



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA-FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LEIDILaura SOARES DE SOUSA

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: Perspectiva dos Enfermeiros das
Unidades de Atenção Básica no município de Itaituba – Pará**

Itaituba-Pa
2016

LEIDILaura SOARES DE SOUSA

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: Perspectiva dos Enfermeiros da
Atenção Básica no município de Itaituba – Pará**

Monografia de Graduação apresentada para obtenção do título
de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Itaituba.

Orientadora: Profa. Ms. Aline Soares Santos.

Itaituba-Pa
2016

LEIDILaura SOARES DE SOUSA

**TÍTULO: VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: Perspectiva dos
Enfermeiros da Atenção Básica no município de Itaituba – Pará**

Monografia de Graduação apresentada para obtenção do
título de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de
Itaituba.

Orientadora: Profa. Ms. Aline Soares Santos.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof.^a

Orientadora: _____ Nota: _____

Prof.^a Ms. Aline Soares dos Santos

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof^o

Resultado: _____ Média: _____

Data: 20 de junho de 2016

À minha **FAMÍLIA**, que tem sido instrumento de Deus para me conduzir no caminho da sabedoria, me apoiando em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** acima de tudo, por termos a certeza de que Ele esteve presente em todos os momentos dessa jornada e por permitir a concretização de mais uma vitória em minha vida acadêmica. A minha amada filha **Anna Beatriz** que tanto amo, por saber soube entender minhas ausências.

À minha mãe **Rosely** e meu Pai **Raimundo**, aos demais familiares e amigos, meus agradecimentos pelas orações e apoio incondicional que demonstraram durante esse período, compartilhando comigo as conquistas e vitórias.

À Professora **Aline Soares dos Santos**, por coordenar com grande competência essa rica experiência à minha formação profissional e por aceitar me acompanhar nessa fase de TCC e me apoiar em tudo. Obrigada pelo carinho, atenção e cuidado.

Aos colegas e professores do Curso de Enfermagem da FAI, por compartilharem conhecimentos valiosos que certamente farão a diferença em minha atuação profissional, pela união e por todos os caminhos que trilhamos juntos nessa Faculdade.

Helena Soares, nossa irmandade ficará para sempre guardada, tudo o que vivenciamos juntas marcou e marcará ainda nossas vidas e certamente em nosso crescimento profissional e pessoal.

Sorivan Albuquerque, você sempre acreditou no potencial que cada pessoa tem, e comigo não foi diferente, agradeço por todos os incentivos, e palavras que nos elevava sempre, obrigada amigo.

Enfim, a todos que, de alguma maneira, tiveram participação na construção deste capítulo da minha história.

*...“Não posso ser anulada
É no meu ventre que a vida é gerada,
E no meu seio amamentada”...*

*Autora Rosângela Aguiar Rodrigues
(Trechos do Poema Tua Grande
companheira*

RESUMO

A violência contra a mulher, é mundialmente considerada um grave problema de saúde pública, com prevalência importante em todo território brasileiro. No Brasil, as UBS, são consideradas a porta de entrada ao SUS, este frequentemente procurado pelas mulheres em situação de violência, o que coloca em destaque a enfermagem no manejo dos casos pelos profissionais. Dessa forma levando em consideração o papel do Enfermeiro no enfrentamento a prática de violência, este estudo teve como objetivo, investigar o conhecimento e prática dos enfermeiros que atuam nas UBS do município de Itaituba – Pará, acerca da violência contra as mulheres. Para tal, buscou-se como estratégia uma abordagem qualitativa, com adoção de entrevista individual com 19 enfermeiros atuantes nas UBS's, ressalta-se que foram atendidas todas as exigências da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados pautou-se em um roteiro semiestruturado, onde foram tratados, organizados e consolidados nas seguintes unidades temáticas: O Conhecimento dos profissionais na temática violência contra a mulher x academia; Abordagem e recepção das mulheres vítimas de violência x conhecimento da Lei 10.778 (Lei de notificação compulsória) e manuseio; Motivos, negação e silêncio das mulheres na perspectiva da enfermagem x percepção dos enfermeiros na questão violência contra mulher; Conhecimento de políticas públicas x encaminhamentos x acompanhamento pelo setor de saúde; Conhecimento da Lei 11.340 / 2006 “Maria da Penha”. Evidencia-se que de forma geral os enfermeiros percebem a violência doméstica, no entanto, há ainda uma grande deficiência no processo ensino aprendizagem, acerca ao tema discutido no estudo. O modelo adotado na grade curricular é o hospitalocêntrico, o que dificulta o reconhecimento às vítimas, como o confirmado pelos enfermeiros entrevistados, outro ponto é a recepção dessas mulheres na UBS, de acordo com os dados obtidos é realizado como qualquer outro. A notificação compulsória é conhecida pela maioria dos enfermeiros, bem como o seu manuseio. Por ser um problema privativo a mulher, os enfermeiros acreditam que os motivos para negação é o medo de represalias pelo companheiro, e esse fato torna difícil percepção da violência, levando em consideração o pouco diálogo entre a dualidade enfermeiro e cliente. Os colaboradores não compreendem a dinâmica das políticas públicas destinadas as mulheres, e assim, não conhecem o seu funcionamento, um exemplo são os

encaminhamentos a outros setores, bem como a funcionalidade da Lei 11.340/06 “Maria da Penha” na Atenção Básica. O desuso dessas ferramentas aliada a falta de conhecimento prejudica no cuidar dessas mulheres. Sabendo da importância do enfrentamento da Violência contra a mulher pelos profissionais da Enfermagem, propomos um modelo de fluxograma intersetoriais, que sirva de norteador para a prática da enfermagem.

.

Palavras- chave: Violência contra mulheres. Enfermeiros. Atenção Básica.

ABSTRAT

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Média de idade e tempo de serviço dos participantes.....	39
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEJIL	Centro de Justiça e o Direito Internacional
CLADEM	Comitê Latino Americano e Caribe para defesa dos Direitos da mulher
CRAS	Centro de referência de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem Anônima
DEAM	Delegacia especializada no atendimento à mulher
FAI	Faculdade de Itaituba
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de hipertensos e diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MH	Hanseníase
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PR	Presidência da República
PSE	Programa de Saúde na Escola
SAMU	Serviço de Urgências Móveis
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 CONCEITUANDO AVIOLÊNCIA.....	21
2.2 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	23
2.3 A LEI 11.340 / 2006 “MARIA DA PENHA”.....	27
2.4 A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	29
2.5 A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	33
3 METODOLOGIA.....	35
3.1 ABORDAGENS DO ESTUDO.....	35
3.2 LOCAIS DA PESQUISA.....	36
3.3 DELIMITAÇÕES TEMPORAIS PARA OBTENÇÃO DOS DISCURSOS.....	37
3.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA E A APROXIMAÇÃO.....	37
3.5 OBTENÇÕES, REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4 RESULTADOS E ANÁLISES.....	39
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.....	39
4.2 VISÕES DOS ENFERMEIROS NA QUESTÃO VIOLÊNCIA CONTRA MULHER.....	40
4.2.1 Conhecimento dos profissionais na temática violência contra a mulher X academia.....	40
4.2.2 Abordagem e recepção das mulheres vítimas de violência X conhecimento da Lei 10.778 (Lei de notificação compulsória) e manuseio	44
4.2.3 Motivos, negação e silêncio das mulheres na perspectiva da enfermagem X percepção dos enfermeiros na questão violência contra mulher?.....	47
4.2.4 Conhecimento de políticas públicas x encaminhamentos x acompanhamento pelo setor de saúde.....	50
4.2.5 Conhecimento da Lei 11.340 / 2006 “Maria da Penha”.....	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	58
ANEXOS.....	67

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais a questão violência é motivo de preocupação mundial, o assunto é objeto de estudos de muitos pesquisadores, sendo considerada por muitos, motivo de preocupação, uma vez que se configura como uma grave violação dos direitos humanos (MATOS, 2011).

É apontada como um dos mais populares fenômenos da sociedade, exercida por muitas gerações. Nessa conjuntura, esse modelo de subordinação coloca as mulheres em situação de sujeição e subserviência (LIMA; DESLANDES, 2014). A violência doméstica, desde os primórdios vem devastando a humanidade com sentimentos de preconceito e intolerância, presente nos relatos bíblicos a contemporaneidade (FILHO, 2013).

A OMS em 2002, aponta a violência contra mulher como um problema de saúde de prevalência e incidência importante, tendo em vista que grande parte dessas mulheres tendem a apresentar problemas de saúde, cuja complexidade e dimensão contemplam fenômenos que vão desde a lesões físicas àquelas de cunho psicológicos e emocionais (GOMES, *et al.*, 2013).

A violência doméstica, bem como o estupro propriamente dito, tem sido, percussor de atos como suicídio, abusos de drogas e álcool, sofrimento psíquico (SCHRAIBER *et al.*, 2002). Esses danos podem ser diversos e potencialmente graves a saúde dessas mulheres, em muitas situações esses agravos marcam a vida da mulher para sempre, como a exposição as mutilações diversas, traumas ortopédicos, transtornos na sexualidade, complicações obstétricas e outros (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011).

A violência é mundialmente exposta como a principal causa de óbito na faixa etária de 15 a 44 anos, sendo que a violência doméstica é destacada como a maior causa de ferimento feminino e a principal causa de óbito em mulheres na faixa etária de 14 a 44 anos (VELOSO *et al.*, 2012). Noutra perspectiva Waiselfisz (2012) ressalta que essa problemática concentra-se em uma faixa etária que vai dos 15 a 29 anos de idade podendo chegar aos 20 a 29.

No Brasil, em 2009 a 2010 foram notificados 66.350 casos de violência doméstica em todo o território nacional, o que revela a amplitude da violência contra as mulheres (BRASIL / VIVA apud FILHO, 2013). A cada 15 segundos uma mulher é vítima de violência no país (PEREIRA, 2012), sendo que 70% dessas mulheres de

acordo com IBGE são agredidas por seus parceiros íntimos (PEREIRA, 2012). Em 2011 os registros de violência obtidos através da Central de Atendimento – Ligue 180, revelou que em 74,6% dos casos o agressor é companheiro, a pesquisa mostra ainda um dado estarrecedor, que em cerca 66,1% dos casos, os filhos quase sempre presenciam as violências praticadas pelo pai.

Para dimensionar essa problemática, aproximadamente um bilhão de mulheres, já se encontraram pelo menos uma vez na vida em situação de violência, muitas vezes obrigadas a manter relação sexual sem que haja o desejo, noutros casos as mulheres vitimizadas apresentam sequelas constrangedoras como, por exemplo, lesões corporais que maculam a pele e deixam marcas para vida toda. Essas formas de violência contra mulher, na sua maioria foram cometidas por parente ou pessoa de convívio íntimo (MAFIOLETTI, 2010).

Rafael; Moura (2013) reforça essa estatística quando revela em seu estudo que cerca de 50% das mulheres já foram pelo menos uma vez na vida vítima de violência doméstica, sendo que além das marcas físicas, as mulheres vítimas tendem perder na maioria das vezes sua identidade, o que leva a um processo de invisibilidade, perda da autoestima e da vontade de viver.

O Brasil ocupa a sétima posição no percentual de homicídio feminino, com uma taxa que de 4,4 homicídios para cada 100 mil habitantes, (WASELFISZ, 2012). Os fatores que norteiam essa realidade margeiam as significativas desigualdades sociais, o baixo nível de escolaridade, a fragilidade da saúde, desemprego, a dificuldade no acesso aos serviços básicos essenciais, dentre outros. (OMS, 2002).

De fato, esses fatores fazem com que as mulheres se sintam excluídas, desvalorizadas e muitas vezes não encontram suporte adequado para explicitarem seus receios e medos, e quando os fazem, na grande maioria das vezes, o preconceito entre os próprios profissionais de saúde promove uma nova ofensa a essa mulher (SALIBA *et al*, 2007).

Portanto, surgiram questionamentos de como está sendo o acolhimento dessas mulheres vítimas de violência nas UBS de Itaituba-PA, o que acresceu o meu interesse em saber como essas mulheres estão sendo acolhidas pela enfermagem no município de Itaituba, uma vez que o serviço básico de saúde é essencial na detecção das violências perpetrada contra as mulheres, visto que, é a principal porta de entrada ao sistema de saúde, o que segundo Schraiber *et al.*, (2002), oferece um maior e adequado contato com essas mulheres, o que ajudaria

no reconhecimento e posterior acolhimento dessas mulheres, o resultado dessa prática, seria a diminuição dos altos índices de violência, bem como os incidentes mais graves, mesmo antes que acontecessem, uma vez que 20 a 50% das violências cometidas em mulheres são perpetradas pelo parceiro dentro de casa (MOREIRA; GALVÃO, 2008).

A violência contra mulher é de responsabilidade de todos, e em especial aos profissionais que atuam diretamente com esse público, como os enfermeiros das UBS e Hospitais, (MORAES *et al.*, 2010), e levando em consideração a importância desse primeiro contato, as questões que norteiam esse trabalho giram em torno da postura do enfermeiro frente a situação de violência, e as dificuldades encontradas pela equipe da Atenção básica, como por exemplo o reconhecimento das situações de violência, e principalmente as medidas adotadas afim de coibir essa prática, o que certamente despertou nosso, o interesse em responder essas lacunas, objeto desse trabalho. Nesse direcionamento o presente trabalho tem como objetivo geral: Investigar o conhecimento e prática dos enfermeiros que atuam nas UBS, no município de Itaituba – PA, zona urbana, acerca da violência contra as mulheres. Dessa forma, propomos como objetivos específicos identificar as limitações e possibilidades de atuação do enfermeiro frente as muitas formas de violência perpetrada contra a mulher; Avaliar a prática e o conhecimento desses profissionais quanto a definição, diagnóstico e abordagem a vítima, bem como o manejo dos casos, aspectos éticos e legais acerca da violência contra as mulheres; Analisar como os profissionais compreendem e valorizam a notificação compulsória, como ação de enfrentamento ao problema.

Nesse trabalho, destacaremos a importância desse estudo para uma compreensão mais aprofundada ao tema abordado, sendo a enfermagem grande a percussora no enfrentamento a violência contra mulher, tão arraigado e camuflado nos dias atuais.

Nessa perspectiva esse trabalho, foi estruturado em parte que doravante se completam sendo, portanto, dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo será abordado uma introdução à temática estudada.

No segundo capítulo uma revisão literária, onde foram definidos os conceitos em consonância a problemática; um breve histórico da Lei 11.340/2006 “Maria da Penha”; a violência contra mulher como um problema de saúde pública; notificação compulsória.

No terceiro capítulo abordaremos a metodologia adotada no trabalho tais como: As abordagens e locais da pesquisa, Delimitação temporal para obtenção dos discursos, aproximação e participantes da pesquisa, obtenção dos registros análise dos dados e ainda os Aspectos éticos da pesquisa.

No quarto capítulo analisamos e refletimos sobre os resultados.

Finalmente o quinto capítulo, onde expusemos nossas considerações finais ao estudo e apontamos como proposta um roteiro de fluxograma, que norteie à enfermagem frente ao enfrentamento as violências, afim de que ocorra uma retroalimentação junto as UBS e os serviços de apoio e proteção às mulheres.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITUANDO A VIOLÊNCIA

O termo violência é originário Latim VIOLENTIA, o vocábulo vem da palavra, *vis*, cujo significado que dizer agir pela força, com brutalidade, carregada de elementos de constrangimento, e de veemência, para corroborar a força e superioridade sobre o outro (BRASIL, 2005).

De acordo com a OMS (2002 p.5), violência é definida como: “o uso intencional da força ou do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, ou contra uma pessoa ou grupo, que cause ou tenha muita probabilidade de causar lesões, morte, danos psíquicos, transtornos do desenvolvimento ou privação”. É elencada por diversas situações: “violência física, sexual e psicológica”, assédio, discriminação sexual, étnica, racial, as violências cometidas por ação ou omissão do Estado, mutilações, assassinatos, trabalho escravo, guerra e outros (OEA, 1996).

A Lei 11.340/06 conhecida como a “Maria da Penha”, corrobora essa definição quando aponta as diversas modalidades de violência direcionada a mulher dentre elas:

- **Violência física:** Qualquer ação que infrinja a saúde física e corporal da mulher;
- **Violência psicológica:** Nesse tipo, a violência viola a autoestima, o que interfere diretamente no comportamento em especial as de cunho emocional, trata-se de uma forma abstrata, podendo ser confundida em muitos casos como “excesso de zelo”.
- **Violência sexual:** nessa modalidade a mulher é obrigada a manter relação sexual sem que deseje, em muitas situações é forçada a prostituir-se, o medo impera, e poderio do agressor frente a mulher é explicitado por meio de coação e quase sempre o uso da força.
- **Violência patrimonial:** Ação cuja finalidade é desviar propositalmente os bens materiais, bem como os objetos de identificação dentre outros. Nessa modalidade é imposta a mulher limites à liberdade lhe é sequestrado o direito de ir e vir.
- **Violência Moral:** A mulher é vítima de injúrias, calúnia e difamação.

Minayo; Souza (1997) legitimam essa definição, com a asseveração de que o homem é por natureza um ser antissocial, e as questões de conflitos e lutas, seriam resultado de sua tendência irrefreável e biológico ao domínio dos outros, presentes

desde os tempos longínquos e difundidos ao longo de milhões de anos, o que de certa forma transformou-se em objeto constituinte da sociedade (CANO, 2007).

Daltoso (2009) ressalta que a violência é uma ferramenta para tentar garantir a superioridade frente ao mais fraco.

Krug; Col apud Lima (2008) analisam a 42^a Assembleia das Nações Unidas, de 1996, que assume que a violência é um grave problema de saúde pública mundial, com consequências para todos à medida que afeta a saúde individual e coletiva, configura-se como um fenômeno de múltiplas determinações e faz referência à hierarquia do poderio do homem frente a outro (MOREIRA *et al.*, 2008). É considerada por muitos autores como um acontecimento sócio histórico, multifacetado nas relações humanas, intimamente ligadas aos valores culturais (RAFAEL; MOURA, 2013).

Ao refletir sobre história da humanidade lembramos que “nunca existiu uma sociedade sem violência”. Sua origem é evidenciada desde a criação do homem, com a disputa entre os irmãos Caim e Abel (MINAYO, 2006). A autora observa, ainda, a proporção e a perpetuação da violência desde a criação do homem, bem como dificuldade na convivência do homem em sociedade, essa, quase sempre marcada com disputas perenes, regada a sentimentos como ódio e poder e com configurações variadas, como: desprezo, menosprezo, discriminação, crueldade, autoritarismo, lutas fratricidas, guerras, terrorismos e processos como autodestruição.

Noutra abordagem, Minayo (1994 p.7) afirma tratar-se de um “complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial”, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade, não existindo, portanto, raízes biológicas. No entanto, o subproduto da violência é o adoecimento, pois envolvem fenômenos como: política, economia, moral, direitos e deveres, psicologias, relações humanas e institucionais dentre outros, sendo, portanto, um fenômeno eminentemente social (MINAYO, 2005). E, portanto, não se trata de um elemento explícito da área da saúde, no que tange a cura e a reabilitação, devendo abarcar estratégias de prevenção e promoção de saúde (MINAYO; SOUZA, 1997). Nesse sentido muitos outros autores apontam a violência como sendo um acontecimento social de múltiplos significados, apresentada seja de forma cruel como a tortura, por exemplo, a eventos mais sutis praticada contra os seres humanos quase sempre em situação indefesa (BEZERRA, 2014).

Chesnais *apud* Minayo (2006) cataloga a violência em três grupos distintos, envoltos tanto nos aspectos individuais como coletivo: A violência física que para os autores atuam como eixo central da engrenagem, pois agem diretamente na integridade física e corporal, manifestadas nos homicídios, agressões, violações, torturas, roubos a mão armada e outros; a violência econômica, cujo objeto de ação seria os bens apropriados de forma violenta e agressiva e a violência moral e simbólica, que se trata da dominação cultural com desrespeito ao direito dos outros, podendo ser anunciada nas mais variadas formas. Seu elemento de ação são os mais vulneráveis, excluídos, discriminados como crianças, idosos, homossexuais e mulheres (SILVA, 2010).

A violência é um problema grave, que infelizmente aflige milhares de mulheres, homossexuais, crianças, adolescentes e idosos no Brasil e no mundo, sua procedência é oriunda da grande desigualdade entre o homem e mulher e ainda pela grande discussão e discriminação de gênero tão arraigado no meio em que vivemos e principalmente dentro do convívio familiar (CAVALCANTI, 2009).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu artigo 226, inciso 8º assegura “a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

Dessa forma, qualquer forma de violência deve ser combatida na coletividade, com zelo nos mais diversos setores, sejam públicos e ou privados como: justiça, saúde, serviço social, educação e outros (BEZERRA, 2014), devendo ser pesquisada de maneira dimensional e multifacetada (SILVA, 2010).

2.2 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A violência seja em maior ou menor grau está presente ao longo séculos. Na atualidade, vem sendo considerado por muitos autores um fenômeno multifacetado, com várias configurações, levando em consideração a história, cultura e a sociedade. Nessa perspectiva, Morera *et al.*, (2014), ressalta que a violência de gênero resulta de ação ou condutas baseadas no gênero, que possam provocar morte, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico à mulher, seja no âmbito público ou privado, manifestando-se nas relações em que o poder é desigual, na dualidade homem e mulher. Nessa conjuntura, o homem exerce sobre a mulher seu

arsenal, poderio a fim de colocar como já exposto anteriormente a mulher em situação de sujeição e subordinação.

Esse fenômeno é uma questão de saúde pública, sendo considerada como a principal causa de morte entre as mulheres de 15 a 44 anos, superando o câncer, malária, acidentes de trânsito e as guerras (SCHRAIBER *et al.*, 2002).

Por não existir uma conformidade acerca da terminologia utilizada para nomear as muitas violências sofridas pelas mulheres, observamos em muitos estudos nomenclaturas como: violência de gênero, violência doméstica, violência intrafamiliar, violência de parceiro íntimo e violência conjugal (LIMA *et al.*, 2008).

Noutra perspectiva, Torrão Filho (2005), ressalta em sua pesquisa que gênero trata-se de uma analogia entre os sexos com papéis definidos, no entanto marcada pela sensação de poder e posse e desigualdades.

Freire (2006) ressalta que:

[...] as desigualdades de gênero entre homens e mulheres advêm de uma construção sociocultural que não encontra respaldo nas diferenças biológicas dadas pela natureza. Um sistema de dominação passa a considerar natural uma desigualdade socialmente construída, campo fértil para atos de discriminação e violência que se "naturalizam" e se incorporam ao cotidiano de milhares de mulheres. As relações e o espaço intrafamiliares foram historicamente interpretados como restritos e privados, proporcionando a complacência e a impunidade.

Dessa forma a terminologia gênero, de acordo com Carneiro; Fraga (2012 p. 376) “também pode ser entendida como violência contra a mulher”, uma vez que se trata de uma relação marcada pela preponderância do homem frente à mulher, e assim, as ações infligidas às mulheres, tem sua confirmação ratificada pela história e o patriarcado, o que define as relações à violência entre os sexos, sendo de não “frutos da natureza, mais sim do processo de socialização das pessoas”.

Silva (2012) define a violência contra as mulheres como uma questão de gênero, aspecto peculiar herdado desde a colonização, com o modelo patriarcal de família. É tratado na pesquisa a expressão violência de gênero, cuja compreensão decorre não dos sexos biologicamente considerados, mais sim dos papéis sociais que cada um tem junto a sociedade e das relações desiguais de poder. Ressalta que esse tipo de violência independe da porção étnica, religião, crença e ou faixa etária.

Saffioti (2004) define o patriarcado como sendo, forma de controle no que se refere à sexualidade, bem como na capacidade reprodutiva da mulher, nesse

contexto a mulher socialmente é subalternizada, sendo muitas vezes consideradas apenas “objetos de satisfação sexual”.

Noutra perspectiva, Giffin (1994) ressalta que a definição de gênero feminino refere-se à esfera familiar e maternidade, enquanto que o gênero masculino faz alusão principal às mais diversas atividades das esferas públicas, provendo e protegendo a família. Sendo assim, o homem seria vítima da violência na esfera pública e a mulher no ambiente doméstico, tendo como agressor o próprio parceiro.

Évora; Cardoso, (2013) definem a expressão gênero como um modelo construído pela sociedade, cujo objetivo foi pré-determinar os papéis junto à sociedade do homem e da mulher, conforme a imagem idealizada dos sexos masculino e feminino.

Em consonância, Trigueiro; Labronici (2011) destaca que a violência de gênero institui-se quando a dominação é praticada do gênero masculino para o feminino, levando em consideração as desigualdades e dependência. Sendo assim, a violência de gênero é resultante da dominação masculina frente à mulher, tendo como resultado seja em função da hierarquia dos papéis, uma relação desigual de subserviência, de obediência, provedora de questões como prole, fidelidade, lar e questões educacionais (MOREIRA *et al.*, 2008).

Noutra abordagem, agora em conformidade as ideias do Ministério da Saúde, Trigueiro; Labronici (2011) confirmam que a questão gênero acaba por delimitar o poder entre os sexos, o que faz com que o homem assevere regras na prole, nos bens da família, o que acaba por fortalecer as desigualdades, o autoritarismo e consequentemente as violências contra a mulher.

Dessa forma, foi estabelecido na convenção de Belém do Pará no ano 1994, pela OEA (art. 1) o conceito de violência como “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.

Noutro ponto de vista Heilborn e Sorj (1999), gênero refere-se a um conceito das ciências sociais, caracterizado pela representação anatômica e fisiologia de homens e mulheres, estremando a dimensão biológica da social, levando em consideração a cultura ao delinear a condição de ser homem e de ser mulher, dessa forma as mulheres historicamente são educadas e socializadas para desenvolver “comportamentos dóceis, cordatos, apaziguadores, enquanto que os homens são estimulados a desenvolver condutas agressivas que revelem a força e a coragem”, o

que claramente ratifica-se e responsabiliza o contexto cultural e social, nos quais estão inseridos, pela grande diferença comportamental entre os gêneros masculino e feminino (SAFFIOTI, 2004).

A violência de gênero caracteriza-se por qualquer ação cuja predominância constitua-se por agressões físicas, coerção ao sexo, relações sexuais forçadas, maus-tratos psicológicos, controle do comportamento, que cause danos físicos ou emocionais, de uma pessoa contra a outra, onde prevaleça a poderio do mais forte frente ao fraco, sejam nas relações íntimas entre parceiros, colegas de trabalho ou em outros espaços (NJAINÉ, 2014). Portanto, “a violência de gênero refere às relações de poder e à diferença entre as características culturais atribuídas a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas”, assim as mulheres tem sido o alvo preferencial, levando em consideração o poder que o homem tem junto a sociedade, bem como as desigualdades entre homens e mulheres (NJAINÉ, 2014).

No mesmo estudo, a autora em concordância com os pensamentos de Santos; Izumino (2011) destaca que o poder que o homem exerce sob a mulher, a fim de domina-la traz graves consequências, anulando sua autonomia, tornando-as vítimas e ao mesmo tempo cúmplices dessa dominação. No entanto, para ela esse comportamento seria o resultado da convivência e não uma escolha real da mulher, o que evidencia a diferença entre os gêneros.

Oliveira (2011) ressalta que na hierarquia de poderes, culturalmente presente na sociedade, a mulher é apontada como ser inferior, vítima de injúrias sociais, o que naturalizada e potencializa as desigualdades entre os gêneros.

Dessa forma, mulheres que vivenciam qualquer tipo de violência, tendem a apresentar problemas de saúde, sendo indispensável o reconhecimento dessas necessidades, o que certamente implicaria na desnaturalização das desigualdades entre os sexos (OLIVEIRA; FONSECA, 2015). A preponderância masculina confere as mulheres o silêncio frente às ações violentas. Dessa forma, quando buscam os serviços de saúde, o discurso é indireto, narram sempre outras queixas (OLIVEIRA; FONSECA, 2015). Como saldo, o que se observa é a ampliação das taxas de suicídios, abusos de drogas lícitas e ilícitas, maiores relatos de agravos como cefaleia, problemas gastrointestinais, além dos danos psicológicos. Sendo assim, as unidades de saúde tornam-se a referência para identificação, acolhimento, assistência e referenciação dessas mulheres junto aos setores competentes (BERNZ *et al.*, 2012).

2.3 A LEI 11.340 / 2006 “MARIA DA PENHA”

A lei 11.340 de 2006 discorre sobre o enfrentamento das muitas formas de violência sofrida pelas mulheres. É produto de uma forma de violência e da luta incansável de uma mulher conhecida como Maria da Penha Maia Fernandes, vitimada por seu esposo com diversos tipos de violência por vários anos e por fim um tiro em 29 de maio de 1983, no estado do Ceará, que não se calou, e denunciou a violência sofrida (CORTES; MATOS, 2009). Segundo os autores somente 18 anos após, foi acatada pela Comissão Internacional de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) as denúncias feitas em meados de “1998 pelo o Centro de Justiça e o Direito Internacional (CEJIL/Brasil) e pelo Comitê Latino Americano e do Caribe para defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) ”, que responsabiliza o Estado Brasileiro por negligência, omissão no que tange a violência contra as mulheres. Nascia então, segundo os autores, a Lei 11.340/2006, então intitulada como Lei Maria da Penha, uma reparação simbólica pelos quase 20 anos de luta de uma das mulheres brasileira mais notória dos dias atuais, contra os atos de violência doméstica e familiar.

Dessa forma a Lei 11.340/2006 no Art. 1º deixa claro que:

Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. (BRASIL, 2006).

A Lei 11.340/06 tem como ideia principal mostrar que a violência doméstica e familiar, viola a os direitos humanos e dessa forma criar mecanismo que garantam proteção policial, judicial de forma humanizada, capaz de compreender as complexidades e questões sociais e assim promover mudanças de valores, desnaturalizando a violência doméstica e familiar. Dessa forma, os crimes cometidos contra as mulheres deixam de ser considerada infração de menor potencial ofensivo e passa ser enfrentado com efetividade nos meios policiais, jurídicos e cultural. “Mais que punir, a Lei Maria da penha traz aspectos conceituais e educativos, que

qualificam como uma legislação avançada e inovadora” (FLEISCHER; OLIVEIRA, 2009 p.4).

Os mesmos autores outrora citados mostram que essa Lei, independente de classe social, raça, orientação sexual, renda cultura, educação e idade, têm os mesmos direitos humanos garantidos e, portanto, assegurando a oportunidade de viver sem violência, com saúde física e mental, bem como intelectuais e sociais preservados. Ressaltam que como já consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, toda mulher tem o direito à vida, segurança, saúde, alimentação, educação, cultura, moradia, justiça, esporte, lazer, trabalho digno, cidadania, liberdade, respeito e convivência familiar e comunitária, desses direitos, pela primeira vez na história brasileira, de acordo com os autores, essa Lei reconhece as uniões homoafetivas como familiar. Como o evidenciado no parágrafo único do artigo 5º que “ênfatiza a equidade em termos de conceito familiar, protegendo as mulheres lésbicas para uma vida sem violência” [...] (FLEISCHER; OLIVEIRA, 2009 p.8).

Noutro contexto a Lei 11.340/06, reforça que a violência contra a mulher é uma ofensa aos direitos humanos, uma vez que viola o direito à igualdade. No artigo 6º, em conformidade a Lei Orgânica do SUS, ela prevê e dá garantias no que se refere aos direitos à assistência de saúde dessa mulher, bem como todos os benefícios por ela afiançados, incluindo o direito a contracepção emergencial e profilaxias das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2006). Traz ainda uma mudança importante, os crimes domésticos e familiares deixam de serem considerados de menor potencial ofensivo, conforme já mencionado anteriormente. Essa é uma vitória sem precedentes, pois os crimes cometidos contra mulheres, anterior a Lei, eram julgados nos mesmos moldes dos crimes de trânsito e briga entre vizinhos, ou seja, não era considerada a “complexidade e as lesões causadas à integridade física e psicológica e a dignidade das mulheres” (FLEISCHER; OLIVEIRA, 2009).

Outra grande conquista dessa Lei é a promoção dos Núcleos Especializados em defensoria da mulher, cuja filosofia é proporcionar a assistência jurídica, além de orientações e encaminhamentos, conforme ressaltado nos artigos 27 e 28 (BRASIL, 2006).

Portanto, essa Lei assegura o combate à violência, e dá as mulheres ferramentas para enfrentamento e a plena defesa, conjugado as regras penais e extrapenais, o que diminui a morosidade judicial, e facilita a luta contra a impunidade, o que certamente fortalece as mulheres no enfrentamento as desigualdades e injustiças, pelas quais são condenadas, libertando-as do medo, escuridão e da prisão sem muro em que vivem.

2.4 A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A violência está presente no cotidiano da humanidade, em culturas e contextos históricos ao longo dos anos (TRIGUEIROS; LABRONICI, 2011), com a cultura da dominação do outro, negando-lhe liberdade, igualdade e direito a vida.

A Constituição Federal de 1988 afirma:

A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Considerar a violência como um problema de saúde é extremamente importante e necessário, por mais que não seja o objeto de ação da saúde, a afeta grandemente, porque acarreta sempre danos maiores, seja de cunho físico, psicológico e ou emocional o que direta ou indiretamente a envolve no contexto violência (MINAYO, 2006). Portanto, deve ser estudada e esmiuçada, sob todos os aspectos, na busca de soluções para esse problema de caráter mundial.

Souza (2015) ressalta que a violência contra mulher responde por sequelas sociais, físicas e psicológicas, o que impede o pleno desenvolvimento e como consequência gera para a sociedade, em especial aos órgãos de saúde, demandas cada vez maiores para assistência e ou tratamento de sequelas de tais agressões, o que confirma essa problemática como sendo de fato um grave problema de saúde pública.

Dessa forma, as mulheres que convivem com a violência, tendem em curto prazo, além das patologias físicas, desenvolver outros problemas de saúde, como as de cunho psicológico, por exemplo, o que pode ser grave, uma vez que os aspectos psicoemocionais deprimem o sistema neurológico, o que pode levar essa mulher a

cometer suicídio. Essa problemática é percussora na procura dos serviços de saúde, e levando em consideração que a atenção primária é a porta de entrada do SUS, torna-se assim o local apropriado para identificação desses agravos. (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010).

Nessa perspectiva, nota-se que as mulheres vítimas de violência são presenças constantes no serviço de saúde, no entanto esse fator não atua como parâmetro de resolutividade, elevando os custos ao Sistema de Saúde. A consequência desse problema pode ser evidenciada com o alto número de mulheres que negligenciam o cuidado com ela própria e com pessoas de seu convívio. Outra realidade é que essas mulheres muitas vezes eximem-se da adesão aos programas específicos à saúde das mulheres e tendem a afundar-se nas práticas lícitas e ilícitas como o abuso de álcool, fumo e outras drogas (SCHRAIBER *et al.*, 2002).

A vivência de situações de violência, em especial as de natureza doméstica, tem se mostrado como um problema difícil de ser revelado, explicitado, principalmente em se tratando da área da saúde, uma vez que, situa-se no ambiente da vida privada da mulher e de suas relações familiares, o que favorece o silêncio e a invisibilidade, fomentando consequências graves a essas mulheres, cujas emoções, dignidade e outros direitos lhes são sobrepujados. Esse silêncio bem como a falta de estudos e políticas públicas favorecem a perpetuação da violência e minimização do problema por parte das mulheres, necessitando assim de estudos ulteriores acerca da violência, com inclusões de temáticas entre a dualidade “mulheres que contam e profissionais que não perguntam”, a fim de provocar uma cumplicidade e uma linguagem que não se remeta apenas as questões curativas, mais sim uma interação com os profissionais de forma compartilhada e delicada, respeitando a complexidade da condição, o que certamente legitima o sofrimento vivido por essas mulheres (SCHRAIBER *et al.*, 2003 p.42).

A falta de políticas públicas direcionadas a sociedade no enfrentamento a violência contra as mulheres, dificulta o combate a essa prática tão arraigada na sociedade. Dessa forma o autor outrora citado, faz referência a OMS (2008), ressaltando que a mulher que sofre qualquer tipo de violência desfruta frequentemente dos serviços ofertados pela saúde, sendo que os profissionais de saúde encontra-se em uma posição privilegiada, para a busca ativa, identificação e referenciação aos setores competentes, o que permite uma intervenção adequada a

fim de reduzir o impacto da violência junto à sociedade, podendo igualmente coibir e ou prevenir futuros episódios.

Nesta perspectiva Lettiere; Nakano; Rodrigues, (2008) corroboram a importância do serviço da saúde na detecção do problema, sendo estes profissionais os primeiros a entrarem em contato com as mulheres vítimas de violência, o que em tese facilitaria o reconhecimento, o que “acolheria” o caso antes mesmo que incidentes mais graves ocorressem.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a mulher tem assegurado por lei o direito a saúde e cidadania, o que origina no âmbito da saúde novas perspectivas no binômio saúde e doença, aperfeiçoando o entendimento do Sistema Único de Saúde cujo conceito afirma que saúde não é somente a ausência de doença, mais um conjunto de necessidades pautada em fatores como paz, abrigo, alimentação, renda, educação, economia, sustentabilidade e outros, como conduz a Lei nº 8.080/90 (SALVIANO, 2014).

Dessa forma, Osis; Duarte; Faúndes (2012) citam o Plano Nacional de políticas para as mulheres em 2008, do Governo Federal brasileiro, como norteador para profissionais da saúde, cujo objeto principal, estaria voltado para o enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres, e assegurar um atendimento peculiar e qualificado à saúde e ainda de com acordo Ministério da Saúde, disponibilizá-lo de forma distinta, integral e efetivo a partir da atenção básica, porta de entrada para o sistema público brasileiro.

De acordo a Secretaria de Atenção à Saúde e o M.S, a violência é um dos principais fatores responsável por sobrecarregar o sistema de saúde, seja nos recursos humanos, econômicos e nos custos sociais. Portanto, a atuação dos profissionais de saúde é extremamente necessária no enfrentamento à violência contra as mulheres com um essencial e efetivo processo de acolhimento, escuta e orientação, sem preconceito ou julgamento, a fim de minimizar essas práticas nocivas à saúde da mulher. Nesse contexto, faz-se necessário uma integração de ações acerca do tema, objetivando um fortalecimento interdisciplinar, a fim de contemplar de forma ampla os princípios da igualdade, universalidade e integralidade (BRASIL apud PAIVA; SANTOS; SANTOS, 2014).

Noutra abordagem o Ministério da saúde, preocupado com a gravidade dessa problemática, atua de forma estratégica na construção de políticas públicas essenciais no combate dessa prática, uma vez que esses agravos como já

mencionado, contribuem significativamente para o aumento das despesas orçamentárias anuais destinadas à saúde, a metodologia adotada por esse órgão no enfrentamento desse agravo é direcionado aos profissionais de saúde, com orientações voltadas para a prática, prevenção e conscientização dessas mulheres, a fim de que estejam seriamente orientadas e aptas no reconhecimento de seus direitos e que de fato se apoderem dos recursos existentes no meio no qual estejam inseridas (BRASIL, 2002).

No entanto os serviços de saúde, infelizmente, ainda não atendem essas expectativas, tornando-se insatisfatório desde a acolhida, onde os problemas referenciados pela cliente são minimizados a ponto de se tornarem invisíveis. Dessa forma, os “serviços” de saúde ofertados limitam-se a cuidar apenas dos sintomas, não sendo capaz de identificar o problema (OLIVEIRA, FONSECA, 2007).

O enfrentamento dessa problemática nos serviços de saúde, infelizmente acontece de forma fragmentada, uma vez que os profissionais não estão preparados para o acolhimento de forma integral, restringindo suas ações a encaminhamentos, o que resulta em ações inadequadas ao enfrentamento dessa realidade (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Os questionamentos acerca desse acolhimento são discutidos por muitos autores, que afirmam que os profissionais de saúde não conseguem identificar a violência, mesmo com muitas evidências físicas, tratando-as apenas como uma situação esperada e costumeira (OLIVEIRA, FONSECA, 2007). Essa postura do profissional da saúde frente à mulher em situação de risco contribui na perpetuação do ciclo de violência (SANTOS, 2003).

Diante disso, observa-se que os profissionais da área da saúde tendem a subestimar esses eventos, e o atendimento prestado a essa mulher gira em torno do modelo hospitalocêntrico, onde o cuidado é voltado para a doença e as possíveis lesões físicas, nesse o modelo a questão prevenção e diagnostico, não é contemplado o que certamente contribui para invisibilidade do problema (SALIBA *et al.*, 2007).

Portanto, para que ocorra uma visão global acerca dessa problemática, deve-se se dar ênfase principalmente na recepção da atenção básica, porta de entrada dessa mulher ao SUS, esse de extrema importância na construção das estratégias de enfrentamento e redução das muitas vulnerabilidades (PEDROSA; SPINK, 2011).

2.5 A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Em 2003, o Ministério da Saúde finalmente prioriza a mulher, com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNPM), que propunha em parceria com estados e municípios a organização de redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência. Nesse mesmo ano, de acordo com a lei 10.778 de 24 de novembro 2003, qualquer tipo de violência contra mulher torna-se um agravo de notificação compulsória obrigatória (BRASIL, 2003).

A Presidência da República, “estabelece a notificação compulsória, no território nacional, todo caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde pública ou privada” (BRASIL, 2003).

§ 1º Para os efeitos desta Lei, entende - se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado.

Essa Lei estabelece o agravo violência contra a mulher, “como de notificação compulsória em serviços de saúde públicos ou privado”, sendo, portanto, oficializada como instrumento no combate as muitas faces da violência, sobretudo a perpetradas contra as mulheres. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde o preenchimento desse instrumento, vale ressaltar que “a não observância” por parte desses profissionais configura-se infração da legislação (MENDONÇA; SOUZA, 2010), os autores lembram ainda, a importância dessa ferramenta e ratificam sua efetividade na questão visibilidade e estatística.

No entanto, mesmo a OMS em 2002 determinando a violência contra mulher como um dos problemas de saúde importante e apesar da gravidade do argumento, ressalta-se que os estudos acerca do tema infelizmente ainda são insuficientes, para que se possa dimensioná-lo. Essa deficiência decorre principalmente pela dificuldade de captura dos dados, sendo que em sua maioria são fornecidos pela polícia (OLIVEIRA; FONSECA, 2007). A OMS destaca ainda que há necessidade de preparar adequadamente os profissionais da área da saúde, para o combate, enfrentamento e reconhecimento da violência contra a mulher, uma vez que infelizmente os dados obtidos acerca dessa temática mostra que essa questão vem sendo negligenciada através da subnotificação dos casos.

Dessa forma a notificação compulsória justifica-se como sendo uma ferramenta oficial do governo, de fundamental importância no enfrentamento e monitoramento das violências, perpetrada contra as mulheres. Em 2011, em consonância aos dados extraídos do SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação), registrou-se no país, “107.572 atendimentos relativos à violência doméstica, sexual e / outras violências, desse montante 70.285 (65,4%)” eram de mulheres, de cada dois a três atendimentos no SUS, constituiu-se de mulheres em situação de violência, o que demonstra um alto índice, e deixa claro que esse percentual representa apenas a ponta do iceberg das violências habituais. (WASELFISZ, 2012).

Sendo assim, é complicado precisar a violência, levando em consideração que os casos de abuso são muito pouco notificados, debitando essa questão, ao fato da mulher muitas vezes se sentir envergonhada, coagida, seja pelo companheiro e ou família, ou mesmo pela simples falta de acolhimento e apoio (PEREIRA, 2012). Noutra abordagem a autora ratifica a ideia de Foelkel (2004), ressaltando que as vítimas ficam inibidas, bloqueadas quando o assunto é a exposição de seus casos, esboçando dessa forma que esse comportamento ocorre, pelo fato da mulher não acreditar que será seriamente escutada.

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, a mesma autora outrora citada, dimensiona esses bloqueios, quando afirma em seu estudo que a cada dez (10) mulheres em situação de violência, apenas uma (01) é reconhecida oficialmente como mulher em situação de violência, tendo na maioria das vezes seu caso minimizado por esses profissionais, limitando-se apenas ao tratamento das lesões físicas e infelizmente em muitos episódios culpar a vítima pela violência sofrida (CASA DE CULTURA DA MULHER NEGRA *apud* PEREIRA 2012).

Essa negligência com o cuidado, de certa forma vem contribuindo com a perpetuação da violência, uma vez que em muitas situações a mulher se sente confrontada com a discriminação desde o momento do acolhimento o que certamente a afastará, tornando-se apenas mais uma dentre milhares. Dessa forma faz-se necessário uma efetividade nas ações e atuação junto a mulher, afim resgatar a cumplicidade necessária entre o profissional e o cliente. Portanto, nota-se a necessidade de discussão, sobre a “atuação da enfermagem frente à violência doméstica principalmente no acolhimento dessa mulher” (MORAES, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 ABORDAGENS DO ESTUDO

O Percurso metodológico da pesquisa é exploratório de abordagem qualitativa, teve como alicerce uma revisão bibliográfica, estudo exploratório descritivo simples com uma abordagem qualitativa; entrevista semiestruturada com enfermeiros vinculados a unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Itaituba – PA;

Na enfermagem, a pesquisa qualitativa é de abordagem objetiva, cuja finalidade é descrever as experiências vividas pelos indivíduos, objetivando chegar aos resultados e concepção ampla e realista (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

A pesquisa exploratória investiga a natureza do fenômeno, bem como os fatores nos quais estão inseridos, concretiza-se no advento de um novo círculo de abrangência a ser estudado, cujo objetivo é revelar as diversas formas que um fenômeno se manifesta (POLIT; BECK; HUNGLER, 2014).

A abordagem qualitativa baseia-se no conhecimento das pessoas a partir da descrição da experiência humana, da maneira como é vivenciada no cotidiano, o que propicia um amplo espaço para estudos e um melhor entendimento acerca das percepções e subjetividades dos seres humanos (DYNIEWICZ, 2009), respondendo questões privadas ao sujeito, investigando um nível de realidade que não pode ser quantificada, e ainda aborda os significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes dos seres humanos (MINAYO, 2010).

A pesquisa bibliográfica, de acordo com (MARCONI e LAKATOS 2007), compreende toda bibliografia já tornada pública, relacionada ao tema estudado, variando desde publicações avulsas a livros, revista, artigos e outros, o que permite ao pesquisador novas abordagens do que já foi dito, além de possibilitar uma nova exploração de áreas que não foram respondidas suficientemente (MANZO apud MARCONI e LAKATOS 2007). Nesse tipo de pesquisa, de acordo com DYNIEWICZ (2009), prevalece um amplo estudo literário, onde se analisa e estudam-se diversos aspectos referentes ao tema proposto, a fim de se obter uma pesquisa futura mais estruturada.

Na compreensão de Gil (1999 p.117), outro adequado instrumento de pesquisa é a entrevista, “onde o investigador se apresenta a frente ao investigado”,

com um leque formulado de questionamentos referente ao estudo, cujo objetivo é a “obtenção de dados” pertinentes ao tema abordado, de maneira social, o que segundo o autor, “enquanto técnica de coleta de dados”, torna-se muito apropriado na compreensão de como as “pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram” e ainda seus esclarecimentos, razões acerca ao objeto de estudo (SELTIZ et al., *apud* GIL 1999 p.117). As principais vantagens da entrevista, ainda de acordo com as ideias de Gil (1999), é que esse instrumento possibilita a obtenção dos dados nos mais variados temas, sendo eficaz quando o objeto de estudo é o comportamento humano. Além disso, os dados obtidos nesse método estão mais aptos para serem classificados como quantificados.

3.2 LOCAIS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do município de Itaituba - Pará, gerenciada pela Secretaria Municipal de saúde (SEMSA), instituída oficialmente em 30 de dezembro de 1997, através da Lei nº. 1.559. O modelo atual de gestão é a habilitação Plena do Sistema Municipal de Saúde, que disponibiliza a comunidade atendimentos primários e secundários de promoção, proteção e recuperação a saúde de seus munícipes, através de suas unidades públicas e conveniadas com o SUS, estes divididos em: Atenção Básica, Média complexidade, urgência e emergência e ainda internações hospitalares. Conta com 15 (quinze) UBS na zona urbana, 08 (oito) UBS de saúde zona rural e ainda 18 equipes de saúde da família, 03 (três) unidades especializadas sendo estas CAPS II, (Centro de Atenção Psicossocial), a Casa da Saúde da Mulher, CTA (Centro de testagem anônima) 01 (um) Hospital Municipal e ainda 01 (um) serviço de Urgências Móveis (SAMU), (S.M.SAÚDE, 2007).

O serviço ofertado na Atenção Básica garante aos usuários acessos ao Sistema Básico de Saúde, o que garante o fortalecimento dos princípios que fundamentam a saúde: universalidade, integralidade e equidade. Dessa forma, o município dispõe de serviços como: Programa de agentes comunitários de saúde, Imunização, Farmácia Básica, Saúde da mulher, TB (tuberculose), MH (Hanseníase), HIPERDIA (Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), Programa de saúde na Escola (PSE) e outros.

O local das pesquisas do referido estudo, ocorreram nas seguintes Unidades Básicas de Saúde: UBS (Unidade Básica de Saúde) Jardim das Araras, UBS Bom Remédio, UBS de Miritituba, UBS Piracaná, UBS Floresta, UBS Dr. Carlos Furtado, UBS Jardim Aeroporto, UBS Edson Botelho, UBS São Tomé, UBS Maria Madalena, UBS Liberdade, UBS Bela Vista, UBS Vale do Piracaná, e UBS Viva Itaituba, todas localizadas na zona urbana do município.

3.3 DELIMITAÇÕES TEMPORAIS PARA OBTENÇÃO DOS DISCURSOS

O período de desenvolvimento dessa pesquisa foi de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

3.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA E A APROXIMAÇÃO

A aproximação com os enfermeiros das UBS da zona urbana do Município de Itaituba – Pará incidiu com uma visita no local de trabalho em horário previamente agendado, a pesquisa ocorreu após conversas e exposição dos objetivos e justificativa do estudo. Inicialmente a acadêmica apresentou-se como discente acadêmica da Faculdade de Itaituba – Pará, e posteriormente foi aplicado em 19 enfermeiros que atuam nas UBS do município de forma voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma permanecendo com a pesquisadora e outra com a participante (APÊNDICE I).

As entrevistas foram realizadas em ambiente privado ou no consultório de enfermagem, o que certamente contribuiu no andamento da pesquisa.

3.5 OBTENÇÕES, REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS.

Os dados foram coletados mediante a aplicação de entrevista semiestruturada gravada (APÊNDICE II), com duas abordagens iniciais: O que você entende por violência doméstica contra as mulheres? Todos os casos de violência contra a mulher são notificados? Noutro momento já de posse dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas em acordo com as ideias de Minayo (2007), cujas etapas margeiam em três etapas distintas: pré-análise, exploração de material e tratamentos de resultados obtidos.

A etapa de pré-análise consiste na leitura flutuante, compreensão e organização dos dados obtidos e formulação de hipóteses (BARDIN, 2009). Na etapa de exploração dos dados obtidos, busca-se categorizar as expressões e palavras de relevância importante, cujo objetivo é organizar os dados e pôr fim a etapa de tratamento por inferência dos dados (MINAYO, 2007).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

No que refere aos aspectos éticos, a pesquisa atende a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). De acordo com ARAÚJO (2003, p. 59), a resolução 196/96 é definida como sendo “pesquisa com seres humanos como aquelas que individualmente, envolvem o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais”, sendo, portanto, o projeto de pesquisa entregue a Coordenação de Ensino do Curso Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Itaituba (FAI), no período estipulado para análise do Comitê de Ética, tendo sido liberado para coleta de dados em campo, pela coordenação de enfermagem. A pesquisa foi autorizada pela Diretoria Operacional da secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), dando permissibilidade para aplicação das entrevistas nas UBS anteriormente citadas.

Destaca-se que o anonimato dos Enfermeiros participantes da pesquisa foi garantido pela substituição de seus nomes pela letra E, seguido de algarismos arábicos em ordem crescente da realização das entrevistas, de E1 a E 19.

4 RESULTADOS E ANÁLISES

Neste capítulo antes da análise dos dados, faz-se necessário conhecer os participantes em suas características sócio demográfico a fim de que ao final possamos descrever e efetivamente discutir as categorias baseado na experiência de cada um deles.

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 19 Enfermeiros de 13 UBS da zona urbana do Município de Itaituba-Pa, 14 do sexo feminino e 01 do sexo masculino, a idade variou entre 25 a 50 anos com uma média de idade de **34,5**. A maioria dos participantes foi formada por profissionais pós-graduados (porcentagem), com um tempo médio de serviço variando em **9,6 anos** e escolaridade acima dos 16 anos conforme o descrito no quadro abaixo.

Tabela 1 – Média de idade e tempo de serviço dos participantes.

ENFERMEIRO	SEXO	IDADE	TEMPO DE SERVIÇO
<i>E1</i>	F	30	05
<i>E2</i>	F	32	08
<i>E3</i>	F	33	10
<i>E4</i>	F	43	08
<i>E5</i>	F	30	04
<i>E6</i>	F	37	07
<i>E7</i>	F	44	21
<i>E8</i>	F	50	21
<i>E9</i>	M	42	20
<i>E10</i>	F	31	08
<i>E11</i>	F	29	05
<i>E12</i>	F	35	16
<i>E13</i>	F	25	06
<i>E14</i>	F	33	10
<i>E15</i>	F	35	08
<i>E16</i>	F	37	12
<i>E17</i>	F	31	06
<i>E18</i>	F	30	08
<i>E19</i>	F	30	01
Média		34,5	9,6

Os relatos dos profissionais entrevistados pretenderam alcançar os objetivos outrora propostos neste estudo. Buscou-se ainda descrever e analisar o conhecimento do Enfermeiro acerca da violência contra mulheres em seu contexto, bem como a percepção desses profissionais quanto as políticas públicas, acolhimento, Lei Maria da Penha e notificação compulsória.

4.2 VISÕES DOS ENFERMEIROS NA QUESTÃO VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

4.2.1 Conhecimento dos profissionais na temática violência contra a mulher X academia

Para compreender a percepção dos enfermeiros sobre a questão violência contra mulher, bem como as diversas formas, os motivos e o perfil dessas mulheres, fez-se necessário entender qual o nível de conhecimento desses profissionais acerca da violência contra as mulheres, como ela se manifesta na sociedade, suas complicações e implicações. Assim os participantes se manifestaram como percebem a violência num contexto geral.

-...“agressões sofridas pela mulher, é cometida por alguém do âmbito familiar desta, ou seja, o marido, o pai, um irmão entre outros, que geralmente vivem na mesma casa”. (E19).

-...“é todo ato de violência física, moral, preconceito e sexual a mulher”. (E2).

-...“É todo e qualquer ato que afete a mulher seja física psicológica e que de alguma forma causa danos a essa mulher e seus familiares. Os direitos delas nesses casos em específicos são deixados de lado, o que de certa forma a transforma em objeto sem valor perante o seu agressor, esse muitas vezes trata-se de um irmão, de um namorado, amante, esposo, enfim todos os que convivam com ela no mesmo ambiente”. (E13).

Nos discursos acima, notamos que de uma forma geral os enfermeiros percebem a violência doméstica, que decorre das mais variadas formas, sendo muitas vezes praticados por pessoas conhecidas da vítima.

Diante de tal situação a Organização Mundial de Saúde, recomenda a importância da detecção por profissionais da área de saúde, ressalta a necessidade de profissionais capazes de compreender esses fatores, e que atuem de forma que garantam a todas as vítimas de violência e seus direitos.

No discurso abaixo observa-se a deficiência no processo ensino aprendizagem, os enfermeiros quando questionado como a academia contribuiu para o reconhecimento das muitas formas de violência, bem como o manejo com essa problemática, os colaboradores expuseram que durante o processo de graduação a temática foi tratada superficialmente e fragmentada, não sendo abordada intensamente como deveria, alguns profissionais citam à falta de orientações na graduação como responsável pela a grande dificuldade que têm no reconhecimento às vítimas de violência, infelizmente o tema violência contra a mulher não vem sendo contemplado na grade curricular em uma parcela considerável de instituições de ensino superior, muitos autores apontam a necessidade de um melhor preparo desses profissionais.

-... “Eu sinceramente achei deficiente na graduação a inclusão desse tema, somente tivemos contato com esse assunto, na disciplina de epidemiologia e isso porque teríamos que conhecer as diversas formas de notificação, e ainda assim foi assim rapidinho”. (E10).

-...A gente aprende essas coisas é na prática, quando nos deparamos com essa realidade, temos que fazer alguma coisa, no começo a gente erra mesmo”. (E1).

-...“Graças a Deus que nunca me deparei com uma situação dessas, o que eu aprendi na faculdade foi como realizar um preventivo, trabalhar a questão da saúde da mulher, atender no pré-natal, eu não fui preparada para lidar, ou mesmo reconhecer a violência”. (E4).

...“ eu me senti de certa forma lesada enquanto acadêmica, porque quando você recebe a informação antes na academia você já se porta de outra maneira, maneira de lidar com o problema, de entende-lo e fazer entender faz toda a diferença”. (E 17).

Sendo assim, observamos que a formação dos profissionais de saúde tem como base o modelo médico hospitalar, tendo como objeto da atenção não o cliente mais sim a doença, o ser humano é visto de forma fragmentada. Esse modelo de formação, infelizmente traz grandes prejuízos, pois formam profissionais com uma natureza acrítica e sem historicidade. Outro fato que também chama a atenção é que mesmo a violência sendo reconhecida como um grave problema de Saúde Pública, ainda não há planejamentos curriculares na formação dos profissionais de saúde, essa deficiência decorre pelo fato da temática desafiar os conhecimentos “hegemônicos no campo da saúde”. (PENNA; TAVARES; SOUSA, 2004). Dessa forma é necessário que durante a graduação esse modelo biomédico torne-se obsoleto, rever a prática adotada é necessário, para que de fato ocorra a emancipação das mulheres, sendo assim, profissionais questionadores são imprescindíveis, na abordagem, devendo realmente fazer parte da prática dos profissionais. (GUEDES; GODOY; EGRY, 2013).

Noutra abordagem Gomes *et al.*, (2012) defende mudanças na graduação, ela deixa explícito em seu estudo a importância da inclusão na grade curricular do tema violência contra as mulheres de forma global e social, uma vez que é nesse ambiente que muitas teorias são estudadas e formuladas o que confirma a ideia de Guedes; Godoy; Egrý., (2013) no que se refere ao modelo biomédico infelizmente adotado por muitos enfermeiros no atendimento às vítimas de violência.

Para Delor's (2001), a educação deve estar pautada em quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a conviver e aprender a ser, para ela a formação acadêmica deveria formar profissionais críticos, reflexivos, proativos, uma vez que o mundo em que vivemos necessita cada vez mais de profissionais comprometidos e atuantes nas questões de cidadania e direitos humanos.

Penna; Tavares; Sousa, (2004), concordam no que se refere à educação continuada e defendem que a busca por novos conhecimentos na área deve ser permanente, no entanto é muito enfático quando confirma que a esse ensinamento deve ser iniciado ainda durante a graduação, devendo, portanto, ser mantido como regra pela vida.

Noutra perspectiva, as enfermeiras ressaltaram em suas falas que essa falha na graduação contribui para o não reconhecimento das violências.

-“Quando o assunto é a violência contra mulher, os casos nunca chegam diretamente para a gente. No entanto, as vezes durante os procedimentos de enfermagem, muitas vezes percebemos que a mulher está cabisbaixa, triste [...] Mais aí, fica por isso mesmo, [...] reconhecer esse agravo para mim é muito difícil uma vez que o destaque ao tema na graduação foi mínimo e acredito que isso exige muita prática para esse reconhecimento”. (E10).

- “Até o momento ainda não recebi capacitação para atuar com vítimas de violência, seja na academia ou fora dela” (E19).

-“Eu tive contato com o tema num projeto da Igreja, onde o tema era violência contra a mulher, na ocasião foi a delegada da mulher e o conselho tutelar que repassou as informações referente a isso aí, mais somente depois de formada” (E17).

- “Sabe como a gente aprende, é no dia a dia, porque na graduação, tudo foi muito superficial, e eu te ti digo que reconhecer se a mulher vem passando por situação dessa eu não sei não”. (E5).

Estudos demonstram, que a inclusão deficiente na graduação dessa temática, contribui para o não reconhecimento das mais variadas formas de violência contra mulher, Salcedo-Barrientos *et al.*, (2011) apontam que a escassez de cursos preparatórios e capacitações com abordagem ao tema violência, deixam lacunas que dificultam o enfrentamento dos profissionais frente a essa temática.

Noutra perspectiva Gomes *et al.*, (2013), concorda que o modelo hospitalocêntrico, ainda está muito enraizado no currículo da enfermagem, o que impossibilita aos profissionais um olhar além dos agravos, e observam que é necessário investimento na formação acadêmica, o que certamente formaria profissionais aptos na identificação deste agravo.

Diante disso é notório que existem falhas na graduação, sendo, portanto, necessário uma revisão na grade curricular, uma vez que, a inclusão de temas em ascensão como o tratado neste estudo, atuam como percussores para discursões acerca do tema.

4.2.2 Abordagem e recepção das mulheres vítimas de violência X conhecimento da Lei 10.778 (Lei de notificação compulsória) e manuseio.

Em relação a abordagem, recepção e acolhimento prestado pelos enfermeiros entrevistados evidenciou-se que é realizado como qualquer outro.

-...“ela seria recepcionada igual aos demais pacientes. Lógico que dependendo do caso, por exemplo, se ela apresentasse característica de urgência no atendimento daríamos prioridade[...], porque como se trata de UBS temos muitas outras prioridades nos diversos atendimento como: idoso, criança, gestantes, casos de dengue e urgência mesmo. Então ali na recepção não é fácil [...] identificar o caso de violência. (E19).

-...“são recepcionada como qualquer cliente, uma vez que quando o caso aparece são tratadas com sigilo”. (E8)

-“É difícil fazer uma recepção diferenciada, pois quando chegam até a gente passam primeiro pela recepcionista, e quanto estou cara a cara com paciente eu não vou ficar perguntando se apanha do marido” (E1).

Os depoimentos acima mostram que a recepção dessas mulheres é realizada como qualquer outro atendimento, não é realizado pelos enfermeiros um atendimento diferenciado. Os enfermeiros ressaltam que esse primeiro contato com as mulheres é feito pelos profissionais da recepção, no entanto observamos que quando direcionadas ao consultório de enfermagem, essas mulheres também não são abordadas seriamente.

Diante disso, Pierro; Siqueira; Caldeirinha, (2010) apontam o guia de referência para o atendimento a mulheres em situação de violência como um norteador aos profissionais, no combate a violência contra as mulheres. Assim ao identificar um caso, o profissional deve definir uma abordagem organizada, conversar e orientar essa mulher de maneira não invasiva, definir previamente o que será abordado com essa mulher.

Aguiar (2013) defende um acolhimento de qualidade, pois segundo ele cria-se um vínculo entre o profissional e o cliente, o que certamente facilita a detecção do problema.

Noutra perspectiva, Moura; Guimarães; Crispim, (2011), afirma que este deve ser pautado na promoção e construção da confiança entre o profissional e a cliente, para ele é imprescindível que o ato de escutar seja adotado no acolhimento sem que sejam imputados a essa mulher qualquer forma de preconceito.

Outro fator importante, na questão abordagem e reconhecimento, referem-se ao manuseio e conhecimento da notificação compulsória. Nesse contexto, a notificação dos casos de violência contra a mulher, é fundamentada na Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003, através da regulamentação N° 2.406 de 05 de novembro de 2004, que permite dimensionar a magnitude, circunstância, perfil das vítimas e de seus agressores. Essa ferramenta do SUS, contribui para o enfrentamento e desenvolvimento de novas políticas, que atuem diretamente no combate desses agravos. (COLOMBO PR, 2012).

Diante dessa ótica, a notificação compulsória é de responsabilidade do gestor de saúde, devendo, portanto, o profissional de saúde de qualquer esfera, preencher a notificação mediante a qualquer suspeita ou mesmo ocorrência propriamente dita de violência. Destacamos ainda que quando a violência é cometida em mulheres, os profissionais estão respaldados em conformidade com a “Lei nº 10.886 de 17 junho de 2004, que torna a violência doméstica, de acordo com o artigo 129 do código penal, como crime de detenção de 6 meses a 1 ano de prisão.

Vale ressaltar “que tanto os casos suspeitos quanto os casos suspeitos devem ser notificados”, devendo, portanto, o enfermeiro notificar o caso em suas vias. Essa ferramenta, conforme já foi explicitado anteriormente mede a real magnitude desse evento, o que se justifica por gerar muitos benefícios, cujo objetivo maior é eliminar qualquer tipo de violência contra a mulher (BELO HORIZONTE, 2015 p.13)

Sendo assim, foi questionado aos colaboradores quanto ao manuseio e conhecimento da notificação compulsória na rotina acerca dos casos de violência contra mulher como veremos a seguir:

-...“ essa Lei estabelece que nós notifiquemos a violência contra mulher que for atendida nos serviços de saúde” (E18).

-... *“eu não conheço essa Lei”* (E19)

-... *“faz parte da listagem de notificação obrigatória [...] serve para contabilizar os casos de violência, e permite que a vigilância em saúde crie ações programáticas e educativas para ajudar as mulheres a se protegerem, além de vencerem seus medos e traumas”* (E8).

- *“Essa lei, torna a violência contra mulher notificável em todo o território nacional, ela obriga a saúde de um modo geral notificar esses agravos”* (E2)

Os discursos dos colaboradores revelam que a maioria dos enfermeiros conhecem a Lei 10.778, (notificação compulsória) e reconhecem a importância desse instrumento no combate a violência. No entanto ainda existe profissionais que desconhecem essa Lei na sua forma legislativa. Assim, apesar dos entrevistados saberem da existência da lei, poucos enfermeiros já tiveram contato, muitos relatam que nunca se depararam com situações de violência contra a mulher. Outro fato que chama a atenção é que os profissionais de saúde, desconhecem a da obrigatoriedade da notificação compulsória de acordo com as falas abaixo:

-... *“eu não sabia dessa obrigatoriedade, desconheço esse fato”* (E10).

- *“Eu não conheço essa Lei”* (E 19)

A Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, estabelece a notificação compulsória obrigatória nos casos de violência contra a mulher como atribuição e responsabilidade aos profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

O fato de desconhecer essa obrigatoriedade aliado as consequências que essa problemática traz as mulheres, contribuem ainda mais para o grande número de subnotificações, sendo assim, considerando os termos da a Lei 10.778, a notificação atua como termômetro para mensurar a real prevalência desses agravos, sendo portando necessário que os profissionais a entendam e que tenham a consciência que a não notificação implica-se como conivência, podendo de certa

forma, o profissional ser legalmente penalizado conforme a referida Lei estabelece. (ANDRADE, 2009).

Vale ressaltar, que esse instrumento dimensiona a grandiosidade dessa realidade e norteiam políticas públicas para o combate, além de criar mecanismo que atuem diretamente no enfrentamento das violências contra as mulheres. (JANUÁRIO *et al.*, 2010).

Noutra perspectiva, os colaboradores quando questionados se sabem manusear o formulário de notificação compulsória acerca das violências contra as mulheres afirmam que essa ferramenta é de fácil entendimento. No entanto, houve relatos de profissionais que desconhecem a existência dessa ferramenta conforme os relatos abaixo:

“...a ferramenta para a notificação compulsória é simples e de fácil manuseio, basta que tenhamos curiosidade e atenção no seu preenchimento, não tenho dificuldade, para mim é como qualquer outro instrumento desse tipo, aqui no município temos a ajuda da vigilância epidemiológica que nos assessora quanto a possíveis dúvidas, o que sem dúvida me ajuda muito”. (E2).

“...não conheço e não sei dizer se realmente sei preenche-la” (E5).

“...eu fui saber que existia uma notificação já quando comecei a trabalhar[...], um dia mexendo, vi que existia uma notificação para os casos de violência doméstica, foi uma novidade, até eu entender, aprender e me sensibilizar que aquilo deveria ser feito [...] se tivesse tido a oportunidade de conhecer na graduação eu tenho certeza que teria ajudado muita gente”. (E 8)

4.2.3 Motivos, negação e silêncio das mulheres na perspectiva da enfermagem X percepção dos enfermeiros na questão violência contra mulher?

Em relação aos motivos da negação e silêncio das mulheres, quando questionados os enfermeiros apontaram diversos motivos dentre eles o medo e vergonha tiveram grande destaque como percussor para a negativa e silêncio dessas mulheres.

...“ eu acho que um dos possíveis motivos seria a vergonha de expor e falar do assunto e há ainda também o medo que a mulher tem agressor” (E 19).

...“ os motivos que leva essa mulher a omitir as agressões vividas em sua intimidade é o medo, dependência financeira, vergonha, falta de informação, insegurança e baixa autoestima” (E10).

-...“elas negam por vários motivos, entre eles o medo, insegurança, os filhos, instabilidade financeira, vergonha, promessa de que não mais irá acontecer a violência enfim” (E1).

-...“um dos motivos é achar que a ameaça falada não vai se tornar realidade, outras tem muito medo, ou acreditam na mudança da pessoa, acham que é um momento de raiva, na verdade a grande maioria não tem suporte familiar, não tem como se manter sozinha, outras tem muita vergonha e aí se calam, a grande maioria se quer fala para um familiar” (E 5).

Notamos que a percepção dos profissionais acerca dos motivos que essa mulher exterioriza, confirma as ideias de (BRASIL, 2012), cujos estudos revelam que na maioria das vezes as mulheres vitimizadas desenvolvem sensações que margeiam a culpa, o medo, e esses sentimentos deixa marcas profundas o que faz com que essas mulheres se sintam, humilhadas, envergonhadas seja na sociedade em que estejam inseridas e na família, o que certamente aumenta ainda mais o trauma sofrido.

O grande número de mulheres que vivem em situação de violência mostra o quanto é alto o índice de invisibilidade dos casos, fica evidenciado que mesmo a mulher procurando os serviços de saúde, muito raramente revelam a situação que se encontram, mesmo se questionadas. (SÃO PAULO, 2007).

Dessa forma, ainda na compreensão de (BRASIL, 2012), o trauma vivido, impede o compartilhamento desses sentimentos, sobretudo com os profissionais da área da saúde, e a consequência dessa realidade é o “silenciamento” dessa mulher, ou seja, a mulher esconde os medos dentro de uma carapaça de difícil acesso. Diante dessa realidade, o estudo ressalta a importância da compreensão, do acolhimento, do se colocar no lugar do outro, sem julgamentos ou preconceitos pré-estabelecidos, uma vez que “as agressões ou os abusos sexuais” tem como pano de

fundo, na grande maioria das vezes chantagens, ameaças, que além de humilhar, intimida ainda mais essa mulher.

Assim, percebemos que os enfermeiros, assim como (Day *et al.*, 2003), acreditam que os motivos que levam as mulheres a silenciar a violência vivida, sejam o medo de represália, vergonha, questões financeiras, filhos, dentre outros.

Quanto a percepção dos enfermeiros nas situações de violência, notamos que a maioria dos profissionais admitem a dificuldade no reconhecimento e ressalta que não é fácil perceber se a mulher está sendo vítima de violência.

“... não é fácil perceber a violência doméstica, principalmente se ela for psicológica, a não ser que a paciente queira realmente compartilhar com o profissional de saúde, já a violência física talvez seja um pouco menos difícil, pois no exame físico podemos perceber os rastros da violência, como por exemplos as lesões corporais, mais ainda assim, essa mulher se não sentir a confiança, e segurança ela pode mascarar os fatos o que nos deixa de mão atadas”. (E 19).

“... não é fácil, até mesmo quando percebemos, muitas vezes negam” (E Miritituba).

Quando questionados acerca do que é preciso para ocorra essa interação com essas mulheres os enfermeiros destacaram, uma relação onde a confiança e o profissionalismo atuam como protagonistas, no entanto, essa não é a preocupação de todos os profissionais.

Dessa forma, assim como Gomes *et al.*, (2012), para que o enfermeiro identifique a violência é necessário que estejam atentos, vigilantes nas subjetividades, ouvindo-as sem expressar qualquer forma de julgamento ou preconceito.

“...é necessário que o profissional estabeleça um processo de empatia, uma relação de confiança e não de julgamento, com essa mulher. [...] trabalhar o empoderamento nesta pessoa, para que ela realmente seja o agente de mudança na situação de violência doméstica. E isso não é nada fácil” (E 17).

“... de fato não é fácil, uma vez que hoje a atenção básica está sobrecarregada, com tantas atividades paralelas e esta questão infelizmente não

está aberta para que percebamos. O enfermeiro por se deparar com tantas obrigações, não se atentam a essas situações” (E 1).

-...“ é necessário ter um olhar holístico dessa mulher, vê além dela, e o enfermeiro não consegue sozinho, ele precisa de ajuda, uma sinalização de quem está mais próximo de dessa mulher” (E 17).

-...“ temos que nos sensibilizar da importância que temos junto a sociedade em geral, pois somos referência enquanto profissional, entender a importância da detecção precoce para essa mulher, pois o grande problema está nesse ponto, a detecção, o que acontece é que fomos educados a focar nosso olhar na patologia, olhamos para o problema de saúde e esquecemos de observar, de ouvir, a queixa é a chave, além dos hematomas a mulher deixa pista na conversação que deixamos passar, a maioria quando acuada, com medo, negam”. (E16).

Frente a esses depoimentos observamos que grande parte dos enfermeiros sabem o que é preciso para reconhecer uma mulher vítima de violência, dessa forma, (BRASIL, 2012), enfatiza adoção de um conjunto de medidas que deem crédito principalmente no momento do acolhimento, este de forma humanizada sem julgamentos, mais com respeito e solidariedade, afim de atender as expectativas formadas pelas mulheres na relação enfermeiro e paciente, o atendimento dirigido a essa mulher deve respeitar a sua autonomia, seus medos, afim de contribuir seja na reestruturação física como na emocional.

4.2.4 Conhecimento de políticas públicas x encaminhamentos x acompanhamento pelo setor de saúde.

Em relação ao conhecimento das políticas públicas destinadas as mulheres vítimas violências, grande porcentagem dos enfermeiros deixa claro que tem pouco conhecimento acerca das políticas, mais essa não é uma regra geral, como evidenciado nas falas abaixo:

-“ Não tenho muito conhecimento das políticas envolvidas neste processo” (E 18).

- “Pelo que me lembre, existem órgão que atendem essas mulheres como por exemplo a delegacia da mulher, casa da saúde da mulher dentre outras” (E5).

- *“Eu não conheço profundamente essas políticas” (E3).*

- *“...não tenho conhecimento suficiente, ouvir falar alguma coisa sobre as delegacias especializadas, mas não sei dos detalhes de tais programas” (E2).*

- *“ Na minha opinião são só políticas apenas. O Ministério da Saúde implanta essas situações e as esferas estaduais e municipais, não dão subsídios necessários para que sejam postas em prática”. (E 14)*

- *“ Para mim, considero vagas, pois os setores não estão interligados de fato, as UBS não estão na mesma sintonia com DEAM, CRAS e sinceramente a enfermagem é pouco orientada quanto a essas ferramentas” (E15)*

- *“ O que sei, é que no ambiente da saúde, existe o programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM), formulado pelo Ministério da saúde. Na minha perspectiva é um bom programa, visto que a proposta do programa tem como objetivo reconhecer a mulher como cidadã dotada de direitos e como pessoa inteira, onde a história de seu corpo e de sua vida tem importância fundamental [...] antes as propostas na questão assistência, eram destinadas à mulher mãe, ou seja, uma visão mais para a maternidade [...] No que se refere aos serviço que integram a rede de atendimento as mulheres há ainda as DEAM (Delegacia especializada no atendimento à mulher) e o CRAS(Centros de referência de assistência social.”(E 19).*

Os discursos acima demonstram a dificuldade que os enfermeiros têm em compreender a dinâmica e o real funcionamento dessas políticas, notamos que os conhecimentos são fragmentados, pouco habituais. O desuso dessa ferramenta aliada a falta de conhecimento prejudica no cuidar dessas mulheres vitimizadas.

A política nacional de violência contra as mulheres, ressalta que o combate a essa prática requer uma abordagem global, que envolva não somente o Estado e municípios, mais todos os setores, dentre eles o da saúde de forma conjunta, afim de prevenir, combater e garantir assistência, essa política explicita a necessidade da promoção de ações que englobem a educação, afim de que desmitifique por parte da equipe os preconceitos acerca dessa temática e assim romper o silêncio e naturalização dessa prática (BRASIL, 2011b).

Assim, por ocuparem posição distinta no reconhecimento das violências, os profissionais da saúde do município confirmam as ideias de Lettiere (2008) que

ressalta que os profissionais da saúde desconhecem a políticas públicas voltadas ao enfrentamento das violências perpetradas as mulheres, bem como as legislações vigentes no país. Pacheco; Medeiro; Garcia, (2014) aponta a importância o acompanhamento, quando ressalta que o além do cuidado o enfermeiro deve direcionar a mulher aos órgãos competentes.

Quando questionados acerca do encaminhamento entre os setores notamos que os enfermeiros não sabem o que fazer, pois no município não existe um roteiro no atendimento conforme as falas abaixo.

-“ Ainda não tive a experiência de atender uma vítima de violência e também nunca encaminhei a nenhum setor em específico” (E 19).

-“ ...encaminhar, somente para casa de saúde da mulher, o problema disso tudo [...] é que não existe um protocolo que nos direcione, me sinto prejudicada e sinceramente não sei o que fazer” (E 18).

-“Ainda não tive essa experiência, mais encaminharia para delegacia da mulher e CRAS, e entraria em contato com o CRAS para mais esclarecimentos” (E 3).

-“ ...encaminharia para consulta médica e posteriormente a casa de saúde da mulher” (E 8).

Os relatos dos profissionais evidenciam a falta de comunicação entre os setores de referência as vítimas de violência, essa hipotética prejudica o andamento das políticas destinadas ao combate e ainda a busca de dados estatísticos coesos. Apesar das falas acima, os enfermeiros admitem que é necessário a adoção de medidas que atuem na questão educação e atualização profissional de forma continuada, bem como adoção de diretrizes que norteiem o atendimento.

Noutra a abordagem agora referente ao acompanhamento dos casos pelo setor de saúde, os enfermeiros relatam que:

-“...até onde eu sei, quem acompanha é a vigilância em saúde” (E 7).

-“ ...não eu não realizo o acompanhamento dessa mulher” (E 10).

-“ ...sem experiência para relatar se há acompanhamento pelo setor de saúde” (E 19).

Brasil (2012a) aponta uma ferramenta eficaz e ideal para o acompanhamento dos casos, a referência e contra referência, principalmente em se tratando de serviços de maior complexidade como os de natureza clínica, psicológica, jurídica e social.

Dessa forma ainda de acordo com as ideias do autor acima citado, a referência e contra referência deve ser encaminhado aos órgãos competentes como as Delegacias de polícia ou DEAM, Instituto médico legal, CAPS, defensoria pública dentre outros. Vale apenas ressaltar que a referência e contra referência de acordo com Juliani; Ciampone, (1999) atua como uma conexão entre a atenção básica primária, secundária e terciária. No entanto, os relatos acima apontam a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, visando a adoção de identificação e um melhor manejo dos casos.

Costa *et al.*, (2013) confirmam a eficácia da referência e contra referência, no entanto, ressalta que a incomunicabilidade existente entre o enfermeiro e a vítima, deve ser superado, para que de fato a assistência aconteça.

4.2.5 Conhecimento da Lei 11.340 / 2006 “Maria da Penha”

A lei Maria da Penha é exemplo de política pública, ambientada na temática prevenção e repressão, o que representa um marco no combate as violências contra as mulheres, ela incita o empoderamento dessas mulheres ao meio nas quais estão inseridas. Notadamente vem promovendo mudanças principalmente nas diferenças existente entre homens e mulheres. Ela provoca mudanças conforme o explicitado no seu artigo 3º que imputa ao poder público a responsabilidade do desenvolvimento das políticas públicas que confirmem os direitos humanos por elas conquistado ao longo dos anos, dentre eles o direito a saúde (BRASIL, 2006).

Assim, quando questionados se conheciam a Lei Maria da Penha, notou-se que os enfermeiros a conhecem conforme as falas abaixo:

-“ *Bom, no meu entendimento essa lei foi criada para prevenir a violência doméstica, na qual estabelece medidas de proteção as mulheres em situação de violência*” (E 1).

-“ *Sim eu conheço essa lei*” (E 5).

-“ *Essa Lei ampara e protege as mulheres, dando garantias judiciais em relações a sua integridade física, ela pune o agressor*” (E 4).

-“ *É uma lei criada para impedir e prevenir a violência contra mulher, e levou esse nome devido Maria da Penha ter sido vítima de violência doméstica por muitos anos pelo seu marido*” (E 2)

No entanto, apesar dessa lei está sendo amplamente divulgada na mídia, notamos que os enfermeiros ainda desconhecem suas diretrizes, bem como seu conteúdo e quase não a associam à saúde conforme podemos observar nas falas a seguir:

-“ *O que eu sei, que essa lei surgiu depois que uma mulher foi agredida pelo companheiro, eu não sei se ela morreu (silêncio), mais falar profundamente sobre ela eu não sei [...] outra coisa interessante que sei é que a partir dela se um homem bater em uma mulher ele pode ser preso, mas eu sinceramente desconheço a relação que tem com a enfermagem, porque fica realmente difícil a comunicação com ela [...] é lógico que eu sei, que se a mulher que sofrer violência ela tem que receber cuidados, é um direito de qualquer pessoa [...], eu não sei o que fazer, o que tá a meu alcance eu faço e aí? ”* (E 10).

-“ *Superficialmente, mas o suficiente para afirmar que vem ser uma lei executável juridicamente, uma das pouca no país*” (E 11).

-“ *Já ouvi falar bastante sobre essa lei, nos jornais, revista [...] o que eu não sei te falar é o papel dela na saúde*” (risos). (E18)

Dessa maneira evidencia-se que grande parte dos enfermeiros entrevistados ainda estão alheios ao que prioriza a Lei, sendo, portando entendida apenas como mecanismo para impedir e coibir a violência, o que é preocupante. Mediante essa realidade, vale ressaltar que os profissionais da saúde, devem sempre estar preocupados e comprometidos, haja vista que “saúde” não se resume somente na

ausência de “doença”, como já foi citado anteriormente, mas, em um “equilíbrio” do “todo”, inclusive nas questões sociais onde essa modalidade de ação está incluída.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo, investigar o conhecimento e a prática dos enfermeiros que atuam nas UBS, do município, acerca da violência contra as mulheres, sua definição, diagnóstico, abordagem, manejo do casos e valorização da notificação como política pública.

De posse das falas, observou-se que parte considerável dos respondentes na sua maioria reconhecem todos os tipos de violência e suas definições. No entanto, há ainda aqueles profissionais que não consideram essa uma verdade, haja visto que alguns enfermeiros mostraram não saber destingir a violência contra a mulher.

Assim, os enfermeiros confirmam que não estão preparados para o reconhecimento dessas mulheres, e justificam essa realidade pela não existência de um fluxo pré-estabelecido no município. Nessa conjuntura é evidente que existe sim, um bloqueio profissional quando o assunto é abordar essa mulher.

Evidenciou-se ainda, que essa dificuldade, advém de falhas na graduação, onde a temática não foi abordada em sua totalidade, o que prejudica na hora do reconhecimento e na maneira como essa mulher é abordada. Essa realidade preocupa, uma vez que a abordagem oferecida na recepção não contempla essa mulher em sua totalidade, o que contribui para a invisibilidade do problema.

Observou-se nas as falas dos enfermeiros que mesmo com todas essas lacunas e dificuldades na abordagem a essa mulher, eles entendem que em muitos casos a mulher encontra-se em situação de sujeição e submissão ao relacionamento e apontam que esse fato decorre principalmente pelo medo, vergonha, dependência financeira dentre outros.

No entanto observou-se que os enfermeiros não se sentem preparados para o atendimento, devido complexidade da questão, dessa forma privilegiam o atendimento médico clínico, cujo modelo adotado é hospitalocêntrico.

Vale ressaltar que essas dificuldades vão ainda mais longe, o que se revelou extremamente preocupante, uma vez que uma considerável parcela dos sujeitos, apesar de saberem manusear a notificação compulsória nas questões de violência, não acreditam que ela contribua na prevenção e erradicação desses agravos, outra importante questão é o desconhecimento da obrigatoriedade dessa notificação, o que pode configurar-se como infração da legislação da vigente em todo o país.

Há ainda os assuntos que envolve a compreensão dos enfermeiros nas questões de políticas públicas destinadas as mulheres, o estudo mostra que os enfermeiros não compreendem a dinâmica dessa ferramenta e não adotam em sua rotina, o que compromete o serviço com outros setores, os encaminhamentos limitam-se ao corpo médico. Os enfermeiros acreditam que a falta de conhecimento acerca dessas políticas, se deem em decorrência da falta de treinamento específico no atendimento dessas mulheres. Uma das políticas bastante conhecida é a Lei 11.340/06, “Maria da Penha”, no entanto o estudo observou que grande parte dos profissionais se mostraram alheios ao que define a Lei.

Observa-se uma grande limitação da prática dessas políticas, e um desconhecimento acerca do que fazer quando o profissional se depara com uma situação dessa magnitude na UBS.

Assim sendo, e levando em consideração todos os aspectos observados e estudados, sugerimos uma melhor abordagem no currículo acadêmico, a fim de formar profissionais críticos, capacitados que saibam reconhecer, acolher, encaminhar e manejar de forma adequada as mais variadas configurações de violência perpetrada a mulher.

Vale ressaltar, que além da questão curricular o enfermeiro deve está engajado, na procura de capacitação e reciclagem em sua rotina profissional, haja vista que a UBS é considerada a porta de entrada do SUS, e assim contribuir para visibilidade dessa problemática por todos.

Dessa forma pensando em contribuir para o melhoramento e reconhecimento de fato pelos profissionais, elaboramos um fluxograma (APÊNDICE 2), cujo o objetivo principal é nortear a prática dos profissionais do município.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. S. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. **Rev. Enferm. Cent. Oeste Min**, v.32, n.2, 723-731, mai/agos 2013.

ARAÚJO, L. Z. S.. Aspectos ético da pesquisa científica. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v17, n.1, p. 54-63. 2003.

ANDRADE, C. J. **As equipes de Saúde da Família e a violência domesticam contra a mulher: um olhar de gênero**, São Paulo 2009.

BELO HORIZONTE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Guia de Atendimentos as mulheres em situação de violência. Belo Horizonte, MG 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: 38. ed. Atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

BRASIL. Casa civil. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília: Planalto, 2006. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 13 de abr. de 2016

BRASIL, Secretaria de vigilância em saúde / MS. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. In: GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. (Org.) **Violência contra a mulher: Uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero**. Brasília: DF, 2005. p. 118-140

BRASIL, **Ministério Público**. Pesquisa – Diagnóstica da Rede de proteção à mulher vítima de violência doméstica e familiar de Rio Branco: AC, maio 2012.

BRASIL, **IBGE**. Característica dos registros de violência relatados a Central de Atendimento – Ligue 180 – Brasil.
< <http://www.ibge.gov.br/home/presidencial/noticias/pdf>> Acesso em 12 de jan. 2016.

BRASIL, **Presidência da República**, Casa Civil. Lei N° 10.778 de 24 de novembro de 2003. Brasília, nov. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes**. 3° Ed. Brasília: DF, 2012. (série a)

BRASIL. Portaria n° 104 de 25 de janeiro de 2011. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria da Política de Saúde**. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 1998.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2005.340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Senado, 2008.

BRASIL (PR). **Secretaria Especial de Políticas para as mulheres**. Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: DF, 2011, 46p.

BEZERRA, F. L. **Perfil da violência contra mulheres analisadas junto ao MUMOL/CG no ano de 2012**. UEPB 2014

Bernz IM, C. EBS, Linender SR. Desafio da Violência Doméstica para profissionais da saúde: revisão de literatura. **Sau & Transf. Soc.** v.3, n.3, p. 105-11 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

CANO, I. Violência estrutural e suas repercussões na juventude. In: TAQUETTE, S. R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007, p. 43-47.

CAVALCANTI, S. Violência Doméstica: Análise da Lei Maria da Penha. Bahia: **Juspodium**, 38 ed. 2009.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a Proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul. **SER. Soc. Soc.** São Paulo, n. 110, p. 369 – 397. Abr./jun. 2012.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativas em ciências humanas e sociais**. 5. Ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2013.

COLOMBO (PR). **Secretaria Municipal de saúde**. Protocolo de Atendimento à mulher em situação de violência: Programa mulher cidadã, 2012.

CORTES, L. R.; MATOS, M. C. **Lei Maria da Penha: do papel para a vida. Comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário**. 2ª ed. CFMEA, 2009.

COSTA, D.A.C.; MARQUES, J.F.; MOREIRA, K.A.P.; GOMES L.F.S. ;HENRIQUES ACPT, Fernandes AFC. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência:

atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enferm**, v.18, n.2, p.302-9, 2013.

DALTOSO, D. **A percepção das enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra mulher**. Ribeirão Preto: SP, 18p., 2009.

DAY, V. P.; TELLES, L. E. B; ZORRATTO, P. H; MACHADO, Denise Arlete; SILVEIRA, Marisa Braz; DEBIAGGI, Moema; REIS, Maria da Graça; CARDOSO, Rogério Göettert; BLANK Paulo. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: v.25, p.9-21, abr. 2003.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2º ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2009.

EVORA, A; CARDOSO, L. **A Assistência de Enfermagem a vítima de violência doméstica, em São Vicente**. Universidade do Mindelo, 2013 64 p.

FILHO, C. C. S. **Violência doméstica contra a mulher: Representações sociais de profissionais na Estratégia da Família**. Salvador, BA 2013.

FLEISCHER. S.; OLIVEIRA. G. C. **Lei Maria da Penha: do papel para a vida. Comentários a Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário**. CFEMEA 2ª edição, Brasília, 2009.

FORTIN, M. F.; CATÊ, J.; FILION, F. **Fundamentos e etapas do processo de Investigação**. LUSODIDACTA. Montreal, Canadá, 2006.

FOELKEL, A. **Violência sexual e doméstica contra as mulheres no Brasil: Reflexões sobre do quadro atual de Ipas Brasil**, 2004. Disponível em: www.aads.org.br/arquivos/Foelkel2004_violenciadoc Acesso em 05 de abril de 2016.

FREIRE, N. Apresentação. In: FROSSARD, Heloisa (org.). **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260 p. (Série Documentos). Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_instrumentosinternacionaisdireitosdasmulheres.pdf.> Acesso em 12 de mar. 2016

GUEDES, R. N; GODOY, R. M. S. F; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativos da Estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo: v.47. n.2, p.304-11, 2013.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, p.146-155, 1994.

GIL, A. C. **Métodos de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, N. P.; SILVEIRA, Y. M.; DINIZ, N. M. F.; PAIXÃO, G. P. N.; CAMARGO, C. L.; GOMES, N. R. Identificação da violência na relação conjugal a partir da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.22, n.3, p.789-96, jul-set 2013.

GOMES, N. P. G.; GARCIA, T. C. S.; CONCEICAO, C. R.; SAMPAIO, P. O.; ALMEIDA, V. C.; PAIXÃO, G. P. N. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, Dec. 2012.

HEILBORN, M. L.; SORJ, B. “**Estudos de gênero no Brasil**”, in: MICELI, Sérgio (org.) O que ler na ciência social brasileira (1970-1995), ANPOCS/CAPE. São Paulo: Editora Sumaré, 1999, p. 183-221.

JANUÁRIO, I. S.; LIMA, I. P.; BRITO, P. J.; LIRA, S. K. F.; CARNEIRO, A. D. **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA À MULHER: diretrizes legais para a assistência de enfermagem.** 2010.

Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra mulher a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde **Rev. Latino-Am. Esc. Enfermagem**, São Paulo: USP, 2008.

LEAL, S. M. C. **Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem.** 2003. 164f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2003

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites do enfrentamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2011. Disponível <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em 01 de novembro de 2015.

LIMA, C. A.; DESLANDES, S. F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios no setor da saúde de 2000. **Saúde Soc.** São Paulo, 2014.

LIMA, D. C.; BUCHELE, F.; CLIMACO, D. A. Homens, gênero e violência contra mulher. **Saúde Soc.** São Paulo: SP, p. 60-81, 2008.

ZAMPROGNO, L. **Relação saúde pública e violência contra as mulheres: O processo de implementação da Lei 10.778/03 no município de Cariacica.** ENESCAM, Vitória: ES, 2013.

MAFIOLETTI, T. M. Violência contra mulher: um problema de saúde pública. Situação do Paraná. **Fazendo Gênero.** Agos, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa**. Ed. Atlas, 6ª ed. SA, São Paulo – SP, 2007.

MATOS, M.; GRANGEIA, H.; FERREIRA, C. P.; AZEVEDO, V. Stalking: Boas práticas no apoio à vítima. **Manual para profissionais**. GIG, Porto 2011.

MENDONÇA, E. T.; SOUZA, L. V. A violência doméstica contra a mulher como questão de saúde pública. **Rev enferm UFPE on line**. v.4, n.2, p.874-81, abr/jun, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 07-18, 1994

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.

MINAYO, M. C. S. Violência: Um Velho-Novo desafio a atenção à saúde. **Rev. Bras. de educação médica**. Rio de Janeiro, RJ, jan./abr.2005.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, nov. 1997.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p

MORAES, S. C. R. V.; MONTEIRO, C. F. S.; ROCHA, S. S. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.19, n.1, p.155-60, jan/mar 2010.

MOREIRA, S. N. T.; GALVÃO, L. L. L. F.; MELO, C. O. M.; AZEVEDO, G. D. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 42, n.6, p. 1053-9, 2008.

MORERA, J. A. C.; ESPINDOLAZ, D.; CARVALHO, J. B. C.; MOREIRA, A. R.; PADILHA, M. I. Violência e Gênero: Um olhar histórico. **Hist. Enf. Ver. Eletr.** v.5, n.1, p. 54-66, jan/jul, 2014. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememória>> Acesso em 16/10/2015.

MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria médica Paulista, 2006.

MIRANDA, M. P. M.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev Panam. Salud Publica.** v. 27, n.4, p. 44-52, out, 2010.

MOURA, M. P. B; GUIMARÃES, N. C. F; CRISPIM, Z. M. **Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência: revisão integrativa.** Ver. Enferm. Cent.- Oeste Min; v.1, n.4, p.571-582, 2011.

NJAINE, K. **Violência e perspectiva relacional de gênero.** Florianópolis, SC. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 45 p., n.4, p.41-47, out./dez 2011.

NASCIMENTO, M. G.; XAVIER, P. F.; SÁ, R. D.P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8. n.4, out-dez, 2011.

OEA. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: convenção de Belém do Pará.** Belém: PA, jun., 1994.

OEA. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher:** convenção de Belém do Pará, Brasil. São Paulo: Comitê Latino Americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) / IPÊ, 1996

OMS. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: Ação e produção de evidências.** 2002.

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.

OLIVEIRA, C. C; FONSECA, R. M. G. S. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. **Rev. Latino Am. Enfermagem Forthcoming.** 2015.

OLIVEIRA, C. C; FONSECA, R. M. G. S. Prática dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **REBEn**, São Paulo: USP, n.4, p. 605-12, 2007.

OLIVEIRA, R. N. G. **Violência de gênero e necessidades em saúde: limite e possibilidades da estratégia da saúde da família.** São Paulo: USP, 2011.

OSIS, M. J. D; DUARTE, G. A; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidade de saúde: prevalência e condutas de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, Campina: SP, v.46, n.2, p. 351-8, 2012.

PAIVA, A. C. R; SANTOS, V. P; SANTOS, S. M. Violência doméstica e as implicações na saúde física e emocional de mulheres: Interferência de enfermagem. **XI SEGET**, 22, 23, E 24, out. 2014.

PENNA, L. H. G; TAVARES, C. M. M; SOUSA, E. R. A importância da inserção da temática “violência contra a mulher” no currículo de Enfermagem. In the curriculum of nursing. **Oline Brazilian Journal of Nursing** v.3, n.2, 2004.

PEDROSA. C. M; SPINK. M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Rev. Saúde Soc**, São Paulo: SP, v.20, n.1 p126

PEREIRA, G. M. S. **A violência contra a mulher: A vulnerabilidade nas relações de gênero**. Ouro Preto: MG, 2012.

PIERRO, G. Di; SIQUEIRA, J.; CALDEIRINHA, D. **Guia de referência para o atendimento a mulheres em situação de violência**. São Paulo: Instituto sou da Paz. 2010. 24p.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HONGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: método, avaliação e utilização**. 5° ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAFAEL, R. M. R; MOURA, A. T. M. S. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência. **REBen**, Brasília: DF, mar/abr., 2013.

RAFAEL, R. M. R; MOURA, A. T. M. S. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência. **REBen**, v. 66, n. 2, p. 287-90, mar/ abr. 2013.

RODRIGUES, V. P. **Representações sociais de famílias sobre a violência de gênero**. Salvador: BA, UFBA, 2015.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M; GONÇALVES, L. R; JUNIOR, M. O; YOSHIKAWA, E. E. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **Avances em Enfermeria**, V.XXIX, n. 2°, jul-dez,2011.

SALVIANO, I. C. M. **A violência de gênero: um denominador no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: DF, UNB, 2014.

SANTOS, L L. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde**. [dissertação] FMRP, Ribeirão Preto, SP, 2003.

SANTOS, A. F; MENDONÇA, É. O; FONSECA, J. O; SIILVA. K. F. C; VIANA, M.; COSTA. C. L. N. A. Violência contra mulher. **Caderno de graduação**. Aracaju: PB, març /2014.

SANTOS, C. MacD; IZUMINO, W. P. **Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. 2005.** Disponível em: <http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>. Acesso em: 12 de abril 2016.

SÃO PAULO (cidade). **Secretaria Municipal de Saúde.** Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde CODEPPS. São Paulo: S.M.S, 2007.

SALIBA, O; GARBIN, C. A. S; GARBIN, A. J. I; DOSSI, A. P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública.** v.41, n.3, p.472-7, 2007.

SCHRAIBER, L. B; LETTIERE, A; NAKANO, A. M; RODRIGUES, D. T. Violência contra mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde, **REBEn.** São Paulo: USP, v.42, n.3, p.467-73, 2008.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F; FRANÇA-JUNIOR, I; PINHO A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública,** v.36, n.4, p.470-7, 2002.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo. Ed. Perseu Abramo, 2004.

SCHRAIBER, L, D'OLIVEIRA, A. F; HANADA, H; FIGUEIREDO, W; COUTO, M; KISS L; DURAND, J; PINHO, A. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Comunic, Saúde, Educ.** v6, n 10, p41-54, fev. 2003.

SILVA, A. A. A. **Revisão Bibliográfica sobre violência doméstica contra a mulher.** Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. 2012.

SILVA, S. G. Preconceito e Discriminação: As bases da violência contra a mulher. **Psicol. Cienc. Prof. UFRJ,** v.30, n. 3. Brasília, Set 2010.

SOUZA, L. V. O centro de referência de mulheres da Maré Carminha Rosa e o enfrentamento a violência contra a mulher 2000 a 2013. **XXVIII Simpósio Nacional de História.** Florianópolis: SC, 27 a 31 de jul 2015.

PACHECO LR, M. M. GM. The Voices of Brazilian Women Breaking Free From Intimate Partner Violence. *Journal of Forensic Nursing*; n.10 p. 70-76, 2014.

PENNA, L. H. G; TAVARES, V. CM de M, Sousa ER. A importância da inserção da temática: "Violência contra a mulher" no currículo de enfermagem v.3, n.2. 2004. Disponível em: <<http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn302pennaetal.htm>> Acesso 24 de maio 2016.

PINHEIRO, J. C; BARBOSA, J. H. F. **Violência Doméstica a mulher: um desafio para enfermeiro da rede pública de Saúde**. FJN. Juazeiro do Norte.

Disponível em:

<<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I42045.E10.T6897.D6AP.pdf>> Acesso em: acesso em 26 de maio de 2016

TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M. **O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência doméstica: contribuições para o cuidar em enfermagem**. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

TORRÃO FILHO. A. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cadernos Pagu**, n. 24, p.127-152, janeiro-junho de 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a07.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013

VELOSO, M. M. X; MAGALHAES, C. M. C; DELL'AGLIO, D. D; CABRAL, I. R; GOMES. M. Ma. **Notificação de violência como estratégia em saúde: Perfil de uma metrópole do Brasil**. Veloso MMX et al Belém: PA 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012 atualização: Homicídio de mulheres no Brasil**. CEBELA, ago, 2012.

World Health Organization (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence** [Internet]. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf> Acesso 14 jan 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de análise em situação de saúde. Viva: Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / Ministério da Saúde. Brasília: M.S, 2011.



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA
CURSO DE BACHAELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado de Violência contra mulher: Perspectiva dos Enfermeiros das Unidades de atenção básica no município de Itaituba – Pará, tem por objetivo, investigar o conhecimento e prática dos enfermeiros que atuam nas UBS, do município na zona urbana, acerca da violência contra as mulheres e justifica-se pela a necessidade de discussão e sobre a atuação da enfermagem frente a violência como defende (MORAES, 2010), considerando que as Unidades Básicas de Saúde, constitui-se na porta de entrada ao SUS, faz-se necessário que a equipe de enfermagem esteja capacitada para atende-las com qualidade (OLIVEIRA, 2014), nessa ótica, levando em consideração o ponto de interrogação arraigado acerca do questionamentos, considero relevante responder as perguntas que surgem, e do mesmo modo reconhecer a postura, as dificuldades no atendimento, o caminho que essas mulheres percorrem e o conhecimento empregado pela enfermagem frente a violência doméstica.

A sua participação nesse estudo consiste em responder uma entrevista cujo objetivo é extrair informações sobre como vem sendo o atendimento as mulheres vítimas de violência domésticas em seu contexto geral, a entrevista será gravada, mediante autorização do participante, em CD e serão guardados por um período de 5 anos.

Não fora identificado risco ou desconforto decorrentes de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar a pesquisadora principal dessa pesquisa, LEIDILAURA SOARES DE SOUSA, pelo telefone 991362739 ou pelo e-mail leidlaurasoares@bol.com.br, assim como sua orientadora ALINE SOARES DOS SANTOS, ou ainda com a Secretaria do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA pelo telefone (93) 3512-8013.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantido a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvida poderei contatar a qualquer momento a pesquisadora LEIDILAURA SOARES DE SOUSA pelo telefone 93 991362739 ou pelo e-mail leidlaurosoares@bol.com.br, assim como sua orientadora, ALINE SOARES DOS SANTOS, ou ainda coma a Secretária do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA pelo telefone (93) 3512-8013.

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

ITAITUBA, ____ de _____ de 2016.

Participante

Pesquisador (a)



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA
CURSO DE BACHAELADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA ENTREVISTA
Profissionais de Saúde das USBs do município de Itaituba-Pa

Fundamentada no roteiro Luciana ZAMPROGNO, 2013.

Codiname: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Quanto tempo trabalha na função: _____

Escolaridade: _____

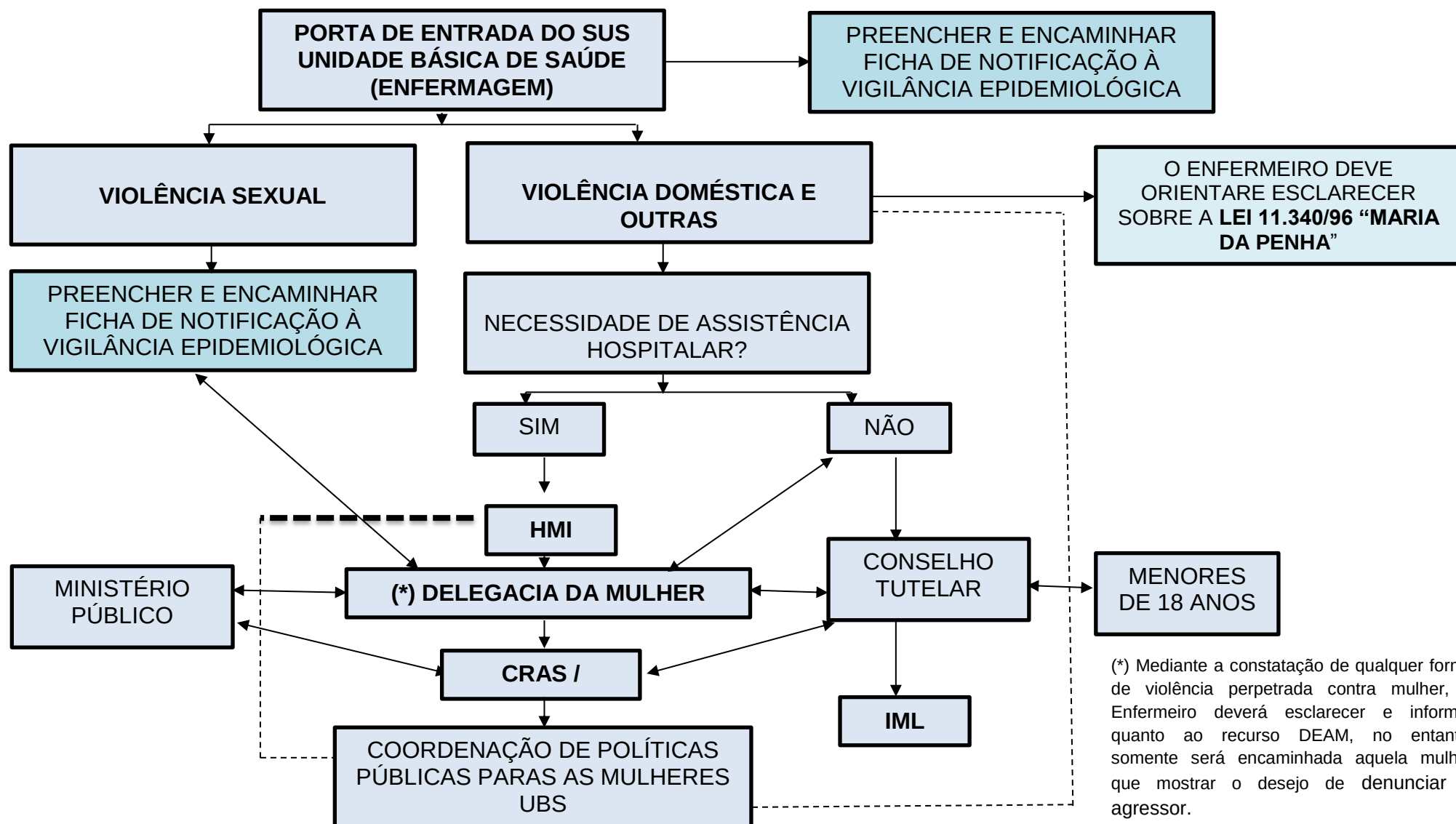
Data da Entrevista: _____

Questões Centrais

1. O que você entende por violência doméstica contra as mulheres? Todos os casos de violência contra a mulher são notificados?
2. Você já recebeu capacitação, seja na academia ou fora dela, para atuar com vítimas de violência? Você sabe manusear a ficha de notificação compulsória para realizar a notificação? Se sim, qual a importância desses treinamentos?
3. Como as mulheres vítimas de violência são recepcionada na USB? Qual a metodologia utilizada na recepção dessas mulheres?
4. No seu ponto de vista, as mulheres vítimas de violência doméstica relatam a violência sofrida ou não falam nada a respeito?
5. Você sabe quais possíveis motivos têm a mulher para não relatar ou admitir ser vítima de violência doméstica?

6. Na sua opinião, o que é preciso para que o profissional de saúde perceba a situação de violência vivida por muitas mulheres que chegam até os serviços de saúde e que nem sempre relatam essa situação? É fácil perceber isso?
- 7 . Você tem conhecimento das políticas públicas destinadas à saúde da mulher? Se sim, como você as avalia? Você sabe quais os serviços que interagem a rede de atendimento as mulheres? Você pode elenca-las?
8. Ao atender uma mulher vítima de violência, você a encaminha para outros órgãos ou setores? Quais? Você recebe o retorno desses órgãos? É feita a referência e contra referência dos casos atendidos nas USBs?
10. Você faz o acompanhamento da mulher vítima de violência? Se sim, como é feito esse acompanhamento pelo setor saúde?
12. Você conhece a Lei 10.774 – Lei de notificação Compulsória de violência contra a mulher e o que diz essa Lei?
13. Na sua opinião, no que a notificação pode contribuir para a redução ou enfrentamento da violência contra as mulheres do município de Itaituba-Pará?
14. Você conhece a Lei 11.340/2006 (“Maria da Penha”)? Fale um pouco sobre essa Lei.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA



Em conformidade aos resultados obtidos na pesquisa, e sabendo da necessidade de um direcionamento das ações realizadas pela enfermagem, elaboramos um fluxograma que norteia o atendimento às mulheres vítimas de violência no município, cujo um dos objetivos é desmitificar a violência perpetrada contra a mulher, como privado dela, e aceitar que esse grave problema social, se encaixa de fato, como um grave problema de saúde pública, devendo, portanto, ser combatido nas mais variadas formas.

PROCEDIMENTOS EM CASO DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

COMO ABORDAR ESSA MULHER NA UBS?

O enfermeiro deve iniciar, escutando essa mulher de forma a identificar as queixas, e direcionar perguntas diretas ou indiretas, afim de instigar uma cumplicidade no atendimento.

- Está tudo bem na sua casa, no seu trabalho?
- Os problemas familiares estão afetando sua saúde?
- Você já sofreu ou sofre algum tipo de violência?

POSTURA DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO

Como já se sabe a UBS é considerada a porta de entrada ao SUS, portanto, é necessário que seja direcionado um olhar clínico a essa acolhida, assim, mediante a identificação ou suspeita de uma situação de violência o acolhimento deve ter como roteiro o seguinte:

- Evitar julgamentos;
- Escutar suas queixas e expectativas;
- Buscar entender o problema e suas dificuldades;
- Traçar juntamente com a mulher o percurso para o suporte necessário;
- Mapear risco em potenciais;
- Acionar familiares e amigos em potenciais;
- Agendar retorno dessa mulher 3 a 5. (O profissional deverá questionar um contato, caso falte ao retorno);

- Informar a cliente acerca da ferramenta de repressão ao crime, como as Delegacia da Mulher (DEAM) e registro de Boletim de ocorrência (BO); Obs.: ressalta-se que essa é uma decisão da mulher, não sendo, portanto, uma obrigação e ou exigência.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E LEGISLATIVOS DA ENFERMAGEM

- Realizar a anamnese;
- Se necessário fazer exame ginecológico;
- Preencher e dar andamento às 2 (duas) vias da Ficha de Notificação, uma via encaminhar a Vigilância epidemiológica e a outra anexar junto ao prontuário.

ENCAMINHAMENTOS

- Se necessário encaminhar para consulta médica.

No município infelizmente ainda não existe uma REDE exclusiva no atendimento as mulheres vítimas de violência. Assim, mediante a constatação da necessidade de consulta médica, o enfermeiro deve preencher a ficha de Referência e contra referência e encaminha-la:

- Centro de Saúde Casa da Mulher.

Quando a violência perpetrada a essa mulher for de conotação sexual, o Enfermeiro deverá rastrear possíveis DSTs, devendo encaminhar essa mulher, lembrando sempre de contra referenciar ao:

- Centro de Testagem anônima (CTA);

Sabe-se que toda e qualquer condição de violência dirigida a mulher, gera risco não somente a integridade física, mas também pode afetar psicologicamente essa mulher. Dessa forma, o enfermeiro deve estar atendo na postura dessa mulher, observando o grau de tristeza, suas queixas, dentre outros achados. Mediante análise e observação o enfermeiro deve encaminha-la se necessário ao:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);

A violência é uma das mais desprezíveis práticas exercida pelo homem, no entanto quando a vítima é a mulher, existem uma série de agravantes que impedem a mulher a denunciar e ou procurar ajuda, dentre eles podemos citar: a filiação.

Nesse contexto é imprescindível que o enfermeiro aprenda a reconhecer esses medos, e assim traçar metas preditivas de proteção dessa mulher. Dessa

forma o enfermeiro precisa trabalhar em parceria com outros setores, dentre eles podemos citar o serviço social.

Assim, mediante a situações de vulnerabilidade social, o enfermeiro deve referenciar e contra referenciar a mulher e ou sua filiação aos Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), ao Centro de referência Social (CRAS), em caso de menores o Conselho Tutelar deverá ser acionado, para que lhes sejam garantidos, abrigo e proteção, direito garantido de qualquer cidadão conforme orienta a Constituição Federal (1988).



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO
INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS
VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de 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 possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 6.098 de 03/08/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 18 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município da Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)		
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
Dados da Pessoa Afetada	7 Nome	8 Data de Nascimento		
	9 Idade	10 Sexo	11 Gestante	
	12 Cor	13 Escolaridade	14 Situação conjugal	
	15 Relações sexuais	16 Possui algum tipo de deficiência?	17 Número do Cartão SUS	
	18 UF	19 Município de residência	20 Código (IBGE)	
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Bairro de residência	23 Número	
	24 Complemento (apto., casa, ...)	25 Ponto de Referência	26 CEP	
	27 (DDD) Telefone	28 Zona	29 País (se residente fora do Brasil)	
	30 Local de ocorrência	31 UF	32 Município de ocorrência	
	33 Logradouro da ocorrência (rua, avenida,...)	34 Bairro da ocorrência	35 Número	
Dados da Ocorrência	36 Zona de ocorrência	37 Ocorreu outras vezes?	38 A lesão foi autoprovocada?	
	39 Meio de agressão	40 Tipo de violências	41 Flisea	
	42 Arma branca	43 Arma de fogo	44 Objeto contundente	
	45 Força corporal	46 Outros	47 Outros	

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Pornografia infantil ☐ Estupro ☐ Exploração sexual ☐ Abetardo violento ao pudor ☐ Outros _____	44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado ☐ Oral ☐ Anal ☐ Vaginal	
	Dados do provável autor da agressão 45 Número de envolvidos ☐ 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado 46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Cuidador ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Madrinha ☐ Amigos/conhecidos ☐ Outros _____ ☐ Cônjuge ☐ Desconhecido		
Em casos de violência sexual	47 Sexo do provável autor da agressão ☐ 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado		48 Suspeita de uso de álcool ☐ 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Aborto ☐ Gravidez ☐ DST ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outros _____		
Evolução e encaminhamento	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Coleta de sangue ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sêmen ☐ Comunicação de Acidente de Trabalho ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
Se óbito pela agressão, data	52 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>		
	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Conselho tutelar (criança/adolescente) ☐ Delegacia Especializada da Mulher ☐ Centro de Referência de Assistência Social/CRAS ☐ Vara da Infância / juventude ☐ Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente ☐ Casa de proteção / abrigo ☐ Outras delegacias ☐ IML ☐ Programa Sentinela ☐ Ministério Público ☐ Outros _____		
CID 10	54 Circunstância da lesão (confirmada) CID 10 <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>		
	55 Classificação final 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado		
Informações complementares e observações			
TELEFONES ÚTEIS Disque-Saúde Central de Atendimento à Mulher Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 0800 61 1997 180 100			
No endereço	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais SVS 28/06/2008

SOUSA, Leidilaura Soares de.

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: Perspectiva do Enfermeiro das Unidades de atenção básica no município de Itaituba-PA/ Leidilaura Soares de Sousa – Itaituba: FAI,2015.

73f.

Orientadora: Profa. Aline Santos, Me.

Trabalho de conclusão de Curso (TCC) – Faculdade de Itaituba – FAI, Curso de Graduação em Enfermagem, Itaituba, BR – PA, 2015.

1. **VIOLÊNCIA CONTRA MULHER:** Perspectiva do Enfermeiro das Unidades de atenção básica no município de Itaituba-PA.