



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISIS GONDIM TRAJANO DUARTE

**A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA  
ACERCA DO ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**

CAJAZEIRAS – PB

2015

ISIS GONDIM TRAJANO DUARTE

**A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA  
ACERCA DO ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de Campina Grande  
como requisito para obtenção do grau de  
Bacharel em Enfermagem.

**Orientador(a):** Prof<sup>a</sup>. Mestra Sofia Dionizio  
Santos

CAJAZEIRAS – PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730  
Cajazeiras - Paraíba

D812p Duarte, Isis Gondim Trajano  
A percepção dos enfermeiros da atenção básica acerca do atendimento à mulher em situação de violência no município de Cajazeiras. / Isis Gondim Trajano Duarte. Cajazeiras, 2015.  
50f. : il.  
Bibliografia.

Orientador (a): Ms. Sofia Dionízio Santos.  
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Violência contra a mulher. 2. Pessoal de saúde. 3. Papel do profissional de enfermagem. 4. Enfermagem – educação continuada. 5. Violência de gênero. I. Santos, Sofia Dionízio. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –614:364.632-055.2(813.3)

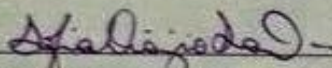
ISIS GONDIM TRAJANO DUARTE

**A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
BÁSICA ACERCA DO ATENDIMENTO À MULHER EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Campina Grande, como requisito  
parcial à obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem.

Aprovado em: 33/03/2015

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Ms. Sofia Dionizio Santos

UACV/CFP/UFCG

(Orientadora)



Prof. Esp. Andréia Karla Anacleto de Sousa

UACV/CFP/UFCG

(Examinadora)



Prof. Ms. Erliane Miranda da Rocha Ferreira

UAENF/CFP/UFCG

(Examinadora)

**CAJAZEIRAS – PB**

**2015**

À minha mãe, meu conforto, minha força, meu sinônimo de incondicional;  
Ao meu pai, e maior exemplo de perseverança, por todo o meu amor e orgulho;  
Aos meus irmãos, que são a um só tempo proteção e aprendizado;  
Ao meu avô Ednaldo, meu segundo pai;  
À memória de minha avó, Indalécia, por todo o seu legado de amor.

## AGRADECIMENTOS

Dentre tantos sentimentos, o que sinto com mais força neste momento é gratidão. Ao meu Senhor, Pai e Abrigo; por me sustentar durante minhas fraquezas e me renovar, sempre em nome Dele. Desde criança sinto o agir de Deus em minha vida e nunca estive sozinha.

Sou grata aos meus pais. À minha mãe, que é a razão de todos os meus acertos, de todo o meu esforço e do meu maior amor; ao meu pai, que é o que conheço de mais terno, simples e forte na vida. São meus exemplos de resiliência e caráter. Espero que um dia vocês vejam em mim tudo o que vejo em vocês e espero fazer por vocês metade do que fizeram por mim. Por mais piegas que soe, sem vocês eu não seria metade de quem sou e não conheceria o amor mais incondicional. Aos meus irmãos; e meu avô Ednaldo, pela força, cuidado e exemplo. À memória da minha avó Indalécia, o ser humano que mais deixou heranças entre os seus, de tanto amor que tinha pra dar.

À minha orientadora, companheira de lutas e merecedora do meu carinho e admiração, Sofia. Obrigada pela paciência e por tudo o que aprendi contigo – desde bem antes deste trabalho. À minha orientadora de Extensão, Carol; e às companheiras Hannah e Thalita, que na nossa caminhada entre lutas, projeto e amizade contribuíram pra que eu me apaixonasse mais pela luta das mulheres e tanto me ensinaram; sobre ser mulher e lutar por elas. Sororidade.

Agradeço aos enfermeiros, que contribuíram com a minha pesquisa e me receberam com um sorriso no rosto. Espero que de alguma forma esse trabalho possa contribuir no exercício da profissão. Ao CRAM e ao NASF, que desde muito antes de eu decidir trabalhar com esse tema me recebem e contribuem com as demandas que requeri nos dois anos em que trabalhei como extensionista.

Agradeço à equipe da ESF Mutirão pelo acolhimento e às companheiras Andreza e Thanyse; foram seis meses em que me apaixonei pela Atenção Básica e recebi como bônus excelentes companhias e amizades. À Letícia Pequeno, que me acolheu e me auxiliou quando precisei na realização desse trabalho.

Quero um bem imenso aos meus colegas de curso, com quem dividi alegrias e angústias. Sempre que unimos nossas forças chegamos mais longe. Débora e Miriane, em especial; pelas dificuldades afins e pela amizade que construímos.

Cajazeiras foi o meu lar durante o curso e me trouxe incontáveis presentes. Sou uma outra pessoa depois das experiências vividas e das pessoas com quem cruzei os meus caminhos. Dizem que os amigos nós contamos com os dedos de uma mão. Mas Deus é tão bom comigo que eu preciso de bem mais que uma: Géssika, Gustavo, Kekel, Mariana, Rafa, Rayanne, Raquel, Samantha, Vanessa, Zé, Yuri; vocês me ensinaram o que é convivência, tolerância, apoio, cumplicidade e confiança. Agradeço por estarem sempre comigo, de uma forma ou de outra. Max, Diego e Raylthon, com certeza os meus dias foram mais bonitos e mais leves por ter vocês comigo nessa cidade que nos acolheu. Monique e Raylha, vocês foram minhas mães, filhas e irmãs por bastante tempo, o suficiente pra ter vocês no meu coração e memória. Erivan, Jessyca, Kathyanne, Rodrigo e Rodrigo Yuri, vocês são donos de imenso carinho e gratidão da minha parte. Giselle, Jayane e Tamise; que há treze anos sabemos poder contar uma com a outra e sempre fomos muito boas nisso. Athus e Jó, sou grata por ter vocês sempre comigo! Felipe e Ravi, eu não consigo encaixar vocês em nenhum desses grupos; mas vocês sabem seus lugares em mim. Mariana e Vanessa, minhas irmãs de alma, vocês me mostraram que é possível ter irmãos sem que haja laços de sangue. Se os amigos são espelho de quem somos, eu sou a pessoa mais abençoada do mundo.

Tenho muito a agradecer à minha família de coração: Tia Déo, Tio Júnior, Isadora, Larissa e Judá. Muito do que eu sou hoje é espelho do que aprendi com vocês. Obrigada, porque eu sempre me senti mais um membro dessa família linda.

Quando ainda era criança, vi e ouvi minha mãe chorando a dor da partida da prima e amiga; que teve sua vida ceifada pelas mãos do machismo e da mais severa crueldade. Vi uma família em todas as suas gerações com uma lacuna que jamais foi preenchida. Desde que tive idade para entender o que isso representou, decidi fazer o que pudesse pra que menos famílias vivenciassem aquela aflição. É à memória dela, Sandra Trajano, que dedico esse trabalho.

*“Nenhum macho ou supermacho que seja, nem o mais valente de todos, se anima em dizer que a verdade não é essa. Nada a ver com: ‘Matei porque era minha’. Na verdade, deveria confessar: ‘Matei-a por medo’. Porque a violência do homem é o espelho do medo do homem de uma mulher sem medo.”*

(GALEANO, Eduardo, 2013)



DUARTE, I.G.T. **A percepção dos enfermeiros da Atenção Básica acerca do atendimento à mulher em situação de violência no município de Cajazeiras.** 2015. 48p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras.

## RESUMO

O problema da violência de gênero acarreta prejuízos na vida das vítimas como um todo, e violência não se trata apenas de agressão física. As vítimas necessitam de atendimento adequado, qualificado, integral e atento à sua subjetividade. Haja vista a complexidade do problema e a necessidade de fornecer maior visibilidade a essa questão, o presente trabalho tem o objetivo de identificar os principais desafios encontrados pelos enfermeiros no atendimento às mulheres em situação de violência. A intenção de investigar e compreender os desafios encontrados pelos profissionais de saúde no momento do atendimento à mulher em situação de violência requer um estudo qualitativo. A presente pesquisa é de cunho exploratório e o processo investigativo se deu através de entrevistas semiestruturadas realizadas pela pesquisadora, tendo como sujeitos onze enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família da zona urbana no município de Cajazeiras. A análise dos dados coletados foi feita com base na teoria da Análise de Conteúdo Temática. Os resultados indicam que os profissionais enfrentam inúmeras dificuldades, desde os sentimentos que os acometem, como insegurança, revolta, angústia, aflição, entre outros; até as barreiras jurídicas e as angústias das vítimas, que dificultam ou atrasam a denúncia. O medo é um sentimento comum às usuárias e aos profissionais, e é causado pela falta de preparo dos profissionais, falta de medidas protetivas efetivas, estigmas impostos às situações de violência e o não cumprimento integral absoluto da Lei Maria da Penha. Os temores que sentem contribuem para a invisibilidade dos casos de violência contra a mulher. Mesmo diante das dificuldades, percebe-se que enfermeiros se comovem com as dores das pacientes e gostariam de vê-las livres das situações de opressão. A capacitação técnica e suporte psicológico aos profissionais; junto ao aprimoramento da Rede de Saúde e Proteção parecem ser medidas que diminuirão o déficit nos atendimentos, tendo como consequência a diminuição do número de mulheres submetidas a situações de violência.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher. Pessoal de Saúde. Papel do Profissional de Enfermagem. Educação Continuada. Violência de Gênero.

## ABSTRACT

The problem involving gender violence causes losses into the victim's lives as a whole, and violence isn't just about physical aggressions. The victims need a treatment that is suitable, qualified, unabridged and mindful to its subjectivity. Considering that the problem is complex and the need to provide greater visibility to this issue, this work is guided by the question: What are the main challenges faced by nurses caring for women in situations of violence? The intention to investigate and to understand the challenges faced by health professionals at the time of attendance for women in situations of violence requires a qualitative study. This research is exploratory, because it aims to elaborate questions in order to establish greater intimacy with the field of study, which involves the challenges lived by the health professionals when caring for female victims of violence. The investigative process occurred through half-structured interviews conducted by the researcher, and were interviewed eleven nurses who are currently working at the urban area of Cajazeiras - Paraíba. The analysis of the collected data was made based on the theory of Thematic Content Analysis, which is an interpretive analysis's method of data collected in interviews. The collected data show that the professionals face several difficulties. They permeate from the feelings that affect them, such as insecurity, anger, anxiety, grief, etc; unto legal barriers and the victims anguish, which hinder or delay the complaint. The fear is a feeling that is a common sense among the victims and the professionals, and it is caused by the unpreparedness' professionals, lack of effective protective measures, stigmas imposed to the situations of violence and the non-compliance fully of Maria da Penha Law. The fears felt by them contribute to the invisibility of the violence cases against women. Even facing difficulties, it can be seen that the nurses are moved by the patients' pains and would like to see them free from oppressive situations. The technical qualification and psychological support to professionals; with the improvement of the Health and Protection Network appears to be measures that will reduce the deficit in the care, resulting in the decrease of women in situation of violence.

**Key- Words:** Violence against woman. Health Professionals. Role of Professional Nursing. Continuing Education. Gender Violence.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	JUSTIFICATIVA.....	13
1.2	OBJETIVOS.....	15
2	VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: CONCEITOS E RELAÇÃO COM A SAÚDE.....	16
3	METODOLOGIA.....	21
3.1	DESENHO DA PESQUISA.....	21
3.2	CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	21
3.3	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
4.1	PERCEPÇÕES SOBRE OS CASOS / CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA.....	24
4.2	PERCEPÇÕES ACERCA DO ATENDIMENTO.....	27
4.3	DIFICULDADES VIVENCIADAS.....	29
4.4	SENTIMENTOS DESPERTADOS.....	34
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	43
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44
	ANEXOS.....	46

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Waiselfisz (2012), em 2011 foram registrados 70.270 atendimentos às mulheres em consequência de violência doméstica, sexual e outras violências. Deste total, mais da metade (70,8%) aconteceu em seus próprios domicílios. Ou seja, a maioria das mulheres é vítima em seus próprios lares, e a violência é perpetrada em grande escala por pessoas próximas a ela, na maioria das vezes pelos seus parceiros.

Como histórico de envolvimento da autora com essa temática, destaca-se a participação como extensionista do projeto “Auto-Organização das mulheres e saúde”, desenvolvido pelo CFP/UFMG, que visa auxiliar as mulheres – principalmente aquelas em situação de opressão – a se auto-organizarem para combater quaisquer mecanismos em que essa opressão tome forma, especialmente com temas e em ambientes relacionados ao cuidado em saúde. Além disso, cabe mencionar a militância na Marcha Mundial das Mulheres, movimento de luta das mulheres em todo mundo, pela sua igualdade de direitos e pelo combate ao machismo e à sociedade patriarcal. Tais vivências proporcionaram um olhar mais amadurecido, mais atento, às disputas em que as mulheres estão inseridas; inclusive, e principalmente, a situação de violência a que muitas mulheres são submetidas diariamente. Ao realizar o Estágio Supervisionado I, evidenciou-se que os profissionais têm bastante dificuldade em lidar com questões que envolvem violência contra mulheres, principalmente quando praticada pelos companheiros das vítimas. Desde então, delineou-se o interesse em identificar quais as dificuldades encontradas, de modo a facilitar melhorias nestes atendimentos, proporcionando às vítimas maior auxílio no enfrentamento desse problema que arrisca sua saúde física e mental.

O problema da violência de gênero acarreta prejuízos na vida das vítimas como um todo, e violência não se trata apenas de agressão física. As vítimas necessitam de atendimento adequado, qualificado, integral e atento à sua subjetividade. Haja vista a complexidade do problema e a necessidade de fornecer maior visibilidade a essa questão, o presente trabalho se norteia pela indagação: Quais os principais desafios encontrados pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres em situação de violência?

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Há alguns anos, a discussão que envolve gênero e patriarcado era pouco reconhecida e menos ainda debatida, apesar da violência decorrente destes existir desde sempre e do fato de que sempre houve mulheres dispostas a romper padrões nocivos. A mulher vem conquistando aos poucos seu espaço na sociedade e tentando se desvencilhar dessa opressão.

O presente trabalho apresenta relevância por contribuir para essas mudanças, somando-se ao processo de luta pela igualdade de direitos entre os gêneros no Brasil que iniciou-se no século XIX e desde então vem buscando conquistar maior espaço e protagonismo no cenário nacional. O novo feminismo, que surgiu a partir de movimentos nessa época, articulou-se no slogan “o pessoal é político”, e consigo trouxe o questionamento acerca da divisão sexual do trabalho, conhecimento, poder e prazer. Assim, os papéis que o homem ou a mulher ocupam na família, política e sociedade começaram a ser questionados. Tal questionamento gerou frutos como o direito ao voto, a licença maternidade de quatro meses, a criação da Lei Maria da Penha, entre outros ganhos que trouxeram maior força e visibilidade à causa feminista. (MOVIMENTO DA MULHER TRABALHADORA RURAL, 2014).

Vê-se que a luta pelos direitos das mulheres e o enfrentamento da violência por ela sofrida em suas mais diversas formas não é uma batalha recente, e ainda busca conquistas importantes que não puderam ser garantidas. Diversos estudos trazem dados estatísticos indicando um grande número de mulheres que sofrem tratamento desigual e opressor e é preciso modificar essa realidade.

Além de buscar contribuir com a luta histórica das mulheres pelos seus direitos, esse trabalho apresenta um enfoque importante na questão da saúde pública e coletiva, objetivando atender à necessidade de compreensão dos desafios que os profissionais enfrentam no atendimento às mulheres em situação de violência. Compreendendo melhor o cenário do atendimento prestado na cidade de Cajazeiras, é possível gerar intervenções melhor direcionadas às necessidades dos profissionais e reduzir prováveis deficiências no atendimento, como as que puderam ser observadas durante estágios, atuação em projeto de extensão e atividades do movimento de mulheres. Nos momentos em que foram presenciadas as queixas das vítimas, suas palavras carregadas de dor e suas expressões demonstravam grande angústia, o que gerou inquietação, haja vista que nem sempre os profissionais (incluindo a autora) conseguem corresponder às expectativas das usuárias.

Para o Ministério da Saúde (2005), a violência contra a mulher é questão de saúde

pública, pois inclui mortes por homicídios, suicídios, altos índices de ideação suicida, infecções sexualmente transmissíveis, problemas cardiovasculares e dores crônicas; além de todo o prejuízo causado no subjetivo da mulher. (SCHRAIBER et al., 2007). Assim, a Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003, deu início a obrigatoriedade de notificação de casos de violência contra a mulher, para que se conheça melhor o fenômeno, proporcionando o desenvolvimento de intervenções de prevenção de agravos e adoção das condutas adequadas.

De acordo com o estudo de Waiselfisz (2012), no Brasil, em 2010, foram notificados 4297 homicídios cuja vítima é a mulher. Neste mesmo ano, a Paraíba ocupou o quarto lugar no ranking dos estados brasileiros: 117 mulheres foram mortas em decorrência da violência. Segundo o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificações), em 2011, o município de Cajazeiras notificou 2 mortes de mulheres vítimas de violência; 2 casos em 2012 e 7 em 2013. Em 2014, foram notificados três casos de violência, até o mês de outubro. Apesar da notificação compulsória, pode estar acontecendo subnotificação dos casos; no Brasil, menos de 10% dos casos chegam às delegacias: as pacientes são poliqueixosas e os profissionais temem adentrar mais a fundo as investigações, e acabam tratando apenas os efeitos das violências vividas pelas mulheres. A invisibilidade conferida ao fenômeno da violência contra a mulher dificulta a real percepção dos casos e suas peculiaridades, gerando uma série de problemas, como a deficiência de ações de prevenção e intervenção. Uma vez em posse do conhecimento de quais os problemas encontrados por estes profissionais, torna-se mais fácil planejar ações de prevenção e promoção da saúde e segurança das usuárias, promovendo um atendimento melhor qualificado. (SCHRAIBER et al., 1999)

A educação permanente dos profissionais é outro fator a ser considerado como relevante no que diz respeito a esta pesquisa. Ao colocar o cotidiano do trabalho em constante análise, a pluralidade de ideias e experiências compartilhadas pode proporcionar crescimento para a equipe, solidificando as relações interpessoais e incentivando a tomada de ações mais efetivas, culminando em uma assistência de maior qualidade. Uma vez em posse do conhecimento de quais os problemas encontrados por estes profissionais, torna-se mais fácil planejar ações de prevenção e promoção da saúde e segurança das usuárias, promovendo um atendimento melhor qualificado. (FREITAS; LIMA; DYTZ, 2007).

O presente trabalho também pode atuar como ponto de partida para novas pesquisas, mais específicas e mais direcionadas, culminando no mesmo propósito: a melhoria do atendimento às mulheres em situação de violência.

## 1.2 OBJETIVOS

### **Objetivo Geral:**

- Identificar os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência na cidade de Cajazeiras.

### **Objetivos Específicos:**

- Levantar quais estratégias os profissionais de saúde estão utilizando para atender as mulheres vítimas de violência;
- Conhecer experiências dos profissionais de saúde no atendimento às mulheres em situação de violência;
- Investigar os sentimentos aflorados nos profissionais, quando os mesmos recebem as pacientes que sofreram algum tipo de violência.

## **2. VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: CONCEITOS E RELAÇÃO COM A SAÚDE**

De acordo com Narvaz e Koller (2006), o patriarcado é o modelo de sociedade centrado na descendência patrilinear e no controle dos homens sobre as mulheres. Segundo o modelo patriarcalista e ainda vigente em nossa sociedade, muitos dos papéis atribuídos à figura da mulher são considerados inferiores àqueles atribuídos à figura do homem. É a noção de patriarcado que faz com que as diferenças sexuais entre homens e mulheres se tornem sinônimo de subordinação do sexo feminino. Assim, diferenças de gênero são usadas como justificativa para diferenças de tratamento e de direitos, significando um maior prejuízo para a mulher. O machismo perdura porque “[...] existem estruturas de poder, traduzidas por relações sociais de dominação-subordinação, que não se alteram enquanto forem tratadas, de maneira simplista, como preconceitos” (SAFFIOTI, 1987).

O movimento feminista visa demolir as seculares raízes da inferiorização feminina e do patriarcalismo e busca a construção de novas bases de relação entre homens e mulheres. Uma das consequências mais graves desse tipo de estruturação social é a violência contra a mulher.

Na década de 90, foi formada uma Comissão Parlamentar de Inquérito pela Câmara dos Deputados a fim de investigar a violência contra as mulheres; e nesta década, o fenômeno ganhou visibilidade como problema de saúde pública. A notoriedade ganhou reforços em 1998, quando houveram as celebrações do Cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o lançamento do “Pacto Comunitário contra a Violência Intrafamiliar” e a Campanha “Uma Vida sem Violência é um Direito Nosso”. (CFEMEA, 2007).

No Brasil, a Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres foi criada em 2003, e em 2004 o Plano Nacional de Política para as Mulheres. A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que aconteceu também em 2004, e, a fim de que seja ampliada a rede de serviços de atenção à mulher, coloca os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário como também responsáveis pelo fenômeno. Segundo o Ministério da Saúde (2011, p. 9),

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, segundo o Ministério da Saúde, “tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Além disso, está estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), elaborado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM).



O Ministério da Saúde define a violência contra a mulher como qualquer conduta - ação ou omissão - de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Essa violência acontece não só em espaços públicos, como também domésticos. É uma das principais maneiras de violação dos direitos humanos das mulheres. (BRASIL, 2005).

A OMS relaciona essa violência a diversos agravos à saúde física, abusos de drogas e álcool, distúrbios gastrointestinais, inflamações pélvicas crônicas, dores de cabeça, asma, ansiedade, depressão, distúrbios psíquicos, como tentativa de suicídio, além do trauma físico direto. (OLIVEIRA et al, 2005, p.377)

Mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Quanto mais graves as agressões, maior o número de consultas; porém, os profissionais de saúde não percebem que essas mulheres se encontram em situação de violência, mesmo quando as lesões indicam claramente sinais de abuso. Sob o pretexto de falta de tempo e recursos, medo de ofender as mulheres, capacitação incipiente, ou mesmo pelo fato de que algumas mulheres não seguem de maneira veemente os conselhos recebidos; esses profissionais prestam um atendimento raso e criam barreiras entre os serviços e as usuárias. (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

É importante salientar que violência não diz respeito apenas a ofensas físicas ou abuso sexual. Ela pode se manifestar desde formas mais veladas possíveis até as mais severas agressões.

Na sociedade patriarcal em que vivemos, a exclusão e a desigualdade social encontram justificativa nas diferenças biológicas entre os sexos. A violência a que a mulher é submetida acontece pelo simples fato de ela ser mulher e independe de fatores como classe social, raça ou religião. (LAVINAS, 1997)

Na maioria das vezes, a violência acontece dentro dos próprios lares das vítimas, e é chamada de doméstica ou intrafamiliar, que acontece entre pessoas com parentesco natural (pai, mãe, filha, irmãos) ou civil (marido, sogra, padrasto ou outros); por afinidade (primo, algum parente do marido) ou afetividade (amigo ou amiga com quem a vítima divide o domicílio). Tais violências envolvem abuso físico, sexual, psicológico, negligência e abandono. (SANTINON et al., 2012)

A violência pode ser manifestada das mais diversas formas. Ainda segundo Santinon et al. (2012, p. 5), “ a violência física é caracterizada pela ação ou omissão que coloque em

risco ou cause dano à integridade física de uma pessoa, podendo causar lesões internas, externas ou ambas.”

A violência sexual se dá quando a vítima é obrigada a manter contato sexual (física ou verbalmente) ou a participar de outras atividades de caráter sexual, mesmo quando não há o ato da penetração. Embora seja ignorado por muitos, há a violência sexual praticada mesmo entre cônjuges, quando o parceiro obriga por meio de ameaça ou coerção a mulher a manter relação sexual contra a sua vontade – a isso chamamos de estupro conjugal. Atos que caracterizam violência sexual incluem também carícias indesejadas, exibicionismo e masturbação forçados, uso de vocabulário de cunho sexual, ou até mesmo negação ao uso de qualquer método contraceptivo. (BRASIL, 2001).

Muitas vezes, meninas antes ou durante a puberdade são vítimas também de violência sexual por parte de familiares ou em ambientes como escolas, na vizinhança, shoppings, parques, etc; e a criança não possui sequer capacidade emocional ou cognitiva para discernir ou assentir a situação à qual está sendo submetida. (GAUDERER; MORGADO, 1996).

A violência psicológica ocorre quando há ação ou omissão em virtude de desmoralizar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa. Geralmente é praticada no intuito de causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Desvalorização, chantagem, ridicularização, isolamento de familiares e amigos, humilhação, insultos, omissão de afeto ou cuidado, manipulação afetiva e ameaças são formas comuns de manifestação deste tipo de violência. (BRASIL, 2001).

Violência moral agride a honra e a reputação da vítima, por meio de calúnias, difamação ou injúria. Esta pode também ser vista como violência psicológica, uma vez que pode causar prejuízos à autopercepção e à saúde mental da vítima. (BRASIL, 2001).

Violência institucional é pouco conhecida e pouco discutida, porém acontece em larga escala: é aquela que acontece nos serviços públicos ou pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. As relações de hierarquia por vezes ocasionam abuso de poder e submissão pelas partes envolvidas, e a mulher costuma ser a maior vítima. Negligência e rispidez no atendimento; discriminação por diferenças raciais, de gênero, por condições clínicas (pacientes com HIV, etc) sociais ou apenas porque o funcionário discorda das decisões da usuária (em casos de aborto); acolhimento insipiente; detrimento das necessidades e direitos da clientela são exemplos comuns de manifestação de violência institucional. (BRASIL, 2001).

O momento do acolhimento é o primeiro contato do paciente com a rede de saúde, e precisa provê-lo segurança física e emocional. Uma vez sentindo-se segura, é mais provável

que a mulher faça adesão ao tratamento. A eficiência do primeiro diálogo facilita o contato da usuária com os demais profissionais da rede, assegurando maior qualidade na assistência e favorecendo intervenções efetivas; de modo que os casos tenham resolutividade de fato. (REIS, et. al., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento se dá no ato ou efeito de acolher e requer uma atitude de aproximação, de inclusão; e resulta num compromisso do profissional de saúde para com o paciente, que procura os serviços buscando uma escuta atenta e respostas às suas necessidades. (BRASIL, 1999).

Durante o acolhimento, o profissional de saúde deve deixar de lado quaisquer preconceitos, estigmatizações ou fragilidades e crenças pessoais. Deve ter cautela e evitar adquirir uma postura paternalista, bem como poupar a vítima de perguntas ou suposições dispensáveis. (BRASIL, 2005; REIS et al., 2010).

Higa et al., (2008) sugerem que a equipe de Enfermagem, que geralmente é a responsável pelo acolhimento, façam uso de um Protocolo de Enfermagem na Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, de modo a incorporar o atendimento imediato e tardio segundo as etapas do processo de enfermagem.

A Estratégia Saúde da Família está mais próxima à população, de modo que os serviços de atenção primária à saúde são os que mais detém condições de identificar problemas no cotidiano dos usuários. Os serviços de saúde pública precisam estar articulados e em constante comunicação para que os encaminhamentos necessários sejam realizados. As Secretarias de Segurança e Delegacias da Mulher são exemplos de serviços que precisam estar disponíveis e aptos a trabalhar em consonância com as equipes de Estratégia de Saúde da Família; mas apenas a articulação não promove por si só o êxito na resolutividade dos casos. É preciso haver uma reformulação na educação e na formação de recursos humanos; além da adesão de mecanismos que auxiliem no enfrentamento dos casos. (LUCENA; SILVA, 2008).

Apesar de dever estar articulada no sentido de fornecer suporte em diversos âmbitos para a usuária, a rede de saúde nem sempre dispõe de profissionais preparados para tal. Algeri (2005) alega que muitas vezes os casos passam despercebidos por esses profissionais porque não sabem lidar com os aspectos normativos e legais no que diz respeito à proteção da vítima; e negligenciam estes aspectos por falta de interesse ou despreparo. Assim, corroborando para o aumento do índice de casos sem quaisquer resolutividade ou notificação.

O estudo realizado por Reis et al. (2010), visa compreender as vivências de enfermeiros no atendimento a mulheres que sofreram violência sexual, e mostra que uma das dificuldades vividas pelos profissionais no momento do atendimento é que suas experiências

personais se misturam com as experiências compartilhadas pelas usuárias; pois algumas das profissionais já passaram por situação de violência. Algumas das entrevistadas também alegam sentir revolta e fragilidade, por não conseguirem quebrar o ciclo da violência, que muitas vezes está arraigado culturalmente e emocionalmente à dinâmica das famílias envolvidas.

Nesse mesmo estudo, foi detectado que muitos enfermeiros se apropriam das dores dos seus pacientes, trazendo para sua vida pessoal sentimentos de medo. Há ainda enfermeiros que não gostam de prestar o atendimento a esses casos dado o fato de que são multifacetados e demandam atenção especial. (REIS et al., 2010).

Na dimensão técnica do cuidado, a abordagem da enfermagem deve estar voltada ao tratamento de lesões, à prevenção de gestação indesejada, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da hepatite B. (MORAES et al., 2010). Porém, é sabido que a assistência não compreende apenas o aspecto técnico. Mesmo que haja o reconhecimento pela OMS e Ministério da Saúde de violência de gênero como problema de saúde pública e coletiva, muitas vezes os serviços de saúde não a valorizam como tal. Assim, o processo saúde-doença acaba sendo focado apenas na sintomatologia dos casos (ansiedade, insônia, lesões corporais, alterações digestivas, entre outros) – o que ajuda momentaneamente, mas devido à falta de investigação mais profunda e acompanhamento holístico, não resolve a causa do sofrimento. (BRASIL, 2005).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Desenho da Pesquisa**

A intenção de investigar e compreender os desafios encontrados pelos profissionais de saúde no momento do atendimento à mulher em situação de violência requer um estudo qualitativo. Este tipo de estudo, segundo Heidegger (apud MORAIS, 2008), usa os relatos dos entrevistados a fim de detectar qual a percepção individual que eles atribuem aos fenômenos, através da descrição das experiências vividas. Para Prodanov e Freitas (2013, p. 70), a pesquisa qualitativa:

“considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa.”

A presente pesquisa foi de cunho exploratório, pois se propõe a formular questões a fim de resultar em maior intimidade com o tema do estudo, que envolve os desafios vivenciados pelos profissionais de saúde no momento do atendimento à mulher vítima de violência. (LAKATOS; MARCONI, 2003).

#### **3.2 Cenário e sujeitos da pesquisa**

A investigação aconteceu nas unidades básicas da zona urbana do município de Cajazeiras, pois a Atenção Básica reúne os primeiros serviços que os usuários buscam diante de diversas situações, inclusive de violência. A Estratégia Saúde da Família proporciona maior acessibilidade à população em relação aos demais serviços, potencializando o vínculo entre rede de saúde e população. A zona urbana foi a área escolhida, pois entre a zona urbana e a zona rural há dinâmicas diferentes quanto à conformação das famílias e do meio social. E em função de condições de acessibilidade, a pesquisa na zona urbana é mais viável para os limites deste trabalho.

Os sujeitos envolvidos foram os enfermeiros, pois são os profissionais que prestam os cuidados iniciais e realizam o acolhimento da Unidade Básica de Saúde. Costumam ser eles os profissionais com quem a população mais desenvolve vínculo, assim, sendo mais provável que usuários em situação de sofrimento consigam revelar suas angústias.

Na zona urbana do município de Cajazeiras, há doze Unidades Básicas de Saúde. Foram contatados os respectivos enfermeiros atuantes nessas Unidades, e destes, apenas um declinou o convite para participar da pesquisa, alegando não ter com o que contribuir ao estudo. Deste modo, foram realizadas onze entrevistas com os onze enfermeiros que se dispuseram a cooperar com a pesquisa. Não será feita a descrição do perfil dos entrevistados para evitar que haja identificação dos sujeitos.

As entrevistas foram realizadas tendo como parâmetro as estipulações da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, foram tomados os cuidados para atendimento das questões éticas no que se refere ao sigilo dos dados e arquivamento das gravações das entrevistas. Além disso, a participação dos entrevistados se deu a partir de seu consentimento, declarado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado no Apêndice B. A realização da pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, identificada pelo número CAAE 39134914.1.0000.5575.

### **3.3 Coleta e análise dos dados**

O processo investigativo se deu através de entrevistas semiestruturadas realizadas pela pesquisadora, com auxílio de equipamento de gravação para posterior transcrição. Cada entrevista foi guiada pelas perguntas norteadoras apresentadas no Apêndice A. A entrevista semiestruturada deve contar com um roteiro que intenta culminar na obtenção das informações desejadas, de modo que sirva de orientação ao pesquisador; e deve conferi-lo liberdade para incorporar novos temas que possam surgir durante a entrevista. (MINAYO, 2013).

Este método é vantajoso nesta pesquisa, pois é na entrevista que o pesquisador tem acesso às expressões verbais (e mesmo as não verbais) dos entrevistados. Segundo Lakatos e Marconi (2003), é o método que muitos autores consideram o instrumento mais adequado da investigação social.

Os locais onde as entrevistas foram realizadas seguiram a preferência dos entrevistados. Em sua maioria, em ambiente hospitalar ou nas Unidades Básicas.

A análise dos dados coletados foi feita com base na teoria da Análise de Conteúdo Temática, que é um método interpretativo de análise dos dados coletados em entrevistas. Confere ao pesquisador o poder de organizar o que ele coletou segundo temas, facilitando a compreensão do fenômeno que foi pesquisado. Segundo Minayo (2013) “consiste em

descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

O referencial de sistematização da Análise de Conteúdo foi o artigo da autora Denize Cristina de Oliveira. Este método intenta manipular os conteúdos e expressões de conteúdos, a fim de destacar parâmetros que permitam apreender uma realidade ou informação que não é exatamente a que está explícita na mensagem. Deste modo, permite ao pesquisador acessar diferentes aspectos em um texto, conferindo a ele segurança durante o percurso metodológico; além de permitir a comparação entre os resultados de diferentes estudos. (OLIVEIRA, 2008)

Para Bardin (2006, p.38), a análise temático-categorial é:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).”

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1: Distribuição das categorias levantadas a partir da análise de entrevistas		
CATEGORIAS	NÚMERO DE UNIDADES DE REGISTRO	UR DA CATEGORIA/TOTAL UR (%)
Percepções sobre os casos/ Características da Violência	43	23,6%
Percepções acerca do atendimento	45	24,7%
Dificuldades vivenciadas	73	40,1%
Sentimentos Despertados	21	11,5%
TOTAL	182	100%

A partir dos depoimentos coletados durante as entrevistas, foi feita a delimitação dos temas (unidades de significação) mencionados, e estes foram agrupados em categorias. A tabela acima sintetiza as categorias a serem abordadas durante a discussão dos resultados, e denota em valores as unidades de registro para cada uma delas.

A primeira categoria diz respeito à forma como os profissionais descrevem os casos de violência que atendem. Aborda, em seus relatos, quais são as características da violência sofrida pelas vítimas e o que estas usuárias descrevem.

A segunda categoria busca expor quais as percepções dos enfermeiros acerca do atendimento que realizam. Se eles estão satisfeitos com o próprio atendimento, se julgam o mesmo insipiente, o que encontram de positivo ou negativo na Rede de Saúde, entre outras unidades de significação.

As dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros estão relatadas na terceira e mais ampla categoria. São relatadas adversidades no âmbito logístico, social e emocional.

Por fim, os sentimentos despertados nos enfermeiros no momento do atendimento à mulher em situação de violência são descritos na quarta categoria. Esta recebeu consideravelmente o menor número de unidades de registro; nos proporcionando oportunidade para refletir se as poucas menções não estariam relacionadas à preocupação de não envolver-se com os sentimentos do paciente.

##### 4.1 Percepções sobre os casos/ Características da Violência



O presente trabalho propõe-se a conhecer o atendimento dos enfermeiros da Atenção Básica às mulheres em situação de violência, bem como identificar as dificuldades que esses profissionais enfrentam. Para compreender o atendimento realizado, é preciso também tomar conhecimento de como são esses casos, de quais são as características da violência desferida contra as vítimas.

Os atos de violência relatados na pesquisa possuem características comuns aos citados no estudo de Fonseca e Lucas (2006), que afirmam que tais atos assumem um caráter cíclico, onde as vítimas não conseguem encontrar um espaço para sair deste ciclo vicioso; pois o agressor oscila entre atos de extrema hostilidade seguidos de momentos de carinho e aparente arrependimento. Ainda, afirma que os atos de violência física se iniciam geralmente com agressões verbais e violência psicológica, em que o agressor parece julgar necessário que se estabeleça uma relação de dominação e subordinação. A citação a seguir demonstra como um dos profissionais relatou tal dado com clareza:

*“(...) E a violência doméstica não é só as vias de fato, a violência física. Os gritos, os xingamentos, os empurrões... então isso, a violência pra chegar às vias de fato teve esse processo de vários anos até. De desprezo, de humilhação, aí vem os empurrões, tapas, ameaças verbais... até chegar na violência física e até o homicídio. Isso leva um tempo. A mulher sempre acha que é a primeira e última vez.” (E5)*

Alguns dos profissionais relatam ter recebido pacientes com evidências de agressão física; e quando perguntadas sobre os hematomas, cheias de medo e angústia, elas respondiam de forma evasiva ou mesmo com respostas que não condizem com a realidade. No discurso a seguir, vemos um exemplo claro disto:

*“Teve uma outra vez em que ela também não chegou diretamente e falou que foi violentada, aí ela passou mal e quando eu coloquei ela na maca, eu vi os hematomas nela. Deu uma queda de pressão nela, e quando observei ela tava com manchas, o olho roxo, e eu perguntei o motivo. Ela disse que ‘não, foi que meu esposo ia colocar a moto, subiu com a moto, eu tava no meio e bateu em mim.’ No entanto quando eu fui deixar ela em casa eu vi que não tinha a mínima condição daquele olho roxo ter sido aquilo. Como é que a moto cai, a pessoa tá em pé, e pega no olho? É complicado. Muitas vezes as pessoas são violentadas, mas têm medo, têm medo de chegar, de dizer.” (E2)*

O aparecimento de sequelas físicas decorrentes de violência psicológica foi bastante citado entre os entrevistados. As pacientes apresentam quadros de hipertensão, ansiedade, distúrbios no ciclo menstrual, entre outros. Dirigem-se às Unidades Básicas de Saúde buscando solucionar tais problemas, e em algumas das vezes, sem mencionar a existência da

violência a que são submetidas. Este dado deve ser citado junto ao fato de que alguns profissionais afirmam que muitos casos são relatados durante a realização de outros procedimentos. Em seus estudos, Heise et al. (1994) afirma que 35% das queixas nos serviços de saúde oriundas do público feminino são relacionadas a algum tipo de violência.

Cabe destacar que cinco dos enfermeiros afirmam que costumam receber pacientes que procuram o serviço de saúde alegando outros motivos, e acabam, durante as consultas, revelando que a real motivação da busca ao serviço é que a usuária se encontra em situação de violência. Contudo, essas revelações só acontecem quando os profissionais percebem sinais de que a mulher tem algo mais a falar, e procuram conversar. Com isso, buscam demonstrar-se disponíveis, para que ela possa se sentir confortável em relatar a situação que está vivenciando. (REIS, et. al., 2010).

Dois dos enfermeiros entrevistados relatam nunca terem recebido casos de mulher em situação de violência, e uma das enfermeiras relata apenas ter tratado de um caso fora de seu exercício profissional. Estes profissionais atuam em áreas onde a população costuma possuir uma situação econômica mais favorável em relação às demais áreas. Isto não quer dizer, contudo, que a violência atinge apenas camadas sociais menos abastadas.

De acordo com o que foi abordado no referencial teórico do presente trabalho, a violência é manifestada nas mais diversas formas, e a grande maioria dos profissionais (81,8%) demonstra ter conhecimento disso. O que se mostrou alarmante é que apenas pouco mais da metade (54,5%) dos enfermeiros depoentes no presente estudo sabe que atualmente a violência é caso de notificação compulsória - haja vista que em novembro de 2004 a mesma foi implantada no âmbito do Sistema Único de Saúde.<sup>1</sup> (BRASIL, 2004)

Uma das entrevistadas faz uma afirmação que corrobora com os dados encontrados no presente estudo:

*“Eu tava na secretaria na parte de epidemiologia... não tem nenhuma denúncia de violência doméstica. Não foi notificada nenhuma. Pra você ver, uma cidade como Cajazeiras, ninguém notifica.” (E4)*

<sup>1</sup> Em 2011, o Ministério da Saúde reafirmou a importância da notificação desses casos, através da Portaria número 104 de 25 de janeiro daquele ano, em suspeita ou confirmação de violência (BRASIL, 2012).

Dessa maneira, o ato de notificar é importante, para que assim sejam levantadas políticas públicas e iniciativas que atuem de modo a reduzir a violência – e não apenas os índices. Quando se trata de violência contra a mulher, ao contrário do que se pode pensar, a subnotificação diz respeito menos à falta de competência ou compromisso dos profissionais do que à série de problemas que são encontrados. A subnotificação é um dos motivos que deveria por si só atrair os olhares do poder público; e mais ainda quando somamos aos outros fatores que foram listados como temas nesta pesquisa (ANEXO 1). Em palavras diretas: a invisibilidade numérica deveria ser tão ou mais efetiva no sentido de ganhar a visibilidade necessária; já que ela acontece por conta da complexidade dos fatores envolvidos. (KIND, 2013)

Sabemos que o atendimento à mulher em situação de violência se dá de maneira multiprofissional, e que deve haver uma rede de cuidados das mais variadas ordens para atender todos os níveis de necessidades e peculiaridades dos casos. Quando perguntados sobre os encaminhamentos, a maioria dos enfermeiros afirma requisitá-los sempre que se faz necessário, e também que estes ocorrem sem dificuldades. Importante frisar que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Cajazeiras foi consideravelmente elogiado e os enfermeiros sentem-se seguros em acioná-los, bem como se sentem satisfeitos quando o fazem.

#### **4.2 Percepções acerca do atendimento**

Além de procurar entender como o enfermeiro percebe o próprio atendimento, intentamos fazê-lo referir suas inseguranças, acertos, possíveis erros; e se a sua conduta está refletindo os seus preceitos e suas intenções.

Quando questionados a respeito do próprio atendimento, menos da metade (45,4%) dos enfermeiros afirmam sentir-se preparados para atender com qualidade as mulheres em situação de violência; e a mesma quantidade (embora não os mesmos profissionais) afirma ter realizado um aconselhamento adequado quando se fez necessário.

Contudo, outros três profissionais julgam o atendimento que prestaram “precário, limitado e irresolutivo”. É um dado preocupante, pois a Portaria N° 2.488 de 21 de outubro de

2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica; e entre outras diretrizes, aponta que os atendimentos em saúde devem possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde que devem ser de qualidade e resolutivos. Quando o atendimento não se faz de forma eficaz, não oferece respostas às usuárias; portanto torna-se mais difícil que as mesmas voltem a procurar os serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

Nos discursos analisados, é perceptível que quanto mais preocupados e sensibilizados com as dores das vítimas, menos os profissionais sentem que realizaram um bom atendimento. A consciência de que as mulheres precisam de muito mais do que ser referenciadas demonstra um olhar diferenciado, e portanto terreno mais fértil para a mudança de conduta daqueles profissionais. Podemos observar isso nos trechos a seguir:

*“Totalmente precário, assim. Foi um atendimento... foi um atendimento que foi tudo que a atenção básica diz que não é pra ser. Foi irresolutivo, ou seja, não consegui dar uma resposta àquela mulher. (...) E nisso (a usuária não ter voltado à Unidade Básica de Saúde) eu não posso tirar a razão dela. Se ela não sente segurança em mim enquanto profissional ela não volta pra procurar saber da rede, de nada... (...) Não foi resolutivo, tudo que não é pra ser... não foi humanizado, acho que não se pode nem chamar de atendimento na verdade. Foi uma escuta... eu posso dizer que foi uma escuta do sofrimento daquela mulher naquele momento. Mas que eu acredito que não pude fazer nada por ela, infelizmente.” (E1)*

*“Eu diria que foi um atendimento limitado. Não chegou ao alcance do que na realidade ela precisava, e a família, até porque nossas questões esbarram em muita coisa. E até por ser o primeiro contato com esse tipo de problema de saúde pública. Então assim foi bem restrito, bem limitado. (...) É difícil você se deparar com uma situação de violência. E quando se trata de violência contra a mulher, principalmente a gente que é mulher, acaba trazendo pra gente isso. E a gente abre uma reflexão sobre isso, e até que pronto a gente tá sendo omissa, até que ponto essa omissão tá ajudando esse agressor a continuar agredindo essas mulheres e até que ponto a gente pode intervir também. Porque aí entra também o nosso medo, né? Não é só a mulher.” (E5)*

O fato de as entrevistas se destinarem a conhecer as experiências dos enfermeiros e a maioria das unidades de registro encontradas terem sido referentes às dificuldades encontradas (como pode ser observado no Anexo 1) demonstra que esses profissionais enfrentam uma série de questões nos mais variados aspectos, que podem prejudicar o atendimento.

Os profissionais relatam de forma recorrente que mesmo diante de sinais claros, e até mesmo diante de uma confirmação inicial, a vítima não custa a negar que foi agredida. Isso resulta num grande empecilho para a realização do atendimento. E a este fato, os enfermeiros atribuem os mais diversos fatores: a paciente sente-se em dependência financeira do parceiro e não vê como sustentar a si e aos filhos; tem medo do que as pessoas – inclusive a família

possa falar; teme se desfazer dos laços familiares, da estrutura familiar (cujo conceito provavelmente lhe foi imposto pela cultura patriarcal); e também têm receio das providências que possam ser tomadas diante de uma denúncia.

Quando a violência se dá no âmbito doméstico e o casal têm filhos, as crianças aparecem como vítimas. No caso de separação ou denúncia do agressor – no caso, o marido e pai - a mulher sente-se tolhendo dos filhos a chance de ter um lar estável e ter a figura paterna no seu cotidiano. Por outro lado, temem pela segurança dos filhos e pelas consequências que aquele ambiente possa trazê-los, uma vez que estão inseridos num ambiente conflituoso. (JONG; SADALA; TANAKA, 2008).

Em um estudo realizado com vítimas de violência doméstica, a autora procura listar os fatores que motivaram as vítimas a fazer as denúncias, bem como os que se fizeram entrave. E esses foram: *“medo, a culpa, a vergonha, o amor pelo agressor, manipulação do agressor, desconhecimento de seus direitos e falta de informação, preocupação com os filhos, insegurança econômica e a esperança da resolução do problema.”* (PARENTE, 2007, p.60).

Três dos enfermeiros acreditam que além do silêncio da mulher – motivado por tantos medos - muitas acabam se acostumando à situação. Questionam, inclusive, se realmente a mulher gostaria de viver uma outra realidade, distante da situação de violência atual. Os temores das vítimas estão atrelados intimamente às situações de hostilidade e de conflito que vivenciam. O terrorismo psicológico em que estão imersas faz com que elas não consigam, muitas vezes, visualizar uma saída para aquela situação, e por defesa, comecem a acreditar que precisam se adaptar a tal conjuntura da forma que lhes é imposta:

*“E não é só a violência física, entra a violência psicológica que é pior ainda, tem esse tipo de violência velada, e às vezes a mulher tá tão atrelada a essa situação, tão atrelada ao marido, ao casamento, que ela se sujeita a isso até sem perceber. Muita gente diz assim, diz uma frase, ‘mulher gosta de apanhar’, mas não é. Mas não é. Tem certas coisas que realmente, se a gente for a fundo, prende essa mulher ao agressor. Não é que mulher goste de apanhar, eu acho essa frase assim, absurda. Eu já ouvi de muitos profissionais, já ouvi de muita gente leiga. Mas assim, é extremamente absurdo, mulher não gosta de apanhar. Mas existe no agressor um domínio muito grande sobre a vítima. Ele tem um domínio muito grande, é um domínio psicológico, não é só um domínio físico, financeiro, não. Eles têm um, um... eu acho que assim, deveria ser um caso bem estudado, psicologicamente; porque eles detém um domínio muito grande sobre essa mulher.”*(E3)

### 4.3 Dificuldades Vivenciadas

As perguntas abordaram todos os aspectos que intentamos explorar. Porém, entre todas as categorias, a que recebeu o maior número de unidades de registro foi a que diz respeito às dificuldades que os enfermeiros encontram no momento do atendimento à vítima. Disso, podemos inferir que quando se trata do atendimento à mulher em situação de violência, ainda há muito o que se discutir. É preciso perceber demandas, buscar capacitar os profissionais e trazer à memória o fato de que o enfermeiro também é um sujeito multidimensional, que precisa ter suas necessidades acolhidas e entendidas. Do contrário, se faz impraticável um atendimento qualificado. Segundo Penso et al. (2010), é preciso cuidar de si para que se possa cuidar do outro.

O medo da reação do agressor não é algo que aflige apenas as vítimas. Os profissionais se sentem amedrontados, pois no âmbito da atenção primária estão inseridos na comunidade em que atuam. No fragmento a seguir, a entrevistada deixa claro tal temor:

*“Também tem o medo do profissional, porque tipo, é da área, o companheiro agride constantemente, a gente já fica receoso, não vou mentir né? Enquanto profissional. Porque a gente vai continuar o vínculo com aquela pessoa, com aquela comunidade.” (E1)*

Uma vez que o tema “medo do profissional em relação ao agressor” recebeu o maior número de menções – mesmo dentre tantas outras dificuldades significativas, faz-se necessário que façamos uma reflexão a respeito disso. O medo perante situações perigosas é algo comum e diz respeito ao senso de autoproteção que o indivíduo manifesta. Para Heidegger (2006), o medo tem uma mistura de pavor e horror. Quando a ameaça se torna familiar, conhecida, designa-se o pavor; e quando ela é desconhecida, caracteriza-se o horror. A partir da análise das entrevistas, é possível identificar que para os profissionais, o atendimento a tais vítimas desperta tanto sentimentos de pavor quanto de horror – haja vista que a maioria dos depoentes é do sexo feminino e reconhece a situação, em qualquer que seja o âmbito. Mesmo que ainda não tenha enfrentado tais problemas, imagina a si ou suas filhas, irmãs, naquelas situações.

Para Reis et al. (2010), o acolhimento é quando o enfermeiro irá demonstrar segurança à usuária, de modo a garantir a adesão ao tratamento – o que poderia ajudar a solucionar o problema afirmado por dois dos depoentes, de que a mulher só procura o serviço de saúde uma vez. O profissional deve realizar uma escuta isenta de preconceitos, evitar inferir fatos, demonstrar medos ou fragilidades pessoais. Uma vez dominado pelo sentimento de medo,

torna-se mais difícil que o profissional exerça um atendimento de qualidade e que atenda às necessidades da vítima.

É preciso que o enfermeiro compreenda que mesmo que a escuta seja difícil, a revelação pode ser tão ou mais onerosa. Por mais complicado que seja, é necessário que o profissional se desvista dos seus próprios receios para que possa prestar um atendimento de qualidade, excetuando os seus estereótipos e crenças pessoais do momento do acolhimento e acompanhamento dessas vítimas.

A questão do medo do profissional ao se deparar com tais situações pode estar relacionada à invisibilidade e à subnotificação nesses casos. No momento em que ele evita adentrar mais a fundo no universo da vítima, é possível que deixe de estar colhendo dados imprescindíveis, ou mesmo negligenciando urgências elementares. Uma das depoentes questiona:

*“E quando se trata de violência contra a mulher, principalmente a gente que é mulher, acaba trazendo pra gente isso. E a gente abre uma reflexão sobre isso, e até que pronto a gente tá sendo omissa, até que ponto essa omissão tá ajudando esse agressor a continuar agredindo essas mulheres e até que ponto a gente pode intervir também. Porque aí entra também o nosso medo, né? Não é só a mulher. A gente tem medo também, porque é uma situação em que a gente vai acabar se expondo, a gente vai se expor ao agressor, e tem a questão dessa mulher, e a gente sabe que tem muitos casos dessas mulheres que são agredidas e depois elas voltam atrás, né?” (E3)*

Outra preocupação, clara no trecho acima, é a de que a vítima provavelmente irá retirar a queixa. Os profissionais acreditam que as mulheres procurem os serviços de proteção em momentos de explosão de raiva; que quando amenizados ou cessados – na fase no ciclo da violência em que o agressor demonstra afeto e arrependimento – elas não irão prosseguir com os trâmites da denúncia. A entrevistada número 6 conta de uma situação que lhe causa descrença e revolta:

*“A mulher denunciava hoje, amanhã ia tirar. Eu conheço caso de mulher que teve que vender uma motozinha que tinha na família pra poder tirar o marido da cadeia no dia seguinte. Ficou andando a pé porque denunciou o marido e teve que retirar a queixa. Isso é um absurdo” (E6)*

O profissional número 7 também relata como a falta de prosseguimento nas acusações dificulta o seu atendimento:

*“Quando a gente vai conversar com a mulher, ela acaba deixando claro pra você que não foi uma agressão e, se diz que foi, diz que não vai denunciar. Eu nunca*

*consegui dar sequência, eu nunca fiz uma notificação na área, por conta dessa situação ai.” (E7)*

Os motivos que levam a mulher a solicitar a desistência do processo parecem ser os mesmos que atrasam ou impedem a denúncia: o medo do agressor, o receio de desfazer o ambiente familiar, de afetar negativamente os filhos, de não ter condições de prover sustento financeiro à família, entre outros já citados no presente estudo. Vemos também casos em que a mulher ainda mantém sentimentos de afeto pelo parceiro e nutre esperanças de que a situação vá mudar.

Algumas mulheres denotam que buscam por intermédio da queixa, não mais que uma forma de retaliação ao comportamento do marido. Uma vez que ela obtém resposta imediata com a intimação a que o agressor é submetido, ela acredita ter resolvido o problema, retira a queixa e mantém ou retoma o relacionamento com o parceiro. Elas passam por momentos dolorosos, se sentem humilhadas e confusas; de modo que se sentem impelidas a tomar tal decisão. Para as autoras Jong; Sadala; Tanaka (2008), quando a usuária passa pelo processo de prestar queixa e depois retirá-la, superlativa os sentimentos bons que a princípio a uniu com o parceiro/agressor e crê na mudança do companheiro. Tais mulheres demonstram sentir culpa e arrependimento por uma vez terem denunciado os seus consortes.

Em fevereiro de 2012, o Supremo Tribunal Federal decidiu que mesmo que a denúncia da agressão tenha sido feita por terceiros ou a mulher agredida decida retirar a queixa, os agressores irão responder judicialmente. Segundo uma Pesquisa de Opinião Pública realizada a nível nacional em fevereiro de 2009, para 62% das entrevistadas o fato de não poder retirar a queixa faz com que a mulher reconsidere e acabe desistindo de fazê-la. O que nos traz a reflexão: indubitavelmente o âmbito judiciário precisa atuar com firmeza e responsabilidade no cenário da violência de gênero. Contudo, não são apenas resoluções criminais que irão solucionar as angústias das vítimas e erradicar o sofrimento cotidiano de milhões de mulheres - que foram tão maltratadas que não conseguem enxergar muito além daquele universo em que estão inseridas tão profunda e intrinsecamente. (DATASENADO, 2009)

Uma parte dos profissionais entrevistados (36,4%) coloca o despreparo como outra dificuldade no atendimento à mulher em situação de violência. A formação acadêmica não dá a ênfase necessária ao tema, fazendo com que profissionais saiam da graduação sem a bagagem necessária para atuar nesta área - e sentem o déficit. Os excertos a seguir denotam tal dificuldade:



*“O que me desperta é que a gente tem que trabalhar mais esse tema dentro da Academia, na Universidade. (...) Não pode se acomodar de forma nenhuma, se fechar naquilo, não se acomodar... Eu acho que esse tema tem que ser martelado.” (E1)*

*“Outra deficiência que eu esqueci de mencionar é a falta de capacitação. Enquanto profissional a gente só recebe capacitação de dengue, hanseníase, essas coisas... Quando vem falar em mulher, é prevenção de colo de útero, é câncer de mama... os gestores não capacitam a gente nessa questão da violência.” (E10)*

Em relação aos obstáculos ao atendimento às vítimas de violência, Brasil (2012), Reis et al. (2010) e São Paulo (2007) pontuam o despreparo técnico, aliado ao fato de que as situações de violência esbarram em questões morais e sociais e ao receio de envolver-se em “problemas de família” ou “problemas de justiça”. É necessário que haja capacitação para os profissionais, para que encontrem subsídios técnicos e exercitem o poder de se desvestir da sua própria realidade para entender e atender o problema de outrem.

*“(...) mas ela não se abriu e eu também não podia insistir. Não ia né? Ai era querer entrar muito na intimidade da mulher que ela não deu esse espaço pra eu aconselhar. Eu fiquei calada, não pude fazer nada” (E4)*

Como está explicitado no fragmento acima, outro empecilho ao atendimento é que alguns dos profissionais afirmam temer invadir o espaço da mulher, podendo ser fator contribuinte para um atendimento mais moderado que abrangente. O trecho demonstra como um dos profissionais enxerga isso:

*“Tem o medo da gente estar invadindo tanto essa vítima, de estar expondo essa mulher (...). Então assim, é um limite. É uma linhazinha que a gente tem que saber por onde caminhar. Tem que saber até onde pode ir. E muitas vezes a gente – e eu digo a gente, todo mundo; eu mesma, acaba se omitindo por medo.” (E3)*

Sabe-se que a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres norteia-se pelos princípios da igualdade e respeito à diversidade, da equidade, da autonomia das mulheres, da laicidade do Estado, da universalidade das políticas, da justiça social, da transferência dos atos públicos, da participação e controle social. (BRASIL, 2011)

Assim, devemos assegurar que essas mulheres sejam tratadas como tal, como donas de seus corpos e capazes de tomar suas decisões. O que não significa deixar de orientá-las, aconselhá-las e fornecer todas as opções de que as medidas de saúde e proteção oferecem à elas. O profissional precisa caminhar lado a lado com elas, para possibilitar que elas se reconheçam como sujeitos empoderados de sua história e das suas decisões. Respeitar seus

desejos é também mostrá-las acolhimento, poder de escolha e fornecer subsídios para que elas possam optar pelo que lhes convier.

*“A gente é totalmente limitado. A gente não tem muito o que fazer. A única coisa é orientar a mulher a procurar uma delegacia, e você orienta ela a procurar uma delegacia na qual você não acredita. (...) Acho que aqui deveria ter um lugar pra onde levar essas mulheres, tipo uma Casa Abrigo. Elas denunciam, e aí? Vão voltar pra casa pra os maridos matarem?” (E6)*

A casa-abrigo é um recurso protetivo, costuma abrigar mulheres e seus filhos (se adolescentes, são encaminhados a outros locais de domicílio seguros) quando há o risco de morte para a mulher. Há limitação de tempo de permanência, os endereços são confidenciais e os encaminhamentos são realizados através das Delegacias de Defesa da Mulher ou em Centros de Referência. As casas-abrigo fornecem acolhimento e proteção à mulheres em situação de violência doméstica e/ou conjugal; e muitos deles também se direcionam a auxiliar a mulher a reestruturar sua vida, superar a situação de violência e sair da condição de vítima. (BRASIL, 2011)

Uma vez realizada a denúncia, é preciso que as denunciantes contem com formas de proteger-se. Uma parte dos profissionais acredita que a Rede de Proteção à Mulher não fornece o apoio necessário às usuárias. No excerto acima, percebemos que o profissional não sente segurança em alguns equipamentos da rede protetiva, o que prejudica o seu atendimento.

O profissional de saúde é muitas vezes o primeiro e único elo acessível que a paciente tem ao necessitar de apoio em situações de violência. A mulher precisa contar com um profissional de saúde qualificado, que compreenda suas urgências e angústias, lhe acolha e oriente; e tenha conhecimento de como a Rede de Proteção à Mulher lhe pode ser útil naquele momento. Contudo, mesmo que seja um profissional extremamente capacitado, é preciso que os demais níveis de atenção e os equipamentos protetivos estejam aptos à receber aquela mulher e atender ao que lhe foi demandado, segundo as competências pré-estabelecidas para cada órgão.

#### **4.4 Sentimentos Despertados**

Esta pesquisa se deu também no intento de identificar quais sentimentos são despertados nos profissionais quando prestam atendimento às mulheres vítimas de violência. Das categorias, foi a que recebeu o menor número de unidades de registro.

Para Molinier (2004, p. 229), o cuidar de indivíduos que apresentem alguma dependência pode gerar qualquer tipo de sentimento no cuidador, positivo ou negativo. Segundo ela, *"A ambivalência, a flutuação dos sentimentos contidos no serviço ao outro não são nenhum mistério para quem tem alguma experiência."*

O sentimento de impotência foi o mencionado de forma mais recorrente (por sete dos onze entrevistados) durante a pesquisa em campo. Os profissionais se sentem de mãos atadas diante de uma situação em que não podem exigir receber a resposta que almejam, nem mesmo retorno imediato de qualquer esforço que realizem; levando-os a questionar suas próprias habilidades e conhecimentos. Estão habituados a trabalhar num contexto em que o processo saúde-doença se dá de forma clara, onde os pacientes apresentam determinado quadro clínico, o profissional realiza intervenção ativa e em breve obtém respostas numa melhora ou cura daquela situação patológica inicial. O modelo biomédico, em que os profissionais de saúde costumam ser formados, faz com que eles valorizem os resultados práticos e em curto prazo; e quando não são obtidos, o profissional pode sentir que não está fazendo muito ou o suficiente pelo paciente. (CORREA, LABROCINI, TRIGUEIRO; 2009)

A falta de respostas sobre como romper com um ciclo cultural, muitas vezes familiar; e não saber como ajudar desperta nos profissionais um sentimento de impotência, frustração e revolta. No excerto abaixo podemos observar esta sequência de emoções, quando foi perguntado ao profissional, homem, quais sentimentos eram aflorados nele ao se deparar com situações de violência:

*"Revolta, né? Acho que o primeiro sentimento seria revolta. E o segundo seria incapacidade, porque pra eu poder denunciar ou interagir numa situação dessas a paciente tem que aceitar, tem que relatar que foi agredida, e geralmente elas não o fazem, então a gente acaba sentindo... em primeiro lugar a gente acaba revoltado, acaba se sentindo impotente, por não poder ajudá-la né?" (E7)*

O protocolo de atendimento está mais voltado às questões técnicas, e deixa a desejar quanto à subjetividade da usuária. Os profissionais precisam demonstrar produtividade numérica, o que pode ocasionar mais um tipo de violência, a institucional; pois a pressa no atendimento acaba por negligenciar a multidimensionalidade da paciente. Uma vez tendo suas

necessidades negligenciadas, é mais difícil que a mulher enquanto vítima consiga fazer adesão ao atendimento e percorrer por todos os trâmites que envolvem se desvencilhar do agressor e das consequências advindas desta. (CORREA, LABROCINI, TRIGUEIRO; 2009).

O sentimento dos profissionais de consternação por acreditar que a vítima de violência domiciliar não irá se desprender do agressor desperta nos enfermeiros um sentimento de frustração. Em sua pesquisa, Reis et al. (2010) confirma tal afirmação. Atender e orientar as vítimas e vê-las retornando ao ciclo da violência faz os enfermeiros sentirem que foram inúteis.

Enquanto sujeito, é difícil que o enfermeiro consiga prestar atendimento de forma humanizada, em casos de violência, sem que acabe se envolvendo emocionalmente com as dores que a vítima traz consigo. Um dos depoentes, novamente um homem, afirma:

*“E também aquela sensação de... de... de apreço pelo paciente. A gente acaba se apegando ao próprio paciente por conta dessa situação, nos levando até a ter um olhar diferenciado dessa paciente daqui em diante, porque a gente acaba já tendo essa predisposição de achar que isso vai acontecer outras vezes porque isso na verdade é comum e corriqueiro.” (E7)*

Revolta, angústia e aflição foram outros sentimentos relatados pelos profissionais. À medida que compreendem e se envolvem com os relatos das vítimas, os profissionais estão sujeitos a tais emoções: a revolta em ver um ser humano em situações grotescas muitas vezes causadas pelos próprios cônjuges, a angústia enquanto mulher de imaginar a si ou a entes queridos naquela situação, a aflição em não poder tomar as decisões que julga corretas para o bem-estar da paciente a quem prestou atendimento.

*“Como pessoa, eu sinto muito... Sabe aquela vontade de pegar, e levar pra casa? E se você pudesse, pegava uma casa e botava dentro? Então como pessoa a gente se sente horrorizado, porque a gente é mulher, a gente sabe da situação, a gente é mulher, a gente sabe que é difícil...” (E6)*

Paternalizar, buscando resolver os problemas da vítima ao invés de ajudar a garantir as condições para o empoderamento de suas decisões, pode ser uma atitude frequente quando o enfermeiro se depara com situações que o levam a um maior envolvimento pessoal. É necessário que o profissional se envolva empaticamente com as dores do paciente, já que essa sensibilização irá gerar melhor escuta, melhor acolhimento e por consequência uma melhor assistência. (BRASIL, 2005)

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo prestou-se a conhecer o atendimento realizado às mulheres em situação de violência pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, bem como identificar os principais desafios enfrentados por eles. Durante o seu percurso, foi possível inferir que as adversidades são muitas e de ampla complexidade.

Ao longo da pesquisa, foi perceptível que a quantidade e a intensidade das dificuldades que os profissionais vivenciam suscitam neles sentimentos tais como frustração, medo, revolta, entre outros. Estes sentimentos negativos são prejudiciais à sua saúde mental e à forma como passam a enxergar os casos de violência que recebem, tornando o atendimento muitas vezes raso e deficiente. Deste modo, as vítimas se sentem ora negligenciadas, ora desrespeitadas, ora incompreendidas; e se afastam ainda mais dos serviços de saúde e proteção. O resultado é que elas se vêem cada vez mais atreladas às situações de violência. Percebe-se uma cadeia de eventos nociva, onde a vítima não consegue falar e os responsáveis pelo atendimento não conseguem ouvir.

A cadeia de eventos supracitada deveria despertar o Poder Público para a necessidade de aprimorar os equipamentos de proteção jurídica e de atenção à saúde das mulheres em situação de violência. É necessário capacitar os profissionais responsáveis e munir os órgãos competentes com subsídios que possam garantir o apoio necessário às vítimas. A aplicação e o cumprimento da Lei Maria da Penha é imprescindível para a segurança dos envolvidos, desde as vítimas e seus familiares até os profissionais que a atenderam. Do contrário, faz-se impraticável a mudança desse cenário de violência, que se tornou um problema de saúde pública.

Percebe-se também que têm sido formados profissionais com uma visão tecnicista, preparados para receber situações com resoluções pré-determinadas e que, portanto, aguardam respostas prontas e imediatas uma vez aplicadas as intervenções. É preciso que a formação acadêmica se destine a graduar enfermeiros que estejam sensíveis às singularidades de cada paciente que irão entender, além de fomentar a preparação para acolher casos de maior complexidade.

A partir dos dados obtidos, novas pesquisas podem surgir; destinadas a conhecer melhor os sentimentos que os profissionais vivenciam, a detectar formas de enfrentamento das

dificuldades com que se deparam. Bem como, desenvolver intervenções que os auxiliem e empreender novos estudos com os resultados obtidos.

É importante ressaltar que o estudo foi realizado com base em depoimentos, estando referenciado nos relatos dos próprios sujeitos e na visão que estes possuem das experiências por eles vivenciadas. Além disso, foi realizado apenas no município de Cajazeiras e com profissionais atuantes apenas nesta região, sendo, portanto, viável para reflexões sobre a relação desses profissionais com o tema que, conforme explicitado na discussão, corroboram os resultados de outras pesquisas no Brasil.

Mesmo que a violência contra a mulher receba maior visibilidade e atenção do Poder Público – o que confere ao tema maior número de abordagens, percebe-se que ainda há muitas coisas a se falar, em diferentes âmbitos. Perceber que a opressão inicia-se em ambientes aparentemente saudáveis, que as mulheres precisam encontrar espaços prontos à atendê-las em sua singularidade e fornecer subsídios logísticos e psico-emocionais para que elas se vejam livres de situações opressoras são necessidades urgentes. Abordar a situação em que se encontram as vítimas, o que está por trás do atendimento prestado à elas, trabalhar com os profissionais a forma como entendem essa realidade; são formas de prevenção e promoção da saúde das mulheres que estão ou estiveram submetidas à situações de violência.

## REFERÊNCIAS

ALGERI, S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 308-315, dez. 2005. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4561/2488>>. Acesso em: 09 de novembro de 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006. Tradução de L. de A. Rego & A. Pinheiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a violência contra a mulher**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.lacobranco.org.br/admin/biblioteca/arquivos/20071004143500.pdf>>. Acesso em: 06 de novembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto - Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Lex: legislação federal e marginalia**, Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República do Brasil. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**./ Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília; 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**/ Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.: il. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para as Mulheres / Presidência da República. **Diretrizes**

**Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e de Violência.** Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/01/SPM2011\\_DiretrizesAbrigamentoMulheresSituacaoRiscoeViolencia.pdf](http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/01/SPM2011_DiretrizesAbrigamentoMulheresSituacaoRiscoeViolencia.pdf)> Acesso em: 01 de março de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CFEMEA, Centro Feminista de Estudos e Assessoria. **Os direitos das mulheres na legislação brasileira pós-constituente**/ Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Brasília: Letras Livres, 2006.

CORREA, M.E.C.; LABRONICI, L.M.; TRIGUEIRO, T.H. Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300002&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em: 17 de fevereiro de 2015.

DATASENADO. Secretaria de Pesquisa e Opinião Pública do Senado Federal. **Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher: Pesquisa de Opinião Pública Nacional**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/senado/datasetenado/pdf/datasetenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia\\_Domestica\\_e\\_Familiar\\_contra\\_a\\_Mulher.pdf](http://www.senado.gov.br/senado/datasetenado/pdf/datasetenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_e_Familiar_contra_a_Mulher.pdf). Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

FONSECA, P. M.; LUCAS, T. N. S. **Violência Doméstica contra a Mulher e suas Consequências Psicológicas**. Trabalho de conclusão de curso—Curso de Psicologia. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2006.

FREITAS, F.C.; LIMA, M.G.; DYTZ, J. L. G., Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal. **Com. Ciências da Saúde**. v. 18, n.3, p. 185-196. jun/set. 2007.

GAUDERER, E.C., MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. **Jornal de Pediatria**, vol. 68 (7,8), 1992.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 12. Ed. Universitária São Francisco, Petrópolis: Vozes, 2006.

HIGA, R. et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo v.42, n. 2., p.377-382, jun. 2008.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 2013, vol.29, n.9, pp. 1805-1815. ISSN 0102-311X. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000900020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000900020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.

KRONBAUER, J. F.D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p.695-701, out. 2005.



LAKATOS, E.M., **Fundamentos de metodologia científica 1**. Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. - 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003.

LAVINAS, L. **Gênero, cidadania e adolescência**. In: Madeira FR. Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro: Record/Rosas. 1997. p. 11-44.

LUCENA K.D.T. ; SILVA A.T.M.C. (Monografia). **A abordagem de gênero no contexto de trabalho no Programa de Saúde da Família no município de João Pessoa**. João Pessoa: Departamento de Enfermagem; UFPB, Brasil; 2008.

MAGALHÃES, C.M; OLIVEIRA, M.L.L. Paraíba: para onde o feminismo leva as mulheres?. In: **Cadernos Feministas de Economia & Política: Feminismo no Nordeste**. Recife: Casa da Mulher do Nordeste, n. 3, 2006, p. 52-79.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**./ Maria Cecília de Souza Minayo. – 13 ed. – São Paulo: Hucitec, 2013.

MOLINIER, P. O ódio e o amor, caixa preta do feminismo? Uma crítica da ética do devotamento. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 227-242, dez. 2004.

MORAES, et al. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 155-60, jan-mar, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a18.pdf>>. Acesso em: 08 de novembro de 2014.

MORAIS, S.C.R.V. **O cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência sexual**. [manuscrito] / Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. – 2008 85f.

MOVIMENTO DA MULHER TRABALHADORA RURAL. O que é o movimento feminista. Disponível em: <[http://www.mmtrne.org.br/pdf/o\\_q\\_e\\_o\\_movimento\\_feminista.pdf](http://www.mmtrne.org.br/pdf/o_q_e_o_movimento_feminista.pdf)>. Acesso em 08 de novembro de 2014.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicol. Soc.**, 2006, vol.18, n.1, pp. 49-55. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822006000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822006000100007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04 de novembro de 2014.

OLIVEIRA. D.C. de. Análise De Conteúdo Temático-Categorial: uma Proposta De Sistematização. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.569-76, out 2008. Trimestral.

OLIVEIRA, E. M. de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, 2005, vol.39, n.3, pp. 376-382. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300007&script=sci_arttext)> Acesso em: 07 de novembro de 2014.

PARENTE, E.O. **Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.

PENSO, M.A. et al. **O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde**. Temas psicol. [online]. 2010, vol.18, n.1, pp. 137-152. ISSN 1413-389X. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000100012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000100012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2015.

PRODANOV, C.C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REIS, M. J. et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p. 377-382, jun., 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000200023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200023)>. Acesso em: 08 de novembro de 2014.

SAFFIOTI, H. **Gênero e patriarcado**. Inédito jan/ 2001.

\_\_\_\_\_ **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987. 120 p.

SANTINON, E. P.; et al., Direitos humanos: classificação dos tipos de violência contra a mulher e diplomas legais de amparo e prevenção. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 104, set 2012. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=12273](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12273)>. Acesso em 03 de novembro de 2014.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/caderno\\_violencia\\_mulher.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/caderno_violencia_mulher.pdf)>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2015.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violence against women: interfaces with Health care, **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.3 , n.5, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14142831999000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14142831999000200003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 de novembro de 2014.

SCHRAIBER, L. B. et al . Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo. Brasil: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, jun. 2007.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil. Disponível em: <[http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012\\_atual\\_mulheres.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf)>. Acesso em: 25 de outubro de 2014.

## **APÊNDICE A**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1. Você já teve experiência de atender uma mulher uma situação de violência? Como foi a experiência?
2. Quais foram as dificuldades encontradas para prosseguir com as condutas e os encaminhamentos?
3. Como você avalia o atendimento que você realizou nessa(s) situação ou situações?
4. Ao lidar com essas usuárias, quais os sentimentos despertados em você enquanto sujeito e enquanto profissional?

## **APÊNDICE B**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O presente estudo intitulado “A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DO ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS” tem como objetivo principal identificar as dificuldades apontadas pelos enfermeiros(as) no atendimento à mulher em situação de

violência. Trata-se de uma pesquisa para apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da aluna Isis Gondim Trajano Duarte. O estudo deverá contribuir para a compreensão das dificuldades vividas pelos profissionais e melhoria do atendimento nos serviços.

A participação no estudo é de caráter voluntário, sigiloso e poderá ser interrompida a qualquer momento. Será realizada entrevista individual, gravada, para obtenção dos dados necessários. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para essa pesquisa e toda divulgação dos resultados obedecerá rigorosamente o critério de sigilo, garantido que os participantes não sejam identificados.

As possibilidades de riscos ou desconforto para os participantes são mínimas. Caso ocorram, o participante deverá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, que tomarão os procedimentos necessários para atendimento e acompanhamento do caso. Embora não estejam previstos benefícios diretos da participação, ela contribuirá para um maior conhecimento do tema e melhora dos serviços a ele relacionados.

O participante também está livre de qualquer ônus referente à pesquisa, cujo financiamento corresponde às pesquisadoras responsáveis. Caso ocorram danos comprovadamente decorrentes da participação nesta pesquisa, fica assegurado ao participante o direito à indenização.

Durante qualquer fase da pesquisa, poderão ser obtidos esclarecimentos através do contato com as pesquisadoras responsáveis:

**Sofia Dionizio Santos**

**Isis Gondim Trajano Duarte**

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Cajazeiras-PB

Telefone: 3532-2000 ou 9616-4501

E-mail: isinha\_1801@hotmail.com

Esclarecimentos também poderão ser obtidos através do Comitê de Ética responsável pela autorização desta pesquisa:

**Comitê de Ética em Pesquisa do CFP/UFCG**

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Cajazeiras-PB

Telefone: (83) 3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

**AUTORIZAÇÃO:**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual recebi uma cópia, declaro que autorizo minha participação neste estudo, pois fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre a natureza e finalidade da pesquisa, assim como sobre os temas que serão abordados na entrevista.

Assinatura da pesquisadora \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) entrevistado (a) \_\_\_\_\_

Cajazeiras (PB), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

## ANEXO 1

## QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO POR CATEGORIA

2 TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	4 Nº UR/ TEMA	6 % UR/ TEMA	7 CATEGORIAS	8 Nº UR/ CATEGORIA	9 % UR/ CATEGORIA	10 OBSERVAÇÕES
Medo do profissional em relação ao agressor	7	3.8	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Paciente (sente-se) em Dependência financeira	6	3.3	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Usuária nega ter sido agredida	5	2.7	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Queixas veladas	5	2.7	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Inexperiência	4	2.2	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Acredita que a Paciente não fala por medo do marido/agressor	4	2.2	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Paciente tem medo do que as pessoas (inclusive a família) possam falar	4	2.2	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Despreparo	4	2.2	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Acredita que a Paciente teme se desfazer da "estrutura familiar"	3	1.6	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Medo de invadir o espaço da mulher	4	2.2	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Vê como principal dificuldade o silêncio ou recusa da mulher	3	1.6	Dificuldades Encontradas	7.3	40.1	
Acredita que a usuária acostuma-se com a situação ( <i>acaba não querendo sair dela</i> )	3	1.6	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Julga que a rede não oferece o apoio necessário às usuárias	3	1.6	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Usuária não prossegue com acusações; retira queixas	2	1.1	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Pacientes só procuram uma vez	2	1.1	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Paciente tem medo	2	1.1	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Acredita que a Paciente não fala por medo das providências	2	1.1	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Critica a delegacia da mulher	2	1.1	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Capacitação focada apenas na saúde da mulher no sentido útero-mama	2	1.1	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Julga ser difícil adentrar no espaço familiar	2	1.1	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Afirma que uma dificuldade no atendimento é o estigma imposto à situação	1	0.5	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Afirma que gostaria que houvesse um lugar que oferecesse apoio e proteção às mulheres que prestem queixa, como uma Casa Abrigo	1	0.5	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Não conhecer a rede de assistência à mulher	1	0.5	Dificuldades Encontradas	73	40.1	
Sintomas físicos decorrentes de violência psicológica ( <i>complicações da agressão</i> )	4	2.2	Percepções sobre os casos atendidos;	43	9.6	

			Características da Violência			
Desabafo durante outros procedimentos	3	1.6	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	7	
Comunicada pelo ACS	3	1.6	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	7	
Agressor que faz uso nocivo de álcool ou outras drogas	3	1.6	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	7	
Vítima faz uso nocivo de álcool ou outras drogas	2	1.1	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	4.6	
Nunca recebeu nem soube de casos, mas acredita que pode haver	2	1.1	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	4.6	
Quadro repetitivo, ciclo vicioso, perpetuação	2	1.1	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	4.6	
Acredita que a usuária acha que “foi a última vez”	2	1.1	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	4.6	
A gravidade das agressões progride	2	1.1	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	4.6	
Profissional acredita que a violência está presente em famílias com pouco poder aquisitivo	2	1.1	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	4.6	

Acredita que a melhor solução é a vítima se distanciar	2	1.1	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	4.6	
Paciente relatou estupro conjugal	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
Profissional acredita que os casos não comunicados são em virtude de maior poder aquisitivo por parte dos envolvidos	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
Violência contra os filhos também	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
Afirma nunca ter atendido; depois acaba relatando um caso	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
Ouviu relatos fora do exercício profissional	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
Acredita que a usuária procure justificar a violência sofrida (roupas curtas, provocou ciúmes, traiu, tratou mal...)	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
Família culpa a vítima	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
Recebe queixas apenas de gestantes (acredita que elas estão mais fragilizadas)	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
Agressor foi denunciado; mas não punido por ter influências	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos;	43	2.3	



			Características da Violência			
Recebeu queixas durante um pré-natal, mas quando realizou visitas e investigou junto aos órgãos responsáveis, descobriram que não existia a violência; a denunciante tinha problemas psicológicos por trauma de agressões em um matrimônio anterior	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
O agressor se fazia presente nos contatos da equipe com a família, no intuito de intimidar	1	0.5	Percepções sobre os casos atendidos; Características da Violência	43	2.3	
Julgou-se de mãos atadas; impotente	7	3.8	Sentimentos Despertados	21	33.3	
Acredita que a mulher irá retirar a acusação	3	1.65	Sentimentos Despertados	21	33.3	
Desenvolve afinidade; afetividade pela usuária	2	1.1	Sentimentos Despertados	21	9.5	
Sentiu-se angustiada	2	1.1	Sentimentos Despertados	21	9.5	
Sentiu aflição	2	1.1	Sentimentos Despertados	21	9.5	
Sente revolta	2	1.1	Sentimentos Despertados	21	9.5	
Sentiu frustração	1	0.5	Sentimentos Despertados	21	4.8	
Receio de estar se omitindo enquanto profissional	1	0.5	Sentimentos Despertados	21	4.8	
Reconhecem as variadas formas de violência	9	4.9	Percepções sobre o Atendimento	45	20	
Aciona a rede	7	3.8	Percepções sobre o Atendimento	45	15.5	
Encaminhamentos sem dificuldades	7	3.8	Percepções sobre o Atendimento	45	15.5	
Entende que é um caso de notificação compulsória	6	3.3	Percepções sobre o Atendimento	45	13.3	
Sente-se preparada pra atender/atendeu com qualidade	5	2.7	Percepções sobre o Atendimento	45	11.1	
Realizou Aconselhamento adequado	5	2.7	Percepções sobre o Atendimento	45	11.1	
Julga o próprio atendimento precário; limitado	3	1.6	Percepções sobre o Atendimento	45	6.7	
Julga o próprio atendimento irresolutivo	3	1.6	Percepções sobre o Atendimento	45	6.7	
Entende os sentimentos da usuária enquanto vítima	3	1.6	Percepções sobre o Atendimento	45	6.7	
Julga ser necessário sensibilizar-se	2	1.1	Percepções sobre o	45	4.4	

			Atendimento			
Não acredita na efetividade da Lei Maria da Penha ( <i>não acredita que a lei protege as usuárias</i> )	1	0.5	Percepções sobre o Atendimento	45	2.2	
Problema de família x Problema de saúde pública	1	0.5	Percepções sobre o Atendimento	45	2.2	
Acredita que a mulher poderia ter outras opções de vida, mas ela não as busca	1	0.5	Percepções sobre o Atendimento	45	2.2	

(Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização, 2008)