram consideradas agressão, sendo que a psicológica foi apontada como a mais grave (DJKANOVIC *et al.*, 2010).

Conforme encontrado na literatura, a violência contra a mulher é observada pelos profissionais de saúde principalmente quando ocorre a agressão física e/ou emocional, visto que podem ser encontradas marcas no corpo, ou as queixas das mulheres revelam este fato (LETTIERE; NAKANO, 2008; BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009; BARALDI *et al.*, 2012; OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Algumas pesquisas possibilitaram a identificação de conceitos aprofundados quanto a concepções sobre a violência pelos profissionais de saúde. Estes percebem a violência como um conjunto de fatores culturais, estruturais e interpessoais que se relacionam, permitindo que a violência psicológica e moral também fossem consideradas nas falas, e as manifestações deste tipo de violência foram apontadas como rotinas domésticas mal sucedidas, ameaça de retirada da guarda dos filhos, abandono da mulher, falta de apoio na gestação, impedimento de se locomover livremente e as culpabilizações. Também foram destacados o uso de álcool e de substâncias ilícitas como fatores contribuintes para a violência (LATTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008; VIEIRA *et al.*, 2009; BARALDI *et al.*, 2012).

Quanto às questões de gênero, em duas pesquisas, os profissionais relataram o machismo como uma questão cultural, manifestando-se pela figura da mulher como objeto de dominação masculina. Outra questão de gênero mencionada é a posição de provedor que o homem ocupa em alguns casos e, devido às cobranças por parte da mulher, podem ocorrer agressões e desentendimentos entre o casal (LATTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008; BARALDI *et al.*, 2012).

Em pesquisa realizada por Franzoi, Fonseca e Guedes (2011) com enfermeiras e agentes comunitários de saúde da ESF de Araraquara/SP, evidenciou-se que a cultura também foi relatada como uma barreira da violência que é difícil de ser ultrapassada e que esta também influencia a construção dos homens e das mulheres. Além disso, a cultura está envolvida na permanência no casamento, pois a mulher suporta a violência para manter a

família e as convenções socialmente estabelecidas. Os profissionais também apontaram a falta de respeito entre o casal como um ponto importante para ocorrer a agressão, além da baixa autoestima da mulher que a torna submissa ao homem. Ainda apontaram os valores da beleza e vaidade feminina como um possível disfarce da violência, fator que contribui para a dificuldade do enfrentamento devido à vergonha e ao medo perante a sociedade.

Um estudo sobre as percepções dos profissionais de saúde a respeito da violência contra a mulher, realizado na Sérvia, evidenciou que os profissionais relataram como fatores contribuintes para o ciclo da violência, a mulher em uma situação desfavorável, devido à vergonha e ao medo, a dependência econômica, medo de vingança, preocupações com os filhos e falta de apoio institucional. No entanto, também referiram as agressões como uma responsabilidade partilhada do casal, e que é necessária uma mediação para a resolução dos conflitos (DJIKANOVIC *et al.*, 2010).

As questões de gênero envolvidas na violência, a partir das opiniões dos profissionais de saúde conforme as pesquisas citadas acima, constituem um fator relevante para entender o ciclo da violência contra a mulher.

A literatura revela que a abordagem dos profissionais de saúde em relação à violência contra a mulher não está esclarecida. As ações são visualizadas como pessoais e não profissionais, como a crença de que assistir uma mulher em situação de violência seja um ato de solidariedade e não de responsabilidade profissional, não necessitando de habilidades técnico-científicas para desempenho de tal atividade (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Uma pesquisa realizada por Vieira, Padoin e Landerdahl (2009), em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, com auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos de um hospital de ensino, constatou que as participantes que eram do sexo feminino demonstraram maior sensibilização com as vítimas, porém entendem que a mulher é responsável pela situação, demonstrando valores morais nas falas.

Com relação às soluções para a violência contra a mulher, alguns profissionais de saúde as atribuem aos aspectos sociais e culturais, delegando à esfera governamental a responsabilidade e excluindo possibilidades de atuação da saúde. Com isso, a violência é negligenciada e não é fonte de trabalho na saúde (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Bonfin, Lopes e Peretto (2010) observaram, em seu estudo sobre os registros profissionais do atendimento no pré-natal, que os profissionais consideram violência a falta de apoio do companheiro, percebida na recusa em assumir a paternidade e por marcas físicas.

Contudo, na pesquisa em questão, ficou evidenciada a descontextualização da violência, com o foco somente nas lesões físicas.

Conforme relatado em algumas pesquisas, a violência também pode ser relatada em reuniões de grupos de gestantes e em outras reuniões, onde as mulheres acabam expondo aquilo que vivenciam. Assim sendo, estes espaços são oportunos para que os profissionais de saúde abordem o tema, mas nem sempre esta oportunidade é aproveitada (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009; BONFIN; LOPES; PERETTO, 2010; COSTA; LOPES, 2012).

Com isso, estudos evidenciam a necessidade de capacitações sobre o tema, pois nem sempre são realizadas reflexões acerca da violência contra a mulher, quer seja nos cursos de graduação, quer seja em cursos técnicos. Há, desta forma, um déficit no conhecimento que impede que as mulheres agredidas sejam identificadas e assistidas com qualidade. Além disso, a formação biologicista favorece a fragmentação do ser humano, abordando a saúde-doença por meio de saberes biomédicos e, somente nos casos de violência física, os profissionais sentem-se obrigados a tomar alguma atitude (LATTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008; VIEIRA *et al.*, 2009; VILLELA *et al.*, 2011).

Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009), após avaliarem duas Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro em que uma delas constitui referência para atendimento à mulher em situação de violência, constataram que, nesta unidade, os profissionais foram capacitados e sempre discutiam o tema em grupo de estudos; no entanto, na outra unidade, somente a assistente social possuía especialização em violência doméstica, e não eram realizados outros trabalhos que possibilitassem a reflexão e atualização sobre a violência contra a mulher.

2.2.1 A abordagem realizada pelos profissionais diante das mulheres com suspeita de violência

Conforme encontrado por Kiss e Schraiber (2011), em pesquisa realizada com profissionais da ESF, ou seja, com médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitários de saúde, estes relataram que possuem informações sobre a violência nas comunidades em que atuam, entretanto afirmam que conhecer o fato é muito diferente de intervir e de reconhecê-lo como um problema de saúde.

A abordagem sobre a violência deve ocorrer em condições de privacidade, e o profissional de saúde deve possuir habilidades para questionar sobre o assunto, não se atendo exclusivamente às fichas de notificação; as condutas a serem tomadas precisam estar claras se a violência for confirmada, garantindo assistência integral (BERGER; GIFFIN; 2011).

Para o reconhecimento da violência, a abordagem deve permitir que a mulher revele o fato, já que a maioria das mulheres não o fazem espontaneamente. Para tanto, é necessário recursos internos, sensibilidade, habilidade e disponibilidade para escutar e capacitação profissional (BERGER; GIFFIN; 2011; BARALDI *et al.*, 2012). Além disso, deve-se proporcionar uma atmosfera amigável, estabelecer a confiança e favorecer a compreensão, incentivando e sugerindo maneiras para obter ajuda adicional (DJIKANOVIC *et al.*, 2010).

Ainda quanto à abordagem de mulheres com suspeita de violência, no que diz respeito aos protocolos de investigação, 74% (setenta e quatro por cento) de coordenadores da Área Técnica de Saúde da Mulher de 15 (quinze) municípios do estado de São Paulo, participantes de uma pesquisa que visava conhecer a prevalência da violência contra a mulher bem como as condutas dos gestores e profissionais, declararam que não era investigada na rotina a violência contra a mulher e 11% (onze por cento) declararam a existência de um protocolo para tal investigação. Além disso, as condutas elencadas por tais profissionais constituem em encaminhar as mulheres para os serviços de referência e outros serviços, realizar os atendimentos de emergência na Unidade Básica de Saúde e a notificação (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

O diálogo é um instrumento para identificar a violência e encaminhar as mulheres nessa situação para os serviços de referência. Sem o diálogo, os profissionais não conseguem identificar a violência, restando as marcas físicas somente e os profissionais se distanciam das mulheres agredidas (VIEIRA; PADOIN, 2009; BONFIN; LOPES; PERETTO, 2010).

São necessárias reflexões coletivas sobre os aspectos envolvidos na violência contra a mulher para permitir que os profissionais tenham condições de identificar e tratar os agravos, sejam estes físicos, psíquicos ou sexuais. Os profissionais de saúde também precisam lidar com seus limites pessoais para exercer seu trabalho (DJIKANOVIC *et al.*, 2010).

Com relação às condutas dos profissionais de saúde, estes possuem dificuldade em perceber a violência como um problema, dificultando suas ações perante a demanda.

Em estudo realizado com médicos, enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais, em uma unidade de saúde no Rio de Janeiro, os profissionais relataram que fornecem as

informações necessárias e questionam se a mulher deseja fazer a denúncia sobre a violência. Caso aceite, esta é encaminhada para a delegacia da mulher e não realizam acompanhamento posterior; nos casos em que a mulher não deseja denunciar, o assunto é encerrado (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

Na mesma pesquisa citada acima, em outra unidade que é referência, os profissionais continuam acompanhando as mulheres por um tempo longo e, nos casos em que a mulher não quer denunciar, esta continua a ser acompanhada, ocorre a inserção de familiares e filhos, além do agressor. No entanto, incluir o agressor foi relatado como difícil, pois o homem é resistente, e os profissionais correm risco de se envolverem.

Quanto ao acesso das mulheres aos serviços de saúde, em um hospital da cidade de São Paulo, os casos de violência sexual são encaminhados para o pronto socorro, mas para ser atendida, a mulher precisa contar sua história na portaria e repetir para outros profissionais para que o atendimento seja realizado, o que lhe causa constrangimentos. Além disso, a falta de equipes preparadas foi apontada como um impedimento para o atendimento adequado à mulher em situação de violência (VILLELA *et al.*, 2011).

No mesmo estudo citado acima, em que participaram profissionais de níveis superior e médio de vários serviços, os profissionais da atenção primária disseram não receber muitos casos de violência, já que existe o serviço especializado, mas também informaram que as mulheres não se sentem à vontade devido à falta de privacidade (VILLELA *et al.*, 2011).

Uma pesquisa com adolescentes de abrigos do município do Rio de Janeiro elencou estratégias que os profissionais utilizam para lidar com o tema. Estas incluem o acolhimento de acordo com as necessidades das adolescentes, encaminhamentos para outros serviços de saúde, escolas, cursos de profissionalização, estágios. Os profissionais não valorizam as ações de orientação, somente aquelas de encaminhamentos, expressando pouca valorização do diálogo e acolhimento devido aos impedimentos que a própria instituição oferece (PENNA; CARINHANHA; LEITE, 2009).

O vínculo é um importante fator para atender essas mulheres, a visita domiciliar favorece a sua construção. Na ESF, os Agentes Comunitários de Saúde contribuem para o seu fortalecimento. Profissionais que participaram de uma pesquisa, incluindo médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde, no interior do estado do Rio Grande do Sul, consideram a comunicação e o diálogo como instrumentos para as mulheres se abrirem com os profissionais (COSTA; LOPES, 2012).

2.2.2 Dificuldades no atendimento dos casos de violência enfrentadas pelos profissionais de saúde

Observa-se que a rotina dos serviços dificulta a identificação da violência, visto que o primeiro contato é impessoal, por meio de agendamentos. Além disto, há falta de privacidade para as mulheres se expressarem ou denunciarem a violência por que passam, de modo que não há oportunidade para as queixas (VILLELA *et al.*, 2011).

Outras dificuldades encontradas na literatura consultada foram o silêncio das mulheres devido à dor, vergonha e medo, o não reconhecimento do serviço de saúde como um local apropriado para tais queixas e questões relacionadas com o gênero. Além disso, a falta de capacitação para que os profissionais de saúde aprendam a lidar com os casos também foi relatada em alguns estudos (BERGER; GIFFIN, 2011; OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Osis, Duarte, Faúndes (2012) enfatizam que uma rede integral também é necessária para que os serviços trabalhem de forma articulada e atendam a demanda de mulheres; entretanto, é importante uma avaliação constante das ações para se adequar ao máximo às necessidades da população.

A falta de recursos materiais, técnicos e humanos das instituições, assim como de estrutura física adequada para permitir a privacidade e uma rotina que permita que a mulher se expresse foram indicados, por profissionais de uma maternidade da cidade de Ribeirão Preto, como dificuldades enfrentadas no cotidiano. Também apontam as estruturas sociais de suporte e proteção ausentes, bem como a falta de trabalho intersetorial com os poderes jurídicos como fatores que dificultam o atendimento destas mulheres (LETTIERE; NAKANO; RODIGUES; 2008).

Para o trabalho intersetorial, são necessários recursos humanos que conheçam outros serviços, como atuar em rede. Assim, a dinâmica de trabalho deve favorecer espaços de comunicação com os demais serviços (GOMES *et al.*, 2012).

A rede de atendimentos à mulher em situação de violência requer uma rede interligada de diversos serviços e de ações coletivas. Os profissionais precisam trabalhar em grupo, de forma que cada um possa contribuir com suas experiências construindo estratégias para o cotidiano. É importante destacar que a rede no atendimento às mulheres em situação de violência se articula com a saúde mental, visto que muitas mulheres possuem desordens psiquiátricas (VILLELA, 2011; GOMES *et al.*, 2012).

Os usuários dos serviços de saúde da atenção básica também precisam compreender as formas de trabalho das equipes, pois optam por buscar soluções rápidas e imediatistas, o que dificulta a prevenção e promoção da saúde, além da implantação de rotinas diferenciadas. Consequentemente, ocorre pouca adesão às propostas da unidade, cabendo a esta assumir o pronto-atendimento (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Isto posto, é possível constatar que são várias e diversificadas as dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam no atendimento às mulheres em situação de violência em diversos estados brasileiros. O enfrentamento a tais dificuldades constitui desafio para a melhoria da assistência a esta população.

2.3 A Assistência de Enfermagem à saúde da mulher: interface com a violência

Durante e após o enfrentamento da violência doméstica, as mulheres passam por diversas dificuldades que podem interferir na sua saúde física e mental. De acordo com Silva *et al.* (2011), em todas as culturas existem diferenças de gênero entre homens e mulheres, assim, os indivíduos que presenciam ou sofrem violência sofrem consequências físicas e psicológicas.

De acordo com Guedes, Silva e Fonseca (2009), a violência contra a mulher acarreta em tensão, ansiedade por parte das vítimas, sendo que isso interfere no processo saúde-doença das mesmas.

Miranda, Paula e Bordin (2010) demonstraram em suas pesquisas que existe um grande impacto no trabalho dessas mulheres, sendo que 16,2% (dezesesseis vírgula dois por cento) das participantes relataram alguma incapacidade no trabalho devido à violência.

Considerando que a qualidade de vida das mulheres e respectivas famílias em situação de violência se modifica, a Enfermagem se faz necessária no processo de cuidado das pessoas envolvidas nessa situação. Assim, a violência deve ser compreendida no seu todo pelo profissional, principalmente pela enfermeira que prestará assistência à mulher em situação de violência. Além de conseguir identificar o problema, a profissional precisa saber lidar com a situação por meio de escuta sensível, permitir a participação de um indivíduo de confiança da paciente e adotar medidas que não exponham publicamente a mulher, acarretando em mais sofrimentos (SILVA *et al.*, 2011).

Com isso, o cuidado de enfermagem às mulheres e famílias que estão em situação de violência deve ocorrer por meio de planejamento objetivando segurança, acolhimento, respeito e centrar-se nas necessidades individuais. Também é necessário planejar com base nas políticas públicas de saúde, na legislação, em instrumentos e protocolos de enfermagem para garantir proteção e prevenção de eventos futuros (FERRAZ *et al.*, 2009).

As enfermeiras estão inseridas em serviços por meio dos quais as mulheres em situação de violência são acompanhadas, como no pré-natal que é um momento propício para detectar a violência. Baraldi *et al.* (2012) enfatizam que estas profissionais podem manter contato durante todo o ciclo gravídico-puerperal, possibilitando conhecer os episódios de violência, e elas, em sua maioria, consideram o tema importante nas consultas de pré-natal, evidenciando a atuação da Enfermagem na violência e, principalmente, a necessidade de uma escuta e atenção às mulheres nesse período da vida.

A Enfermagem, principalmente na atenção básica, que é objeto deste estudo, precisa acolher esses indivíduos, identificar riscos, utilizar meios, tais como a visita domiciliar para realizar busca ativa dessas mulheres e famílias, além de uma escuta sensível e sem preconceitos, e realizar a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

2.4 A Estratégia de Saúde da Família e a enfermeira

A Política Nacional de Atenção Básica é regida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e esta regulamenta as normas e diretrizes para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta política considera que a atenção básica atua de forma individual e coletiva, que envolve a promoção e a proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Busca a integralidade e a interferência nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Utiliza de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, com territórios definidos (BRASIL, 2011c, p.19).

No início da sua implantação a ESF era tida como Programa de Saúde da Família, entretanto este termo foi modificado para estratégia por tratar-se de um processo em expansão, de consolidação e qualificação da atenção básica, além de reorientar o curso do trabalho, alcançar resolutividade e impactar na situação de saúde dos indivíduos e coletividades (BRASIL, 2011c).

Outra característica da ESF é que esta deve ter agentes comunitários de saúde para cobrir 100% (cem por cento) da população cadastrada, com limite de 750 (setecentas e cinquenta) pessoas por agente e, no máximo, 12 (doze) agentes por equipe. Além disso, a ESF deve ser reponsável pelo número máximo de 4.000 (quatro mil) pessoas. O número de população também está relacionado com a vulnerabilidade do território. Assim quanto mais vulneráveis forem as pessoas, menor a quantidade de indivíduos por equipe (BRASIL, 2011c).

Para efetivar a ESF é necessária uma equipe multidisciplinar, com funções específicas para cada membro, cujo trabalho deve ser conduzido de forma integrada de tal modo que todos os profissionais trabalhem juntos. Estes devem possuir regime de dedicação exclusiva e executar atividades como visitas domiciliares, internação domiciliar, participação em grupos comunitários, atendimento na unidade, educação em saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

De acordo com Costa e Miranda (2008), a enfermeira encontrou um local promissor de trabalho nas ESF's. Sua atividade foi ampliada por desenvolver ações assistenciais, administrativas e educativas, contribuindo de maneira significativa na construção histórico-social da ESF. A Enfermagem foi escolhida para esta função devido aos mais diversos papéis, funções e responsabilidades desempenhados pela profissional enfermeira.

Em estudo realizado por Brondani Junior *et al.* (2011), dentre as funções da enfermeira de cunho assistencialista, destacam-se: atividades assistenciais, pré-natal de baixo risco, coleta de citopatológico para prevenção do câncer de colo uterino, revisão puerperal, puericultura, imunizações, coleta do teste do pezinho, notificações, consulta de enfermagem, procedimentos de enfermagem, visitas domiciliares, educação em saúde e reuniões de equipe. Foram relatados fatores relevantes para a eficiência da profissional como atuar perante o contexto sociocultural da comunidade atendida, trabalho interdisciplinar e intersetorial, gerenciamento de conflitos, pois a equipe é constituída por vários indivíduos com pensamentos e vivências diferentes. Também foram evidenciadas dificuldades por parte da profissional em realizar suas funções, como divergências na equipe e sobrecarga de trabalho, com atividades desempenhadas além daquelas de sua competência.

Os autores acima destacam ainda as atividades gerenciais: coordenação de equipe, reuniões com equipe, realizar educação continuada para profissionais técnicos e agentes comunitários de saúde (ACS), inclusive promover estas atividades para si e para os médicos, através da busca de capacitações, preenchimento de relatórios, planejamento de atividades, organização e administração de materiais, coordenação/gerência da ESF, supervisão dos ACS,

responsabilidade técnica perante o Conselho Regional de Enfermagem (COREN). As dificuldades encontradas nas atividades gerenciais foram: conciliar as atividades assistenciais às gerenciais, a estrutura física, a falta de capacitação, a “politicagem”, a pouca autonomia, a falta de compromisso por parte de alguns profissionais e a ausência de apoio da Secretaria da Saúde. É importante ressaltar ainda a necessidade de aprimoramento das enfermeiras e necessidade de práticas gerenciais na formação dos profissionais.

Um serviço importante relacionado à ESF são os Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), que constituem em equipes com profissionais de diferentes áreas do conhecimento, com o objetivo de apoiar as equipes de ESF e aumentar as possibilidades de ação da mesma. Com isso, a equipe NASF não é de livre acesso, sendo necessária a regulação pela equipe de ESF e demais serviços da atenção básica. O NASF também trabalha em conjunto com os demais serviços de Assistência Social, Centros de Atenção Psicossocial entre outros (BRASIL, 2011c).

Importante destacar que o NASF compartilha o cuidado com a ESF possibilitando um acompanhamento dos indivíduos por mais tempo, e a prática do encaminhamento por meio de referência e contrarreferência está sendo revisada. As atividades entre equipes de ESF e NASF podem ocorrer por discussão de casos, interconsultas, educação permanente, visitas domiciliares em conjunto, construção conjunta de planos terapêuticos entre outros (BRASIL, 2011c).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender a concepção e a abordagem, quanto à mulher em situação de violência, da enfermeira que atua na Estratégia de Saúde da Família no município de Dourados, MS.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Identificar a visão da enfermeira sobre a violência contra a mulher;

3.2.2 Determinar como a violência contra a mulher é identificada pela enfermeira na ESF;

3.2.3 Verificar como os casos identificados de violência contra a mulher são assistidos pela enfermeira da ESF.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta pesquisa foi utilizada, como referencial teórico, a Teoria das Representações Sociais, proposta por Serge Moscovici (MOSCOVICI, 2013).

O conceito de representações sociais foi introduzido por Serge Moscovici em um estudo que abordava como a psicanálise adentrou no conhecimento popular dos franceses. Entretanto, o relato da pesquisa ocorreu no trabalho intitulado *La Psychanalyse: Son image et son public* (1961), que permanece sem tradução para o inglês, fato que dificultou a aceitação da teoria das representações sociais nos demais países (DUVEEN, 2013).

Segundo Arruda (2002), a história de vida de Moscovici demonstra como suas questões de pesquisa se formaram; a autora afirma que Moscovici foi testemunha da Segunda Guerra Mundial e de sua opressão nazista. Tal experiência o levou a questionar, de um lado, por que a fé tem tanta força sobre o ser humano, e de outro, quais conhecimentos movem os seres humanos. Sua primeira obra teve como objetivo desmistificar razão e emoção, sujeito e objeto. Desta forma, Moscovici relata uma psicossociologia do conhecimento, englobando os processos subjetivos e cognitivos.

Para Moscovici, a psicologia social tem por objetivo estudar como as pessoas trocam conhecimentos tornando a realidade comum, transformando ideias em prática. De acordo com a psicologia social, o conhecimento é o resultado da interação e comunicação, sendo que os interesses humanos estão relacionados com sua expressão. Assim, o conhecimento aflora da relação entre os indivíduos, mediante interesses humanos, em que necessidades e desejos podem ser expressados, ser satisfeitos ou frustrados. O conhecimento nunca é desinteressado, pois resulta de um grupo de pessoas que se encontram em determinadas circunstâncias, em projetos definidos. Portanto, a psicologia social do conhecimento busca conhecer como o conhecimento é gerado, transformado e disposto no cotidiano social (DUVEEN, 2013).

A psicologia social revela que os indivíduos percebem o mundo de acordo com respostas do ambiente físico em que vivem, bem como suas ideias e atribuições. Os seres humanos tendem a classificar pessoas e objetos, tornando alguns elementos visíveis e outros invisíveis. Também estão relacionadas às reações aos estímulos e acontecimentos, que são ligadas às definições de determinadas comunidades (MOSCOVICI, 2013).

As representações sociais constituem fenômenos complexos que estão agindo na vida social. Existem vários elementos que fazem parte das representações sociais, como por

exemplo, crenças, valores, opiniões que organizam um saber que se refere a algo real, e a ciência busca conhecer estes significados. Ainda estão relacionadas com interiorizações de práticas, vivências, modelos aceitos de conduta ou pensamento, por se tratar de um fenômeno cognitivo. Assim, as representações sociais contemplam o produto e o processo da interiorização da realidade social e a criação da realidade tanto psicológica como social. Portanto, as representações são pensamentos que os indivíduos atribuem a um objeto (JODELET, 1989).

Conforme Lopes (2009), as representações sociais são processos cognitivos advindos de experiências de vida e relações interpessoais, que determinam as ações e comunicação dos seres humanos mediante a sua realidade. Com isso, por meio das falas dos sujeitos podem ser compreendidos os processos e fenômenos que acontecem na sociedade.

As representações se modificam com a história, por meio das diversas civilizações, respondendo por necessidades de coerência em classificar pessoas ou objetos. Desta forma, os conceitos, após serem difundidos e aceitos, tornam-se parte integrante das pessoas, nas relações entre uns e outros, nos julgamentos dos demais e nos relacionamentos interpessoais. As atitudes em sociedade também estão repletas de representações sociais, pois cada local ou circunstância tem um comportamento aceito, bem como a forma de comunicação e informações adequadas para determinados contextos (MOSCOVICI, 2013).

Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006) afirmam que as representações sociais são saberes que conduzem as ações e simbolizam a visão cultural de indivíduos sobre determinados assuntos. Nesta mesma perspectiva, Moscovici (2013, p. 16) assegura que as representações sociais são a forma de criação coletiva, em condições de modernidade, uma formulação implicando que, sob outras condições de vida social, a forma de criação coletiva pode também ser diferente”. Para o autor, os processos sociais ocorrem de maneira diferente em cada sociedade e interferem no processo das representações sociais.

O estudioso observa, ainda, que a modernidade somada às formas inovadoras de comunicação com papel central, criadas a partir da imprensa e da alfabetização, permitiram novas possibilidades de difusão de ideias e formação de grupos sociais para a produção psicossocial do conhecimento (DUVEEN, 2013).

O autor revela que as representações sociais possuem duas funções, pois busca conhecer a sua elaboração e o conhecimento intrincado; a primeira de convencionalizar objetos, pessoas ou acontecimentos, dispondo em categorias, adequando em determinados

tipos que são compartilhados pelos indivíduos e, mesmo quando determinadas coisas não se enquadram em categorias pré-estabelecidas e aceitas pela maioria, as pessoas são forçadas a se adequar.

A familiarização é um processo envolvido nas representações sociais, em que o desconhecido passa a ser familiar. Moscovici (2013, p. 21) argumenta que

as representações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social. Há uma relação sutil, aqui, entre representações e influências comunicativas.

Dessa forma, Moscovici (2013, p. 35) observa que

nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos por suas representações, linguagem ou cultura. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com o sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura. Nós vemos apenas o que as convenções subjacentes nos permitem ver e nós permanecemos inconscientes dessas convenções.

O mesmo autor refere que, por meio de um esforço, é possível tornar-se consciente das convenções da própria realidade e abrir mão de algumas imposições, entretanto esta liberdade não é eterna e nem abrange todas as convenções.

Nos relacionamentos entre pessoas ou grupos estão presentes as representações, e tais representações são criadas a partir da comunicação e da cooperação, sendo que as representações possuem vida própria e, com o passar do tempo, podem morrer para novas representações a serem criadas. A influência das representações está ligada à consciência que os indivíduos têm delas (LOPES, 2009).

A teoria das representações sociais possui dois processos que são responsáveis por gerar tais representações: a ancoragem e a objetivação. Esses são mecanismos que levam o não familiar e desconhecido para o familiar. A ancoragem é relatada por Moscovici (2013, p. 61) como “ancorar um bote perdido em um dos boxes (pontos sinalizadores) do nosso espaço social”, ou seja, determinado objeto ou ideia é relacionada com paradigma e é ajustado para se tornar parte de determinada categoria. Assim, ancorar é nomear e classificar algo ou alguém. O autor menciona que, na ancoragem, estão envolvidas a generalização e a particularização.

Assim sendo, para Moscovici (2013, p. 78),

Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Reis (2012) afirma que a objetivação acontece quando o indivíduo toma conhecimento de um determinado objeto, formando uma imagem do mesmo a partir de sua experiência de vida e do contexto em que está inserido, de modo que o indivíduo forma um conceito do objeto. A autora ainda observa que as representações sociais têm sido utilizadas na área da saúde para preencher algumas lacunas do conhecimento que estão ligadas ao processo saúde-doença e ao entendimento pelos atores envolvidos.

Mediante o exposto, este estudo baseou-se na teoria das representações sociais para atender a seus objetivos, com o intuito de estudar as representações sociais envolvidas na violência contra a mulher, além de observar como elas interferem na abordagem das enfermeiras da atenção básica.

5 O PERCURSO DA PESQUISA

5.1 Caracterização da pesquisa

A abordagem adotada neste estudo é referente à pesquisa qualitativa, em consonância com a compreensão de Minayo (2011, p.22), para quem

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Neste sentido, a pesquisa qualitativa procura entender fenômenos sociais, quais significados as pessoas atribuem a determinados fenômenos, sendo também denominada por alguns autores como pesquisa interpretativa, uma vez que busca estudar os indivíduos nos seus ambientes naturais, ou seja, compreender os fenômenos sociais em seu próprio cenário (POPE; MAYS, 2009).

Para a realização de uma pesquisa qualitativa, a escolha do seu método está relacionada com uma perspectiva teórica, ou seja, uma teoria ou conjunto de conceitos que irão subsidiar o pensamento e a análise deste tipo de pesquisa (POPE; MAYS, 2009).

Matheus (2006) pondera que algumas características distinguem a pesquisa qualitativa da quantitativa, tais como: a fonte dos dados é diretamente no ambiente natural dos sujeitos, existe uma ênfase no uso de palavras e imagens, os dados são analisados de forma particular para depois serem ampliados, os sujeitos das pesquisas é que são destaques mediante suas representações e percepções.

Quanto ao uso da pesquisa qualitativa na Enfermagem, este tipo de pesquisa busca conhecer o sujeito de forma holística, sem fragmentar o ser humano e, como a Enfermagem procura conhecer aspectos técnico-científicos bem como os aspectos culturais, sociais, políticos e éticos, este tipo de pesquisa pode fornecer subsídios para esta ciência (OHL, 2006).

Mediante os argumentos até o momento apresentados, a presente pesquisa visa a, de um lado, compreender a concepção e a abordagem das enfermeiras das ESF's do município de Dourados, Estado de Mato Grosso do Sul, e, de outro, estudar essas profissionais em seus ambientes naturais de trabalho favorecendo o alcance dos objetivos do estudo com a utilização da teoria das representações sociais como aporte teórico e o DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) como aporte metodológico.

5.2 Cenário e período da pesquisa

A pesquisa *Enfermeira da estratégia de saúde da família e a mulher em situação de violência* foi efetivada no município de Dourados/MS, nas unidades de ESF.

Quanto ao número de profissionais que atuam na ESF de Dourados, constavam, na ocasião do levantamento, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, 44 (quarenta e quatro) enfermeiros, 43 (quarenta e três) médicos e 261 (duzentos e sessenta e um) ACS's (BRASIL, 2014b). Deste conjunto de profissionais, participaram, para a realização deste estudo, 13 (treze) enfermeiras que atuavam em equipes de ESF no município.

Dourados é uma cidade localizada ao sul do Estado de Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste. É a segunda maior cidade do Estado de Mato Grosso do Sul, no tocante ao índice populacional. No último censo demográfico efetuado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, sua população foi estimada em 196.035 (cento e noventa e seis mil e trinta e cinco) habitantes. Além disso, é considerada referência na região por conta da prestação de serviços nos setores de comércio, educação e saúde, incluindo o atendimento aos casos de violência contra a mulher, para a própria população e também para os 11 (onze) municípios² vizinhos que compõem a microrregião de Dourados (IBGE, 2010).

² Os onze municípios são: Caarapó, Deodápolis, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Itaporã, Jateí, Laguna Carapã, Rio Brilhante e Vicentina.

5.2.1 A Estratégia de Saúde da Família em Dourados

A cidade de Dourados aderiu ao Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1998, quando iniciou as atividades, com a implantação de duas equipes que o integravam: o PSF 11, que abrangia a Vila Cachoeirinha e a Vila Erondina, e o PSF 12, que abrangia a Vila Cachoeirinha, Vila Aparecida, Canaã VI, União Douradense e Morada do Salto. O início se deu nesses bairros pelas condições socioeconômicas desfavoráveis das pessoas que residiam no local, atendendo o princípio da equidade e iniciando movimento de instalação da ESF no município (DOURADOS, 2010).

O número de equipes de saúde da família em Dourados cresceu, de duas equipes no ano de 1998, para 42 (quarenta e duas) no ano de 2010, chegando a atingir 71,3% (setenta e um, vírgula três por cento) de cobertura (DOURADOS, 2010).

Conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2014, o município de Dourados possuía 164.699 (cento e sessenta e quatro mil, seiscentas e noventa e nove) pessoas cadastradas na ESF, entre as quais havia 85.160 (oitenta e cinco mil, cento e sessenta) mulheres. A faixa etária com maior número de mulheres era de 20 (vinte) a 39 (trinta e nove) anos (BRASIL, 2014a).

Dourados possui três equipes do NASF, que têm por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, de forma a complementar o trabalho das equipes de saúde da família, além de ampliar o número de profissionais vinculados a estas equipes. O município implantou o NASF no ano de 2008 (DOURADOS, 2010).

Conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde, os três NASF's de Dourados atendem a cinco equipes de ESF cada um, ou seja, a cidade não é totalmente coberta, pois são 42 (quarenta e duas) ESF's no total.

No ano de 2012, o Ministério da Saúde atualizou as modalidades de NASF, redefinindo as modalidades 1 e 2 e criando a modalidade 3. A partir de então, o NASF 1 passou a atender no mínimo cinco e no máximo nove equipes de ESF; a modalidade de NASF 2 atende no mínimo três equipes de ESF e no máximo quatro equipes; já a modalidade 3 pode estar vinculada com, no mínimo, uma equipe e, no máximo, duas equipes de ESF. Os municípios podem ter somente uma modalidade de NASF para receberem incentivos federais (BRASIL, 2012b).

Além disso, Dourados possui uma equipe de supervisão da saúde da família, que foi criada em 2010, e quatro supervisores acompanham, monitoram e avaliam o desenvolvimento dos programas e serviços nas Equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do município (DOURADOS, 2010).

5.2.2 Rede de serviços para mulheres em situação de violência do município de Dourados

No tocante à violência contra a mulher no estado do Mato Grosso do Sul, no ano de 1986, foi criada a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (1ª DEAM) na cidade de Campo Grande, capital do estado. Em 22 de agosto de 1986, foi criada a primeira Delegacia da Mulher em Dourados que na época era denominada Unidade Policial de Atendimento à Mulher (UPAM). Embora a UPAM tenha sido criada no ano de 1986, esta foi efetivada em 1987, com a Resolução/SSP/MS/Nº 124 - de 20 de agosto de 1987 (LANGE, 2009).

O município de Dourados conta com uma casa-abrigo que foi construída em 2002 e utilizada efetivamente a partir do ano de 2006, por meio de um convênio entre o município e o estado do Mato Grosso do Sul. A casa-abrigo atende o município de Dourados e os municípios circunvizinhos. Além disso, presta serviços de acompanhamento psicológico, social e jurídicos às mulheres e seus filhos em situação de risco de morte ou ameaças, em razão de violência doméstica e familiar, causadora de lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral e trata-se de um serviço temporário, com período determinado, após o qual deverão reunir condições necessárias para retomarem o curso de suas vidas (LANGE, 2009).

A cidade conta também com o Centro de Atendimento à Mulher Vítima de Violência, o VIVA MULHER, que foi inaugurado em 27 de novembro do ano de 2001, por meio de parceria entre o governo do Estado de Mato Grosso do Sul e a Prefeitura Municipal de Dourados. Este Centro está subordinado politicamente à Coordenadoria de Políticas Públicas para as Mulheres, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social. O Viva Mulher é um local de referência e orientação propulsor do processo de resgate da mulher como ser social, pois tem o papel de dar atendimento e acompanhamento social e psicológico à mulher em situação de violência, fortalecendo sua autoestima e possibilitando que esta se torne

sujeito de seus próprios direitos. O Centro oferece o suporte jurídico por meio da defensoria pública, cujo serviço deve funcionar em rede com os demais (DOURADOS, 2014).

Os demais serviços públicos que atendem mulheres em situação de violência podem encaminhar as mulheres para o atendimento no Viva Mulher. Podem ser os hospitais, os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e a delegacia. No Viva Mulher, o Serviço Social faz alguns encaminhamentos que a mulher necessite para retomar sua autonomia; geralmente referencia-se a família ao CRAS para que o seu acompanhamento seja mais próximo à residência, e concedem-se alguns benefícios eventuais conforme a necessidade. Durante o acompanhamento da mulher, a equipe faz visitas domiciliares para verificar como ela está prosseguindo após os atendimentos (DOURADOS, 2014).

Além disso, a vigilância epidemiológica do município é responsável por consolidar a notificação dos casos de violência, sendo que a realização da notificação é feita pelos serviços de saúde que atendem as mulheres.

5.3 Participantes da pesquisa

Para a escolha das enfermeiras participantes do estudo, optou-se por incluir aquelas que tivessem experiência na abordagem com mulheres em situação de violência, considerando que estas profissionais poderiam contribuir para o alcance dos objetivos da pesquisa.

Primeiramente foi consultado o banco de notificações da vigilância epidemiológica do município, que é o setor responsável pelas notificações da violência contra a mulher, com o objetivo de identificar as ESF que realizaram as notificações e, desta forma, possibilitar o encontro das enfermeiras que atenderam os casos.

Entretanto, devido à dificuldade em encontrar dados fidedignos sobre a violência contra a mulher do município, devido a sua subnotificação, não representando a realidade, este dado foi insuficiente para a pesquisa, sendo necessário buscar outra alternativa para a escolha das enfermeiras participantes da pesquisa.

Assim, foram consultados os relatórios dos meses de setembro e outubro de 2013 do Viva Mulher, com a anuência da coordenadora do serviço, no intuito de conhecer os bairros em que residiam as mulheres atendidas neste serviço, possibilitando direcionar as entrevistas para as enfermeiras que trabalhassem nas ESF nos referidos bairros.

Tanto as notificações quanto o banco de informações do Viva Mulher foram utilizados com a finalidade de consulta para direcionar as entrevistas, sem utilização dos dados na pesquisa em si.

A seleção das enfermeiras para participação neste estudo se deu por meio dos dados dos serviços acima referidos, considerando que aquelas profissionais que possuísem casos de violência contra a mulher nas comunidades em que atuavam poderiam fornecer informações sobre sua prática.

Assim, as participantes foram as enfermeiras que atuavam nas 42 equipes ESF no município de Dourados/MS e que haviam notificado violência contra a mulher e/ou que tinham mulheres acompanhadas por suas equipes que estavam sendo atendidas no Viva Mulher nos meses de setembro e outubro de 2013. Não compuseram o rol de entrevistadas as enfermeiras das ESF's que se encontravam em licença médica, licença maternidade ou em férias no período da coleta de dados.

5.4 Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, com um roteiro semiestruturado (APÊNDICE 2). Foi realizado pré-teste na primeira entrevista para verificação da necessidade de adequações do instrumento de coleta de dados. Após esta etapa, não necessitando de modificações, os dados foram coletados conforme o instrumento e a referida entrevista utilizada na pesquisa.

Para a realização das entrevistas, foi realizado contato prévio com as participantes para que se manifestassem sobre o aceite em participar da pesquisa e para que pudessem escolher o local, a data e horário mais convenientes e privativos. Contudo, todas elas preferiram realizar a entrevista no momento do primeiro contato com a pesquisadora.

Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2013 a junho de 2014.

Foram realizadas 13 (treze) entrevistas, todas gravadas com anuência das participantes. As entrevistas foram transcritas na íntegra, para posterior análise.

As gravações foram utilizadas exclusivamente para a pesquisa e permanecerão com a pesquisadora por cinco anos e, após decorrido este tempo, serão descartadas.

5.5 Saturação teórica

Para decidir o momento do encerramento das entrevistas, foi utilizada a saturação teórica. De acordo com Fontanella *et al.* (2011), ela ocorre quando o campo da pesquisa não apresenta novos dados para aprofundar e subsidiar a análise.

Fontanella, Ricas e Turato (2008) propõem um instrumento para constatar a saturação teórica em pesquisas qualitativas. Desse modo, este instrumento, foi utilizado nesta pesquisa para subsidiar as coletas de dados, sendo que o instrumento consta de um quadro em que as categorias encontradas são dispostas de maneira a possibilitar encontrar um ponto em que as ideias se repitam (APÊNDICE 3).

5.6 Organização dos dados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo

Para organizar os dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefevre e Lefevre (2006), que tem como fundamento a Teoria das Representações Sociais.

A técnica do DSC surgiu no ano de 1990, quando os autores supracitados estavam em meio a uma pesquisa de cunho qualitativo e perceberam que as falas dos participantes das entrevistas se repetiam na maioria dos casos. Assim, surgiu a ideia de agrupar discursos, surgindo os discursos coletivos (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009). Segundo Figueiredo, Chiari e Goulart (2013), o método do DSC busca agrupar depoimentos de indivíduos que foram entrevistados para compor um discurso coletivo, permitindo a opinião coletiva sobre determinado assunto.

A técnica do DSC possui quatro operações, denominadas expressões-chave, ideias centrais, ancoragens e o discurso do sujeito coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). Neste estudo, foram utilizadas apenas três de tais operações: as expressões-chave, ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo.

Conforme os autores acima, as fases para compor o DSC utilizadas nesta pesquisa são construídas da seguinte maneira:

- 1- A primeira fase do método, referente às expressões-chave, constitui-se de partes (frases) das entrevistas que trazem a descrição do conteúdo das falas, de modo que o

pesquisador, após a leitura exaustiva do material, seleciona as partes da entrevista que possuem significado para os objetivos do trabalho;

2- Na segunda etapa, as ideias centrais referem-se às descrições dos sentidos dos depoimentos de cada informante e do conjunto das falas de todos os informantes que apresentam significado semelhante, formando as categorias;

3- A terceira e última etapa é constituída do discurso do sujeito coletivo, em que as expressões-chave com ideias centrais semelhantes ou complementares são agrupadas, formando um discurso coletivo, escrito na primeira pessoa do singular, com o objetivo de demonstrar que é um discurso composto por falas de vários indivíduos com significado semelhante.

Portanto, o DSC busca demonstrar e expressar a opinião sobre determinado tema de vários sujeitos com uma formação sociocultural similar.

De acordo com Figueiredo, Chiari e Goulart (2013), no DSC as ideias centrais são equivalentes às categorias. Assim nomeiam e identificam a opinião de determinados sujeitos. Por conseguinte, as ideias centrais recebem um nome com significado que descreve e resume um conjunto de falas de informantes. Desta forma, o DSC descreve um discurso oriundo de um pensamento coletivo.

Nesta pesquisa, inicialmente foi feito o trabalho de transcrição dos dados na íntegra e, em seguida, a leitura aprofundada das entrevistas.

Após a leitura, as expressões que continham conteúdos significativos foram grifadas e dispostas em quadros para unir as expressões-chave com ideias centrais semelhantes.

Foi criado um quadro para cada entrevista com as expressões-chave e as ideias centrais correspondentes para facilitar a organização dos dados.

Com a leitura de todas as entrevistas, foram agrupadas as que apresentavam ideias centrais semelhantes, dando origem às categorias.

Este processo de seleção de expressões-chave e ideias centrais foi realizado em todas as entrevistas, desde o início da coleta de dados, para analisar se os objetivos da pesquisa estavam sendo atingidos e para chegar ao ponto de saturação teórica, em que a coleta de dados pode ser finalizada.

5.7 Análise do conteúdo das entrevistas

A análise dos dados foi fundamentada pelo referencial teórico da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici.

As representações sociais possuem sua significância dinâmica, pois podem se referir ao processo de elaboração das representações bem como em estruturas de conhecimentos estabelecidas pelos indivíduos (MOSCOVICI, 2013).

Moscovici (2013, p. 21) observa que

as representações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social. Há uma relação sutil, aqui, entre representações e influências comunicativas.

Portanto, para alcançar os objetivos desta pesquisa, utilizou-se da teoria das Representações Sociais buscando compreender as representações da violência para as enfermeiras da ESF de Dourados.

5.8 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu os preceitos Éticos, de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c).

Para a realização da pesquisa, foi solicitada a Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados/MS (ANEXO 1).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS e teve sua aprovação com o protocolo número 404.619, em 24/09/2013.

As entrevistas foram realizadas perante o aceite das participantes, sendo que as mesmas foram informadas sobre a finalidade, os objetivos, o método, os benefícios, riscos, relevância e sigilosidade da pesquisa. Foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistadas tiveram a opção de desistir da participação voluntária a qualquer momento do estudo sem qualquer dano a suas pessoas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

“Na violência o outro pouco importa, associando-se a liberdade de exercício de direitos à coisificação desse outro, ruptura interativa que fundamenta as violências” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; COUTO, 2006, p. 113).

6.1 Caracterização das enfermeiras participantes

Participaram desta pesquisa 13 pessoas, dentre as quais 5 (cinco) enfermeiros e 8 (oito) enfermeiras, que atuam na ESF do município de Dourados; as idades das participantes é de 27 a 63 anos, e o tempo de formação em Enfermagem variou entre sete a dezoito anos, a experiência na área da Enfermagem esteve entre cinco anos e meio a dezoito anos, e a experiência na ESF variou entre quatro a quatorze anos de trabalho em ESF.

Dentre as enfermeiras participantes, dez se graduaram em universidades públicas estaduais ou federais e três em faculdades privadas. Quanto à pós-graduação, sete enfermeiras possuem especialização *lato sensu* em Saúde da Família; quatro, em Saúde Pública, duas, em Atenção Básica; uma, em Urgência e Emergência; uma, em Enfermagem Obstétrica; três, em Metodologia do Ensino Superior; uma, em Auditoria nos Serviços de Saúde; uma, em Gerenciamento em Unidade de Saúde; e duas enfermeiras não realizaram curso de pós-graduação.

Conforme encontrado na pesquisa, a maioria das enfermeiras participantes possui pós-graduação na área da Atenção Básica, e a violência contra a mulher faz parte dos temas que devem ser discutidos nesta área; mediante o tempo de formação das participantes, podemos inferir que as mesmas se graduaram com currículos tradicionais que seguem modelos biomédicos.

Salcedo-Barrientos *et al.* (2014) expõem que a maioria dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina não possui o tema da violência contra a mulher em seus currículos, nem em programas de formação continuada; afirmam, também, que os profissionais de saúde não estão preparados para acolherem os casos.

Os mesmos autores citados ainda afirmam que a Enfermagem trabalha diretamente com famílias em situação de violência entretanto as enfermeiras possuem dificuldades,

sentem-se impotentes. Assim, a falta de abordar esse tema impede que a violência seja enfrentada de forma apropriada.

Os currículos acadêmicos não se adequaram ao tema da violência contra a mulher, pois ainda existe conceito de práticas com modelos biomédicos, necessitando da inclusão de temas como gênero, etnia e classe social. Com essa dificuldade, a assistência não encontra possibilidades de articulações para ajudar essas mulheres (HASSE; VIEIRA, 2014).

Baragatti, Audi e Melo (2014) revelam que a introdução de uma disciplina sobre violência no curso de Enfermagem foi relevante, uma vez que passou a ampliar discussões, permitindo surgir vivências dos acadêmicos e aprofundamento no tema. Entretanto, as relações pessoais dos alunos podem impedir que estes se sintam à vontade para discutir sobre o tema, visto que as situações elencadas podem ser semelhantes às vivências pessoais dos mesmos.

Sendo assim, a violência contra a mulher ainda possui pouca visibilidade na ESF e como um agravo à saúde pública e na ESF. Deste modo, torna-se importante que a formação dos profissionais que trabalham na ESF tenha um olhar para a violência contra a mulher, tanto como um agravo à saúde como para a população adstrita no território. Com essa abordagem diferenciada, espera-se que os profissionais sintam-se preparados para reconhecer e lidar com os casos de violência e que a gestão da unidade de saúde acolha essa mulher de forma apropriada e propicie uma articulação adequada de referência e contrarreferência entre os serviços (GOMES; ERDMANN, 2014).

Hasse e Vieira (2014) encontraram, em sua pesquisa, que apenas 27% (vinte e sete por cento) de 61 (sessenta e um) profissionais entre médicos e enfermeiras relataram terem sido capacitados em serviço com o tema de violência contra a mulher e também identificaram que as enfermeiras tiveram maior abordagem sobre o tema.

Diante do exposto, a formação das Enfermeiras, seja em nível de graduação, em pós-graduação, ou em cursos de aperfeiçoamento necessita abordar o tema da violência para que os profissionais sejam sensibilizados com o tema e, com a prática cotidiana, estejam preparados para atender os casos.

Nos tópicos a seguir, serão expostos os DSC's oriundos das falas das participantes, os quais foram divididos em seis categorias que abrangem os DSC, com ideais centrais semelhantes. As categorias (IC) são: Conceitos de violência, O ciclo da violência, A violência no cotidiano da ESF, Atendimento à mulher em situação de violência, Ações realizadas e

propostas e O caminho rumo às perspectivas de mudanças. Estas serão apresentadas e discutidas a seguir.

6.2 Conceitos de violência

DSC 1- Concepções de violência

Acho que tudo aquilo que vem para agredir a individualidade, seja ela verbal ou física isso é violência. Qualquer tipo de abuso que a pessoa venha sofrer, tanto físico como psicológico é coação que vai ser um tipo de violência, que a pessoa vai ser coagida, pra mim é isso. Tem as questões culturais que a gente observa o que para mim é violência pro outro não é violência. É muito amplo, violência é muito amplo. A violência contra a mulher são todas essas formas que pode ser a agressão, que pode ser a agressão verbal, que pode ser qualquer forma que ela seja desrespeitada, que ela se sinta lesada, que ela seja maltratada, de vários aspectos, de vários pontos não só da física, o que a gente vê na mídia aparece mais a física, mas a gente sabe que na nossa realidade de ESF a gente tem muita agressão moral, psicológica, verbal, é tudo que vai de contra os princípios básicos da saúde. Acho que tudo aquilo que vem ferir esta mulher física, emocional, psicológica, no trabalho, na sua casa, isso é violência. Só que eu fico revoltada porque eu não acho certo isso, eu não acho isso normal a pessoa sofrer violência de espécie alguma. Violência contra a mulher também entraria quanto a isso, a partir do momento que tira seus direitos, tanto no seu trabalho, na sua casa.

O conceito de violência relatado pelas enfermeiras é abrangente e inclui os aspectos psicológicos, emocionais, físicos e morais no ambiente doméstico e de trabalho.

A concepção de violência é relacionada com a interpretação de cada indivíduo, ou seja, a violência pode se manifestar de forma diferente dependendo das representações sociais de cada um. Este fato é explicado por Moscovici (2013), que argumenta que diferentes classes de pessoas possuem representações peculiares, ou seja, cada um enxerga com olhos diferentes e realiza julgamentos baseados em critérios específicos e com suas categorias próprias.

A violência contra a mulher já foi designada de diversas formas. Até o ano de 1950, foi denominada como violência intrafamiliar; a partir do ano 1970, foi nomeada como

violência contra a mulher e, nos anos de 1980, como violência doméstica; a partir da década de 1990, passou a ser chamada de violência de gênero, considerando as diferenças estabelecidas na sociedade entre mulheres e homens (BRASIL, 2011d).

Além dessas denominações, a violência contra a mulher pode ser classificada de acordo com o local em que ocorre e com o indivíduo que a reproduz. A violência doméstica é praticada no domicílio, e os perpetradores podem ser pessoas íntimas, filhos e outros indivíduos que convivem na mesma residência. A violência intrafamiliar inclui todos os atos cometidos no âmbito familiar e se refere às relações em que o ato violento se efetiva e não apenas ao espaço físico em que a violência acontece; a violência de gênero, que constitui as ações baseadas nas diferenças sociais e culturais entre os sexos, ou seja, pela imposição de um sexo sobre o outro (PENNA; SANTOS, 2007).

Os relatos assinalaram a interferência na qualidade de vida das pessoas em situação de violência, o que remete ao tema como um problema com interface com a saúde pública e foi relacionada como algo que está em direção oposta aos princípios da saúde.

Ao relatar suas representações sociais, os profissionais utilizaram palavras como coação, abuso, falta de liberdade para exercer direitos, algo errado e anormal. E, mediante os termos relatados, observa-se que as enfermeiras não são coniventes com a violência, que interpretam esta situação de maneira em que a mulher em situação de violência, além de ser agredida, é forçada e humilhada, não sendo observadas expressões que remetem à culpabilização da mulher. O tema provoca sentimentos variados nas enfermeiras, incluindo a revolta.

Na pesquisa realizada por Nascimento, Ribeiro e Souza (2014), os profissionais de saúde relataram a violência como algo que afeta a dignidade, que inclui a não aceitação de direitos e discriminação pelo gênero. No mesmo estudo, a violência foi encontrada principalmente nas formas físicas, sexual, psicológica, econômica e espiritual; os profissionais de saúde possuem a concepção da violência contra a mulher como um problema de saúde pública, interferindo na saúde da mulher e de sua família e, dentre os agravos relatados encontram-se os traumatismos, hipertensão, queimaduras, depressão, fobias, tentativas e tendência ao suicídio, consumo abusivo de álcool e estresse pós-traumático.

Quanto à interferência na saúde que foi mencionada no DSC, Gomes e Erdmann (2014), em pesquisa realizada com técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos da ESF também relataram a violência como um agravo à saúde da mulher, com consequências na

saúde e na força de trabalho e nas famílias; a violência foi considerada, ainda, como um fator associado à procura do serviço de saúde e à busca pelo atendimento.

No mesmo estudo citado acima, os profissionais de saúde asseguram que a violência contra a mulher está associada com o uso de álcool e outras drogas, bem como com a situação socioeconômica. Também expuseram a necessidade de estarem mais preparados para atender esses casos, tanto no reconhecimento como no atendimento dessas mulheres.

Além da qualidade de vida das mulheres, a violência em suas várias formas interfere na qualidade de vida de suas famílias. Moura, Lefevre e Moura (2012) afirmam que as mulheres nesta situação sentem desesperança, não encontram motivos para a existência, há falta de planos para o futuro, e que as promessas de mudanças ocorridas na fase denominada de lua-de-mel é que permitem que a esperança das mesmas apareça.

De acordo com Viellas *et al.* (2012), a família possui papel fundamental na vida do ser humano, pois interfere na formação e na representação social do indivíduo. Os acontecimentos familiares marcam a vida de quem os vivencia, o que remete à violência doméstica, pois como demonstrado acima, esta condição interfere e produz resultados na vida de toda a família. Espera-se que o lar ofereça apoio e segurança, fatos que ficam dificultados ou ocorrem somente por parte de um membro, o que repercute na vida daqueles que estão nesse meio.

Moura, Lefevre e Moura (2012) descreveram mulheres em situação de terror constante, em tensão dentro de sua casa; ainda que não estejam mais vivendo com o companheiro sentem-se amedrontadas, vigiadas, em relacionamentos semelhantes a prisões.

Esta sensação descrita foi denominada de aprisionamento por Souto e Braga (2009), pois as mulheres submetem-se aos agressores, abrindo mão de sua vida social, sendo obrigadas somente a cumprir seus supostos deveres de dona-de-casa. Não possuem possibilidade de fazer aquilo que lhes é prazeroso. Este fato remete ao DSC, em que as enfermeiras compreendem a violência como abuso e falta de direitos.

Quanto ao discurso de falta de liberdade para exercerem seus direitos das mulheres em situação de violência, conforme o DSC 1, a Declaração Universal dos Direitos dos Homens, criada em 1948, não considerava as diferenças entre os gêneros ao referir-se apenas, já em sua denominação, aos direitos “dos homens”, negligenciando as particularidades existentes entre os direitos de homens e das mulheres, como por exemplo, os direitos reprodutivos e sexuais que existem significados diferentes para cada sexo (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Os mesmos autores acima observam que as discussões sobre os direitos humanos também contribuíram para que o tema da violência se tornasse parte dos agravos à saúde, visto que anteriormente eram consideradas “causas externas”, sem qualquer relação com a saúde pública.

Diante do exposto, é possível depreender que as enfermeiras participantes possuem uma representação ampliada de violência, que abrangem questões culturais, de gênero e a liberdade de direitos. A violência contra a mulher produz sofrimento e interfere na qualidade de vida das mulheres e de suas famílias.

6.3 O ciclo da violência

DSC 2- Relações de gênero

A gente percebe que na grande maioria ele é o provedor ainda, ele sustenta os filhos, ele sustenta a casa e a mulher nem sempre ela trabalha. Percebe que ainda a mulher por depender ela ainda está muito frágil, ela não consegue ver caminhos. Então o homem se acha poderoso, se acha dono e o homem ainda é machista. A gente sabe que a mulher segura a relação muito por conta dos filhos, vai aguentando, aguentando, até o dia que a agressão é tão grande que não tem mais como esconder. Passa alguns dias e a própria violentada, a própria agredida retira a queixa porque está nessa questão ainda de depender do marido e acaba retirando, de repente essa violência acontece por questões socioeconômicas desfavoráveis, muita pobreza, junta com o álcool.

No DSC 2, estão presentes as questões de gênero, em que as diferenças nos papéis exercidos pelo homem e pela mulher na sociedade interferem na saúde da mulher, na violência contra a mulher e na saúde de toda a família. As questões socioeconômicas também foram relatadas como contribuição para ocorrer a violência, como em situações de pobreza e uso de álcool.

As representações sociais das enfermeiras sobre a situação da mulher estão relacionadas com as questões de gênero, denotam que a mulher ainda é dependente do homem financeiramente, pois existem mulheres que não exercem atividades laborais fora do lar. Além

disso, a mulher é considerada frágil e o homem machista, o que remete ao poder exercido pelo homem sobre a mulher, historicamente aceito.

As enfermeiras relataram que as mulheres não conseguem vislumbrar alternativas diferentes, o que remete às representações sociais dessas mulheres, no sentido de não encontrarem possibilidades de mudanças na situação para que possam se apropriar de suas vidas.

O DSC também contempla as decisões que a mulher precisa tomar para modificar sua vida, em que várias questões estão envolvidas, como seus filhos e as alterações que poderão ocorrer na vida deles. Por isso, as mulheres vão aguentando as agressões e somente decidem se desvencilhar da situação quando realmente não suportam mais.

Mediante os relatos, a questão da violência contra a mulher está fortemente vinculada ao gênero, visto que a maioria dos que perpetuam a violência são parceiros íntimos ou outros familiares. Venâncio e Fonseca (2013) encontraram em sua pesquisa, realizada com 91 mulheres trabalhadoras em restaurantes, que mais da metade delas já havia sofrido violência e, na maioria destes casos, o autor foi o próprio parceiro.

Rodrigues *et al.* (2014) enfatizam que a violência contra a mulher é decorrente dos relacionamentos afetivos, que estão vinculados ao gênero e às questões culturais favorecendo ainda mais as desigualdades nas relações entre homens e mulheres. Soma-se a isto o fato de essas relações ocorrerem em uma sociedade que considera a subordinação da mulher e as diferenças entre os sexos como naturais.

Os mesmos autores referem que a mulher está em condição vulnerável à violência por parceiro íntimo em seu ambiente familiar, e o uso de álcool e outras drogas está relacionado com esses acontecimentos. Além disso, afirmam que não somente a mulher é afetada na violência bem como toda a sua família, o que já foi discutido anteriormente, neste estudo.

Guedes, Fonseca e Egry (2013), em pesquisa realizada com profissionais que atuam na ESF, encontraram discursos vinculados às questões de gênero principalmente ao abordarem a fragilidade feminina e as peculiaridades das mulheres, como por exemplo, a necessidade de apoio durante a gestação. Entretanto, observou-se que os profissionais culpabilizaram a mulher pelos atos de violência cometidos contra ela, o que difere dos relatos encontrados nesta pesquisa.

As questões que envolvem o gênero são várias, e dentre estas está a naturalização do poder masculino sobre o feminino e nas crenças do casamento como uma forma de realização

das mulheres, que são associadas à violência contra a mulher. Em pesquisa realizada com profissionais de saúde da ESF, foi relatada a associação de desigualdades de gênero, dificuldades econômicas, uso de drogas, o silêncio da mulher e a permanência na relação conjugal mesmo com a violência (GOMES; ERDMANN, 2014).

As relações de gênero descritas no DSC estão ligadas à violência, visto que os relacionamentos entre homens e mulheres estão se modificando, em um processo de ruptura do tradicional, que nesse caso seria a dominação masculina. Quando a violência ocorre pode ser considerada como uma tentativa de reconquista do poder ou até prevenção da perda do mesmo, de modo que a violência, na visão de quem a pratica, pode ser uma forma educativa, que muitos homens acreditam poder realizá-la (SCHRAIBER; D' OLIVEIRA; COUTO, 2009).

As questões de gênero estão relacionadas com a dinâmica da violência, em que a divisão dos papéis exercidos pelo homem e pela mulher possui uma desigualdade de privilégios, direitos e deveres no ambiente doméstico, visto que a cultura do regime patriarcal herdado ainda está relacionada com o convívio dos casais, principalmente nas relações que envolvem a sexualidade, reprodução e socialização (DEEKE *et al.*, 2009).

Mediante os fatos elencados, pode-se inferir que as diferenças de gênero permeiam as relações entre homens e mulheres e a violência, necessitando compreender essas mulheres em seu ambiente familiar e cultural para acolhê-las e entender as diversas situações que envolvem a violência contra a mulher.

DSC 3- As dificuldades das mulheres em situação de violência

A gente observa que ela retorna à casa, que ela vai conviver com aquele homem de novo e certamente em algum outro momento ela vai ser vítima de violência. Que a gente sabe que existe a questão da violência intrafamiliar que a gente não percebe, mas assim o que eu vejo mais não é nem a violência, é o abandono. Abandono de cuidados, desinteresse da família em algumas situações, da própria mulher, desinteresse dela com ela mesma, a falta de cuidado dela, não ver outros caminhos pra vida pra que ela consiga uma independência financeira. Eu vejo elas sendo mal tratadas e não conseguindo reverter essa situação. Agora eu te pergunto pra quem você vai encaminhar essa menina? Responde pra mim... quem vai proteger essa menina? Se o pai não quer, o pai não quer falou que ela saiu de casa e não

quer mais, viu o problema? Se ela fosse expulsa de casa ela ia morar onde? Quanto menor o poder aquisitivo, maior violência. A escolaridade interfere muito, geralmente é muito ligada uma coisa com a outra então os casos são maiores. Uma pessoa que tem vergonha que tem uma condição social faz tratamento vai no médico mais não vai lá no posto de saúde falar, diferente daqui que tem que vir aqui porque só tem aqui.

Nesse DSC, a categoria gênero está presente novamente. Os profissionais relatam as dificuldades pelas quais as mulheres passam e todas as questões que interferem na vida das mesmas e na decisão de romper com a relação violenta.

Moscovici (2013) considera que, quando uma pessoa não está de acordo com nossas representações, nos provoca a encontrar explicações para determinadas atitudes ou comportamentos dessa pessoa e, para as enfermeiras, as representações sociais demonstram que a mulher, mesmo após tentar romper com o ciclo da violência, acaba retornando a esta situação; que a mulher está abandonada, não vislumbra possibilidades, e que questões sociais e econômicas impedem e interferem na ruptura com o parceiro; além disso, a mulher não conta com o apoio de seus familiares.

Associados a estes fatores, as enfermeiras consideram que a escolaridade e a condição financeira impossibilitam que a mulher possa se desvencilhar da violência.

Observa-se que muitas vezes a mulher não tem moradia, apoio da família, emprego, e depende do companheiro para sobreviver. Mediante esta situação, as relações desiguais de gênero, como já citado anteriormente, interferem na qualidade de vida da mesma e no ciclo da violência, o que impede o rompimento do ciclo da violência e dificulta a saída da mulher da relação.

As diferenças de gênero estão novamente presentes nos discursos. Venâncio e Fonseca (2013) encontraram, em seu estudo, que a condição social e econômica está diretamente ligada à situação de violência. Asseguram que a idade da mulher, quando se casa, está relacionada inversamente com a possibilidade de ser maltratada, assim, a cada ano a mais, a probabilidade de violência diminui; além disso, referem que as mulheres que se casam com mais de 30 anos possuem menos chance de serem vítimas de violência e, a cada ano a menos, aumenta a probabilidade.

O estudo anteriormente citado também constatou que a exposição da mulher à violência no lugar onde reside aumenta a sua chance em passar por esta situação no

relacionamento conjugal. O uso de álcool pelo parceiro também é um fator relevante; uma mulher com parceiro usuário de álcool tem mais chance de sofrer violência (VENÂNCIO; FONSECA, 2013).

Outro estudo, realizado por Vieira *et al.* (2014), evidenciou que o álcool e outras drogas utilizados pelo companheiro são fatores que vulnerabilizam a mulher nas relações conjugais e familiares. Importante destacar que o álcool não é a causa da violência, mas sim um fator que potencializa a ocorrência e coloca a mulher em situação de vulnerabilidade.

Nesta mesma pesquisa, em que foi investigada a realidade social das mulheres que realizam a denúncia relacionada com os determinantes socioculturais, observou-se que as mulheres que sofrem violência vivem em uma relação cheia de brigas, humilhações e agressões, e o uso abusivo de álcool e outras drogas potencializou esta violência. Os autores enfatizam, ainda, a necessidade de associar a saúde da mulher com a saúde mental, visto que a violência agrava a saúde das mulheres em várias dimensões (VIEIRA *et al.*, 2014).

Dutra *et al.* (2013) entendem que os fatores associados com as relações de gênero, as restrições sociais, bem como a aceitação desses valores, a relação conjugal permeada pela violência e a dificuldade de acionar os serviços são pontos que dificultam que a mulher encontre meios para mudar a situação. Além do gênero e das questões culturais, a família, amigos, grupos sociais e questões institucionais interferem nesses casos.

Assim, em alguns casos, as mulheres não possuem condições reais de romper com a relação violenta; os motivos são vários, principalmente relacionados com a dependência em relação ao companheiro em vários aspectos, que costuma ser o perpetrador da violência (LEITE *et al.*; 2012).

As mulheres em situação de violência possuem dificuldades em negociar o uso de métodos anticoncepcionais com os companheiros, tornando-as mais susceptíveis à gestação indesejada, possuem dificuldade em dialogar com o parceiro, por se tratar de uma relação controladora. Portanto, essas mulheres, quando gestantes, possuem maior chance de intercorrências, tais como hipertensão, sangramentos vaginais, depressão pós-parto (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Conforme o DSC, as representações sociais das enfermeiras quanto às mulheres em situação de violência estão relacionadas com as condições sociais, econômicas e de gênero desfavoráveis, que impedem que as mesmas rompam com a situação de violência.

Conforme mencionado anteriormente, a família também possui papel fundamental na decisão de romper com a relação violenta. Costa *et al.* (2013) referem que a decisão de romper a relação com o companheiro e enfrentar o problema faz com que a mulher necessite de coragem para abandonar seus projetos envolvendo a família e um parceiro. Por se tratar de uma situação estereotipada: a mulher precisa de um companheiro, possui várias representações como proteção, sobrevivência e apoio de instituições, que estão relacionados com as representações desiguais de gênero que as mulheres possuem.

Com isso, a violência repercute na família, principalmente nos filhos, visto que acabam presenciando as cenas de violência e sendo vítimas, implicando no entendimento da violência de forma ampla (PATIAS; BOSSI; DELL'AGLIO, 2014).

Conforme os fatos citados acima, todas as condições desfavoráveis da mulher também interferem na abordagem dos profissionais de saúde, visto que a mulher chega aos serviços de saúde constrangida, sente-se humilhada, com medo e encontra dificuldade de relatar o ocorrido. É um desafio lidar com a resistência da mulher, e o objetivo das ações é reverter as suas perspectivas, interferindo nas representações sociais sobre a vida e os valores que detém (PATIAS; BOSSI; DELL'AGLIO, 2014).

Podemos observar que as enfermeiras expressaram, em seus relatos, uma angústia em lidar com casos de violência contra a mulher, em que a mulher encontra-se em uma condição de desamparo, pois, se decide por romper com a violência, deixa de ter moradia e perde apoio da família. Observa-se que, nesses casos, as profissionais ficam preocupadas e, muitas vezes, não encontram meios nas redes de apoio para acolher e amparar essas mulheres, o que gera sentimento de angústia entre as enfermeiras.

Portanto, a situação social, econômica, a escolaridade e o uso de álcool pelo parceiro influenciam nas relações familiares e na violência contra a mulher; interferem também nas ações que serão necessárias para que a mesma possa mudar a sua vida. Moscovici (2013) relata que o comportamento das pessoas provém de motivações internas e externas, em que as últimas não são da própria pessoa, mas de seu ambiente, posição social e pressões que outros indivíduos podem exercer sobre elas.

Entretanto, conforme relatado no DSC 3, as mulheres, nessas condições desfavoráveis, são mais visualizadas pelo serviço de saúde público, visto que não possuem outros meios de atendimento e estão mais presentes nestes serviços; isto não exclui a ocorrência da violência em classes sociais altas, pois esses casos dificilmente chegam ao SUS.

Mediante os fatos citados, a assistência às mulheres em situação de violência envolve os aspectos psicológicos, amparo social, jurídico, de moradia, creche, escola, amparo para o trabalho e saúde, implicando em uma rede intersetorial e articulada que funcione efetivamente (LEITE *et al.*, 2012).

Assim, são vários os aspectos envolvidos na violência contra a mulher e na sua situação de vida, o que implica em atendimento integral com diversos serviços e profissionais envolvidos.

DSC 4- O medo da denúncia

Em algumas situações se recusam a fazer boletim de ocorrência não querem de forma alguma fazer a denúncia. A denúncia ela é.... medo, o medo é muito grande. Eu não sei se é receio, lógico que eu não vou falar isso pra ninguém, a gente tem que ter ética, mas não sei se é vergonha ou se é receio disso, de expor o que ela ta passando porque ela se sente envergonhada e não tem resolutividade da própria vida, fica dependente de outro ser, então é complicado porque não depende de mim resolver, depende da pessoa, ela tem que ter força de vontade, se ela quer mudar de vida ou não, porque depois o marido pode tentar matar ela, que ameaça de morte, não tem na minha área mas tem caso que a gente vê, mulher larga do marido por causa da violência porque não aguenta mais e o marido vai lá e mata, então elas ficam meio receosa, ficam com medo.

O DSC 4 expressa o medo e a vergonha que a mulher sente em realizar a denúncia. De um lado, receia que a situação de violência se perpetue e, de outro, constrange-se por se sentir incapaz de reagir, por depender afetiva e financeiramente do companheiro e por não encontrar meios de resolver os seus problemas.

As enfermeiras mencionam que o medo da violência resultar em morte está presente entre as mulheres devido às ameaças do parceiro, ao sentimento de incapacidade de reagir, associado à baixa autoestima, que as levam a aceitar as situações de violência a que são submetidas.

As enfermeiras relatam que esse medo interfere na assistência à mulher em situação de violência, visto que algumas ações requerem uma decisão da própria mulher, como a

realização da denúncia, a vontade de mudar a própria vida, a iniciativa de buscar ajuda e enfrentar seus problemas. Nesses casos, a mulher precisa comparecer em ações de justiça, relatar os ocorridos e enfrentar o perpetrador da violência.

Dutra *et al.* (2013) afirmam que as mulheres que passam por todas essas situações citadas anteriormente sentem medo de denunciar e buscar ajuda. Além disso, muitas desconfiam dos sistemas de proteção e segurança, pois acreditam que não conseguirão ajuda e que, caso os companheiros sejam presos, ao se encontrarem em liberdade irão ao encontro delas para continuarem reproduzindo a violência.

Os mesmos autores referem que é necessário que os serviços e instituições estabeleçam uma relação de confiança para que as mulheres sintam-se acolhidas e apoiadas; para tanto, é preciso uma escuta ampliada no intuito de acolhê-las.

Assim, o medo interfere na atitude da mulher e na decisão de sair dessa relação. Com isso, os profissionais de saúde necessitam acolher essas mulheres, ter uma escuta sensibilizada para que, gradualmente, elas possam confiar nos serviços e sentirem-se seguras.

Quando as enfermeiras realizam o acolhimento e o diálogo com essas mulheres, tais sentimentos devem ser considerados. Conforme o DSC, existe dificuldade em auxiliar as mulheres em situação de violência, pois os serviços de saúde não podem ampará-las em sua totalidade, o que implica na necessidade de uma rede de atendimento para que a mulher possa comparecer e expor suas vivências.

6.4 A violência no cotidiano da ESF

DSC 5- A violência omitida

A violência contra a mulher tá muito presente no dia-a-dia e a gente observa e às vezes faz vistas grossas, não vê ou não quer ver achando que aquilo faz parte da convivência familiar, então a violência contra a mulher está acontecendo todos os dias. Elas não falam muito de agressão física, eu tenho mais contato com agressão verbal, que também é uma violência contra a mulher. O que eu peguei mesmo ela não quis fazer boletim de ocorrência e nada, eles brigavam sabe, fiz aconselhamento, ela não soube lidar com a situação e no fim ela desapareceu. É difícil ela vir por conta disso, às vezes ela tem uma queixa vaga um sintoma de saúde mental, e aí a gente vai tentando destrinchar essa queixa acaba às vezes se

deparando com a violência em algum ponto. Pela situação, pelo ferimento, pelo jeito do hematoma, que você vai montando toda uma história, então, ela negou, disse pra mim que não, que ela estava no carro que o marido freou e ela bateu na frente, mais ai a gente foi desenrolando, desenrolando essa situação. Não cola uma coisa com a outra e você já vê que tem muita coisa errada, então fica fácil de detectar, agora a violência psicológica você já tem que ter um tempo maior com essa mulher, primeiro ela tem que confiar em você, tem que saber quem você é que ela não sai contando a história dela. Quando a gente tá aqui colhendo preventivo ela tá relatando alguma coisa, você vê que ela é vítima de violência. Na verdade eu tenho um casal aqui que eu nunca, assim eu converso mas eu vi que toda vez ele meio que vem acompanhar, ele meio que não deixa ela sair e a gente tentava conversar, resgatar a história mas ela sempre tentava encurtar o assunto. Pelo agente comunitário que nos dá a dica que tem uma violência ali, talvez nem física mas moral, psicológica, de agressão assim, moral e psicológica e às vezes fica difícil que a gente consiga assim, que a mulher fale. Geralmente é o agente comunitário que identifica e ele traz o problema pra gente porque eu visito pouco as casas e a gente consegue perceber mais no domicílio, é mais fácil do que aqui nesse atendimento ambulatorial e geralmente o agente comunitário, ele já é vizinho da pessoa, então eles conhecem bem a área e geralmente quem identifica são elas.

No DSC 5, são descritas as formas como as profissionais entram em contato com os casos de violência contra a mulher na ESF. Observa-se que há dificuldade em relatar explicitamente para a enfermeira a violência por que passa a mulher, o que implica em um vínculo afetivo com a profissional que gere confiança para que a mulher fale sobre a violência.

Este vínculo entre a enfermeira e a mulher pode ser construído de modo gradativo, em outras ações da assistência, como por exemplo, a coleta do preventivo, pois, durante o atendimento, pode ser estabelecido um diálogo com a mulher sobre suas relações afetivas.

O DSC também aponta que a mulher possui dificuldade em expor os fatos violentos, e as enfermeiras muitas vezes, mesmo se desconfiam, não abordam o tema, o que permite que os casos de violência não sejam visualizados pelo serviço de saúde, não constituindo parte da rotina da ESF.

Kind *et al.* (2013) apontam em seu estudo a falta de reconhecimento, pelos profissionais de saúde da ESF, sobre a violência contra a mulher como um problema que deve

ser abordado, principalmente pelo fato de a mulher não relatar a violência e pelo pouco tempo de atuação na unidade. Assim, os autores referem que a violência é considerada como um problema presente no cotidiano da atenção primária. Existe, entretanto, um silenciamento devido à dificuldade dos relatos por parte das mulheres, o medo e as relações de gênero, como já mencionadas.

Um dos pontos importantes na ESF é a atuação do agente comunitário de saúde (ACS). As enfermeiras afirmam que os agentes conseguem visualizar a violência por fazerem parte da comunidade e por realizarem número maior de visitas domiciliares, o que favorece a identificação da violência contra a mulher. O ACS, muitas vezes, faz um papel de confidente da mulher, a partir de uma relação de confiança que estabelece com a comunidade. Assim, as representações das enfermeiras sobre os ACS's envolvem a possibilidade de esses profissionais darem visibilidade à violência que ocorre nas comunidades.

Velloso, Araújo e Alves (2011) apresentam a possibilidade de atuação do ACS em duas perspectivas, uma de forma pessoal e outra profissional, pois os ACS's residem na comunidade em que trabalham. Cabe a este profissional aproximar a equipe da ESF da população; entretanto, alguns pontos interferem no trabalho do ACS, tais como a violência social na comunidade e o medo de sofrer represálias, que restringem sua atuação.

O DSC demonstra que a violência psicológica é predominante e as representações sociais que as enfermeiras têm sobre os tipos de violência são amplas e abrangem várias formas.

Entretanto, a violência psicológica ainda é pouco considerada, como em uma pesquisa realizada por Nascimento, Ribeiro e Souza (2014) em Angola, em hospitais, onde os profissionais participantes relataram os cuidados prestados às mulheres quanto à violência física e suas consequências, desconsiderando a importância da violência psicológica.

Hasse e Vieira (2014) também encontraram em seu estudo, com médicos e enfermeiras, que a violência física, aquela que pode ser visualizada, foi relatada como maioria dos casos, entretanto a literatura aponta que a violência psicológica é mais frequente.

Kind *et al.* (2013) concluíram que a violência contra a mulher faz parte da realidade da atenção primária e é subnotificada pelos profissionais.

Gomes e Erdmann (2014) revelam a pouca visibilidade que a violência contra a mulher tem no âmbito da ESF e que, quando o problema se apresenta para o serviço de saúde,

a mulher é encaminhada para o apoio psicossocial. Contudo, existe número insuficiente de profissionais para atender os casos.

A literatura demonstra que a consulta de enfermagem é um espaço utilizado para reconhecer a violência contra a mulher, tendo destaque a consulta de pré-natal. O reconhecimento da violência também pode ocorrer por meio de visitas domiciliares e em outros atendimentos que envolvem a criança, procedimentos e vacinas, por propiciarem momentos que possibilitam a identificação da violência por meio de sinais ou expressão verbal. Tais momentos podem constituir oportunidades para estabelecer uma relação de confiança, já mencionada anteriormente, que pode ser construída ao longo do tempo (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

As autoras evidenciam, ainda, que muitas mulheres que buscam assistência em serviços de saúde não são atendidas na rotina por profissionais sensíveis e com uma abordagem adequada, o que também impede que a violência seja identificada e/ou verbalizada (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Desta maneira, a violência pode ser omitida no cotidiano dos profissionais pela dificuldade do relato e pelo medo das mulheres. Entretanto, pode ser construída uma relação de confiança entre as enfermeiras, os ACS e essas mulheres, o que possibilita que a relação violenta seja exposta, e os meios de acolher e amparar tais mulheres sejam encontrados. Ficou evidenciado o papel dos ACS como um elo forte entre a comunidade e a equipe, envolvendo questões do cotidiano da comunidade e a identificação da violência.

Além disso, observa-se a presença da violência psicológica nos relatos, ainda que mais difícil de ser identificada. Todavia, por meio de acolhimento adequado pode ser desvelada.

DSC 6- A notificação da violência contra a mulher

Eu já notifiquei alguns casos de violência, já notifiquei porque a paciente veio até a mim e relatou que sofreu violência. A gente faz a notificação de violência doméstica, essa mulher é encaminhada para a consulta médica. Eu não faço notificação porque não vale a pena, não vale a pena, porque, porque parece que é um número a mais, é um número a mais. Olha a gente não costuma notificar porque não tem resolutividade no final, porque não tem pra quem referenciar mais, por exemplo, você notifica a violência e referencia pra onde? então

você só notifica, é dado estatístico, o que é frustrante pro profissional dele não se converter em nada. Eu entendo assim que pra um caso pra ser notificado infelizmente tem que ser um caso muito grave, caso muito grave de uma coisa assim que eu estou te falando o que é real e se o profissional não notificar ele se complica aí sai a notificação entendeu? Agora alguns casos é feito vista grossa, infelizmente, por conta de tudo isso que a gente falou.

A notificação da violência contra a mulher é uma situação complexa, visto que esta nem sempre é realizada. Nesta pesquisa poucas enfermeiras relatam que notificam os casos. As justificativas indicadas para a subnotificação compreenderam a falta do seguimento do caso e a insuficiência da rede para atender os casos de violência contra a mulher, constituindo uma parcela invisível de casos de violência que permanecem sem resolutividade.

Nas falas, o destaque é dado para a realização da notificação em que a violência é um caso grave, que pode resultar em lesões graves e até em morte, além do que pode apresentar consequências legais para os profissionais.

A organização do serviço e da assistência foi relatada como fator agravante na subnotificação pelos profissionais da atenção primária na pesquisa de Kind *et al.* (2013). O tempo escasso e o desconhecimento da obrigatoriedade e importância da notificação também foram apontados.

O desconhecimento da importância da notificação dos casos de violência contra a mulher pode ser observado nas falas do DSC 4. A comparação entre as demais notificações utilizadas rotineiramente na ESF, tais como as doenças transmissíveis, e as ações que emergem a partir da notificação podem levar o profissional ao desconhecimento da real função da notificação da violência, visto que na notificação de doenças transmissíveis os casos são investigados e, na violência, rotineiramente não são investigados.

Portanto, as representações sociais das enfermeiras sobre a notificação acabam por estar relacionadas com falta de resolutividade e até inutilidade, por não resultar em investigação e ser considerado mais um dado numérico, o que ocorre pela falta de conhecimento da função da notificação da violência.

Além disso, a literatura aponta a aproximação semântica entre os termos *notificação* e *denúncia*, o que leva o profissional a subnotificar os casos, ou seja, os profissionais entendem que, se notificarem os casos de violência, estarão se expondo e precisarão buscar uma resolutividade e responder por eles. Todavia, a notificação deve ser entendida como um

instrumento para organizar dados epidemiológicos e produzir dados para conhecimento da situação da violência contra a mulher (KIND *et al.*, 2013).

Mediante os fatos citados, a violência continua sendo subnotificada. Dentre os motivos para isto, encontram-se o medo de se envolver com o caso e ter que responder por ele, a representação de constituir em um dado sem utilidade e resolutividade por meio da comparação com as demais notificações e, até mesmo pelo fato de os casos de violência não serem rotina na ESF.

6.5 Atendimento à mulher em situação de violência

DSC 7 - Impotência em lidar com a violência contra a mulher

Apesar de ser um tema muito antigo esta abordagem ainda é difícil, talvez a gente enquanto profissional ainda tenha um pudor desnecessário pra conseguir abordar esta mulher, com medo de represálias do esposo, medo de invadir a privacidade dela. É muito triste, é desolador quando você vê esta mulher completamente fragilizada e a gente fica impotente, queria tirar ela daquele lugar e colocar em um que ela tivesse segurança e reponsabilidade pela vida dela. Eu tenho certeza que a gente precisa de mais treinamento pra poder abordar estas situações melhor, porque a gente fica assim de mãos atadas, de mãos atadas. Assim é frustrante demais pro profissional de saúde trabalhar com pessoas vítimas de violência, o fim dessa história é frustrante. Não tem como resolver tudo, no caso a pessoa não tem estudo, não tem emprego, eu não consigo resolver esse tipo de coisa. A gente se sente num impasse, porque a gente fica com medo de orientar ela a tomar uma medida e ter uma contrapartida do parceiro ou de quem é o agressor, porque geralmente a gente não pode influenciar de certa forma, discute entre a equipe, vamos supor um agente comunitário, um médico, o que pode se fazer dentro da possibilidade que não comprometa o nosso trabalho, de ter represálias, ter alguma coisa, que existe isso, a mulher chega lá no parceiro e fala porque eu fui no posto e o médico falou pra mim que eu tenho que denunciar você não sei aonde ou a enfermeira disse que eu não posso fazer isso, então é uma preocupação. Não temos nenhum amparo legal não temos um advogado pra te ajudar tudo que você vai fazer pra se defender tem que ser do seu próprio bolso nós temos colegas aqui que gastaram mundos e fundos em outras situações aí, processos. A gente se sente desamparado, sozinho pra agir em certas

ocasiões. A gente tem uma dificuldade com o conselho tutelar, porque eles não são sigilosos, eles expõem a pessoa que fez a denúncia.

No DSC 7, são apresentados os sentimentos das enfermeiras frente aos casos de violência contra a mulher; as falas mostram que as participantes entendem a violência como uma abordagem complexa por requerer capacitação para o atendimento das mulheres em situação de violência e por não encontrarem respaldo junto aos atores sociais, como, por exemplo, os demais serviços da rede, entre os quais as delegacias e os serviços de amparo social.

Existe dificuldade em lidar com os casos da comunidade, identificando a necessidade de aprimoramento e capacitações para atendimento dessas situações.

Quanto aos sentimentos referidos pelas enfermeiras, em sua maioria, relatam frustração em lidar com a violência, principalmente pelo desfecho dos casos. As participantes mencionam que as mulheres retornam para essa situação, visto que, em alguns casos, elas não têm emprego, nem local para morar, não recebem apoio da família e, muitas vezes, não conseguem se desvencilhar da situação em que se encontram por dependerem dos parceiros.

Além disso, a frustração das enfermeiras se dá porque a violência envolve questões sociais que fogem ao alcance das ações dos serviços de saúde, como por exemplo, a escolaridade, desemprego, amparo de outras instituições e da família.

O medo de represálias também é um fator relatado. Quando a mulher expõe a violência, as enfermeiras a escutam e precisam orientá-la quanto às medidas que deverá tomar e quais serviços deve buscar. Entretanto, as profissionais da ESF que atuam na comunidade têm medo de sofrer repressão pelos indivíduos que perpetuam a violência, pois, muitas vezes, a própria mulher relata que foi orientada pela enfermeira a denunciar o caso e os parceiros também residem na comunidade e são atendidos pela ESF.

Essa questão se estende às demais instituições, pois nem sempre o sigilo é mantido. Como exposto no DSC, as enfermeiras relatam que as demais instituições, quando procuram a família, informam quem fez a denúncia e, em alguns casos, são as enfermeiras.

No tocante ao medo de represálias, Kind *et al.* (2013) afirmam que as retaliações interferem muito na atuação dos profissionais de saúde, principalmente quando a violência faz parte do cotidiano da ESF. A violência é observada, por exemplo, em áreas que abrangem comunidades com condições socioeconômicas desfavoráveis, em que ocorre o tráfico de

drogas, confrontos com a polícia e há agressões por parte dos usuários com a equipe, que por não entenderem o funcionamento da ESF, exigem demandas além das possibilidades do serviço.

O amparo legal e o apoio institucional, mediante a empresa ou instituição para a qual as enfermeiras trabalham, são percebidos como deficientes. No DSC, observam-se casos de processos e situações em que a profissional precisa responder legalmente, pagar todas as despesas e se defender por conta própria. Mediante isso, as enfermeiras percebem-se sozinhas para lidar com a situação, desamparadas pelas instituições jurídicas e legais e com medo de se envolverem com os casos.

Velloso, Araujo e Alves (2011) referem, em seu estudo, que os profissionais de saúde sentem-se usados pela instituição em que trabalham devido à falta de soluções para questões sociais, ou seja, quando tentam acolher e amparar as mulheres que sofrem violência, não contam com o apoio de outros serviços, dificultando a resolutividade do caso, o que frustra os profissionais. Também apontam a violência no próprio cotidiano de quem trabalha na comunidade, em que a agressividade dos usuários, de certa forma, interfere no desempenho do trabalho e nos sentimentos dos profissionais.

A sobrecarga de trabalho é citada pelos autores mencionados anteriormente. A organização do trabalho, com uma grande quantidade de tarefas e funções a serem desempenhadas sob fortes tensões, desmotiva os profissionais, levando ao desgaste, assemelhando-se aos relatos das profissionais que se sentem impotentes, de mãos atadas para lidar com o problema.

As representações sociais das enfermeiras estão relacionadas com termos como pudor, preocupação, falta de resolutividade, vontade de modificar a situação com as próprias mãos; assim a violência contra a mulher, quando apresentada ao serviço, traz sentimentos de impotência para as profissionais.

Gomes e Erdmann (2014) asseveram que os profissionais de saúde não se sentem preparados para atender casos de violência contra a mulher, incluindo ações de reconhecimento, encaminhamento e notificação dos casos. Mencionam que o tema não é trabalhado rotineiramente em cursos de graduação da área da saúde e que a falta de articulação entre os serviços propicia dificuldade no atendimento dos casos.

No tocante à violência contra a mulher, as representações sociais das enfermeiras estão relacionadas com sentimentos como o medo, a impotência, o desamparo.

As enfermeiras não se sentem preparadas para atender as mulheres em situação de violência, precisam lidar com a violência no seu próprio cotidiano de trabalho e não possuem suporte institucional e uma rede de serviços para acompanhar essas mulheres. Assim a violência continua sendo invisível, e as profissionais, em sua maioria, desmotivadas.

DSC 8- Condições de trabalho

A abordagem ela é complicada e a gente sabe que o sistema de saúde ainda é muito frágil. Eu acho que existe uma questão cultural e educacional e a gente precisa aprender a abordar isso. A gente tem um número muito grande de serviço e pra trabalhar em equipe, a gente não tem mais um tempo pra essas coisas, vou te falar a verdade eu não trabalho esse assunto com os ACS... mesmo que eu tivesse eu não ia ter tempo de tá trabalhando em equipe assim, a gente fala que não tem tempo e é porque não tem mesmo. Então o que acontece é que tem cinco microareas descobertas que eu não tenho informação, eu não posso te responder hoje, com certeza, se tem casos nas microareas descobertas. É um assunto que às vezes a gente não tem muita.... tem um pouco de dificuldade, de trabalhar, porque assim eu não sei se existe até uma falha nossa, eu digo assim protocolo de atendimento. A gente tem até a dificuldade de atuar mesmo, muitos colegas que não sabem mesmo chegar, acolher e indagar aquela pessoa. Eu tava tentando conversar, mas a unidade aqui é muito pequenininha, as salas usam pra um monte de coisa e teve um colega que por descuido não cuidou e não bateu na porta e entrou com tudo e acabou o assunto. É delicado assim porque você depende das pessoas que estão sofrendo esse tipo de abuso procurar o serviço ou procurar alguém pra pedir socorro. A gente não tem muita condição de buscar porque a gente não tem carro pra visita e ainda acaba fazendo de carro próprio, a gente acaba fazendo de carro ou a pé mesmo, então a gente passa por toda essa dificuldade.

Podemos observar neste DSC novamente a atribuição que as enfermeiras fazem sobre o sistema de saúde. Referem que o mesmo é fragilizado e que não consegue atender toda a demanda, o que interfere no atendimento e no seguimento dos casos de violência contra a mulher.

A organização do serviço de saúde também não possibilita o acolhimento das mulheres em situação de violência. Por se tratar de um diálogo difícil e íntimo, o serviço e os trabalhadores necessitam estar preparados para tal abordagem.

O excesso de atribuições e a falta de tempo foram referidos pelas enfermeiras como fatores que dificultam o atendimento à mulher em situação de violência. A atenção básica envolve a saúde de toda a família e as questões gerenciais que, na maioria das vezes, estão sob a responsabilidade das enfermeiras, o que torna o trabalho exaustivo, sobrecarregando-as.

Além disso, a estrutura física deficiente também interfere no atendimento, como demonstrado no DSC. Não existe local adequado e com privacidade para estabelecer um diálogo adequado com a mulher, o que a impede de relatar a situação de violência e frustra o profissional em suas tentativas de acolhê-la.

A falta de profissionais, mais especificamente de ACS's, é um fator relevante. No caso relatado no DSC, cinco micro áreas estão descobertas, dificultando que a equipe tenha conhecimento sobre as necessidades da população, visto que os ACS's são responsáveis por trazer as demandas da comunidade para a equipe. A falta de meios rápidos de locomoção, como carro para visita domiciliar, é outro fator que dificulta a busca dos casos de forma mais eficiente.

O número insuficiente de profissionais e a infraestrutura inadequada impedem que a mulher exponha o seu problema, ou seja, a dificuldade de aproximação às enfermeiras aumenta tanto por sua ausência na ESF, devido ao número reduzido delas em atividade, quanto pela falta de locais adequados para este acolhimento.

Para organizar os fluxos e serviços e auxiliar na abordagem dessas mulheres, é necessário um protocolo de atendimento, visto que as enfermeiras relataram suas dificuldades em trabalhar com a violência, em como abordar o tema, acolher e dialogar com a mulher. Assim, a criação de um protocolo pode auxiliar nesse processo, criando fluxos de acolhimento, orientações, serviços da rede para amparar esta mulher e possibilitando que os serviços trabalhem de forma articulada, criando uma linha de cuidado para a mulher em situação de violência.

Gomes e Erdmann (2014) argumentam que as enfermeiras fazem parte da equipe mínima de ESF e que, além das ações assistenciais, as atividades gerenciais são desenvolvidas por tais profissionais. No mesmo estudo, as enfermeiras relataram que a violência contra a

mulher não é um assunto prioritário. O estudo também identificou uma equipe de apoio com psicólogos e assistente social deficiente.

As mesmas autoras denotam que a temática da violência necessita ser incluída nos currículos de graduação com a finalidade de sensibilizar os futuros profissionais para uma assistência de qualidade às mulheres em situação de violência. Por ser um problema que requer abrangência multidisciplinar, necessita de ações locais e de diferentes serviços sociais e institucionais para sua resolutividade.

Conforme o exposto, as representações sociais das enfermeiras sobre o atendimento das mulheres em situação de violência estão relacionadas com abordagem, diálogo e acolhimento difíceis, em que a profissional necessita criar uma relação de confiança. No entanto, as condições de infraestrutura são inadequadas. Estes fatores impedem que a violência seja alvo das atividades assistenciais, de capacitações e discussões em equipe.

Hasse e Vieira (2014) observaram, em seu estudo, que a vida pessoal dos profissionais também pode interferir no atendimento dos casos, de modo que o profissional precisa racionalizar até mesmo seus vividos, que podem interferir na assistência aos casos de violência.

Salcedo-Barrientos *et al.* (2014) também verificaram que as dificuldades profissionais, posturas e atitudes podem estar relacionadas com a história de vida dos próprios profissionais e interferem na assistência à violência. Os autores citam, ainda, que é urgente a necessidade de discussão de questões éticas e legais, bem como a obrigatoriedade de notificação da violência contra a mulher.

Observam-se nas falas que as condições deficientes de trabalho, decorrentes da estrutura física inadequada, da falta de protocolos de atendimento específicos e da sobrecarga de trabalho, foram mencionadas pelas enfermeiras participantes como dificultadoras na assistência à mulher em situação de violência. Para que esta assistência seja adequada, os profissionais necessitam de condições de trabalho que permitam efetivá-la.

DSC 9- O sistema de saúde

Ele não consegue dar conta dessa demanda tão sensível que é a questão da violência contra a mulher. Apesar de saber que existe a delegacia, que existem as comissões de violência contra a mulher, a gente sabe que existe a casa de proteção, mas a gente sabe também que não é o

suficiente e que nem todos os casos a mulher pode ir e nem sempre ela quer ir. A gente tem uma estrutura montada só que eu não vejo assim uma coisa ativa sabe. E também, pior, não existe uma política descentralizada pra esse fim, aliás, existe uma política descentralizada, não existe condições pra isso, pra desenvolver um trabalho que mostre a sua finalidade. É um âmbito, é um conjunto, eu to aqui pra exercer a minha função, minha competência. Não tem condição, então, distribuir as responsabilidades com condições de trabalho, a saúde ela tem que notificar e encaminhar agora quem vai arcar com isso aí eu não sei. Eu acho assim que a gente tem que ter um suporte, a gente tem NASF, por outro lado as meninas nem sempre tão aqui com a gente, nós da enfermagem a gente tenta fazer alguma coisa mas nessa questão de enfrentamento da violência a gente precisa de uma equipe, uma equipe multidisciplinar mesmo. O que a gente consegue resolver eu resolvo, o que compete a outros setores já é mais complicado, mas assim a minha equipe é excelente, igual a rede é meio desfalcada. Ai o profissional não é que ele não queira mas ele pensa vou me envolver, dá um trabalho danado e chega lá na frente e não dá em nada.

No DSC 9, as falas se referem às questões relacionadas ao serviço de saúde e sua rede de atendimento para a mulher em situação de violência.

As enfermeiras relatam a violência contra a mulher presente na ESF e a ineficiência do sistema de saúde em propiciar atendimento adequado para essas mulheres; assim, a rede de apoio disponibilizada atualmente não é suficiente para acolher os casos.

Outro aspecto relatado é a disponibilidade e vontade da mulher em procurar tanto o serviço de saúde como os serviços especializados. A mulher, mediante suas condições socioeconômicas, culturais e educacionais pode não desejar ser ajudada ou, ainda, não encontra viabilidade para se aproximar dos serviços oferecidos, conforme já exposto anteriormente.

Os relatos demonstram que as enfermeiras não observam uma estrutura ativa para acolher estas demandas da violência contra a mulher, além da dificuldade de trabalho intersetorial, em que os profissionais dos diversos setores não trabalham conjuntamente.

As condições de trabalho foram apontadas como interferentes na rede de atendimento, conforme já discutido no DSC anterior; os profissionais relatam não possuírem serviços de suporte e uma equipe multidisciplinar para atender os casos, dificultando que essas mulheres sejam efetivamente atendidas e seu problema solucionado.

O desfecho das histórias das mulheres em situação de violência nem sempre é solucionado; existe uma falta de resolutividade para essas mulheres. As enfermeiras observam essas dificuldades e sentem-se desmotivadas para o acolhimento e assistência às mulheres.

Observa-se, de um lado, que as representações sociais das enfermeiras participantes novamente estão relacionadas com desmotivação e falta de resolutividade. Conforme o DSC, a visão dos casos de violência é de que os mesmos não são resolvidos e, com isso, torna-se desmotivada a tentativa de prestar assistência e a busca pelos demais serviços.

Por outro lado, os relatos demonstram que aquilo que as enfermeiras conseguem resolver, elas o fazem. Não se trata, portanto, de falta de disposição em se envolver, mas sim de condições adequadas de trabalho e de uma rede que possa suprir as necessidades dessas mulheres. Desta forma, espera-se que exista uma divisão de trabalho e desempenho adequado de funções.

Isto representa o empenho das enfermeiras em querer resolver a questão, de modo que não há acomodação mediante a problemática. O que, de fato, ocorre é a insuficiência da rede, que propicia a não resolutividade dos casos, fato que contribui para a permanência da mulher na situação de violência.

Hasse e Vieira (2014) enfatizam que os serviços de saúde não atuam de forma integral, ou seja, não atendem as necessidades das mulheres totalmente, nem de forma intersetorial, visto que os serviços de saúde não trabalham de forma articulada, o que dificulta o atendimento dessas mulheres em situação já mencionada.

Os mesmos autores acrescentam ainda que, mesmo com condutas e encaminhamentos estabelecidos em fluxos, não foi verificada a real atuação dos profissionais de saúde, incluindo discussão de casos e acompanhamento dos encaminhamentos realizados. Isto resulta em atendimento de vários profissionais para uma mesma pessoa, mas sem conhecimento dos limites e possibilidades de cada serviço da rede.

Dutra *et al.* (2013) observaram, em sua pesquisa, que a troca de conhecimentos e discussões de casos é rara entre profissionais de diferentes setores, existindo uma rede ineficiente, sem locais para discussão e planejamento dos atendimentos de cada caso. Assim, as mulheres são atendidas por várias pessoas, e cada profissional a acolhe de forma peculiar e procede de forma diferente frente à situação de violência. Tais diferenças podem interferir na confiança que a mulher deposita nos serviços em que é atendida.

Os profissionais compartilham suas práticas de modo informal, com relações interpessoais e de confiança entre os profissionais. Entretanto, se ocorrem mudanças de recursos humanos estes levam sua rede de contatos, assim as redes informais se dissolvem, não existindo vínculo entre os serviços (DUTRA *et al.*, 2013).

Menezes *et al.* (2014) lembram que a integração entre os vários setores e serviços ocorrerá somente quando existir o conhecimento mútuo sobre as competências, atribuições, localização, fluxos e funcionamento dos diversos serviços, sendo necessária a comunicação e o fluxo de informações suficientes para acompanhar as mulheres. Além disso, a intersectorialidade é uma estratégia para enfrentar a violência contra a mulher e proporciona espaços de trocas de saberes e ações.

Os mesmos autores argumentam que, além da intersectorialidade, é necessário preparo profissional para reconhecimento da violência, acolhimento e encaminhamentos, de modo a favorecer a integralidade.

Salcedo-Barrientos *et al.* (2014), por sua vez, referem que, com essa falta de integralidade, os serviços de saúde se afastam da responsabilidade que possuem com relação à violência contra a mulher e também verificaram que, quando gestantes, as mulheres estão ainda mais vulneráveis a esta situação. As dificuldades encontradas estão relacionadas principalmente à identificação e à assistência prestada pelos profissionais de saúde, devido à pouca visibilidade do problema e à falta de qualificação profissional.

Logo, o sistema de saúde deve ter uma rede de serviços articulada, que trabalhe de forma integral, atendendo a todas as demandas das mulheres em situação de violência, e os profissionais devem estar preparados para fornecerem assistência de qualidade.

6.6 Ações realizadas e propostas

DSC 10- A enfermeira como referência de atendimento

Todas que vieram me procuram, procura primeiro a minha pessoa e depois que ela vai consultar com a médica, depois que eu orientei vai com a médica. Sempre, apesar de não ter uma frequência muito grande, mas quando a mulher sofre ela nos reporta, atrás do enfermeiro, porque as mulheres tem uma proximidade com o enfermeiro. Elas não vem atrás de um profissional, elas vem atrás de um enfermeiro, mesmo não querendo denunciar ela vem

pedir a opinião. Sempre o acolhimento de tudo chega pra mim primeiro, até porque a maioria dos casos vem através dos agentes, sempre a gente tá mais junto mas assim se a gente for falar numa proporção aí, noventa por cento dos casos é comigo. Quanto mais tempo você tá numa área você vai ter mais facilidade de intervir e ouve muito mais eles chamar a gente pelo nome. Então a pessoa já pega segurança, já sabe que você não vai sair espalhando, ela sabe que não vai usar aquilo e já pensa assim é meu suporte, ali ela vai conseguir me ajudar de alguma forma.

Neste DSC, as enfermeiras relatam que são consideradas pontos de referência para as mulheres em situação de violência. O fato de elas conhecerem a família dessas mulheres e realizarem o seu acompanhamento proporciona relação de confiança entre as mulheres e as profissionais. A postura de acolhimento do restante da equipe também favorece esta relação.

Foi afirmado que o acolhimento dos casos, em sua maioria, é a enfermeira quem realiza, o que permite que esta profissional tenha contato com os casos e encontre a melhor maneira de atender as mulheres que a procuram. Com isso, destaca-se o papel das enfermeiras que, na maioria das vezes, são responsáveis em acolher as mulheres em situação de violência, em receber as demandas dos ACS's e articular toda a equipe e os demais serviços para atender as necessidades das mulheres em situação de violência.

Observa-se que existe um vínculo entre as enfermeiras e as mulheres. As enfermeiras são procuradas, pois as mulheres confiam nessas profissionais, seja para procurar ajuda ou somente conversar e pedir conselhos. Um ponto relevante mencionando é o tempo de atuação na equipe, pois, conforme o tempo vai passando, as enfermeiras criam um vínculo maior com a população e, conseqüentemente, conhecem de forma aprofundada sua área e sua população.

Moreira *et al.* (2014) observaram que as enfermeiras, médicos e técnicas de enfermagem são os profissionais que atuam mais diretamente com essas mulheres. Entretanto, atuam de forma mais discreta e não utilizam os espaços para aprofundar o atendimento às mulheres em situação de violência. Também verificaram que as enfermeiras trabalham em sua maioria realizando articulações entre a equipe e aprimorando a comunicação entre os profissionais.

Conforme encontrado nos relatos, as enfermeiras, quando possuem uma postura acolhedora, são referência para a população no atendimento dos casos de violência e possuem papel fundamental para a resolução dos casos.

DSC 11- As medidas realizadas

A gente chega começa a conversar, a falar de alguns assuntos e vai chegando até que ela consiga falar alguma coisa, que ela chega aqui e ela chega ai to assim, assim e assado, e tem que resgatar coisas pequenas até ela falar mesmo o que foi. E a gente orienta a fazer o boletim de ocorrência, existe uma orientação para que ela busque a delegacia da mulher porque ela que tem que ir, a gente não pode obriga-la a ir, a gente orienta e diz que é necessário, a gente oferece o telefone do viva mulher, o telefone do CRAS. O negócio é conquistar, até conquistar é uma dor, a gente sofre junto. Eu acho que antes de notificar uma violência se ela não for tão descrachada, você tem que fazer visita nos vizinhos primeiro, vai daqui, vai dali, até que alguém vai dizer alguma coisa, ai você vai montando o quebra cabeça. O que eu faço é procurar a assistente social porque tem, e ai partir dai a assistente social vai trabalhando junto com a gente entende e vai tentando... todos são discutidos com a equipe. Os casos que tem notificado não tem resolutividade, então o que a equipe faz e o enfermeiro faz a gente tenta dar suporte emocional, achar caminhos, a gente liga pra alguns setores vê o que pode estar fazendo por essa pessoa, ou seja, a gente se interessa, a gente se envolve com a situação, não deixa ela abandonada. Eu fico muito assim sensibilizado, procuro ajudar a pessoa na sua integralidade, o que não tiver no meu alcance procuro ajuda. Sempre quando eu atendo a gente procura escutar, mas no final assim eu procuro passar uma mensagem de que tudo tá na mão dela, desde no caso denunciar criminalmente ou algo parecido mas eu sempre tento levantar a moral, a autoestima delas ao máximo, sempre eu trabalho muito essa questão emocional, espiritual, um dizer que eu falo bastante é que ninguém nasceu pra sofrer, se a gente está em sofrimento alguma coisa errada tem. A porta de entrada pra tudo são os agentes comunitários de saúde, ai eu faço acolhimento, notifico e dentro do possível a gente passa pra todo mundo aqui, de repente ela ta tão abalada e a gente passa o caso, organiza pra ela ter uma consulta, ser avaliada, de repente uma medicação pra diminuir a ansiedade, o sofrimento dela o médico prescreve. Eu já tive um caso que eu marquei uma hora com a promotora da infância e juventude fui lá e fiz uma denúncia, denúncia anônima que ela tinha que tomar alguma providência, porque se

acontecesse alguma coisa a minha parte eu tinha feito, relatei tudo no prontuário e aí ela enviou oficial de justiça pra ir lá averiguar tudo, conversou com o pai dela, fez uma intimação. Eu escrevo tudo no prontuário, falo pra pessoa, escrevo carimbo e assino, coloco a hora e o dia e pronto e faço a notificação, caso ela falar que não que não é pra eu me meter, pronto, vai ficar ali escrito no prontuário e pronto.

No DSC 11, as falas têm ideias centrais relacionadas com as medidas realizadas pelas enfermeiras mediante casos de violência. As participantes relataram que, para o início do atendimento dos casos de violência, é necessário que exista um diálogo com cada mulher que se apresenta, com escuta sensibilizada permeada por uma relação de confiança, estabelecida no decorrer do tempo, e os demais espaços e situações de atendimento podem auxiliar nesse processo.

São necessárias relações de solidariedade e confiança para que as mulheres em situação de violência sejam inseridas nos serviços de saúde, reiteram Dutra *et al.* (2013). Com isso, a mulher precisa de mediadores para que se sinta apoiada e, nem sempre, esses mediadores fazem parte dos serviços; entretanto, a abordagem e a postura dos profissionais exercem grande impacto.

Como observado nos demais DSC's, a mulher, muitas vezes, está fragilizada, com medo e também não reconhece o serviço de saúde como um local para buscar ajuda quanto à violência. Isto ocorre somente quando esta tem consequências físicas. Esta situação da mulher influencia a abordagem pelo profissional e condiciona a chegada do caso até a ESF (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Destaca-se a necessidade de proporcionar à mulher, que decide tomar uma atitude em relação à violência que sofre, condições de assistência e proteção já previstas em lei, o que exige reestruturação dos serviços de saúde para o acolhimento adequado e das demais áreas como educação, assistência social e jurídica, com a presença de pessoas qualificadas e dotadas de postura adequada, para que sejam implementadas medidas conforme as demandas das mulheres (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Quanto às primeiras ações que são realizadas quando a mulher relata a violência, constam as orientações quanto ao boletim de ocorrência, a realização de consultas de enfermagem e médica, a procura pela delegacia, o Viva Mulher e o CRAS.

Assim, observa-se que as enfermeiras conhecem os serviços disponíveis e que podem ser aliados no atendimento às situações de violência, o que difere de uma pesquisa realizada por Menezes *et al.* (2014) em que os profissionais desconheciam os demais serviços da rede, realizando encaminhamentos inadequados, não sabendo lidar com os casos de violência. Os autores relatam ainda que o conhecimento adequado da rede permite realização de ações de prevenção, registro, encaminhamento e acompanhamentos adequados, o que também contribui para a confiança nos serviços pela mulher.

A visita domiciliar é relatada como uma aliada para entender o caso mais profundamente e até para averiguar alguns fatos e, com isso, novamente o papel dos ACS's é evidenciado, pois são importantes para conhecer o território, a população e realizar busca ativa dos casos.

Moreira *et al.* (2014) destacam que as reuniões de equipe, as visitas domiciliares e a atuação dos ACS's são decisivos para a aproximação com as famílias e são amplamente utilizadas para o atendimento das mulheres em situação de violência, visto que são estratégias para discussão dos casos com vários profissionais e visualização do local em que ocorre a violência, bem como para o estabelecimento de diálogo com as mulheres.

Novamente, observa-se que a notificação pode até ser realizada, mas as enfermeiras não encontram resolutividade com esta prática. Ao invés disso, buscam ajuda nos demais serviços, principalmente com assistentes sociais e os serviços especializados, que acreditam que darão seguimento aos casos.

As falas revelam que algumas enfermeiras se interessam pelos casos, envolvem-se no sentido de acolher a mulher, escutá-la, não deixá-la desamparada, realizar orientações quanto à autoestima da mulher, bem como quanto à necessidade de buscar ajuda e de ter autonomia.

Assim, fica evidenciado que as representações sociais das enfermeiras quanto às ações para os casos de violência contra a mulher envolvem a escuta e a abordagem qualificada, bem como não permitir que as mulheres sejam desamparadas, por meio de busca por outros serviços e da criação de vínculo com essas mulheres.

Rodrigues *et al.* (2014) enfatizam que as questões de gênero devem ser contempladas pelos profissionais de saúde, visto que esta possui grande influência na vida de homens e mulheres. Os autores referem que os profissionais da ESF encontram a violência em seu cotidiano e que as estratégias mais realizadas nesses casos são as orientações,

aconselhamentos, encaminhamentos para demais serviços, mas também possuem dificuldades de lidar com as questões de gênero.

No DSC, as participantes reconhecem a violência contra a mulher como um problema de saúde. Guedes, Fonseca e Egry (2013) relatam que o não reconhecimento da violência como problema de saúde pública faz com que as práticas sejam insuficientes, sendo necessária a compreensão no âmbito biopsicossocial, excluindo práticas biologicistas, de modo a retirar a responsabilidade dos serviços de saúde. Desta forma, as enfermeiras não deixam as mulheres desamparadas e tentam fazer o possível para ajudá-las.

Também foram encontrados na pesquisa relatos de medidas mais drásticas, em que a enfermeira se apresentou, por iniciativa própria, na promotoria da infância e da juventude, para denunciar o caso e pedir auxílio. Este fato demonstra que, muitas vezes, as profissionais sentem-se aflitas e com medo das consequências da violência e acabam procurando resoluções por conta própria.

Por outro lado, existem casos em que a profissional se informa, com a mulher, se deseja ajuda e, se esta não quiser, não se envolve mais.

A literatura aponta que a violência contra idosos e crianças é objeto de atuação mais frequente das equipes, por medo de consequências legais. Já a violência contra a mulher, em alguns casos, é posta à margem da assistência. As questões relacionadas principalmente com negligência são mais visualizadas, como é o caso relatado acima da mulher que é questionada se quer ser ajudada e, em caso negativo, a profissional não toma nenhuma atitude (MOREIRA *et al*, 2014).

As representações sociais envolvidas nos tipos de violência podem ser observadas nas diferenças que as enfermeiras fazem entre violência contra crianças e adolescentes e contra a mulher. Observa-se que, no caso de violência contra as crianças e adolescentes, as profissionais adotam medidas mais contundentes.

Outro aspecto abordado diz respeito à necessidade do registro adequado de todas as ações, encaminhamentos e orientações realizadas no atendimento à mulher, visto que o registro é um instrumento importante para a enfermagem tanto para facilitar a comunicação entre a equipe, como para comprovar as ações realizadas, além de constituir respaldo para os profissionais e permitir a continuidade da assistência.

Em pesquisa realizada com 221 (duzentos e vinte e um) profissionais que trabalham em unidades básicas de saúde, Hasse e Vieira (2014) constataram que 90% (noventa por

cento) já atenderam casos de violência contra a mulher, e todos referiram já haver realizado alguma ação. A metade destes profissionais informou que fizeram consulta clínica e encaminharam a outros serviços. Dentre os demais, 40% (quarenta por cento) realizaram somente consulta clínica, e 10% somente encaminharam as mulheres para outros serviços. Além disso, a necessidade de um protocolo foi relatada, o que se assemelha às ações realizadas pelas enfermeiras. Entretanto, a questão do acolhimento, do diálogo e do aconselhamento ficou evidenciada na pesquisa, demonstrando o envolvimento das enfermeiras e o modelo de atenção.

Os mesmos autores ainda enfatizaram que somente o encaminhamento para outros serviços evidencia que a violência está sendo entendida como um problema somente da segurança pública, o que não é semelhante aos resultados da presente pesquisa (Hasse; Vieira, 2014).

Assim, mais uma vez, observa-se que o preparo profissional para reconhecer sinais e sintomas, bem como a integralização entre os serviços é fundamental para o atendimento dessas mulheres. As demandas das mulheres é que direcionam as ações (GOMES; ERDMANN, 2014).

Conforme o exposto, existem várias medidas que as enfermeiras podem realizar nos casos de violência contra a mulher, além de encaminhamentos, consultas e orientações, sendo importante que estas mulheres sejam acolhidas e tenham ouvidas as suas queixas. Neste sentido, as ações devem ser direcionadas para as necessidades individuais de cada mulher.

DSC 12- Trabalho em equipe

A gente faz a reunião, junto, aí se a gente precisar passar pra assistente social, delegacia da mulher a gente orienta, teve a semana passada uma reunião com a vigilância, ela veio esclareceu mais pra equipe, então eu fechei a unidade, pra conversar pra ela ter uma fala com a equipe eu percebi que já teve duas notificações só essa semana depois da reunião, então é uma coisa assim pra ajudar a gente também. Mas sempre alguma coisa passa por outros profissionais, eu procuro também, passo, olha a pessoa me procurou e deu tal queixa, o que que dá pra gente fazer. A gente trabalha super em equipe porque eu falo que meus pés, a base da ESF são as agente comunitárias de saúde e as minhas agentes de saúde são excelentes nessa parte, elas me passam todas as demandas. Se chegava pro médico eles me

passavam, se os agentes detectassem na área já me passavam, os auxiliares de enfermagem automaticamente também já me passavam. Essa questão da cumplicidade de trabalho em equipe, todo lugar é porta de entrada. Equipe é tudo, é o odontólogo, é o médico, então tem um entrosamento e por isso que é interessante que o enfermeiro e os profissionais de ESF não fiquem muito mudando pra lá e pra cá porque quanto maior o conhecimento da área que atua é mais fácil de trabalhar. Geralmente faz uma discussão de caso informal ou faz numa reunião de equipe, a gente senta conversa, a gente faz uma reunião de equipe quando é a cada uns 20 dias acontece, aí toda equipe para, a gente senta, discute, tem o pessoal do NASF junto, que a gente trabalha em pareceria, eles ajudam bastante na medida do possível também, então tem vários casos que a gente passa pra eles, eles fazem visita, retornam em casa, falam pro CRAS, e aí demora pra fazer todo aquele processo, de o CRAS tá indo, fazendo visita o que tá precisando, o que não tá, e trabalhar dessa forma, dar todos encaminhamentos necessários que tem que ser feito.

Nesse DSC, a ideia central está relacionada com trabalho em equipe multiprofissional. Dentre os fatos citados, destacam-se as reuniões em equipe da ESF e com demais serviços como o NASF e a vigilância epidemiológica. Esses momentos em que a equipe se reúne facilita a comunicação e permite a troca de informações e de conhecimentos.

Destaca-se a educação continuada que ocorreu com toda a equipe, conforme o exposto no DSC, em que profissionais da vigilância epidemiológica participaram de capacitação sobre a violência contra a mulher. A equipe sensibilizou-se e conseguiu mudar alguns pontos na assistência, como a notificação. Conforme os relatos, este momento é rotina da vigilância epidemiológica com as equipes, com o objetivo de sensibilizá-las.

O trabalho em equipe necessita de um elemento importante que é a comunicação, em que os profissionais realizam as trocas de informações sobre os casos e conhecimentos, visto que cada profissional observa os casos mediante sua expertise e, assim, a assistência pode ser integral. Observa-se que a comunicação colabora na identificação e acolhimento das mulheres em situação de violência, como é o caso das demandas que as ACS's trazem para a equipe, as discussões de casos com médicos e auxiliares de enfermagem, bem como com profissionais do NASF, CRAS, entre outros.

Os relatos também destacam que a cumplicidade entre a equipe facilita o atendimento desses casos; conforme referido, todo local torna-se porta de entrada, pois todos os

profissionais sabem como devem proceder, a quem informar os casos. Esse trabalho em equipe é construído com o tempo, por meio de reuniões e discussões sobre os fluxos e, quando cada um sabe qual é a sua função dentro da equipe, torna-a articulada.

Além disso, o tempo de atuação na equipe de ESF foi mencionado como importante no trabalho, visto que a enfermeira se adapta à realidade do local de trabalho, conhece seu território e população, facilitando a comunicação com os indivíduos e se tornando ponto de referência para a equipe e para a população.

As representações sociais das enfermeiras sobre o trabalho em equipe estão relacionadas com auxílio, troca de conhecimentos e experiências e permitem que os casos de violência sejam assistidos, mediante discussões de casos e traçados os planos terapêuticos para cada caso.

Como evidenciaram Moreira *et al.* (2014), a reunião de equipe com participação de outros profissionais como assistentes sociais e psicólogos constituem em espaços para discussão de planos de cuidado, troca de informações, compartilhamento de responsabilidades entre as equipes e espaço de troca de questões emocionais provocadas nos profissionais que atendem pessoas em situação de violência.

Além disso, destacam-se os ACS's como facilitadores desse processo por desempenharem várias funções como alertar sobre os casos, mediar os casos entre população e equipe, ajudar na decisão de ações, identificar pessoas que possam ajudar no processo (MOREIRA *et al.*, 2014).

O trabalho em equipe e a comunicação entre as equipes são relevantes para que a linguagem utilizada nos serviços seja a mesma, visto que existe uma tensão em trabalhar com o tema, em que as desigualdades de gênero acabam sendo reproduzidas nos próprios serviços, e cada serviço acaba abordando a violência de maneira diferente, como nas delegacias, fóruns e os serviços de saúde e assistência social. Os autores referem que as instituições acabam não permitindo uma assistência contínua e de qualidade, dependendo da disponibilidade de pessoal para atender os casos (DUTRA *et al.*, 2013).

Assim, a equipe de ESF possui várias categorias profissionais, e estes devem estar atentos para os casos de violência contra a mulher em seu território, que podem surgir em vários contextos da assistência. Para tanto, é preciso realizar um trabalho em equipe multiprofissional, com os diversos serviços da rede para que a integralidade seja alcançada

nessa assistência; faz-se necessário ouvir essas mulheres e ajudá-las a desenvolver uma consciência crítica sobre as questões que envolvem o gênero (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Tendo em vista os aspectos mencionados, o trabalho em equipe multiprofissional é necessário para assistir as mulheres em situação de violência em sua integralidade. Para tanto, a comunicação, os espaços de discussões, a união entre a equipe e as equipes que possam auxiliar nesse processo, tais como os NASF's, são imprescindíveis.

6.7 O caminho rumo às perspectivas de mudanças

DSC 13 – Casos de superação

Hoje ela mudou completamente, o filho também e dá até palestra sabe? Ela mudou bastante. Acho que ela tá bem, acho que ela buscou assim uma espiritualidade pra se fortalecer, acho que ela tá melhor, os filhos, acho que ela tinha um ou dois filhos e ficaram com ela, mas acho que foi ele que quis largar não foi iniciativa dela não. Inscreveu ela no bolsa família, conseguiu rápido e aí também a gente encaminhou pra um tratamento, nesse caso também, depois acho que deu tudo certo, acho que ela resolveu os problemas da família. Melhorou bastante, eu falo que teve um final feliz, um final bom.

O DSC 13 demonstra a existência de casos em que a mulher em situação de violência foi assistida e acolhida e, por meio de ações entre vários serviços, conseguiu encontrar alternativas para sair desta situação.

As falas apontam mudanças de vida da mulher e de sua família a partir de ajuda no campo espiritual, que fortaleceu essa família e inclusive o parceiro, que cometeu os atos de violência, decidiu se separar.

Além disso, auxílios no setor social como bolsa-família e apoio de uma equipe multiprofissional colaboraram para essa mudança de vida.

Hasse e Vieira (2014) asseguram que a transformação da realidade das mulheres necessita de um processo de trabalho com profissionais qualificados, que mantenham diálogo com essas mulheres, com relação de confiança. Ações de promoção de saúde e prevenção da violência também são importantes para essa mudança. Existem experiências, de assistência

emancipatória com integralidade e uma equipe multidisciplinar que valoriza a capacidade de cada um tomar conta de suas próprias vidas, que possuem resultados positivos.

É possível que a mulher em situação de violência transforme sua vida, entretanto, este processo necessita de acolhimento e abordagem adequada do serviço de saúde, da área social, da educação, da área jurídica e todos trabalhando com integralidade. O fortalecimento da mulher também é fundamental para resolver o problema.

A Enfermagem possui destaque, no sentido de que pode fornecer subsídios para reduzir os níveis de violência; as enfermeiras podem ser mediadoras para a construção de uma rede que possa identificar os casos, integrar e articular ações para acolher essas mulheres (COSTA *et al.*, 2013).

Mediante o DSC, esta superação da violência transforma a vida da mulher e de sua família, melhora sua perspectiva de qualidade de vida e propicia o encontro de novos caminhos, como adentrar o mercado de trabalho, buscar soluções para seus problemas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender a abordagem e a concepção da enfermeira da Estratégia de Saúde da Família à mulher em situação de violência.

Para tanto, foi utilizada como metodologia a pesquisa qualitativa e por meio do DSC e a teoria das Representações Sociais buscamos compreender como ocorre esse processo de acolhimento e assistência à mulher em situação de violência.

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública, visto que interfere na qualidade de vida das mulheres e de suas famílias. A mulher que passa por esta situação, muitas vezes possui consequências físicas e psicológicas decorrentes da violência.

A ESF trabalha com território adstrito e com população determinada e, com isso, as equipes criam vínculos com as comunidades em que atuam, possuem conhecimento de como determinada população se comporta e os problemas, desafios e pontos positivos que se encontram no local que trabalham.

Mesmo que a violência contra a mulher não seja considerada rotina e prioridade na ESF, ficou evidente que os casos chegam até estes serviços, principalmente pelo vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade e pela atuação dos ACS's, que possuem papel fundamental, visto que residem na comunidade e trazem as demandas para a equipe.

Dentre os resultados desta pesquisa, observa-se que a formação dos profissionais de saúde ainda não enfatiza a temática relacionada à violência contra a mulher. As enfermeiras participantes, em sua maioria, são graduadas pelo modelo tradicional, entretanto a maioria possui pós-graduação em saúde pública ou atenção básica. Mesmo assim, relatam dificuldade em lidar com o tema e acreditam que são necessárias capacitações para tal atendimento.

Quanto às concepções das enfermeiras sobre violência, encontramos conceitos ampliados, que consideram as várias formas de violência, como a física, a psicológica, violência no trabalho e na falta de liberdade de direitos.

As representações sociais das enfermeiras sobre as mulheres em situação de violência demonstram mulheres sob diferenças de gênero, dependentes dos companheiros, e com baixa escolarização. Em sua maioria, não estão inseridas no mercado de trabalho e, devido à necessidade de se fazerem presentes junto à família e aos filhos, cuidando das lides domésticas, possuem dificuldades de encontrar meios para deixar esta situação.

Além disso, segundo os relatos, as mulheres passam por sofrimentos de diversas formas e sentem-se inseguras devido às ameaças do companheiro e, muitas vezes, não confiam nos serviços de saúde e na rede de atendimentos para serem amparadas.

As mulheres em situação de violência não relatam o problema facilmente. Para que o façam, precisam confiar nos profissionais que as acolhem, situação em que destaca-se a enfermeira, que acaba por se tornar um ponto de referência para a equipe e para essas mulheres, que procuram as profissionais para pedir auxílio.

Os espaços em que as mulheres podem relatar o problema são vários, como as consultas de enfermagem e os procedimentos a que a mulher se submete, as visitas domiciliares, as consultas médicas e, por meio da atuação dos ACS's, o diálogo é possibilitado.

As enfermeiras possuem representações sociais sobre a violência relacionadas com impotência, preocupação, medo de represálias e o desamparo. Mediante isso, o tema da violência se torna frustrante para as profissionais, o que as deixa desmotivadas para lidar com os casos.

Não foi observada, entretanto, falta de vontade por parte das enfermeiras para lidar com a violência. Ao contrário, estas profissionais, em sua maioria, procuram amparar as mulheres, estabelecendo um diálogo com relação de confiança, além de orientá-las para buscar ajuda; o que desmotiva as enfermeiras é a falta de resolutividade dos casos.

Esta dificuldade em dar seguimento aos casos, a atender as mulheres de forma integral se dá principalmente pela falta de uma rede de serviços articulada, que envolva vários setores como delegacias, setor social, jurídico e da educação. Refere-se a problema relatado pela maioria das participantes e que está relacionado com a forma de resolução dos casos de violência.

Mediante uma rede de serviços desarticulada e insuficiente, as enfermeiras não encontram condições de trabalho para atender esses casos, pois a infraestrutura dos serviços de saúde, a sobrecarga de trabalho e funções e a falta de um protocolo de atendimento são relatados como fatores que dificultam e frustram ainda mais as profissionais.

A notificação da violência contra a mulher também é um ponto crítico, pois as enfermeiras não observam utilidade em sua efetivação, dada a falta de continuidade do

processo, que possa resultar na resolução positiva dos casos, e a compararam com as demais notificações, como, por exemplo, a de doenças transmissíveis. Assim, a função real da notificação é desconhecida e a violência contra a mulher, subnotificada.

O trabalho em equipe multiprofissional é visto como uma possibilidade de atender os casos de violência com integralidade, mediante a realização de reuniões e discussões dos casos, em que podem ser traçadas metas e planos de assistência. Para tanto, a comunicação e a união entre a equipe é fundamental, e a enfermeira pode atuar como articuladora entre os profissionais.

Além disso, foram relatados casos em que, por meio de ações de serviços de âmbito social, jurídico e de saúde, as mulheres conseguiram romper com a situação violenta e reconstruir suas vidas, o que demonstra a possibilidade de mudar a vida dessas mulheres.

Mediante os resultados encontrados, a violência contra a mulher necessita de uma rede de serviços que possa ampará-la conforme suas necessidades, além de acolhimento adequado e relações de confiança com os profissionais e serviços.

A enfermeira é relevante nesse processo, por conseguir ouvir, orientar e aconselhar estas mulheres e encontrar meios para ajudá-las com articulações com outros profissionais e serviços.

A ESF, devido a suas peculiaridades na forma de trabalho, é um local adequado para que a violência seja desvelada e em que a mulher possa buscar ajuda. Este serviço é a porta de entrada do sistema de saúde, possibilitando acolher e encontrar meios para as demandas das mulheres em situação de violência. No entanto, é imprescindível a constituição de uma rede de serviços com funções delimitadas, que trabalhe de forma integrada para a resolutividade dos casos.

É importante destacar a necessidade de estudos sobre o tema, relacionados com questões que envolvem a mulher em situação de violência e os serviços de saúde, bem como os profissionais de saúde. Principalmente com o objetivo de criar políticas, programas e protocolos de atendimento para a mulher em situação de violência, com os serviços da rede integrados e com condições para que os profissionais de saúde, especificamente as enfermeiras, possam lidar com os casos.

8 REFERÊNCIAS

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, 2002.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. An Introduction to Violence Against Women as a Human Rights and Public Health Problem. **Saúde soc**, v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em:<<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/131.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

_____. Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde. **Informações sobre os profissionais de saúde da atenção básica de Dourados**. 2014b. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Prof_Nome_Sus.asp>. Acesso em: 06 set. 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012c.

_____. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

_____. **Lei n.º 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. Brasília, 2003.

_____. 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. 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentamento à violência contra a mulher: balanço de ações 2006-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes

Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências, Brasília, 2012b.

_____. Secretaria de Pesquisa e Opinião Pública do Senado Federal. **Pesquisa de opinião pública nacional violência doméstica e familiar contra a mulher.** Brasília: Senado Federal, 2013.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília: Presidência da República, 2010.

_____. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. **Balanço semestral ligue 180-Central de atendimento à mulher.** Brasília, 2012a.

_____. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. **Balanço semestral ligue 180-Central de atendimento à mulher.** Brasília, 2014a.

_____. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Consolidado da atenção básica de Dourados.** Ministério da Saúde: Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014c.

BARAGATTI, D.Y.; AUDI, C. A. F.; MELO, M. C. Approach about a course on violence in a nursing undergraduate program. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 470-477, 2014.

BARALDI, A. C. P; ALMEIDA, A. M; PERDONÁ, G. C; VIEIRA, E. M. Violence against women in the basic care network : what do nurses know about the problem ? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife. V. 12, n. 3, p. 307-318, 2012.

BERGER, S. M. D.; GIFFIN, K. M. Healthcare services and violence during pregnancy: perspectives and practices of healthcare professionals and teams in a public hospital in Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** V. 15, n. 37, p. 391-405, 2011.

BONFIN, E. G.; LOPES, M. J. M.; PERETTO, M. Professional records of prenatal care and the (in) visibility of domestic violence against woman. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L.T. Actions addressing violence against women at two primary healthcare centers in the municipality of Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 28, p. 165-74, 2009.

BRONDANI JUNIOR, D. A.; HECK, R. M.; CEOLIN, T. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **R. Enferm. UFSM.** v.1, n.1, , 2011. Disponível em:< <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewArticle/1841>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

CAVALCANTI, L.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Social representations by health professionals of sexual violence against women: a study in three municipal public maternity hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública.** V. 22, n. 1, p. 31-39, 2006.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER- CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ/ONU, 1994. Belém do Pará: Organização dos Estados Americanos, 2005.

COSTA, D. A. C., MARQUES, J. F., MOREIRA, K. A.P., GOMES, L. F. S., HENRIQUES, A. C. P. T., FERNANDES, A. F. C. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2013.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elements of comprehensiveness in the professional health practices provided to rural women victims of violence. **Rev Esc Enferm USP.** V. 46, n. 5, p. 1088-95, 2012.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. The nurse and family health strategy: contribution for assistencial model change. **Rev. RENE.** Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun., 2008. Disponível em:< <http://www.radarciencia.org/doc/o-enfermeiro-e-a-estrategia-saude-da-familia-contribuicao-para-a-mudanca-do-modelo-assistencial/oTyfYGHlZQx3AD==/>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

DAHMER, T. S.; GABATZ, R. I. B.; VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. **Ciência, Cuidado e Saúde.** v. 11, n. 3, p. 497-505, jul./set. 2012.

DEEKE, L. P., BOING, A. F., OLIVEIRA, W. F. D., COELHO, E. B. S. Dynamics of domestic violence: an analysis from the perspective of the attacked woman and her partner's discourses. **Saúde e Sociedade.** V. 18, n. 2, p. 248-258, 2009.

DJIKANOVIC, B.; CELIK, H.; SIMIC, S.; MATEJIC, B.; CUCIC, V. Health professionals ' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia : Opportunities and barriers

for response improvement. **Patient Education and Counseling**. Sérvia, v. 80, n. 1, p. 88-93, 2010.

DOURADOS. Secretaria de Assistência Social. Coordenadoria de Políticas Públicas para as Mulheres. VIVA MULHER - Centro de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. **Informações sobre o fluxo de atendimento do VIVA MULHER**, 2014.

DOURADOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Informativo da atenção básica – Dourados**. Prefeitura Municipal de Dourados: Secretaria de Saúde, 2010.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V.; ANDRADE, S.M.O. Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, 2009.

DUTRA, M.L.; PRATES, P.L.; NAKAMURA, E.; VILLELA, W.V. The configuration of the social network of women living in domestic violence situations. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 18, n. 5, p. 1293-1304, 2013.

DUVEEN, G. O poder das ideias. In MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 10ª ed. Vozes: Petrópolis-RJ, 2013. Introdução, p. 7-28.

FERRAZI, M. I. R.; LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. L.; RAIMONDO, M. L. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm.** V. 14, n. 4, p. 755-9, 2009.

FIGUEIREDO, M.Z.A.; CHIARI, B.M.; GOULART, B.N.G. Discourse of Collective Subject: a brief introduction to a qualitative-quantitative research tool. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 25, n.1, 2013, p. 129-136.

FONTANELLA, B.J.B.; LUCHESI, B.M.; SAIDEL, M.G.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R.; MELO, D.G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

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. 1, p. 17-27, 2008.

FRANZOI, N.M.; FONSECA, R.M.G.S.; GUEDES, R.N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]**, São Paulo, v. 19, n. 3, maio-jun. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_19.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

GOMES, N. P., ERDMANN, A.L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 22, n. 1, 2014.

GOMES, N.P.; BOMFIM, A.N.A.; DINIZ, N.M.F.; SOUZA, S.S.; COUTO, T.M. Combating violence against women: service network personnel’s perceptions. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 173-8, 2012.

GUEDES, R. N., FONSECA, R. M. G. S., EGRY, E. Y. The evaluative limits and possibilities in the Family Health Strategy for gender-based violence. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 2, P. 304-11, 2013.

GUEDES, R.N; SILVA, A.T.M.C.; FONSECA, R.G.M.S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, jul.-set. 2009.

HASSE, M.; VIEIRA, E.M. How health professional assist women experiencing violence? A triangulated data analysis. **SAÚDE DEBATE**. V. 38, n. 102, p. 482-493, Rio de Janeiro, 2014.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico - 2010**. Disponível em:< <http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

JODELET, D.: Représentations sociales: un domaine en expansion. In: D. **Jodelet** (Ed.) **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, p. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves-Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, dez. 1993.

KIND, L., ORSINI, M. L. P., NEPOMUCENO, V., GONÇALVES, L., SOUZA, G. A., FERREIRA, M. F. F. Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013.

KISS, L.B; SCHRAIBER, L.B. Social medical themes and the health intervention : violence against women in the professional’s discourse. **Ciênc. saúde coletiva**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1943-52, 2011.

LANGE, O. S. Caminhos e descaminhos: a criação de organismoa de proteção à mulher. In: Farias, M. F. L. (org.). **Relações de gênero: dilemas e perspectivas**. Dourados, MS: Editora da UGFD, 2009. Cap. 6, p. 125-140.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Liber Livre Editora: Brasília, 2005. Cap. 1, p. 7-28.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.517-24, jul./dez., 2006.

LEITE, M. T. S., FIGUEIREDO, M. F. S., DIAS, O. V., VIEIRA, M. A., SOUZA, L. P., MENDES, S. D. C. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 22, n. 1, 2014.

LETTIERE, A.; NAKANO, M. A. S.; RODRIGUES, D. T. Violence against women: visibility of the problem according to the health team. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 467-73, 2008.

LOPES, Z. A. **Representações Sociais acerca da violência de gênero: significados das experiências vividas por mulheres agredidas**. Tese (Doutorado em Ciências). USP - Universidade de São Paulo. 241p. Ribeirão Preto, 2009.

MATHEUS, M. C. C. Os fundamentos da pesquisa qualitativa. In: Matheus, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006. Cap 1, p. 17- 22.

MENEZES, P.R.M.; LIMA, I.S.; CORREIA, C.M.; SOUZA, S.S.; ERDMANN, A.L. GOMES, N.P. Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. **Saúde Soc.** v.23, n.3, p.778-786, 2014.

MESQUITA, C. C. **Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM**. 2010. 157 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: ____ (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. Cap. 1, p. 9-30.

MIRANDA, M. P. M.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 4, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2014.

MOREIRA, T.N.F.; MARTINS, C.L.; FEUERWERKER, L.C.M.; SCHRAIBER, L.B. The foundation of care: Family Health Program teams dealing with domestic violence situations. **Saúde Soc.** v.23, n.3, p.814-827, 2014.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 10 ed. Vozes: Petrópolis-RJ, 2013. Cap. 1, p. 29-110.

MOURA, L. B. A.; LEFEVRE, F.; MOURA, V. Narratives of intimate partner violence practiced against women. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1025-1035, 2012.

NASCIMENTO, E.F.G.A., RIBEIRO, A.P., SOUZA, E. R. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p.1-10, 2014.

OHL, R. I. B. A utilização da abordagem qualitativa na pesquisa em Enfermagem. In: MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006. Cap 2, p. 23- 28.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convention on the elimination of all forms of discrimination against women**. (internet), ONU, 2009. Disponível em <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/history.htm>>. Acesso em 13 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda**. Organização Mundial da Saúde, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS). **Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2013.

OSIS, M. J. D; DUARTE, G. A; FAÚNDES, A. Violence among female users of healthcare units : prevalence, perspective and conduct of managers and professionals. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 351-8, 2012.

PATIAS, N. D., BOSSI, T. J., DELL'AGLIO, D. D. Repercussões da exposição à violência conjugal nas características emocionais dos filhos: revisão sistemática da literatura. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 901-915, 2014.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J .I.; LEITE, L. C. The educative practice of professional caregivers at shelters: coping with violence lived by female adolescents. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 17, n. 6, 2009.

PENNA, L.H.G.; SANTOS, N.C. Violência contra a mulher. In: FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI, N. Z.(Orgs). **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri-SP: Manole, 2007. p.171-189.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Traduzido por Ananyr Porto Fajardo. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 1, p. 11-22.

REIS, C. B. **Representações Sociais de profissionais e usuários da estratégia da saúde da família sobre dengue na microrregião de Dourados-MS**. Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias). UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. 99p. Campo Grande-MS, 2012.

RODRIGUES, V.P.; MACHADO, J.C.; SIMÕES, A.V.; PIRES, V.M.M.; PAIVA, M.S.; DINIZ, N.M.F. Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às Mulheres em situação de violência de gênero. **Texto Contexto Enferm**. V. 23, n. 3, p. 735-43, 2014.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M.; MIURA, P.O.; MACEDO, V.D.; EGRY, E.Y. Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 22, n. 3, p. 448-53, 2014.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violence and health: theoretical, methodological, and ethical contributions from studies on. **Cad. Saude Publica**, v. 25, n. Sup 2, p. 205-216, 2009.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n. esp. 2006.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educação e Realidade**, v.20, n.2, 1995.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violence against women: the limits and potentialities of care practice. **Acta Paul Enferm**. V. 26, n. 6, p. 608-13, 2013.

SILVA, L. R.; SILVA, M. D. B.; MENESES, T. M .X.; BORREGO, M. A. R.; SANTOS, I. M. M.; LEMOS, A. El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de enfermería. **Enfermería Global**. n. 22, 2011. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_enfermeria2.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2014.

SOUTO, C. M. R. M. **Violência conjugal sob o olhar do gênero**. Tese (Doutorado em Enfermagem). UFCE- Faculdade de farmácia, odontologia e enfermagem. 146 p. Fortaleza, 2008. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2058>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

SOUTO, C.M.R.M.; BRAGA, V.A.B. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 5, Out. 2009.

VELLOSO, I. S.C., ARAÚJO, M.T., ALVES, M. Workers at a basic health unit who interface with violence. **Acta Paul Enferm**. V. 24, n. 4, p. 466-71, 2011.

VENÂNCIO, K. C. M. P., FONSECA, R. M. G. S. Women working at university restaurants: life and work conditions and gender-based violence. **Rev Esc Enferm USP**. V. 45, n. 5, p. 1016-24, 2013.

VIEIRA, E. M; PERDONA, G. C. S.; ALMEIDA, A. M; NAKANO, M. A. S.; SANTOS, M. A.; DALTOSO, D.; FERRANTE, F. G.. Knowledge and attitudes of healthcare workers towards gender based violence. **Rev Bras Epidemiol**. V. 12, n. 4, p. 566-77, 2009.

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

VIEIRA, L.B.; CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O.; PAULA, C.C.; TERRA, M.G. Abuse of alcohol and drugs and violence against women: experience reports. **Rev Bras Enferm**. V. 67, n. 3, p. 366-72, 2014.

VIELLAS, E. F., GAMA, S. G. N. D., CARVALHO, M. L. D., PINTO, L. W. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. **Jornal de pediatria**. V. 89, n. 1, p. 83-90, 2012.

VIGNOLLI, J. R. Vulnerabilidade sociodemográfica: antigos e novos riscos para a América Latina e o Caribe. In: CUNHA, J. M. P. (Org.). **Novas Metrópoles Paulistas**. População, vulnerabilidade e segregação. Campinas: Nepo/Unicamp , p. 95 -142, 2006.

VILLELA, W. V.; VIANNA, L. A. C.; LIMA, L. F. P.; SALA, D. C. P.; VIEIRA, T. F.; VIEIRA, M. L.; OLIVEIRA, E. M. Ambiguity and Contradictions in the Assistance Provided for Women who Suffer Violence. **Saúde Soc**. V. 20, n. 1, p. 113-23, 2011.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012, Atualização: homicídio de mulheres no Brasil**. FLACSO; Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2012

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Understanding and Addressing Violence Against Women**. WHO/RHR/12.43, 2012.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) enfermeiro (a),

Você esta sendo convidado a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. O estudo denominado **“ABORDAGEM DA ENFERMEIRA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA”** está sendo conduzido pelas enfermeiras Bruna Lais Alcará de Moraes, Prof. Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk e Prof. Dra. Cristina Brandt Nunes, do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Os objetivos específicos desta pesquisa são determinar como a violência contra a mulher é identificada pelo enfermeiro na ESF e verificar como os casos identificados de violência contra a mulher são assistidos pelo enfermeiro da ESF. Durante a entrevista, você será convidado (a) a contar suas experiências profissionais e como são suas condutas com estas mulheres. Sua participação no estudo é voluntária. Não serão divulgados o nome ou qualquer outro dado que identifique os participantes, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em possíveis artigos, eventos científicos e mesmo para os pesquisados. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento, sem nenhum dano à sua pessoa. A pesquisa não contará com ressarcimento financeiro. Sua participação será por meio de uma entrevista a ser realizada pela Enfª Bruna Lais Alcará de Moraes em ambiente privativo. A mesma será gravada, transcrita e depois analisada. As gravações serão utilizadas exclusivamente para a pesquisa permanecendo com a pesquisadora por cinco anos e, após este período, descartadas. Em caso de dúvida a respeito deste estudo você poderá entrar em contato com a pesquisadora Bruna Lais Alcará de Moraes pelo celular (67) 92152827 e em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFMS pelo telefone (67) 3345 7187. Os resultados serão transmitidos aos participantes, mediante cópia digital do trabalho.

Declaro que li e entendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será emitido em duas vias permanecendo uma comigo e outra com as pesquisadoras e, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a participar deste estudo.

Dourados/MS, _____ de _____ de 2013/14.

Assinatura do (a) informante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1- Dados de Identificação

Número da entrevista:

ESF:

Idade:

Cidade de origem:

Instituição formadora:

Pós-graduação/área:

Tempo de formada:

Tempo de experiência enquanto enfermeira:

Tempo de experiência na ESF:

Concepções de violência

2- O que é violência para você?

3- O que é violência contra a mulher para você?

Cotidiano profissional na Estratégia de Saúde da Família

4- Existem casos de violência contra a mulher na população que você atende? Fale sobre.

5- Como você identifica a mulher vítima de violência na estratégia de saúde da família em que você atua? Como são estes casos? Como você se sente?

Prática profissional

6- Como é para você atender um caso de violência contra a mulher?

7- O que você faz quando reconhece estes casos? O caso é trabalhado em equipe?

8- Conte-me um caso que você atendeu.....

APÊNDICE 3 – QUADRO DE SATURAÇÃO TEÓRICA

Ideias Centrais (IC)	Entrevistas														Total de recorrências	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
Conceito de violência	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			13
Conceito de violência contra a mulher	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			12
A violência omitida no cotidiano da ESF	X			X							X					03
A notificação da violência contra a mulher	X			X	X			X	X	X		X	X			08
Conhecimento dos casos de violência contra a mulher	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			13
Relato obscuro da violência sofrida	X	X				X		X					X			05
Sentindo-se impotente em lidar com a violência contra a mulher	X	X		X	X			X	X		X	X				08
O medo dos profissionais em lidar com os casos	X	X				X		X				X	X			06
As dificuldades dos profissionais da ESF para lidar com a violência contra a mulher	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X			10

As medidas realizadas pelas enfermeiras na assistência à mulher em situação de violência				X												01
Importância da educação continuada na ESF							X	X				X				03
Tipos de violência que são atendidas na ESF							X				X		X			03
Causas da violência							X			X						02
Realização profissional										X						01
Total de novas Ideias Centrais por entrevista	17	3	9	3	0	0	3	0	0	1	0	0	0			

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE DOURADOS



ANEXO I	
Solicitação de estágio curricular, extracurricular e não remunerado, aulas práticas, visitas, pesquisas, extensão e trabalhos.	
Dados da Instituição/Requerente:	
Curso: Mestrado em Enfermagem (UFMS)	
Professor: Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerke Dra. Cristina Brandt Nunes	
Cel.: (67) 9202-8420	
Disciplina: Dissertação de Mestrado	
Nome Completo dos Alunos: Bruna Lais Alcará de Moraes Cel.: 67 92152827	
Atividade:	
☐ Estágio Curricular ☐ Estágio Extracurricular e não Remunerado	
☐ Aulas Práticas ☐ Visitas ☒ Pesquisa ☐ Extensão ☐ Trabalhos _____	
Proposta de Cronograma:	
Data: Outubro a Fevereiro Período: M() T() I(☒) Local: Todas Estratégias de Saúde da Família	
Tema/Projeto/Solicitação: (Descrever sucintamente)	
Esta pesquisa visa abordar a violência contra a mulher, com o foco nos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família, visto que este serviço está intimamente ligado com sua população atendida e possui um vínculo com a mesma. Portanto, se objetiva conhecer a abordagem do enfermeiro no atendimento destes casos, o que poderá contribuir para uma melhor abordagem a esta população em situação de vulnerabilidade. Para tanto, solicita-se autorização da secretaria de saúde do município de Dourados para realizar a coleta dos dados nas ESF.	
Objetivo:	
Objetivo Geral: Compreender a abordagem do enfermeiro nos casos de violência contra a mulher na Estratégia de Saúde da Família no município de Dourados/MS.	
Objetivos Específicos: Determinar como a violência contra a mulher é identificada pelo enfermeiro na ESF;	
Verificar como os casos identificados de violência contra a mulher são assistidos pelo enfermeiro da ESF.	
Atividade a ser realizada na Rede de Saúde Municipal:	
As atividades na rede municipal constituirão de entrevistas com os enfermeiros das ESF. Importante ressaltar que a participação dos enfermeiros é voluntária e que esta pesquisa passará pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS. Também se destaca que o trabalho dos profissionais não será prejudicado, visto que a pesquisadora irá agendar previamente com os mesmos horário e data mais adequados.	
Apreciação da CEPET em: 19/06/13. (X) Aprovado	
Data: Outubro a Fevereiro Período: M() T() I(☒) Local: Todas Estratégias de Saúde da Família	
Quantidade de Alunos: 01	
*** Os Alunos deverão OBRIGATORIAMENTE apresentar a cópia deste ao coordenador da unidade, a FALTA, impedirá adentrar e realizar suas atividades.	
Devolutivas à CEPET:	
☐ Apresentar a SeMS:	
☒ Entregar cópia à SeMS: Após a conclusão da pesquisa entregar uma cópia impressa e encadernada para constar no acervo desta secretaria.	
☐ Não Aprovado Justificativa:	
 Flavia Claudia K. J. de Brito Matricula: 114764192 Presidente da CEPET	

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

O protocolo CAAE 20909013.2.0000.00021 – Parecer nº 404.619 - Pesquisadora Bruna Laís Alcará de Moraes intitulado “Abordagem do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família à mulher vítima de violência”, foi revisado por este comitê e aprovado em reunião ordinária no dia 24 de setembro de 2013, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.



Edilson dos Reis

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 26 de fevereiro de 2015

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>

bioetica@propp.ufms.br

fone 0XX67 345-7187