UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

CAMILA MACHADO OLIVEIRA

ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA: DIFICULDADES PARA A ENFERMAGEM

SOROCABA - SP

2014

CAMILA MACHADO OLIVEIRA

ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA: DIFICULDADES PARA A ENFERMAGEM

Trabalho de Conclusão de Curso como parte do exigido para obtenção do título de graduação em Enfermagem apresentado à Universidade Paulista – UNIP.

Orientadora: Profa. Me. Regina Cardoso Silva

SOROCABA

2014

CAMILA MACHADO OLIVEIRA

ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA: DIFICULDADES APONTADAS PARA A ENFERMAGEM

Trabalho de Conclusão de Curso como parte do exigido para obtenção do título de graduação em Enfermagem apresentado à Universidade Paulista – UNIP.

Aprovado em:

BANCA EXAMINDORA:

_____/___/___

Profª Me Regina Cardoso da Silva

Universidade Paulista – UNIP

_____/___/___

Profª Me Débora Gomes Barros L. Terra

Universidade Paulista - UNIP

_____/___/___

Profª Me Gabriela Rodrigues Zinn

Universidade Paulista - UNIP

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado a vida, sabedoria e saúde para realizar a faculdade, por ter me dado forças para continuar quando a vontade era desistir.

Agradeço também aos meus pais **Ângela** e **Mauricio** por todo o amor e dedicação. Eu sei que muitas vezes trabalharam dobrado e abriram mão de seus sonhos, mas nunca me deixaram faltar nada; por todo apoio quando percebi que estava realizando a graduação errada e resolvi que minha escolha seria cuidar das pessoas com todo amor e carinho e acima de tudo com sabedoria, escolhendo ser enfermeira; por todos os incentivos, ensinamentos, puxões de orelha que só acrescentaram coisas boas em minha vida e por sempre me ensinarem a ser uma pessoa mais forte. À minha irmã **Natália**, que apesar das nossas diferenças de comportamento amo incondicionalmente.

Ao meu querido namorado **Guilherme** que sempre me compreendeu quando precisei, por todo amor dedicado a mim e por sempre me motivar a atingir meus sonhos.

As minhas admiráveis professoras **Débora** por todos os ensinamentos técnicos e **Regina** por toda dedicação e disponibilização do seu tempo para me auxiliar na produção deste estudo e compartilhar seus conhecimentos.

"A mulher foi feita da costela do homem, não dos pés para ser pisada, nem da cabeça para ser superior, mas sim do lado para ser igual, debaixo do braço para ser protegida e do lado do coração para ser amada".

(Maomé)

RESUMO

OLIVEIRA, C.M. **Atendimento as vítimas de violência doméstica no cotidiano da atenção básica: dificuldades para a enfermagem.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Sorocaba: Universidade Paulista; 2014.

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública. Tendo em vista que a Unidade Básica de Saúde constitui-se na porta de entrada do SUS, faz-se necessário que a equipe de enfermagem esteja capacitada para atender a mulher com qualidade neste aspecto. Este estudo objetivou levantar as principais dificuldades enfrentadas pela enfermagem na atenção básica para o atendimento à mulher vítima de violência doméstica. Trata-se de estudo teórico-empírico de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, e analisados segundo método análise de conteúdo temático. Os sujeitos do estudo totalizaram 35 profissionais da enfermagem, sendo 12 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem de um município do interior paulista. Percebeu-se que entre as principais dificuldades apresentadas pelos profissionais estão: o emocional e o medo do profissional em não saber lidar com a situação e sentir-se impotente diante dela. Também se apresentaram como dificuldades, o desconhecimento da violência contra mulher como de notificação compulsória, a dificuldade em abordar e conversar diante de uma suspeita de violência, o encaminhamento a outros profissionais e serviços, sendo que a equipe de enfermagem é primordial ao atendimento desta mulher. Diversos profissionais citaram como dificuldades o medo que a mulher vitimada tem em expor sua agressão. Acredita-se que a falta de conhecimento e capacitação pode ser explicada pela ausência de treinamento específico ao atendimento a mulher vítima de violência doméstica, pela falta de uma rede de serviços integrados no município, e por se tratar de um tema bastante complexo no serviço de saúde, como foi evidenciado nos outros estudos, falta à abordagem da violência como problema de saúde pública no próprio currículo das universidades da área da saúde e nos cursos dos técnicos de enfermagem, somando-se a ausência de treinamentos no local de trabalho, gerando uma equipe despreparada para acolher a mulher vitimada. Não podemos nos esquecer do processo histórico que envolve esta temática, a criação da lei Maria da Penha que só foi criada no ano de 2006 O estudo aponta para a necessidade de investimento na educação permanente.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Enfermagem. Atenção primária à saúde. Assistência. Violência doméstica.

ABSTRACT

OLIVEIRA, C.M. **Serving victims of domestic violence in the everyday life of the basic attention: difficulties for nursing.** [Monography]. Sorocaba: Universidade Paulista; 2014.

Violence against women is considered a public health problem. Considering that the basic unit of Health constitutes the front door of the SUS, it is necessary that the nursing staff is trained to meet the woman with quality in this regard. This study aimed to raise the main difficulties faced by nursing in primary health care to meet the woman victim of domestic violence. This is empirical-theoretical study of exploratory and descriptive character with a qualitative approach. The data were collected through semi-structured interviews, and analyzed according to thematic content analysis method. The subjects of the study totaled 35 nursing professionals, being 12 and 23 nurses nursing technicians of a city and its surrounding municipality in the State of São Paulo. It was noticed that among the main difficulties presented by professionals are: the emotional and the fear of not knowing professional handle the situation and feel powerless in front of her. Also presented themselves as difficulties, ignorance of the violence against woman as compulsory notification, the difficulty in approaching and talking in front of a suspicion of violence, the referral to other professionals and services, being that the nursing staff is paramount to meet this woman. Several professionals have cited as difficulties the fear that the woman died there in exposing his aggression. It is believed that the lack of knowledge and training can be explained by the absence of specific training to meet the woman victim of domestic violence, the lack of an integrated services network in the city, and because it is a very complex theme in the health service, as was evidenced in other studies, the approach of violence as a public health problem in the curriculum of universities and healthcare nursing technicians courses, adding to the lack of training in the workplace, generating a team unprepared to welcome the woman victim. We can't forget about the historical process involving this issue, the creation of the Maria da Penha Law which was only created in the year 2006. The study points to the need for investment in continuing education.

Keywords: Violence against women. Nursing. Primary health care. Assistance. Domestic violence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Categoria profissional.....28

Figura 2 – Sexo dos sujeitos.....28

Figura 3 – Tempo de trabalho dos sujeitos na atenção básica do município estudado.....29

Figura 4 – Tempo de profissão dos sujeitos.....29

Figura 5 – Idade dos técnicos de enfermagem.....30

Figura 6 – Idade dos enfermeiros.....30

Figura 7 – Enfermeiros com pós-graduação.....31

Figura 8 – Lato sensu.....31

Figura 9 – Profissionais de enfermagem que já realizaram atendimento à mulheres vítimas de violência.....32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias de análise de conteúdo referentes a primeira pergunta.....33

Quadro 2 – Categorias de análise de conteúdo referentes a segunda pergunta.....34

Quadro 3 – Categorias de análise de conteúdo referentes a terceira pergunta.....39

Quadro 4 – Categorias de análise de conteúdo referentes a quarta pergunta.....44

Quadro 5 – Categorias de análise de conteúdo referentes a quinta pergunta.....47

Quadro 6 – Categorias de análise de conteúdo referentes a oitava pergunta.....51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....11

1.1 Justificativa.....13

2 OBJETIVOS.....14

2.1 Objetivo geral.....14

2.2 Objetivos específicos.....14

3 REFERENCIAL TEÓRICO.....15

3.1 Breve histórico.....15

3.2 Violência doméstica na atualidade.....16

3.2.1 Lei Maria da Penha - Lei 10.778.....17

3.3 Violência doméstica como um problema de saúde pública.....19

3.3.1 Atuação dos profissionais da enfermagem.....22

4 METODOLOGIA.....25

4.1 Tipo de estudo.....25

4.2 Local da pesquisa.....25

4.3 Sujeitos do estudo.....25

4.4 Coleta de dados.....25

4.5 Aspectos éticos e legais.....26

4.6 Sistematização dos dados.....26

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....28

5.1 Perfil dos sujeitos.....28

5.2 Análise das entrevistas.....33

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....54

REFERÊNCIAS.....56

APÊNDICE.....59

ANEXOS.....61

1 INTRODUÇÃO

A trajetória das mulheres na sociedade não está marcada somente pela sua submissão, repressão, pois travaram suas lutas ao longo da história para erradicar a discriminação e conquistar direitos de cidadãs com particularidades inerentes à feminilidade. Contaram com o movimento social Feminismo o qual continua a contribuir para sua emancipação (SILVA, 2013).

A violência contra a mulher não escolhe condição sócio-econômica, educação, idade, etnia ou religião a que pertence. Ela fere os direitos humanos, afeta sua plenitude psicológica e física e lesa seu direito a vida. Manifesta-se de diversas formas como: “violência doméstica, sexual, o abuso e a exploração sexual de mulheres adolescentes/jovens, o assédio sexual no trabalho, assédio moral, tráfico de mulheres e a violência institucional” (BRASIL, 2011b, p. 21).

Fica claro na atualidade, que apesar de todas as lutas ao longo da história e das conquistas das mulheres, ainda há desigualdades entre homens e mulheres no sentido de a mulher ser considerada o sexo frágil e, portanto ser submissa ao poder do homem (BRASIL, 2003).

A violência causa um transtorno para a saúde pública, uma vez que necessita de investimento para promover, prevenir e tratar os danos a saúde causados às vítimas (SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2011).

A Constituição Federal (CF) em seu capítulo VII da família, da criança, do adolescente e do idoso, artigo 226 no 8° parágrafo diz: “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (BRASIL, 2010).

Trocando em miúdos, a CF deixa clara a responsabilidade do Estado em atuar e implementar políticas públicas relativas a violência doméstica. (BRASIL, 2003).

O Brasil participa de vários acordos internacionais que tratam da violência de gênero (BRASIL, 2003). Dentre eles está a Convenção Interamericana para prevenir, punir erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”

1994, que em seu capítulo I, Definição e âmbito de aplicação artigo 1, define: “Entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”

A prevalência da violência contra a mulher é alta, e com isso se faz necessário capacitar a equipe de enfermagem para saber identificar, acolher e ajudar essas vítimas. Segundo Vieira et al., (2009) os profissionais da saúde desconhecem sua epidemiologia e sua alta prevalência, ocasionando a invisibilidade para os serviços de saúde. A violência causa adoecimento e sofrimento sendo porta de entrada para muitos problemas de saúde (BORSOI et al., 2009).

Moura et al. (2011) relatam que um obstáculo para a enfermagem atender a mulher vítima da violência é a falta de conhecimento ou preparo em relação a olhar a mulher como um ser integral, com particularidades; o que os faz atentar apenas para os problemas físicos relatados.

A Unidade Básica de Saúde se constitui na porta de entrada para o SUS, e isso pode facilitar a identificação da violência, pelo fato de criar um vínculo com a população da área adscrita para facilitar a mediação. Porém, os profissionais relatam como dificuldades para a realização deste ato; a insegurança, o medo, a falta de profissionais treinados e de uma rede conectada com os outros setores para a assistência à mulher vitimada (LIMA et al., 2009 apud SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2011).

Para Ferraz et al. (2009) o enfermeiro deve ter um toque terapêutico, sensibilidade, caráter humanitário, ser observador, para estabelecer um vínculo de confiança com a vítima, possibilitando a esta mulher compreender e expor os fatos que a levaram a ser vitimada. Também deixa clara a necessidade de capacitação da enfermagem para saber reconhecer a violência e atender a vítima holisticamente.

Segundo Guedes et al. (2013) o serviço de saúde é o único meio de interação e comunicação para muitas mulheres, sendo muitas vezes a única possibilidade de enfrentamento da violência. Há um grande vínculo que a Estratégia Saúde da Família possibilita com a população, entretanto, ainda está envolta pelo caráter biológico e clínico e pela falta de uma rede articulada, o que contribui para que os serviços estejam fragmentados e sem conexão.

Considerando a situação apresentada, o presente estudo tem por objetivo verificar as principais dificuldades da equipe de enfermagem em um município

paulista no atendimento à mulher vítima de violência doméstica no âmbito da atenção básica.

1.1 Justificativa

Ao longo de décadas as mulheres vêm lutando para garantir seus direitos e diminuir as desigualdades em relação aos homens, mas apesar de todas as conquistas, continuam sendo vítimas de violência na perspectiva de gênero; hoje considerada como um problema de saúde pública. A mulher que sofre violência muitas vezes mantém sigilo e quando resolve procurar ajuda é o serviço da atenção primária que ela busca. Nesse sentido, e considerando que a Unidade Básica de Saúde constitui-se na porta de entrada do SUS, faz-se necessário que a equipe de enfermagem esteja capacitada para atendê-las com qualidade. Sendo assim, considera-se relevante responder a pergunta de pesquisa: quais são as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem na atenção básica para atender às mulheres que procuram o serviço?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Levantar as principais dificuldades enfrentadas pela enfermagem na atenção básica no atendimento à mulher vítima de violência doméstica.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as dificuldades apontadas pelos profissionais de enfermagem para a assistência a mulher vitima de violência;
- Verificar o conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas existentes;
- Conhecer os saberes da equipe enfermagem sobre as ações específicas do setor saúde às vítimas de violência doméstica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve histórico

Trazida para o conjunto das questões debatidas pelo movimento feminista no final da década de 70 e início da década de 80 a violência contra a mulher ganhou relevância na sociedade. Umas das conquistas foram “a criação das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres, as casas abrigo e os centros de referência multiprofissionais”. A primeira delegacia foi criada em São Paulo em 1985, e até o ano de 2003 existiam 339 delegacias. O movimento feminista também impulsionou a criação da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005c).

Em 1984 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que rompeu com o modelo materno-infantil onde a mulher só recebia atenção ligada a maternidade. O PAISM tem como objetivo um olhar integral para a saúde da população feminina em todas as fases da vida. Sugere uma relação dos profissionais e usuárias, de forma que as últimas tenham controle sobre o seu corpo e sua vida, atenção as DST, assistência clínico-ginecológica, atenção ao pré-natal, câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar. O PAISM pode ser considerado o resultado da luta pelas mulheres dos seus direitos e reconhecimento da cidadania (BRASIL, 2005a).

Em 2001 o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências cujo propósito está centrado na promoção da saúde e em evitar acidentes e violências e tratar as vítimas impedindo a morte e seqüelas. Quanto mais investimento existir na prevenção primária, menores serão os custos no atendimento à vítima e maior o impacto e envolvimento na proteção da população (BRASIL, 2005b).

As políticas públicas criadas para combater a violência contra as mulheres são ampliadas a partir de 2003 quando foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres. Antes elas se baseavam em duas estratégias: Criar serviços especializados (Delegacias de defesa da mulher e casas-abrigo) e capacitar profissionais responsáveis pelo atendimento. Em decorrência foram criadas ações como: elaboração de normas e padrões de atendimento, melhoria da legislação,

estímulo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e aumento do acesso as mulheres à justiça (BRASIL, 2011b).

Em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher sob o enfoque de gênero incorporando a integralidade e a promoção da saúde visando consolidar os direitos sexuais e reprodutivos dando ênfase na melhoria da assistência obstétrica, no planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência doméstica e sexual. Faz parte também a prevenção e tratamento das mulheres que vivem com HIV/aids, câncer ginecológico e doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011c).

Hoje, existe uma rede de atendimento a mulher que é composta por: Casas-Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Polícia Civil e Militar, Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns, Defensorias da Mulher, Instituto Médico Legal, Juizados de Violência Doméstica e Familiar, Posto de Atendimento Humanizado nos Aeroportos, Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica, Núcleo da Mulher da Casa do Migrante, Ouvidorias, Ouvidoria da Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres. Esta rede tem como pressuposto articular o serviço de apoio a mulher, permitindo a identificação, qualificando o atendimento, dando o correto encaminhamento dessa mulher de um modo que o serviço não se fragmente, mas se articule com os outros setores e permita cuidar da mulher integralmente (BRASIL, 2011b).

3.2 Violência doméstica na atualidade

A Organização Mundial da Saúde define violência como:

> O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5).

Violência e acidentes, em conjunto com as doenças crônicas, contribuíram para um novo perfil das doenças no Brasil e no mundo, onde, segundo Minayo (2007, p. 1260) “o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade na qualidade de vida exigem do setor saúde novas abordagens”.

Para Teles; Melo (2003 apud FERRAZ et al., 2009, p. 756) “o drama da violência faz parte do cotidiano das cidades, do país e do mundo, é banalizado e percebido pela sociedade como algo que naturalmente faz parte da vida”. Este fato contribuiu para que no Brasil a pesquisa sobre violência tivesse início apenas na década de 80 contribuindo para demonstrar seu impacto na população.

Entre as diversas manifestações de violência existentes, está a violência doméstica, onde entre as vítimas “estão as mulheres agredidas por seus companheiros, fato que na maioria das vezes ocorre dentro de seus próprios lares, demonstrando que o tema deve ser objeto de estudos” (FERRAZ, et al., 2009, p.756).

Segundo o relatório mundial sobre violência e saúde da Organização Mundial de Saúde, a violência ocasionada pelo parceiro íntimo é a que a mulher está mais suscetível e acontece em todo o mundo e independe de fatores sociais, renda, cultura e crenças (OMS, 2002).

Para melhor entender a violência doméstica é importante utilizar a categoria de análise de gênero. Scott (1986 apud SIGNORELLI et al. 2013, p. 1231):

> Propõe o gênero como elemento constitutivo de relações sociais construídas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo ele um primeiro modo de dar significado às relações de poder.

Segundo a lei Maria da Penha n° 11.340/06 a violência doméstica é compreendida como a ação ou omissão que cause à mulher sofrimento físico, sexual ou psicológico, morte, lesão, dano moral ou patrimonial no próprio lar com ou sem vínculo familiar, em qualquer relação íntima de afeição a qual conviva ou tenha convivido independente de residirem juntos e por relações familiares sejam elas por afinidade, por vontade expressa ou por consangüinidade.

3.2.1 A lei Maria da Penha – n°11.340

A lei 11.340 de 7 de agosto de 2006 conhecida como lei Maria da Penha assegura a mulher em seu 3° artigo “direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, acesso a justiça, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária”. A lei permite o afastamento do agressor do domicílio, proíbe a aproximação da mulher, das testemunhas e dos familiares e pode fixar distâncias mínimas de aproximação (BRASIL, 2010a).

A lei é uma homenagem a farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes que sofria violência pelo marido. Ela perdeu os movimentos dos membros inferiores por causa de um tiro que levou em 1983 e mais adiante recebeu uma grande carga de energia elétrica. Somente após dezenove anos do ocorrido, seu esposo foi condenado a 10 anos de prisão, porém, detido em regime fechado apenas por dois anos. Maria da Penha foi atrás dos seus direitos e se tornou símbolo de luta (BRASIL, 2010a).

Segundo essa lei, a violência contra a mulher pode ser classificada como:

- Violência física: Qualquer ato que viole sua integridade física e saúde do seu corpo.
- Violência psicológica: Qualquer ação que viole sua auto-estima, prejudique seu desenvolvimento, que regule suas ações, comportamentos, queira determinar as crenças e as decisões a serem tomadas por ela, mediante humilhação, coação, perseguição, delimitação do seu direito de ir e vir, e qualquer outra conduta que prejudique seu emocional e suas próprias escolhas.
- Violência sexual: Qualquer ação que a faça participar de ato sexual não desejado, por meio de coação, ameaça ou uso da força. Que a faça utilizar sua sexualidade sem permiti-la a utilizar método contraceptivo, que a force ao casamento, a prostituição, a realizar aborto, e a engravidar sob coerção, manipulação e chantagem e que a impeça de exercer ou diminua seus direitos sexuais e reprodutivos.
- Violência patrimonial: Qualquer ação que tenha a finalidade de desviar, represar e aniquilar seus objetos, documentos pessoais, materiais de trabalho, bens e serviços que são destinados para atender suas necessidades.

- Violência moral: Qualquer ato que gere calúnia, injúria e difamação.

Não é suficiente apenas condenar o agressor, mas devem-se criar mecanismos para reinserir as mulheres na sociedade e na família. (MENDONÇA;SOUZA, 2010).

Considerando que a violência constitui-se em um problema de saúde pública nos dias de hoje, faz-se necessário no Brasil a criação de políticas públicas eficientes que se articulem entre os diversos setores da sociedade para atender as mulheres vitimadas.

3.3 Violência doméstica como um problema de saúde pública

Segundo a Organização Mundial de Saúde em seu Relatório mundial sobre violência e saúde a violência se manifesta como a principal causa de mortalidade dos 15 aos 44 anos em todo o mundo. A violência gera custos para o país que se traduzem em “dias de trabalhos perdidos, aplicação das leis e perdas em investimentos” (OMS, 2002, p.3).

No Brasil, na atualidade, a violência é vista como problema de saúde pública, pois afeta a saúde individual ou em grupo. Faz-se necessário, portanto, a criação de políticas para tratar e prevenir os agravos a saúde. A violência gera custos ao sistema de saúde no âmbito da emergência, assistência e reabilitação (BRASIL, 2005c). A idéia de problema de saúde pública ainda é nova, desmistificando como sendo um problema da área criminal (OMS, 2002).

Segundo Guedes, et al. (2013, p.305) em estudo realizado no município de São Paulo com dezenove serviços de atenção primária, com 3.193 mulheres participantes ficou demonstrado “ que a vivência de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo na vida foi de 45,3% das mulheres. A taxa de violência perpetrada por outros que não o parceiro foi de 25,7%”.

No Brasil a lei 10.778 de 24 de novembro de 2003 estabelece a violência contra a mulher como de notificação compulsória em serviços de saúde públicos ou privados. A não observância causa infração da legislação. As notificações são essenciais para quantificar e dar visibilidade ao problema, qual é o perfil da mulher brasileira que sofre violência, qual tipo de violência mais ocorre, para que o estado

possa formular políticas públicas específicas para o enfrentamento (MENDONÇA;SOUZA, 2010).

Segundo Saliba et al. (2007, p. 473) “Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção”.

Em 2006 o Ministério da Saúde lançou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o propósito de colher dados e divulgar informações sobre violências e acidentes para nortear as políticas públicas buscando preveni-los. O VIVA é dividido em dois componentes: 1. Viva/Sinan caracterizado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violência interpessoais e autoprovocadas; 2. Viva inquérito sobre violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência (BRASIL, 2013).

Tendo em vista que os acidentes e a violência tem contribuído para a redução da expectativa de vida e da qualidade de vida da população, tornou-se no Brasil um problema de saúde pública. O Ministério da Saúde lançou um Instrutivo para o preenchimento da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, para auxiliar os profissionais da saúde e outros que atuem no atendimento à pessoa para um preenchimento padronizado da ficha. O sistema de informação que alimenta esses dados é o SINAN (sistema de informação de agravos de notificação) esses dados fornecem subsídios para intervenção e análise do perfil da morbidade da população. A notificação de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é obrigatória, pois só disseminando a relevância da situação, poderá ser investido em políticas públicas (BRASIL, 2011d).

Em 2010 no Brasil foram notificadas 27.176 casos de violência nos serviços de saúde em mulheres de 20 a 59 anos. Em relação a violência doméstica 37,2% dos casos notificados era de violência reincidente e em 57,1% ocorria na residência. Em 61,7% das agressões foram causadas pelo sexo masculino, e a maioria pelo esposo. A violência mais praticada foi a física 76,2%. Em relação a evolução dos casos a alta foi a predominante em 74,9% dos casos, 1,2 % foi de morte e em 22,5% das notificações não continham esta informação. Muitas das variáveis não foram computadas devido a falta de informação na ficha de notificação. Há necessidade de

capacitar os profissionais quanto a importância de preencher toda a ficha para poder traçar o perfil das mulheres que sofrem a violência (BRASIL, 2012a).

A notificação mostra a relevância da violência sofrida pelas mulheres, fornecendo informações para criar ações que promovam a saúde e a cultura de paz, e encarem a violência. Para isso acontecer se faz necessário que os profissionais estejam capacitados para o preenchimento das informações extremamente necessárias para traçar o perfil das mulheres que são vitimadas (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou em 2006 uma Matriz Pedagógica para "Formação de Profissionais em Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual". Seu público alvo são todos os profissionais do SUS, da Segurança Pública, da Justiça, dos Direitos Humanos, da Assistência Social, da Educação e das áreas de Controle Social. Esta Matriz tem por objetivo geral:

> Promover, por intermédio de formação profissional continuada, a organização e a sustentabilidade da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, bem como o apoio ao desenvolvimento de habilidades que tenham por fim garantir a prevenção e o atendimento na concepção de rede integrada. (BRASIL, 2011ª, p. 27).

Apesar de a violência não ser exclusivamente da saúde, ela se torna parte desta área, pois quando perpetrada interfere na qualidade de vida da mulher, que sofre mudanças devido aos danos físicos, psicológicos e morais necessitando do setor saúde (RUCKERT et al., 2008 apud MENDONÇA; SOUZA, 2010).

Nesse sentido, os estados e municípios têm fundamental importância na elaboração de "redes integradas de atendimento, na capacitação de recursos humanos, na provisão de insumos, e na divulgação dessa rede para o público em geral." O manejo da violência envolve equipe multidisciplinar e intersetorial, como por exemplo, as Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres, as casas abrigo, Instituto Médico Legal (BRASIL, 2012b). A rede deve integrar políticas públicas que se articulem "na educação, no mundo do trabalho, na saúde, na segurança pública, na assistência social, na justiça, entre outras" (BRASIL, 2010b).

A área da saúde envolve: os serviços não especializados (hospitais gerais, postos de saúde), Programa Saúde da Família, serviços de saúde especializados de

violência sexual e doméstica. A área da segurança pública inclui: Polícia Militar, Civil, Federal, e Rodoviária Federal, Instituto Médico Legal, Bombeiros, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, núcleo, posto, seção de atendimento à mulher. A área da assistência social inclui: casa abrigo, serviço de abrigamento/acolhimento, Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social. A área da Justiça inclui: Defensoria Pública, Ministério Público, Juizados Especializados, Defensorias Especializadas, Promotorias Especializadas, Juizado Criminal Cível, posto de atendimento humanizado nos aeroportos (tráfico de pessoas) (BRASIL, 2010b).

A articulação entre esses diversos serviços auxilia para formar um fluxo de atendimento que garanta a qualidade da assistência prestada, e para que a lei 10.778 (Maria da Penha) seja cumprida de forma fidedigna (BRASIL, 2010c).

3.4 Atuação dos profissionais da enfermagem

Dificilmente a violência aparece na unidade de saúde como uma demanda declarada, ela vem inserida implicitamente nas queixas trazidas pelas mulheres, ou na procura de cuidados para seus filhos ou parentes. Os serviços de saúde para promoção e prevenção da saúde são os mais utilizados pelas mulheres, explicada a necessidade de uma equipe capacitada para reconhecer a violência (GUEDES et al., 2013).

Os serviços de saúde desempenham um importante papel na identificação da violência doméstica, pois estão mais próximos da realidade das mulheres possibilitando o reconhecimento e o acolhimento antes de a violência causar danos mais severos (SCHRAIBER et al., 2002 apud LETTIERE et al., 2008).

A omissão da violência pela mulher, quando ela chega ao serviço de saúde pode ser explicada tanto pelo vínculo afetivo, quanto pelo material, existente entre a mulher e o agressor. Elas criam histórias para tentar relacionar com as lesões existentes excluindo a culpa do agressor. (FARIA et al., 2009 apud MENDONÇA;SOUZA, 2010).

Para Dutra et al. (2013) a fantasia do casamento, o papel da mulher dentro da família, faz com que elas aceitem a condição da violência pelo parceiro e mantenham a convivência.

O problema da violência contra a mulher tem uma ligação com o serviço de saúde pois a maioria das mulheres o procura quando está sofrendo violência, mas por queixas diferentes, mesmo assim não são reconhecidas (VALE et al., 2013). A atenção básica é um dos setores em que presta assistência à mulher vitimada em conseqüência das situações reconhecidas de violência suspeita ou confirmadas. As ações para a assistência a mulher em casos de violência fazem parte do PAISM (Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher) que possibilitam o acolhimento da violência trazida com outras queixas trazidas ao serviço pela mulher (SCHRAIBER et al., 2009 apud SILVA et al., 2013b).

A visibilidade do problema da violência na Atenção Básica é reduzida, mas mesmo assim a violência constitui-se presente na rotina do setor saúde e criam uma procura pelo serviço freqüentemente e com pouca resolução dos casos (D'OLIVEIRA et al., 2009).

O acolhimento possibilita a criação do vínculo entre os serviços de saúde e sua equipe com os clientes, com o objetivo de promover a solução às demandas encontradas diante da escuta, considerado uma prática mais eficaz na assistência a mulher vitimada (SILVA et al., 2013b).

As mulheres que sofrem violência doméstica crônica, ou seja, danos devido à violência já instalada por certo período de tempo, procuram bastante o serviço da atenção básica, porém na maioria das vezes, as mulheres não relatam a queixa de sofrerem violência doméstica. Referem suas queixas a outras causas, que estão ligadas de maneira declarada ou indireta à violência (SCHRAIBER et al., 2005 apud SIGNORELLI et al., 2013).

A equipe de enfermagem concomitantemente com a equipe multidisciplinar demanda uma atenção direcionada para a prevenção de todas as formas de violência contra à mulher (MOURA, 2011). Estes profissionais podem estar pouco preparados para atender este público devido a formação acadêmica. Esse despreparo faz com que exista um pré-julgamento culpando a mulher pela violência sofrida e desencorajando-a a denunciar o agressor. Essa atitude afasta a mulher do serviço de saúde, desmotiva a denúncia e assim fortifica a invisibilidade da violência (FERRAZ, 2009).

As principais dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem são a falta de preparo para lidar com a vítima e a falta de compromisso da instituição em relação ao apoio emocional e a capacitação (LEAL; LOPES 2005 apud SALIBA et al., 2007). O Código de Ética da Enfermagem implicitamente fala de violência doméstica e considera uma infração ética ser conivente, provocar ou cooperar e pode gerar uma advertência até a anulação do direito de exercer a profissão (SALIBA et al., 2007).

Em relação à notificação compulsória da violência o estudo realizado por Silva et al. (2013) relata que não são todos os profissionais que sabem manuseá-la e não é protocolo em todas as unidades a notificação, e além disso, a Vigilância Epidemiológica não registra no sistema de informação (SINAN) tornando invisível a violência.

O atendimento do serviço de saúde muitas vezes não está em harmonia com o esperado pelas mulheres quando procuram apoio, pois há falta de paciência, compreensão por parte dos profissionais que atendem as mulheres vitimadas. Esses profissionais estão dominados pelo medo e pelo despreparo, o que faz invisibilizar a violência e recomeçar o ciclo de violência (MENDONÇA;SOUZA, 2010).

Nesse sentido, a equipe de saúde deve estar capacitada para atender a pessoa vitimada. Essa capacitação pode ser por “oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras atividades, de capacitação e atualização dos profissionais”. Essa aprendizagem possibilita; trocar experiências e julgamentos, aumentar os saberes, descobrir os sentimentos que cercam em relação à violência sexual e o aborto, por exemplo, buscando uma maneira de lidar com as dificuldades individuais ou da equipe. Diante de uma situação de violência, cada trabalhador reage de uma maneira, pois envolvem sentimentos que necessitam serem identificados para o próprio bem, e para um bom atendimento (BRASIL, 2012b).

Com relação ao perfil dos enfermeiros que atuam na atenção básica, Correa et al. (2012) diz que há a necessidade de estimular a o aperfeiçoamento voltado para a Atenção Básica, com maior participação dos enfermeiros na área política, científica e cultural, para se adequar à proposta do SUS frente a rede primária.

A partir das citações anteriores, fica claro, que a violência doméstica é um problema de saúde pública em nosso meio, porém parece que os serviços de saúde e os profissionais, estão em processo de adaptação para enfrentar esta realidade.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo teórico-empírico de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um município paulista, na Atenção Básica, que conta com 6 (seis) Unidades Básicas de Saúde tradicionais, 1 (uma) unidade de Puericultura, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 (um) Centro de Especialidades, 2 (duas) equipes do Programa de Atenção Domiciliar para Idosos (PADI), 1 (uma) Secretaria Municipal de Saúde e 1 (uma) Central de Regulação.

4.3 Sujeitos do estudo

Foram definidos como sujeitos deste estudo os profissionais de enfermagem que atuam na atenção básica. Foram incluídos na amostra os enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas 6 (seis) Unidades Básicas de Saúde deste município e os atuantes na unidade de Puericultura, que quando da realização do estudo somaram 43 profissionais, número acima do previsto no projeto de pesquisa. Destes, 4 (quatro) profissionais estavam em período férias, 3 (três) estavam ausentes por licença médica e houve 1 (uma) recusa em participar, totalizando como sujeitos deste estudo 35 profissionais (12 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem).

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, realizada no próprio local de trabalho sobre a temática violência doméstica que consistiu na aplicação de questões abertas e fechadas. As questões fechadas referiram-se aos aspectos do perfil dos profissionais e totalizaram 8 (oito) perguntas. As questões abertas estavam relacionadas ao conhecimento acerca do atendimento à mulher vitimada, as dificuldades encontradas e as políticas públicas implementadas pelo setor saúde, e totalizaram 8 (oito) perguntas (APÊNDICE A). Foi realizada a gravação das entrevistas e posteriormente as mesmas foram transcritas na íntegra. A coleta de dados ocorreu no período de 01 a 30 do mês de julho de 2014.

4.5 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista, com número de parecer: 680.239 e CAAE 31500814.3.0000.5512 e desenvolvido em obediência as normas, princípios e diretrizes éticas preconizadas para pesquisas que envolvem seres humanos conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas foram realizadas após o aceite dos sujeitos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (ANEXO). Para assegurar o sigilo dos sujeitos, foram utilizados codinomes representados por flores.

4.6 Sistematização dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se o método análise de conteúdo temática que segundo Minayo (2009) é utilizada amplamente em pesquisa qualitativa.

Segundo Bardin (1979 apud Minayo, 2009, p.83) entende-se análise de conteúdo como:

> Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de

> conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

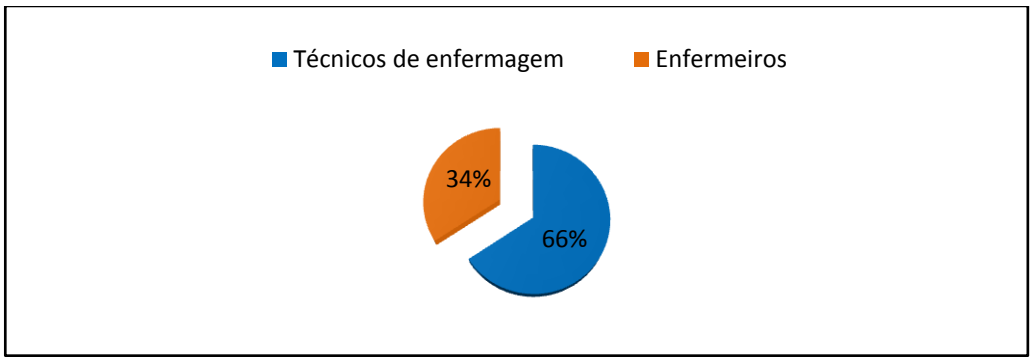
As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra. Para a análise do conteúdo foram utilizadas as seguintes etapas como propõe Minayo (2008): pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira etapa foi realizada uma leitura compreensiva e exaustiva do material. Na segunda etapa, foi elaborado para cada pergunta um quadro onde foram inseridas as respostas conforme a categoria profissional e estabelecidas as categorias conforme a análise dos núcleos de sentido. Na última etapa, foi elaborada uma síntese interpretativa com os resultados encontrados, e relacionando-os com os estudos e outras referências que se constituíram em referencial teórico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil dos sujeitos

Os sujeitos entrevistados somaram 35 (trinta e cinco) profissionais sendo 12 (doze) enfermeiros e 23 (vinte e três) técnicos de enfermagem, conforme mostra a figura 1:

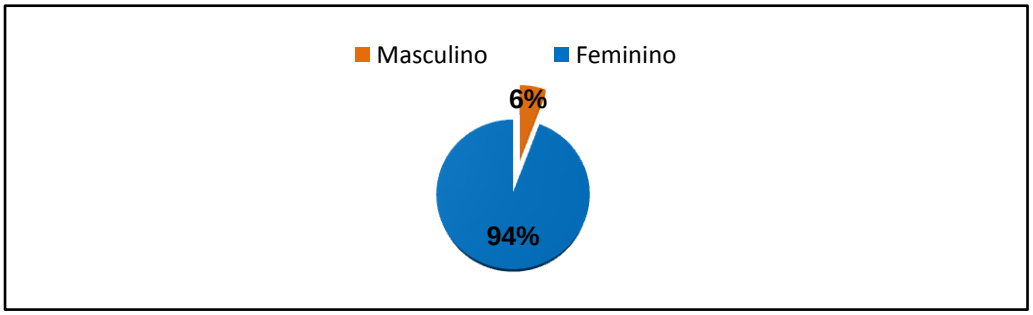
Figura 1: Categoria profissional



Fonte: elaboração própria

Em relação ao sexo, a maioria dos profissionais era do sexo feminino (94%), sendo que os enfermeiros eram na sua totalidade do sexo feminino assim como mostra o estudo realizado por Correa et al. (2012) que mostrou-se predominância do sexo feminino (88,6%), enquanto entre os técnicos (6%) eram do sexo masculino, conforme mostra a figura 2:

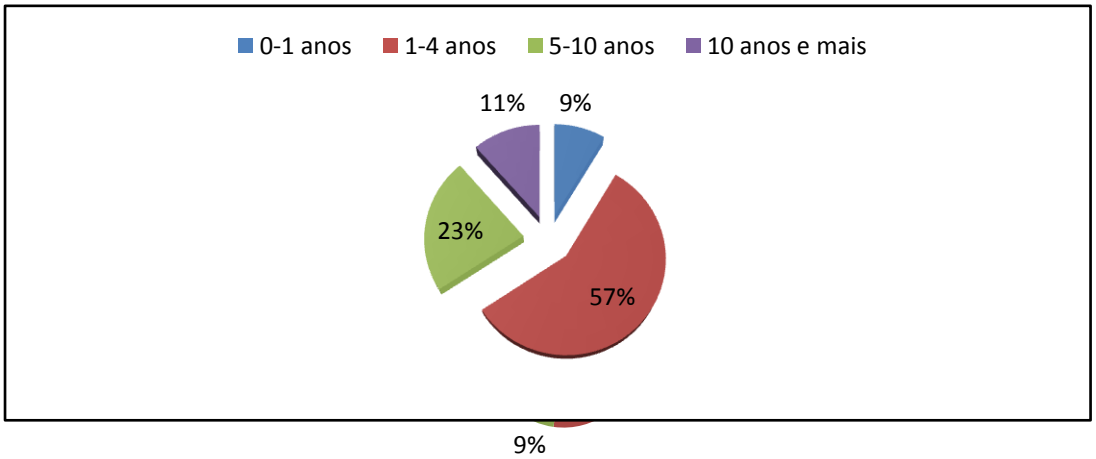
Figura 2: Sexo dos sujeitos



Fonte: elaboração própria

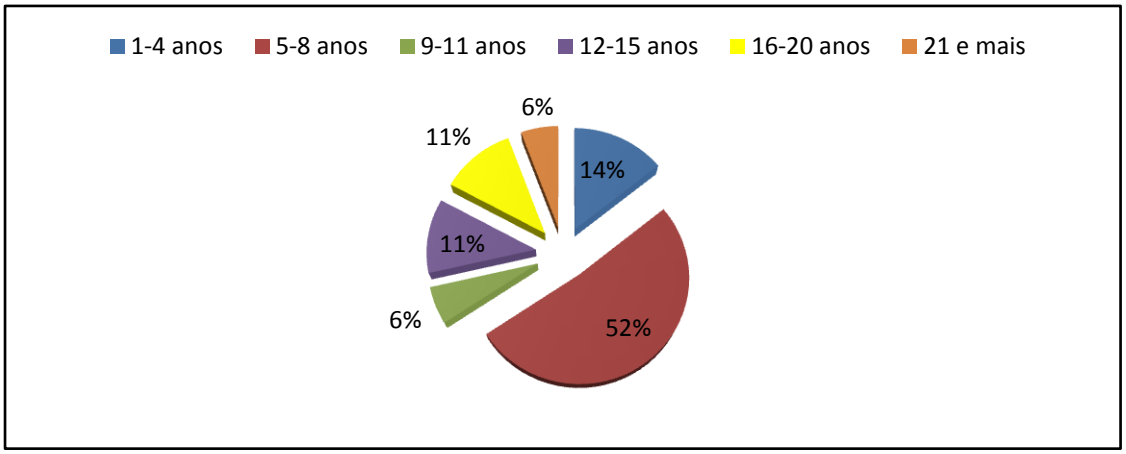
Em relação ao tempo de atuação na atenção básica do município estudado a maioria se concentrou entre 1 e 4 anos (57%), e estava atuando na área entre 5 e 8 anos (52%), mostrando-se uma equipe nova de atuação, conforme mostra as figuras 3 e 4 respectivamente.

Figura 3: Tempo de trabalho dos sujeitos na atenção básica do município estudado



Fonte: elaboração própria

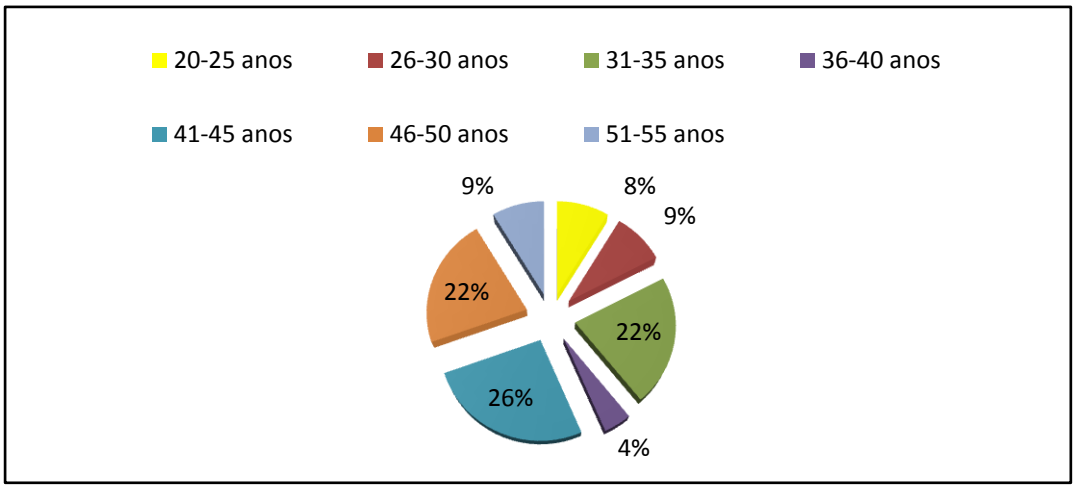
Figura 4: Tempo de profissão dos sujeitos



Fonte: elaboração própria

Em relação a idade, houve predomínio da faixa etária entre 41 e 45 anos (26%) entre os técnicos de enfermagem, como mostra a figura 5:

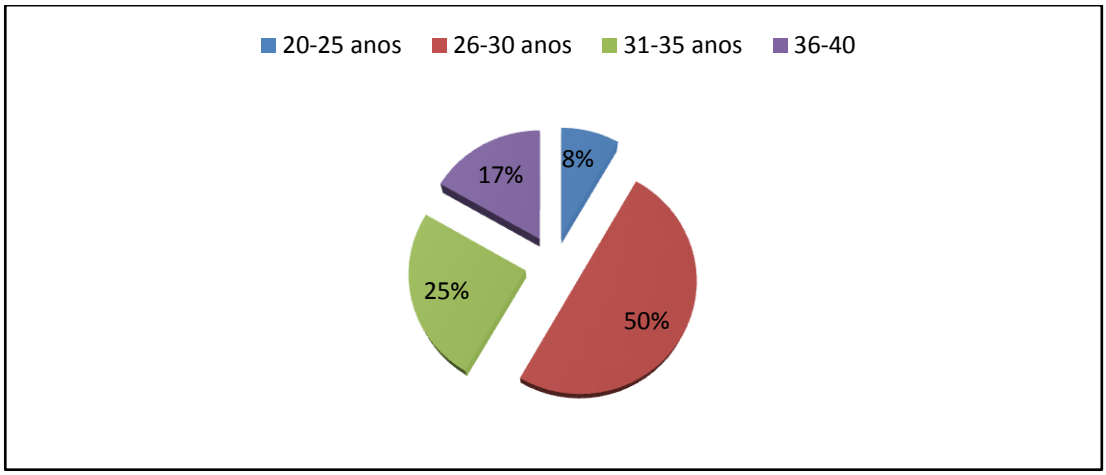
Figura 5: Idade dos técnicos de enfermagem



Fonte: Elaboração própria

Já entre os enfermeiros, a idade predominante estava entre 26 e 30 anos (50%), mostrando-se uma equipe jovem, corroborando com o estudo de Correa et al. (2012) em que a maioria (26,6) também estava dentro desta faixa etária.

Figura 6: Idade dos enfermeiros

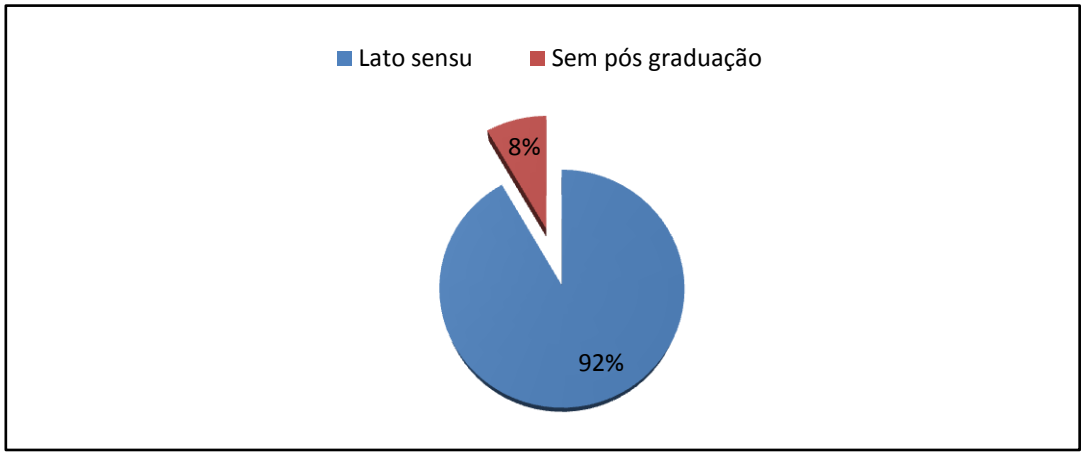


Fonte: elaboração própria

Com relação ao aperfeiçoamento profissional, a maioria possui pós graduação lato sensu (92%), assim como mostra o estudo de Correa et al. (2012) em que uma grande parcela possuía (73,4). As especialidades foram declaradas

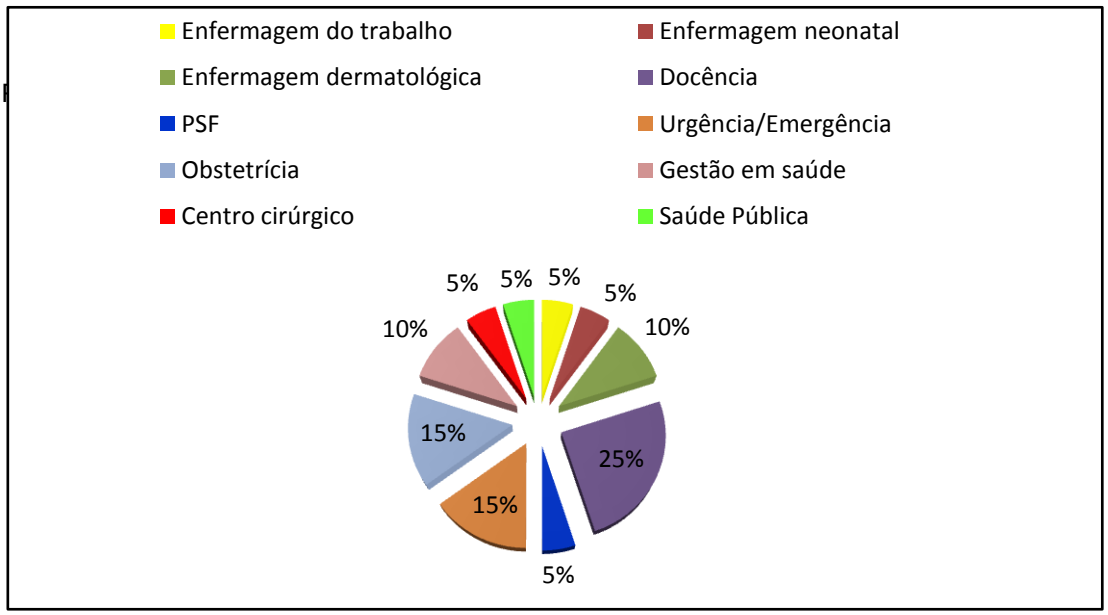
sendo em Docência (25%), seguido por outras especialidades como Urgência/emergência (15%), Obstetrícia (15%), Enfermagem dermatológica (10%), Gestão em saúde (10%), Psf (5%), Centro cirúrgico (5%), Saúde pública (5%), Enfermagem do trabalho (5%) e Enfermagem neonatal (5%). Contudo, não houve declaração de possuir nível stricto sensu.

Figura 7: Enfermeiros com pós graduação



Fonte: elaboração própria

Figura 8: Lato sensu



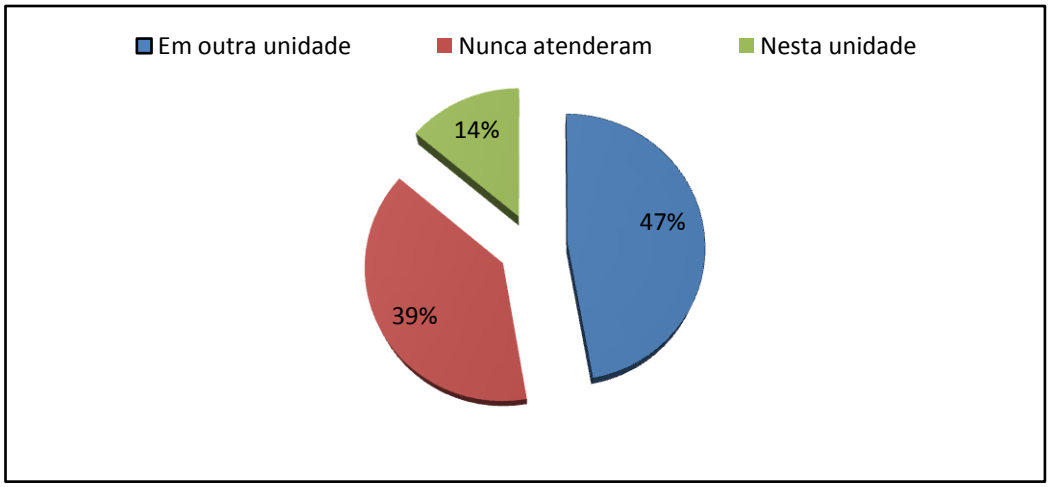
Fonte: Elaboração própria

Em relação a situação encontrada por Correa et al. (2012) por se tratar de profissionais atuantes na rede primária, esperava-se um valor mais expressivo de especialização referente à saúde pública, a que não ocorreu.

Correa et al. (2012) diz que há a necessidade de estimular a o aperfeiçoamento voltado para a Atenção Básica, com maior participação dos enfermeiros na área política, científica e cultural, para se adequar à proposta do SUS frente a rede primária.

Em relação à vivência em atendimento à mulher vítima de violência, pode-se verificar que a maioria dos profissionais já atenderam mulheres vítimas de violência (61%), ainda que nem todos os atendimentos tenham ocorrido na atenção básica. Contudo, a não realização do atendimento mostrou-se expressiva (39%).

Figura 9: Profissionais de enfermagem que já realizaram atendimento à mulheres vítimas de violência



Fonte: elaboração própria

5.2 Análise das entrevistas

A partir da transcrição das entrevistas, as falas foram analisadas para estabelecer um conjunto de características e expressões semelhantes seguindo o método Análise de conteúdo temática, que segundo Bardin (1979 apud MINAYO, 2011) consiste em encontrar os núcleos de sentido nas falas dos sujeitos para estabelecer categorias específicas.

A partir da pergunta "O que você entende por violência doméstica?", foram identificadas três categorias que seguem descritas no quadro 1:

Quadro 1: Categorias de análise de conteúdo referentes a primeira pergunta

Categoria 1	Violência associada ao lar sofrida pela mulher por esposo ou parente próximo
Categoria 2	Apenas violência física é considerada violência doméstica
Categoria 3	Dúvidas em relação ao conceito de violência doméstica

Desse conjunto, entre os técnicos de enfermagem e enfermeiros houve predomínio da categoria 1, como pode-se perceber através das falas que seguem:

> *"Violência doméstica é qualquer tipo de violência não só física sendo verbal é... física também, psicológica que tem muito, por parte de alguém da família ou do convívio da pessoa na residência, ou no meio familiar, isso eu entendo por violência (Angélica- enfermeiro)".*

> *"Violência doméstica eu entendo assim que seja aquela violência que ocorre no drento da, da residência, seja pelos familiares, ou, a deu pra entender, assim, no caso vai lá familiar com familiar, do marido com sua esposa, do filho com a mãe (Cravo – Técnico de enfermagem)".*

Há entretanto no grupo estudado, profissionais que tem dúvidas em relação ao conceito.

> *"O que eu entendo? Eu entendendo violência não é só agressão né, é verbalmente também, fala alguma palavra que ofende, também já é uma agressão né, dependendo do que vai falar já é agressão (Begônia - Técnico de enfermagem)".*

> *"bom, agressão a qualquer indivíduo né mulher ou homem é... por outra pessoa dentro de uma residência, dentro... é dentro de uma residência...*

> *serviço já entra como outra violência...É isso que eu entendo (Girassol - Enfermeiro)."*

Aparece ainda entre os sujeitos a visão de que violência doméstica é apenas violência física.

> *"Violência doméstica é todo tipo de violência que, é só contra a mulher? que é causada na casa ou por membro da família, ou por amigos próximos, o que eu entendo é isso, o que causa lesão corporal (Acácia - enfermeiro)."*

A lei Maria da Penha define violência doméstica como:

> Violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I- no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II – no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III- em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2010a, p.13).

Apesar de grande parte dos sujeitos do presente estudo evidenciarem a violência doméstica como ligada a aspectos emocionais e não somente a lesão corporal, percebe-se que nem todos têm clareza acerca do conceito de violência doméstica.

Quando analisadas as falas referentes à pergunta "A violência cometida contra a mulher deve ser notificada? Se sim, em quais situações? Se não, por quê?" chegou-se a sete categorias que seguem descritas no quadro 2:

Quadro 2: Categorias de análise de conteúdo da segunda pergunta

Categoria 1	Conhecimento da necessidade de notificação.
Categoria 2	Confusão entre notificação pela mulher à delegacia e notificação de saúde.
Categoria 3	Desconhecimento de que situações devem ser notificadas.
Categoria 4	Violência é uma situação comum que não requer notificação.
Categoria 5	Apenas a agressão física deve ser notificada.
Categoria 6	Notificar apenas com consentimento.
Categoria 7	Notificar e encaminhar a mulher a outros profissionais.

Prevaleceu a categoria 1 entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem, o que demonstra que a maioria conhece a necessidade da notificação, como demonstram as falas a seguir:

> *"Sim. Então, eu acho que qualquer tipo de agressão tem que ser notificada, tanto verbal como física deve ser notificada, né, só que a gente tem dificuldade de notifica, que muitas vezes a mulher ela não quer né, notifica, isso, e, a gente depende da, é autorização dela pra gente ta notificando (Flor de Laranjeira - Enfermeiro)."*

> *"Claro! Em todas, porque a partir da primeira notificação, eu acho que se a pessoa tiver um pinguinho de caráter e vergonha na cara, ela já muda de atitude ali, e se a gente for deixar acumulando a segunda, a terceira, a quarta violência, a tendência é a coisa ir aumentando, piorando, e não ter mais jeito né, porque depois que perde a vergonha, perde-se o respeito, perde tudo (flor de lótus – Técnico de enfermagem)."*

Toda violência contra a mulher deve ser notificada, independente da sua natureza (BRASIL, 2011d). A violência contra a mulher é de notificação compulsória independente de ter sido atendida em serviço público ou privado (BRASIL, 2003a). Os serviços de saúde desempenham papel importante no enfrentamento à violência, o que pode se dar através "do desenvolvimento de pesquisas, notificação de casos, organização de serviços de referência para as vítimas e outras propostas de intervenção" (VALE, et al., 2013).

A notificação deve ser realizada tanto na suspeita como na confirmação da violência, funcionando como uma tática para estimular ações de prevenção e proteção, e também é crucial para vigilância e monitoramento da saúde frente às violências (BRASIL, 2012b).

Em estudo realizado em um município do Rio Grande do Sul com 30 profissionais ativos da Estratégia Saúde da Família constatou-se que os sujeitos tem dificuldade em realizar a notificação e ela não é padronizada em todas as unidades, não sendo enviado pela Vigilância Epidemiológica para o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (SILVA, 2013b).

Neste estudo, apesar de a maioria ter conhecimento da necessidade na notificação, ainda há uma variedade de opiniões acerca da notificação onde alguns

acreditam que é preciso ter o consentimento da mulher para que ocorra a notificação.

> *"Sim. Sempre que ela procurar né, o serviço de saúde, porque tem que ser com o consentimento dela, a gente tem que notificar e investigar, né, a violência, vê se ela quer acompanha ela, se ela quer fazer um boletim, orienta ela sobre todas as políticas" (Jasmim Azul - Enfermeiro).*

> *"Sim. Acho que tem que ter primeiro o consentimento da própria mulher, ah, em qualquer situação que haja, que ela se sinta ofendida, que ela se sinta violada, acho que tem que ser notificado sim" (Brinco de Princesa – técnico de enfermagem).*

Considerando a relevância da questão de violência doméstica na atualidade, deveria ser maior o conhecimento a cerca da importância da notificação.

Entretanto observou-se também, entre os sujeitos as opiniões de que não há necessidade de notificação de casos de violência por ser comum, como evidenciado no discurso abaixo:

> *"Eu acho que notificada não, mas ela deve se, deve se, como que eu posso falar, é, deve te passa orientação pra essa pessoa o que que ela pode acarretar essa violência dependendo o qual seja o tipo de violência que, que ocorreu, e orienta essa pessoa do melhor jeito possível, mais eu acho que notifica eu acho que não tem necessidade, porque eu acho que assim, é uma coisa muito comum, eu acho que notifica isso, eu acho que vai expor a pessoa, eu acho que não é uma coisa muita interessante" (Cravo – Técnico de enfermagem).*

Frisando a importância da responsabilidade dos profissionais de enfermagem em relação à notificação, Saliba et al (2007) cita o Código de Ética dos profissionais da enfermagem em seu artigo 52 que diz "provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos", essa conduta pode gerar advertência ou cassar o exercício da profissão. Este código não cita a violência doméstica, mas refere-se a maus-tratos, então, deve-se ter uma interpretação ampla levando em consideração as diversas maneiras de abuso.

Faz-se necessário entender a violência contra a mulher considerando o gênero, portanto, "a construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e

da(s) feminilidade(s), assim como as relações entre homens e mulheres". Para seu enfrentamento se faz necessário, mudanças na cultura, na educação e socialmente. Devemos levar em conta que o espaço que a raça/etnia, a geração e a classe ocupam, favorece o seu agravamento (BRASIL, 2011b).

Aparece ainda entre os sujeitos a confusão entre notificação pela mulher à delegacia e notificação de saúde, conforme discurso abaixo:

> "Sim, com certeza, se bem que não tem muito valor, porque eles falam, ah, va na delegacia, é, presta depoimento, não sei o que, mas o cara vai lá, fala alguma coisinha, volta, é, uma cesta básica, não tem muito o que se fazer, existe a lei Maria da Penha, mas eles num, não faz , não agem muito, como se fosse dizer que existe, mas tem que notificar. Qualquer! até verbal, até verbal, ameaça alguma coisa, tem que ser notificada (Copo de leite – técnico de enfermagem)".

Conforme estabelece a lei 10.778 sobre a notificação compulsória, é obrigatório que sejam notificados os casos atendidos de violência doméstica contra a mulher nos serviços de saúde (DINIZ apud MENDONÇA e SOUZA, 2010).

O desconhecimento de quais situações devem ser notificadas também apareceu:

> "Sim. Em situações de, agressão física, e, em situações de, eu acho que até violência sexual assim, sem o consentimento também acho que tem que ser notificada, acredito eu (Margarida – técnico de enfermagem)."

Alguns relataram que apenas em casos de violência física deve acontecer a notificação, evidenciado nos relatos abaixo:

> "Sim! Ah, quando tem agressão física (Hortênsia – técnico de enfermagem)".

> "Ah deveria. Estupro é o principal, é agressão física né, acho que agressão física (Íris azul – técnico de enfermagem)."

Será objeto de notificação os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, ou seja, a violência física, sexual, psicológica, negligência, que ocorre no âmbito familiar e as relações de poder como física, etária,social, psíquica e hierárquica (BRASIL, 2011d).

Há também quem relatou que diante da situação, a conduta seria notificar e encaminhar a mulher a outros profissionais:

> “Com certeza. Olha é, tanto na ameaça verbal né, já no momento da ameaça porque a partir do momento que foi ameaçada, a qualquer momento ela pode sofrer uma agressão mais séria e até ser assassinada né, porquê a gente vê o tempo todo na televisão falando que a mulher foi, denunciou que foi ameaçada, não foi tomado atitude nenhuma e depois a pessoa que a ameaçou, matou, né, o tempo todo, e lógico agressão física, porque na realidade é, até aquele marido que vai oprimindo a mulher, que vai humilhando a mulher tá, eu penso que assim, teria que ser denunciado, porquê isso não deixa de ser assim uma coisa que eu acho que prejudica muito a vida da mulher, porquê ela vai se sentindo cada vez mais, como se diz, rebaixada né, porque tem mulher que não tem reação contra esse tipo de violência verbal né, ela só vai caindo num buraco sem fundo né, e se achando a última das pessoas, então eu acho que teria que ter alguma providência a respeito disso também né, porque tem a parte emocional que não é só física né, violência não é só física, o emocional eu acho que é pior até (Dália – técnico de enfermagem).”

Para que o atendimento a mulher vitimada seja eficaz, é necessária a existência de uma equipe multidisciplinar baseada em uma “relação de reciprocidade, de mutualidade”, levando a um gesto diferente do adotado diante do problema do conhecimento, dando lugar a unidade do ser humano, deixando de lado o modo fragmentário (GROSSI, 1996 apud LETTIERE et al., 2008).

A violência está relacionada com o sofrer e adoecer, podendo desencadear vários problemas de saúde desde psicológicos até físicos. Muitas vezes a assistência do serviço de saúde deixa de ser ineficaz, pois tenta tratar uma doença sem levar em conta o que a desencadeou, no caso a violência que passa despercebida (BORSOI et al., 2009).

Percebe-se que há, no serviço estudado, uma variedade de opiniões acerca da notificação, o que pode sugerir falta de treinamento dos profissionais, uma vez que a Vigilância Epidemiológica do município estudado tem o sistema de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantado.

Quando perguntados sobre “Se uma mulher procura o serviço de Atenção Básica e você é o profissional que irá atendê-la; quando ela relata queixas que indicam estar relacionadas à violência doméstica, porém não conta à você; qual será sua conduta em relação a esta mulher?” Responderam de forma diferenciada, gerando a partir da análise 8 (oito) categorias que seguem descritas no quadro 3:

Quadro 3: Categorias de análise de conteúdo referente a terceira pergunta

Categoria 1	Encaminhamento a outros profissionais e serviços.
Categoria 2	Conversa e acolhimento para facilitar o diálogo.
Categoria 3	Realizar notificação.
Categoria 4	Conversar e denunciar à polícia.
Categoria 5	Conversar e encaminhar para a enfermeira.
Categoria 6	Orientar para dirigir-se à Delegacia da Mulher.
Categoria 7	Fazer os cuidados de enfermagem necessários.
Categoria 8	Tentaria conversar, mas acha difícil.

Aqui tivemos diferenças em relação à visão de Enfermeiros e técnicos de enfermagem. A maioria dos enfermeiros está incluída na Categoria 2; enquanto entre os técnicos de enfermagem ocorreu um predomínio das categorias 1,2 e 8.

As falas a seguir demonstram o exposto:

Categoria 1. Encaminhamento a outros profissionais e serviços

> *"Bom, eu vo tenta primeiro, exprica pra ela né, pergunta, fazer questionário, se ela se abri, dai encaminha, as vezes elas tem vergonha de falar pra nós profissional, mais as vezes pra outra pessoa, pro psicólogo, psiquiatra, elas até vão se abrir né, mas pra nós, acho que eu encaminharia ela pra um psicólogo, pra vê se psicólogo conseguiria tirar alguma coisa dessa mulher" (Três Marias – Técnico de enfermagem.)*

> "É, na verdade, quando elas não falam fica um pouco mais complicado né, é, a gente quanto enfermeira a gente tenta busca que ela fale,né, é, mas se não acontecer, o correto é encaminhar ela pra outro serviço que consiga tenta tira isso dela, por exemplo, psicólogo, assistente social, que de um pouco mais de ênfase, que, eles tratam disso né, e consigam tirar isso dela, porque se não a gente não consegue também, justifica que seja sem que ela fala que é né. Então acho que é isso (Camélia - enfermeiro)."

> "Olha, é, como ela não disse exatamente eu vou tentar entrar em contato com pessoas que possam tar averiguando isso né, porque as vezes a mulher fica tão acoada que ela tem medo né, daí no caso você teria que ta vendo um órgão né pra ta averiguando esse tipo né, de, vizinhos, tal, vendo isso né, porque, se ela ta machucada, ou se ela ta ferida assim e ela não quer dizer né, as vezes tentando protejer o canalha né, então eu acho que

> teria que procurar algum órgão, alguma coisa, alguma pessoa que pudesse tar esclarecendo isso né" (Dália – técnico de enfermagem).

É considerável dispor do auxílio de psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais da saúde, porque a situação da mulher vitimada necessita de uma escuta especial com o fortalecimento de atividades individuais e coletivas, em diversos contextos (MOREIRA et al., apud VALE, 2013). Porém é do apoio destes profissionais que a mulher necessita, e não exclusivamente deles, pois o a equipe de enfermagem participa desde o primeiro contato da mulher com o serviço de saúde, atendendo seu pedido de amparo. (VALE, 2013).

A Norma Técnica de "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra as mulheres e adolescentes" diz que é ideal que o atendimento a mulher vitimada seja realizado por uma equipe interdisciplinar, pode ser formada por médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, dependerá dos recursos humanos disponíveis, porém, a ausência de um destes profissionais com exceção do médico não impossibilita o atendimento. Todos devem estar preparados para questões acerca da violência de gênero. O profissional deve perceber esta violência como precursora a problemas sérios da saúde (BRASIL, 2012b).

Segundo D' Oliveira (2000) apud Vieira (2009) analisa-se que a atitude dos profissionais é definida como uma conduta não acolhedora às necessidades ou encaminhamento a outros profissionais, gerando um atendimento ineficiente a demanda das mulheres.

Categoria 2. Conversa e acolhimento para facilitar o diálogo

As falas nesta categoria indicaram que os profissionais conversariam e tentariam acolher esta mulher para facilitar o diálogo, uma vez que a mesma se sentindo segura, pode facilitar a criação de vínculo com o profissional, dando abertura para conversar a respeito da violência vivida.

> *"Eu acho que eu a levaria pra um local reservado, tentaria conversa com ela pra que ela se abrisse comigo e contasse realmente o que ta acontecendo, ia questiona se foi se não foi, se ela tem vontade de fala, ou qual a versão dela do que ta acontecendo, acho que eu trabalharia nesse sentido assim (Jasmim Amarelo - Enfermeiro)".*

“Ah, eu tentaria conversa, convence a ela, a ta, assim, a gente especula ao máximo que a gente pode pra ela ta contando o que realmente ta acontecendo, já aconteceu comigo aqui isso, as vezes a paciente vem colher um papanicolau e ta com algumas manchas no corpo, a gente começa pergunta né, e ela acaba contando o que realmente acontece na casa, só que a maioria delas não que notifica, não que fazer boletim de ocorrência, não que faze nada, porque elas tem medo né, de, as vezes elas são dependente financeira do esposo ou dependente assim, psicologicamente mesmo nem só financeiramente, né, então eu tentaria assim, tira no máximo dela, né, agora se ela realmente não que fala, é difícil, a gente fica numa posição difícil, né, a gente não tem muito o que faze, ou conversa com os vizinhos, vê o que realmente ta acontecendo, né, porque a gente que, que nem eu, faz, vai faze 6 anos que eu to aqui, então a gente acaba conhecendo todo mundo, e as vezes vem um vizinho fala, viu, tal pessoa ta acontecendo isso na casa,né, então eu acho que é por aí, mas também não tem como eu força ela a fala uma coisa que ela não que, né” (Flor de Laranjeira - enfermeiro).

“Ah,vou tenta conversa com ela pra vê se ela consegue se abrir, mostra que to lá pra ajuda ela, que é tudo sigiloso, que não vou sair contando pra ninguém, e vo orienta, se caso ela quiser fazer uma denúncia que não seja pra mim, mas se quiser ir na polícia pra poder fazer uma denúncia, e, tenta aborda ela pra vê se ela consegue contar, ou, é, denunciar, é que a gente não pode força a pessoa contar né, se não tiver o consentimento dela não tem como eu sair fazer uma denúncia ou qualquer outra coisa, mas eu vou tenta mostra pra ela que eu to aqui pra ajuda de qualquer forma possível” (Brinco de Princesa – técnico de enfermagem).

“Então, é uma situação muito complicada, é você vai ter que tá, primeiro fator que faz a pessoa né, conseguir se abrir com você, é o fato de você fazer ela sentir segurança em você, então a gente, o profissional da saúde principalmente a equipe de enfermagem, ela tem essa papel, o papel dela é tipo acolher essa vítima que chega, porque muitas delas por questão de medo, por questão de insegurança, questão de falta de confiança, ela não vai memo chegar pra você e falar assim ai eu sofri uma violência na minha casa e to aqui machucada, porque meu marido me deu um tapa, ou então pego uma faca e me machucou, ela não falar porque ela tem medo, entendeu, geralmente a pessoa que vem com esse tipo de problema, ela já sofre a anos esse tipo de problema, então o que acontece, você tem que acolher aquela pessoa, você tem que conversar com ela, você tem que passar segurança pra ela, porque após ela senti que você é confiável, que você ta ali pra ajuda, que você pode ajuda ela, não você chegando e simplesmente abrindo a situação dela pra todo mundo, mais que você pode dá dicas pra ela como que ela pode melhorar isso, o que que ela pode fazer, o que a lei prevê perante ela, qual a segurança que ela vai te, automaticamente ela vai se soltando e ela mesmo vai chega conta pra você esse tipo de sofrimento que ela ta tendo dentro da casa” (Coroa de Cristo – Técnico de enfermagem).

Esta postura, por parte dos sujeitos entrevistados, corrobora o que afirma Vale et al., (2013), quando diz que o enfermeiro deve ter uma escuta que proporcione às mulheres ponderar seus medos e suas angústias. Muitas vezes a violência vivida pela mulher está muito escondida, e a criação de um vínculo entre o profissional e ela possibilita a visibilidade do problema, o que sem este vínculo não seria percebida pelos profissionais.

É fundamental que a usuária compreenda que o serviço de saúde se preocupa com o seu problema e que os profissionais almejam ajudá-la a encarar o problema (SILVA, 2013b).

Categoria 8. Tentaria conversar, mas acha difícil

Esta categoria parece evidenciar a insegurança do profissional em relação a conversar sobre um tema que considera importante, porém por não dominar, teme ser mal entendida.

> *"Eu tento questiona, assim com perguntas bem suaves, da melhor maneira possível pra não assusta, e tento orienta a faze o que é necessário, só que é difícil a gente toma uma atitude né, não, eu vo faze isso, por fulano de tal, porque depois elas viram contra a gente, elas aceitam o que eles fazem, bateu hoje, amanhã deu uma flor, passo, e quem sai por mal, infelizmente é assim que elas pensam, nossa, eu so revoltada com isso, risos" (Dente de Leão).*
>
> "Investiga, tenta fazer com que ela conte, realmente, o que de fato aconteceu, o que é muito difícil, né, que a mulher faz, ela silencia, mas" (Ipê - enfermeiro).
>
> "Acho que é tentar convencer ela a fazer a, pra fazer a notificação. Acho que é isso" (Gérbera – técnico de enfermagem).

Esta situação corrobora o que afirma Vale et al (2013), ao relatar a falta de habilitação dos profissionais para constatar a violência sofrida nas queixas trazidas pelas mulheres. Os profissionais tendem a ter uma conduta medicalizadora, acabam por se preocupar apenas com os problemas físicos, deixando de lado as comorbidades psicossociais.

Apesar de não se situarem entre as categorias onde houve predominância dos sujeitos, também aparece outros posicionamentos.

Profissionais que realizariam a notificação:

> “Primeiro eu vou preencher a ficha de notificação, deixando pra lá essa parte burocrática, ai eu vou conversar com ela, vou orientar pra agendar um psicólogo, vou conversar com ela, vou tentar tirar o máximo de informação dela pra poder ajudá-la, agendar médico, conversar mesmo, orientar em todos os sentidos e ficar a disposição né quando ela precisar vim nos procurar, mas eu preciso fazer a notificação e orientá-las a fazer um boletim de ocorrência, marcar médico, é tudo isso...psicólogo” (Angélica - enfermeiro).

A notificação é importante, pois trás visibilidade para o estado, para que este possa elaborar estratégias e políticas públicas visando a interrupção do ciclo de violências contras as mulheres (MENDONÇA e SOUZA, 2010).

Aparece ainda entre os técnicos de enfermagem, a conversa e o encaminhamento para a enfermeira, como evidenciado no discurso abaixo:

> “É eu costumo conversar, e na maioria das vezes elas acabam se abrindo né, e contando o que está acontecendo, aí eu acho que primeiro eu procuro a enfermeira né, da unidade, e depois eu posso até conversar com o médico, normalmente é a enfermeira deve falar com o médico e vai passar pra ele, mas eu acho que tem que conversar, passar né pra enfermeira, até mesmo porquê ela ta mais gabaritada né, pra já ver o que tem de ser feito” (Gardênia - técnico de enfermagem).

O setor primário é a porta de entrada do SUS, então se faz necessário que tanto os técnicos de enfermagem como os enfermeiros tenham um bom conhecimento a respeito da violência contra a mulher, pois muitas vezes são os técnicos os primeiros a terem o contato com a mulher vitimada.

Aqui, o sujeito conversaria e denunciaria a situação de violência à polícia:

> “Eu iria tenta tranqüiliza, né, deixa ela a vontade pra conversa, e, acho que minha atitude depois seria chamar a polícia, né, não sei se ia dar certo mas a polícia acho que sim, apesar que acho que ela que deveria né, chamar a polícia, mas acho que é isso”(Íris Azul - técnico de enfermagem).

Revelou-se também nos discursos a orientação para que a mulher vítima de violência procure à Delegacia da Mulher.

> "Orienta ela a procura uma delegacia de mulher pra fazer o b.o. Mesmo que ela não, é, se ela, eu vo, né percebe né, vo tenta conversa, vê se eu consigo fazer ela conta pra mim né" (Begônia – técnico de enfermagem).

A manifestação da usuária em relação à violência vivida não pode gerar uma imposição para que ela procure a Delegacia da Mulher, ou mesmo que ela rompa relações com o agressor, e nem gere encaminhamentos automatizados. O que é de grande valia é que esta mulher compreenda que o serviço de saúde se importa com o seu problema de uma maneira não julgadora, mas sim sobre o que afeta a sua saúde; e que também dispõe de mecanismos para ajudá-la (D´OLIVEIRA, 2009).

E por último, mostrou-se presente o relato de realizar os cuidados de enfermagem necessários.

> A princípio, aqui aconteceu, a princípio a gente tem que dá o atendimento primário, né, se precisar fazer curativo, encaminhar pros médicos, é, mais na maioria das vezes as mulheres não falam né, então a gente fica sem muito o que faze, chega pra elas e fala ah, você apanhou do seu marido, é complicado, então a gente dá os cuidados primários, se precisa fazer curativo, passar no médico, encaminhar pro hospital, ai quando elas falam que quer denunciar ai a gente encaminha pra enfermeira chefe (Cacto - técnico de enfermagem).

A partir da quarta pergunta "Na sua opinião, que dificuldades você encontra para atender a mulher vítima de violência?", emergiram sete categorias que seguem descritas no quadro 4:

Quadro 4: Categorias de análise de conteúdo da quarta pergunta

Categoria 1	Desconhecimento.
Categoria 2	Falta de respaldo do serviço.
Categoria 3	Medo do profissional.
Categoria 4	Preconceito do profissional.
Categoria 5	Emocional do profissional.

Categoria 6	O fato das mulheres terem medo de denunciar
Categoria 7	Não encontra dificuldade.

Houve predomínio da categoria 6 entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem o que demonstra que a maioria acredita que a dificuldade em atender a mulher vítima de violência doméstica é o próprio medo inerente a ela.

> *"A dificuldade é que elas tem medo, elas não falam, que elas tem muito medo dos maridos, então por, eu acho que elas não falam porque elas tem muito medo, das represálias, alguns pode até ameaçar elas, né, então eu acho que a maior dificuldade é isso, é o medo delas" (Magnólia - técnico de enfermagem).*

> *"Eu acho que a maior dificuldade é isso, que ela tem medo de conta, né, medo não sei, de desfaze o lar, de, de solidão, de, se expor perante a sociedade, que ela sofre né, esse abuso físico, ou mental, é, essa violência, eu acho que são vários aspectos né, não só financeiro, mais, que, aqui também já passou pacientes que são bem financeiramente, tem a profissão, e mesmo assim sofre agressão do companheiro, né" (Flor de Laranjeira - enfermeiro).*

As falas aqui demonstradas corroboram com o exposto por D' Oliveira et al (2009) que diz que entre as barreiras apontadas pelos profissionais está em detectar os casos, pois tem uma impressão de que as vítimas "não gostariam ou ficariam constrangidas de falar sobre a violência sofrida e que a esconderiam dos profissionais".

Ruckert et al (2008) diz que as mulheres podem não revelar a violência vivida por medo e vergonha. Mendonça e Souza (2010) em seu estudo referem o medo do agressor, a vergonha, a maneira como foram educadas, o padrão cultural, contribuem para que a mulher não relate a violência vivida.

Também se observou outros sentimentos, como o emocional do profissional.

> *"Eu própria. Eu me ponho no lugar dai eu acabo eu ficando com raiva, eu acabo colocando sentimento, meu, de vê aquela violência, então acho que não, a gente tem que ser nesse momento profissional, então é difícil pra mim, eu fico com raiva da pessoa ter deixado acontece" (Orquídea - enfermeiro).*

Medo do profissional:

> *"É... talvez um respaldo, não sei, porque assim,eticamente igual eu falei, a gente pode ouvir, de repente até orienta, mas com muito cuidado, porque também, as vezes, é, por exemplo, na prefeitura a gente não tem um respaldo, em cima disso, a gente não tem uma referência, olha, se aparecer uma pessoa vítima né, com isso, isso e isso, não tem um protocolo, entendeu? Você encaminha ela pra tal lugar, você conversa sobre, sabe, não tem, então isso falta pra gente, não tem um fluxo, ai fica mais complicado, porque também envolve o nosso profissional, ai de repente se o companheiro dela fica sabendo que ela veio até a UBS veio conversar comigo por exemplo, e abriu, o que não era pra ser aberto, que ele não queria, ai pode até complicar pro meu lado porque se sabe que tem gente que é agressivo e que parte pra violência mesmo, ai tem que tomar uma série de cuidados, teria que ser bem sigiloso" (Flor de Lis - enfermeiro).*

Preconceito do profissional:

> "A própria mentira, a covardia da mulher, a mulher é muito covarde, ela acha que denunciar o companheiro, só vai trazer prejuízo pra ela, ela acha que ele vai abandonar ela, abandonar os filhos, sendo que ela já vive abandonada, só que ela não tem esse conhecimento, então, se ela entendesse que ela já é uma pessoa sozinha, que ela só ta ali, naquela situação pra apanhar, pra sofrer maus tratos, e arroz e feijão, qualquer faxina hoje em dia a gente ganha e põe dentro de casa. Então eu acho que primeiro a mulher tem que entender que ela já ta abandonada quando ela ta sofrendo, e a partir desse momento abrir pro mundo, porque hoje tem ajuda de todo lado. Tanto social, física, psicológica, a polícia mesmo através da lei, já garante, a pessoa né, então eu acho que é o conhecimento do que ta acontecendo realmente" (Flor de Lótus - técnico de enfermagem).

Estes sentimentos estão de acordo com o que afirma Garcia-Moreno (2002) apud Lettiere et al (2008) que os profissionais não abordam a vítima por diversos motivos, entre os quais medo de gerar constrangimentos, ausência de intimidade sobre o tema, pouco tempo e recursos e frustração e insuficiência de conhecimentos para atuar, gerando sentimento de impotência para solucionar o problema.

Alguns referiram a ausência de dificuldade em atender a mulher vitimada.

> *"Hum...Acho que não tem dificuldade pra atender uma pessoa vítima de agressão. Dependendo o motivo né, tipo assim, se ela chega aqui na unidade você vai ter uma conduta, se você tipo trabalhar em socorrista você vai ter outra conduta, então. As dificuldades que,... não tem, tipo assim, se a pessoa chega aqui, eu vou ter alguma dificuldade em atendê-la? Não vou" (Tulipa – técnico de enfermagem).*

Também apareceu no discurso o desconhecimento das dificuldades existentes.

> “Difícil né, eu acho que a dificuldade é conversar mesmo diante do choque, né, nunca passei por isso acho que de ver uma pessoa ali chorando, com marcas, assim, acho que teria dificuldade a princípio de conversar com a pessoa” (Íris Azul - técnico de enfermagem).

> ‘Olha a primeira coisa, assim, a gente não tem orientação a respeito disso, acho que teria que ter, tentar um treinamento específico né, porque pra você saber os passos legalmente, legais, pra você ta seguindo né, porquê a gente não tem orientação nenhuma a respeito disso, na realidade, a gente tenta usar o bom senso né, porquê no caso se eu atender e eu não souber o que fazer né, é lógico que eu vou procurar uma enfermeira ou alguém que va resolver, porque geralmente a gente faz isso mesmo né, quando a gente não consegue resolver um problema a gente passa pro superior e va procurar quem vai resolver o problema da pessoa né, no meu caso eu faria isso” (Dália - técnico de enfermagem).

Por último, o relato da falta de respaldo do serviço.

> “A parte burocrática, eu tenho uma dificuldade no fluxograma do atendimento, que a gente notifica, ela vira uma estatística, mas nem sempre a gente resolve esse problema, então assim, eu não sei quando a gente tem que continuar notificando, quando a gente tem que só atendê-la e encaminhá-la, minha dificuldade é o fluxograma de atendimento“ (Petúnia - enfermeiro).

A partir da quinta pergunta “Você conhece a Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres? E outras legislações existentes?”, evidenciaram quatro categorias que seguem descritas no quadro 5:

Quadro 5: Categorias de análise de conteúdo da quinta pergunta

Categoria 1	Desconhecimento da Política Nacional.
Categoria 2	Conhecimento apenas da lei Maria da Penha.
Categoria 3	Conhecimento parcial da Política e de outras legislações.
Categoria 4	Total desconhecimento sobre a legislação.

Nesta pergunta, entre os técnicos de enfermagem houve predomínio da categoria 2 e entre os enfermeiros houve uma predominância das categorias 2 e 3.

A Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres se apresenta como um importantíssimo documento, pois ela trás o conceito de violência doméstica, ações de prevenção e combate à violência, amparo e direitos da mulher segundo a lei nacional e os documentos internacionais existentes sobre direitos humanos. Em relação à prevenção, a política expõe como necessário desenvolver ações educativas e culturais que desmistifiquem os estereótipos de gênero que causam as diferenças de poder entre o feminino e o masculino e levam a violência contra a mulher, direcionar a prevenção contra o rompimento do silêncio e a banalização pela sociedade. Colocar em prática o cumprimento da lei Maria da Penha como combate a violência, fortalecer a rede de atendimento e habilitar os agentes públicos e comunitários, criar Casas-abrigo, Centros de Referência, como forma de assistência, garantindo um atendimento integral. (BRASIL, 2011b).

Neste estudo pode-se perceber que os técnicos de enfermagem referem ter conhecimento apenas da lei Maria da Penha, e os enfermeiros relatam um conhecimento parcial da Política Nacional conforme evidenciam as falas abaixo:

> "Eu só sei da lei Maria da Penha que foi uma senhora que sofria violências do marido e daí surgiu a lei, é só isso que eu sei" (Flores do Campo- técnico de enfermagem).
>
> "Não. Maria da Penha, pela faculdade né" (Três Marias – técnico de enfermagem).
>
> "Ai, inteira não, a gente sabe que tem né, mas a gente num, eu não conheço pelo menos. Também não" (Camélia - enfermeiro).
> "Sim, não sei na íntegra né, mas conheço. A mais recente é a da Maria da Penha, né, conheço sim" (Jasmim Azul - enfermeiro).

Há os que relataram o desconhecimento da Política Nacional:

> "Não, vo se bem sincera pra você, não conheço. Não tenho, a única coisa que a gente sabe, é assim, que é passado pela vigilância, se aconteceu o que que a gente tem que procede, como que a gente tem que faze, né, pra onde vai encaminha, pra onde vai manda" (Flor de Laranjeira - enfermeiro).

Também apareceu nos discursos o total desconhecimento sobre a legislação:

“Não, não conheço” (Girassol – enfermeiro).

“Não. Não, sobre isso? Não” (Orquídea - enfermeiro).

Os profissionais de saúde estão em posição privilegiada para constatar o perigo da violência (LETTIERE, 2008). Porém, podemos perceber através deste estudo, que o conhecimento sobre a Política Nacional e as legislações existentes está muito aquém do esperado. Jaramillo e Uribe (2001) apud Lettiere et al (2008) relatam que os profissionais da saúde não estão aptos para ofertar um cuidado que repercuta efetivamente na saúde das vitimadas. Isso se explica pelo fato de que não são contemplados em programas de educação continuada e, em currículos de disciplinas dos cursos relacionados à saúde, sobre a temática violência. Entretanto é positivo observar que uma grande parcela dos sujeitos do presente estudo, conhece a lei Maria da Penha.

Quando foram questionados sobre a pergunta “Você já recebeu treinamento específico para o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica?” apenas um enfermeiro e um técnico de enfermagem referiram ter recebido treinamento, os demais nunca receberam nenhum tipo de capacitação, como explicitado abaixo:

> “Uma vez aqui eles levaram a gente fazer um curso em Sorocaba, daí eles falaram sobre violência doméstica, que Sorocaba tem, uma, né, sobre violência em geral, que eles tem um ambulatório sobre isso, mas só também (Três Marias – técnico de enfermagem)”.
>
> “Não, nunca, nunca recebemos (Coroa de Cristo – técnico de enfermagem).”

Podemos compreender que apesar do conhecimento dos sujeitos da pesquisa acerca da necessidade notificação da violência, existe uma variedade de idéias a respeito, alguns acreditam que seja necessário consentimento, outros desconhecem quais situações devem ser notificadas. Isso pode ser explicado pela ausência de treinamento recebido.

Segundo Moura et al., (2011) a dificuldade em atender a mulher que sofre violência pode ser explicada pelo déficit de conhecimento ou treinamento para um cuidado integral à usuária, e não focar o atendimento em tentar resolver os sinais físicos, porque os problemas relacionados a mente são os que mais afetam e diminuem a alta estima da mulher. Propõe a capacitação a esses profissionais, pois assim beneficia o fortalecimento de estratégias para ajudar essas mulheres.

O Ministério da Saúde lançou uma Matriz Pedagógica que trás conteúdos e estratégias que podem ser adaptadas à realidade local, qualificando o profissional ao atendimento a mulher vítima de violência, o acolhimento, o reconhecimento, a notificação (BRASIL, 2011a). Mostrando a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde.

Para que a equipe de enfermagem reconheça a violência, é necessário que esteja capacitada. Não existe um modelo pronto de como agir, contudo, profissionais treinados tendem a criar uma relação de cuidado que vá além da parte técnica e crie um vínculo de cuidado com essa mulher (FERRAZ, 2009).

Quando questionados a respeito dos serviços integrados disponíveis no município estudado, constatou-se a inexistência dos serviços.

De fato, conforme declaração do responsável pela instituição, o município estudado não dispõe da rede de serviços necessária ao Enfrentamento da violência contra à mulher; o hospital local é a referência para os casos de violência, e está em fase de construção um Centro de Referência à Mulher.

Segundo BRASIL (2007), compõe a rede integrada de serviços as Casas-Abrigo, Delegacias da Mulher, Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em situação de Violência, Juizados e Varas de Violência Doméstica e familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher (disque 180), Ouvidorias, Polícia civil, Polícia militar, Instituto Médico Legal (IML), Serviços de Saúde voltados para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.

Existe uma tendência de desarticulação e isolamento dos serviços. A rede integrada existe como forma de articular esses serviços, para aumentar e melhorar a assistência prestada, trabalhar a prevenção, e realizar de forma correta o encaminhamento da mulher vitimada. A violência move-se pela saúde, educação, assistência social, justiça, etc. (BRASIL, 2011b).

Existem muitos desafios para realizar o trabalho em rede, e entre eles pode ser citada a hierarquização do serviço de saúde, ou seja, setor primário, secundário e terciário, tendo como a porta de entrada o primário. Em relação à rede de atendimento a violência, não tem caráter de entrada apenas do setor primário, mas em qualquer serviço, tendo uma relação horizontal entre os serviços. Outra dificuldade seria a abordagem de cada serviço da rede que define a violência como doméstica, intrafamiliar, de gênero, contra a mulher, sexual. Há a diversidade de instituições geridas pelo município, por ONGs, privados, universidades, etc. Se em

cada serviço destes, a violência for considerada devido a uma situação específica “como a doença, o crime, a miséria, o abuso de álcool e drogas, o conflito de gênero” e em cada lugar são realizadas ações específicas cada situação deve ser abordada como um todo pelos profissionais e serviços garantindo uma assistência em comum. A rede não pode ser fragmentada e ser transformada em uma triagem ou encaminhamento para os outros serviços (D’Oliveira, 2009).

A partir da pergunta “Em sua opinião, o que considera função do setor saúde no atendimento a mulher que sofreu violência doméstica?” evidenciaram-se 3 (três) categorias através dos núcleos de sentido que seguem descritas no quadro 6:

Quadro 6: Categorias de análise de conteúdo da oitava pergunta

Categoria 1	Oferecer atenção específica para a violência sofrida.
Categoria 2	Oferecer atendimento integral, encaminhando para equipe multiprofissional.
Categoria 3	Oferecer atenção à saúde da mulher e da família.

Entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem houve maior incidência da categoria 2. Percebe-se que grande parte dos profissionais tem conhecimento da importância da equipe multidisciplinar no tratamento à mulher vítima de violência doméstica, visando o atendimento integral.

> *“Então, na verdade, é orientá-la né, da um suporte psicológico, assim, a enfermagem ela pode até partir pra essa orientação, é, mas assim, a parte psicológica, que nosso caso seria um profissional psicólogo, se tem que entrar nisso também, porque é a parte emocional da mulher que mexe né, nessa situação, ai, na verdade, é conjunto né, a equipe multidisciplinar atuando na mulher, nessa mulher que ta sofrendo esses maus tratos” (Flor de Lis - enfermeiro).*

> *“Acho que além de fazer a denuncia, teria que ta encaminhando ela pra um psicólogo, pra ta acompanhando, e pra assistente social, ah, assistente social, pra ta indo avaliar as situações que ela convive na casa né, e ta conversando e acho que é mais apoio psicológico mesmo” (Gérbera – Técnico de enfermagem).*

Moreira et al (2008) apud Vale et al (2013) referem como função da sociedade e dos profissionais da saúde, encontrar maneiras de inclusão das pessoas que encontram-se em condições desfavoráveis. Quando se fala em saúde, compreende um meio social, econômico e psicológico, havendo desta forma a intersetorialidade

“com a sociedade civil organizada, igrejas, associações de moradores, delegacias, conselho tutelar, ministério público e gestão”, para que se possam reduzir as desigualdades e para que as pessoas vitimadas encontrem através da rede, métodos de enfrentamento da violência.

D’Oliveira et al (2009) trás como papel da atenção primária um atendimento integral, pois recebe a violência com toda a sua especificidade, visando a promover a não violência, realizando prevenção, tanto no tratamento dos problemas decorrente da violência quanto das particularidades do setor saúde referente a violência, pois sendo uma temática complexa e interdisciplinar, trás a necessidade de multiprofissionais e intersetores.

Porém, também se evidenciou aqueles profissionais focados em apenas em oferecer atendimento à violência sofrida, realizando notificação, curativos e encaminhamentos.

> *“Eu acho que a gente tem que fornecer mais dados, mais orientação, a gente tem que falar pra ela o que fazer, quando fazer e como fazer, então pra isso, a gente precisa até ser capacitado pra pode encaminha essa mulher pro serviço de referência adequado” (Petúnia - enfermeiro).*
> *“Ao serviço de saúde cabe o início da notificação né, o princípio, o atendimento a necessidade humana básica afetada, e o encaminhamento ao serviço indicado, pra que ela venha a ser protegida (Ipê - enfermeiro).”*
> *“Eu acho que é importante dar as primeiras atenções, e, tipo assim, acompanhar o caso, tipo, acompanhar pra vê se não ta tendo mais violência. É isso” (Tulipa – Técnico de enfermagem).*

È missão do serviço de saúde acolher os indivíduos vitimados, reduzindo traumas e prevenindo seqüelas. Os profissionais envolvidos podem contribuir para quebrar o circuito de violência (LETTIERE ,2008).

O setor saúde participa com grande importância no combate a violência promovendo “pesquisas, notificação de casos, organização de serviços de referências para as vítimas e outras propostas de intervenção” (VALE, 2013).

Alguns sujeitos vão além, acreditando na importância de ofertar um atendimento para a família desta mulher vitimada.

> *“Ah, eu acho que tem que da o apoio psicológico, dá algum tipo de treinamento ou de acompanhamento pro marido, pra que melhore a situação como um todo, né, todo mundo tem que trabalha junto, trabalha os filhos, trabalha o marido, que bate, trabalha a mulher que apanha, os filhos que vê, trabalha a família, e, tenta resolve, porque não tem como a gente fala assim, não, não vai resolve, separe dele, lógico que seria o ideal né, não vai resolve separe dele, mais daí se separa o cara vai e mata a mulher,*

> *então tinha que trabalha todo mundo, trabalha a mulher que apanha, o marido que bate, os filhos que vê,sabe, a sogra, no caso a mãe da mulher que vê, mais teria que ser um trabalho, como você disse de todo mundo, do posto, da secretaria, de, toda a equipe da saúde, porque uma pessoa só não consegue" (Dente de Leão – Técnico de enfermagem).*

No estudo de Borsoi et al. (2009) na unidade de referência para o atendimento as vítimas de violência, a equipe tenta incluir os filhos adultos, ou parentes próximos para que sejam a rede social, para dar apoio a mulher vitimada.

Dutra et al. (2013) diz que mapear as redes sociais das mulheres vitimadas pode se refletir como vantagem para se identificar as formas de intervenção existentes, auxiliando nas propostas e no planejamento de políticas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo conhecer quais são as limitações que a equipe de enfermagem encontra ao atender a mulher vítima de violência doméstica, quais os conhecimentos a respeito das políticas públicas existentes para o enfrentamento desta e o conhecimento acerca das ações específicas do setor saúde.

Diante das falas analisadas, percebeu-se que entre as principais dificuldades apresentadas pelos profissionais estão: o emocional e o medo do profissional em não saber lidar com a situação e sentir-se impotente diante dela. Também se apresentaram como dificuldades, o desconhecimento da violência contra mulher como de notificação compulsória, a dificuldade em abordar e conversar diante de uma suspeita de violência, o encaminhamento a outros profissionais e serviços, sendo que a equipe de enfermagem é primordial ao atendimento desta mulher. Neste aspecto, este estudo parece coincidir com o estudo de Garcia-Moreno (2002) apud Lettiere et al (2008) em que os profissionais tem medo de gerar constrangimentos, pouco tempo e recursos, frustração e insuficiência de conhecimentos para atuar, gerando sentimento de impotência para solucionar o problema. Diversos profissionais citaram como dificuldades o medo que a mulher vitimada tem em expor sua agressão, coincidindo com o estudo de Ruckert (2008).

Em relação às políticas, parte dos profissionais mostrou um conhecimento limitado, uma parcela dos sujeitos desconhece totalmente a legislação. Acredita-se que a falta de conhecimento e capacitação pode ser explicada pela ausência de treinamento específico ao atendimento a mulher vítima de violência doméstica, pela falta de uma rede de serviços integrados no município, e por se tratar de um tema bastante complexo no serviço de saúde, como foi evidenciado nos outros estudos, falta à abordagem da violência como problema de saúde pública no próprio currículo das universidades da área da saúde e nos cursos dos técnicos de enfermagem, somando-se a ausência de treinamentos no local de trabalho, gerando uma equipe despreparada para acolher a mulher vitimada. Não podemos nos esquecer do processo histórico que envolve esta temática, a criação da lei Maria da Penha que só foi criada no ano de 2006.

O estudo se mostrou relevante na medida em que seus achados corroboram com outros estudos existentes, tem suas especificidades locais, mas mostra mais uma vez que apesar deste tema ser considerado um problema de saúde pública

desde 2002 pela OMS o setor saúde e os profissionais da enfermagem, em sua maioria não se sentem preparados para atender a mulher vitimada.

Faz-se necessário implementar atividades na área da saúde da mulher que visem à melhoria no atendimento à mulher vítima de violência e entre estas destacamos a educação permanente. Portanto sugere-se investir em treinamento dos profissionais para que conheçam a rede de serviços integrados, os direitos das mulheres, a própria legislação e as políticas públicas existentes, bem como a Constituição Federal e a importância de equipes multidisciplinares que propiciem o atendimento integral. Em relação a enfermagem o nosso foco do presente estudo, considerando sua importante participação na equipe, faz-se necessário que ela esteja preparada para saber acolher, identificar, assistir e encaminhar a mulher vítima de violência doméstica, contribuindo para que tema tão importante não seja banalizado e nem passe despercebido pelos serviços de saúde da Atenção Básica.

Este estudo beneficiou os pesquisadores, pois possibilitou compreender as principais dificuldades que afetam a equipe de enfermagem, e pode beneficiar os gestores, que através dos achados do estudo poderão elaborar estratégias de capacitação da equipe, e pode contribuir para que outros estudos referentes ao tema sejam desenvolvidos.

Cabe ressaltar as suas limitações, e sugere-se para estudos futuros, abordar profissionais da enfermagem de um município que possua a rede integrada de atendimento às mulheres vítimas de violência, para verificar se as mesmas dificuldades deste estudo permanecem ou não.

REFERÊNCIAS

Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Comunicação saúde educação 2009 jan/mar; 28(13):165-74.

Brasil. Lei n. 10.778, De 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília (DF). 2003.

Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres- Presidência da República. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional:Diálogos sobre Violência Doméstica e de Gênero. Construindo políticas públicas. Brasília, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – 21 anos depois. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação em Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Portaria MS/GM n.° 737 de 16 de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Vade Mecum. Constituição Federal de 05 de outubro de 1988. 9ª ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 7-75.

Brasil. Procuradoria Especial da Mulher. Câmara dos Deputados. Lei Maria da Penha n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF).2010a.

Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. 2010b.

Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Ministério da Justiça. Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres. Brasília: Ministério da Justiça, 2010c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Integral para as Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual. Matriz Pedagógica para Formação de Redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Política

Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral á Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação em Saúde. Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2011. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Organização dos estados americanos. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “convenção de Belém do Pará”. Belém do Pará, 1994.

Correa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. Rev Eletr Enf. 2012 jan-mar; 14(1):171-80.

D’Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Cienc e Saúde Colet. 2009; 14(4):1037-50.

Ferraz MIR, Lacerda MR, Labronici LM, Maftum MA, Raimondo ML. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. Cogitare Enferm. 2009 out/dez; 14(4):755-9

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2):304-11.

Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3):467-73.

Mendonça ET, Souza LV. A violência doméstica contra a mulher como questão de saúde pública. Rev enferm UFPE on line 2010 abr/jun; 4(2):874-81.

Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Cienc e Saúde Colel. 2007; 11(sup):1259-67.

Minayo MCS. Pesquisa social. 28 edição. Petrópolis: vozes, 2009.

Moura MPB, Guimarães NCF, Crispim ZM. Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência: Revisão integrativa. Rev Enferm Cent O Min. 2011 out/dez ; 1(4):571-82.

Organização Mundial da Saúde. World report on violence and health. (Relatório mundial sobre violência e saúde). Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi e Rafael Lozano. Genebra; 2002.

Ruckert TR, Lima MADS, Marques GQ, Garlet ER, Pereira WAP, Acosta AM. Assistência em Unidades Básicas de Saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. Cienc Cuid Saude. 2008 abr/jun; 7(2):180-6.

Salcedo-Barrientos DM, Gonçalves L, Oliveira Junior M, Egry EY. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. Av. enferm. 2011; 29(2):353-62.

Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública. 2007; 41(3):472-7

Silva RC. Violência contra á mulher, políticas públicas e telenovela – intersecções possíveis: o caso Fina Estampa. [dissertação]. Sorocaba: Universidade de Sorocaba, Programa de pós graduação em comunicação e cultura; 2013. [acesso 2013a mar 21]. Disponível em:

http://comunicacaoecultura.uniso.br/prod_discente/2013/Regina_Cardoso_da_Silva.asp

Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. Acta Paul Enferm. 2013b; 26(6):608-13.

Vale SLL, Medeiros CMR, Cavalcanti CO, Junqueira CCS, Souza LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. Rev Rene. 2013; 14(4):683-93.

Vieira EM, Perdona GCS, Almeida AM, Nakano AMS, Santos MA, Daltoso D et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. Rev Bras Epidemiol. 2009; 12(4):566-77.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Perfil dos profissionais	
Nome (codinome):	
Idade:	
Profissão:	Quanto tempo de profissão:
Se enfermeiro, possui pós graduação?	☐ **SIM** ☐ **NÃO**
Qual? Lato sensu _____ Stricto sensu ☐ Mestrado _____ ☐ Doutorado _____	
Tempo de trabalho na atenção básica deste município: ☐ 0-1 anos ☐ 1-4 anos ☐ 5-10 anos ☐ 10 anos e mais	
Em sua experiência profissional já atendeu mulheres vítimas de violência doméstica? ☐ **SIM** ☐ **NÃO** ☐ **Nesta unidade** ☐ **Em outra unidade**	
Questões da entrevista:	
1. O que você entende por violência doméstica	
2. A violência cometida contra a mulher deve ser notificada? Se sim, em quais situações? Se não, por quê?	
3. Se uma mulher procura o serviço de Atenção Básica e você é o profissional que irá atendê-la; quando ela relata queixas que indicam estar relacionadas à violência física, porém não conta à você; qual será sua conduta em relação a esta mulher?	
4. Na sua opinião, que dificuldades você encontra para atender a mulher vítima de violência?	
5. Você conhece a Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres? E outras legislações existentes?	
6. Você já recebeu treinamento específico para o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica?	
7. Você conhece quais são os serviços integrados disponíveis neste município para o atendimento a mulher vitimada? Quais são eles?	
8. Em sua opinião, o que considera função do setor saúde no atendimento a mulher que sofreu violência doméstica?	

ANEXOS

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Campus Indianópolis

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090
e-mail: cep@unip.br

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada Dificuldades apontadas pelos profissionais de enfermagem para o atendimento as vítimas de violência doméstica no cotidiano da atenção básica que se refere a um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso do(s) participante(s) Camila Machado Oliveira do(a) graduação, o qual pertence ao Curso de enfermagem da Universidade Paulista - UNIP.

O(s) objetivo(s) deste estudo são levantar as principais dificuldades enfrentadas pela equipe enfermagem na atenção básica no atendimento à mulher vítima de violência doméstica, verificar o conhecimento sobre as políticas públicas existentes e conhecer os saberes sobre as ações específicas do setor saúde para essas vítimas . Os resultados contribuirão para uma auto avaliação dos conhecimentos a respeito dessa temática tendo em vista que a mulher que sofre violência muitas vezes mantém sigilo e quando resolve procurar ajuda é o serviço da atenção primária que ela busca. Nesse sentido, e considerando que a Unidade Básica de Saúde constitui-se na porta de entrada do SUS, faz-se necessário que a equipe de enfermagem esteja capacitada para atendê-las com qualidade.

Sua forma de participação consiste em responder algumas perguntas a respeito do seu perfil profissional, como por exemplo, tempo de profissão, idade, e questões abertas a respeito do seu conhecimento sobre violência doméstica, as políticas públicas existentes, suas principais dificuldades para atender essas mulheres.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: mínimo.

São esperados os seguintes benefícios imediatos da sua participação nesta pesquisa: Essa pesquisa contribuirá para reconhecer quais são dificuldades que a equipe de enfermagem enfrenta ao atender a mulher vitimada, os resultados e as conclusões da pesquisa serão divulgados ao município, e este, tendo conhecimento das dificuldades dos profissionais poderá criar mecanismos de capacitação.

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Campus Indianópolis

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090
e-mail: cep@unip.br

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador principal Regina Cardoso da Silva, residente na Avenida Brasil, 101 Ed. Victória I, ap. 32 vila Carvalho CEP: 18.060-105, celular (15) 99781-3133.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Camila Machado Oliveira explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: Sorocaba, 15 de maio de 2014.

_____
(Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante legal)

_____
(Assinatura da testemunha para casos de sujeitos analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiências auditiva, visual ou motora).

Eu, Camila Machado Oliveira
(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

UNIP
UNIVERSIDADE PAULISTA
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Campus Indianópolis

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090
e-mail: cep@unip.br

obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

Camila M. Oliveira
(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

Enf.ª Regina Cardoso da Silva
COREN/SP 19179
Enfermeira

UNIVERSIDADE PAULISTA –
UNIP
Campus Indianópolis

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4° andar – Vila Clementino
CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090
e-mail: cep@unip.br

UNIP
UNIVERSIDADE PAULISTA
Comitê de Ética em Pesquisa –

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Regina Cardoso da Silva, enfermeira COREN n° 19.179 responsável principal pelo projeto de graduação do(s) participante(s) Camila Machado Oliveira, o qual pertence ao curso de enfermagem da Universidade Paulista - UNIP venho, por meio deste, me comprometer a utilizar todos os dados coletados, unicamente, para o trabalho intitulado Dificuldades apontadas pelos profissionais de enfermagem para o atendimento as vítimas de violência doméstica no cotidiano da atenção básica, bem como, manter sob sigilo a identificação dos sujeitos, a cujas informações terei acesso.

Respeitando assim, os preceitos éticos e legais exigidos pela Resolução n° 466/12, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Assinatura do(a) responsável principal

Enf.ª Regina Cardoso da Silva
COREN/SP 19179
Enfermeira

Local e data: Sorocaba, 15 de maio de 2014.

UNIVERSIDADE PAULISTA

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Campus Indianópolis

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
CEP: 04026-002 – F. (11) 5586-4091
E-mail: cep@unip.br

INTENÇÃO DE PESQUISA

À / Ao: Prefeitura Municipal de Boituva

Eu, Regina Cardoso da Silva, responsável principal pelo projeto de Graduação, tenho a intenção de realizar a pesquisa intitulada Dificuldades apontadas pelos profissionais de enfermagem para o atendimento as vítimas de violência doméstica no cotidiano da atenção básica, cujo(s) participante(s) Camila Machado Oliveira, portador(es) do(s) RG(s) 48.755.497-8 está(ão) regularmente matriculado(s) no Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP nesse ano corrente.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIP, a coleta de dados deste projeto poderá ser realizada.

Sorocaba, 15 de maio de 2014.
(*local, data*)

Enf.ª Regina Cardoso da Silva
COREN/SP 19179
Enfermeira

Assinatura do(a) responsável principal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOITUVA
Rua Manoel dos Santos Freire, 332
Centro - Boituva/SP

Samoel [illegible]
Enfermeiro COREN/SP [illegible]
Diretor de Planejamento [illegible]

Concordo com a coleta de dados 3363-8460

Responsável da Instituição Co-participante
(com carimbo)

Este termo só terá validade com o de acordo do orientador e dos alunos envolvidos deste projeto de pesquisa.

UNIP
UNIVERSIDADE PAULISTA
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Campus Indianópolis

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
CEP: 04026-002 – F. (11) 5586-4091
E-mail: cep@unip.br

Sorocaba, 15 de maio de 2014.

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIP

REF.: Carta de Apresentação do Projeto de Pesquisa

Eu, Regina Cardoso da Silva, pesquisador(a) responsável pelo projeto de pesquisa intitulado Dificuldades apontadas pelos profissionais de enfermagem para o atendimento as vítimas de violência doméstica no cotidiano da atenção básica, venho, através deste, submetê-lo à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista - UNIP. Informo que os(as) alunos(as) Camila Machado Oliveira estarão desenvolvendo esse projeto como pesquisador(a) participante.

Trata-se de um projeto de Graduação, o qual pertence ao curso enfermagem, que será desenvolvido na Prefeitura Municipal de Boituva e que de acordo com a Folha de Rosto do SISNEP pertence ao Grupo Grande área 4. Ciências da Saúde (I/ II/ III).

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador(a) responsável

Enfª Regina Cardoso da Silva
COREN/SP 19179
Enfermeira

Ciência do(a) Coordenador(a):

Assinatura: _____

Profª. Gabriela R. Zinn
COREN 98193
UNIP - Sorocaba - Campus Éden
Coordenadora Auxiliar do Curso de Enfermagem

Este termo só terá validade com o de acordo do orientador e dos alunos envolvidos deste projeto de pesquisa.

Plataforma Brasil MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: DIFICULDADES APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA.	2. Número de Participantes da Pesquisa: 20
3. Área Temática:	
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde	

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome: REGINA CARDOSO DA SILVA			
6. CPF: 906.956.828-49	7. Endereço (Rua, n.º): AV. BRASIL VILA CARVALHO 101 ED.VIT I APTO 32 SOROCABA SAO PAULO 18060105		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (15) 3231-2520	10. Outro Telefone:	11. Email: recardoso85@yahoo.com.br
12. Cargo:			

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 21 / 05 / 14

Assinatura Enf.ª Regina Cardoso da Silva COREN/SP 19179 Enfermeira

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

13. Nome: ASSOCIACAO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO OBJETIVO-ASSUPERO	14. CNPJ: 06.099.229/0030-46	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (11) 5586-4091	17. Outro Telefone:	

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: GABRIELA RODRIGUES ZINN CPF: 268584708/16

Cargo/Função: COORDENADORA PEDAGÓGICA

Data: 21 / 05 / 14

Assinatura

Profª. Gabriela R. Zinn
COREN 98193
UNIP - Sorocaba - Campus Éden
Coordenadora Auxiliar do Curso de Enfermagem

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP - VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIFICULDADES APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisador: REGINA CARDOSO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31500814.3.0000.5512

Instituição Proponente: ASSOCIACAO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO OBJETIVO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 680.239

Data da Relatoria: 05/06/2014

Apresentação do Projeto:

Adequado metodologicamente

Objetivo da Pesquisa:

Adequados e alcançáveis

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados

Recomendações:

Respeitar a resolução 466/12 e divulgar resultados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado metodologicamente e eticamnente

Endereço: Rua Dr. Barcelar,1212
Bairro: Vila Clementino **CEP:** 04.026-002
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5586-4090 **Fax:** (11)5586-4073 **E-mail:** cep@unip.br

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 09 de Junho de 2014

Assinado por:
JOSE BARBOSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Dr. Barcelar,1212
Bairro: Vila Clementino **CEP:** 04.026-002
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5586-4090 **Fax:** (11)5586-4073 **E-mail:** cep@unip.br

DECLARAÇÃO

Eu, Camila Machado Oliveira, portador (a) do documento de identidade RG n°48.755.497-8, CPF n°401.435.868-23, aluno (a) regularmente matriculado (a) no Curso de GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP, sob o RA n° T751GF-6 declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítimo(a) autor(a) da monografia cujo titulo é: **"ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA: DIFICULDADES PARA A ENFERMAGEM",** da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto ás declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, consequentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em Sorocaba, 31 de Outubro de 2014.

_____

Assinatura do (a) aluno (a)

Autenticação dessa assinatura mediante verificação na cédula do RG, pela auxiliar de coordenação do ICS da UNIP.