



e-ISSN 2446-8118

SER ENFERMEIRO E O CUIDADO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: SITUAÇÕES VIVENCIADAS

BEING A NURSE AND CARING TO WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE: EXPERIENCES LIVED

SER ENFERMERA Y ASISTENCIA A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: SITUACIONES VIVIDAS

Brenda Feltrin¹
Luciane da Silva Toso²
Maycon Hoffmann Cheffer³

RESUMO: A violência contra a mulher constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, atinge todas as classes sociais, sem distinção de cor, raça, religião ou cultura. Objetivo: compreender a experiência vivenciada pelos profissionais enfermeiros em identificar, prestar assistência de enfermagem e encaminhar as mulheres vítima de violência doméstica aos órgãos competentes. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, de análise temática ou categorial de Minayo com enfermeiros que atuam na atenção primária a saúde, com assistência a mulheres vítimas de violência doméstica. Resultados: Foram identificadas cinco categorias: sentimentos vivenciados durante o atendimento; percepção dos enfermeiros aos casos de violência; encaminhamentos realizados; capacitação profissional e continuidade do cuidado. Concluiu-se que a assistência prestada referente a avaliação, diagnóstico, e encaminhamentos aos profissionais, serviços de saúde e órgãos competentes são atividades rotineiras dos enfermeiros e que, na grande maioria, esses profissionais se sentem capacitados em prestar esse cuidado. Para garantir a continuidade do atendimento e o fortalecimento das ações realizadas pelos enfermeiros, se fazem necessárias políticas públicas e serviços de saúde que garantam a total segurança às vítimas, bem como maior preparo de todos os profissionais envolvidos.

DESCRITORES: Violência contra a Mulher; Assistência de Enfermagem; Atenção Primária.

ABSTRACT: Violence against women is an important public health problem in Brazil and worldwide, affecting all social classes, regardless of color, race, religion, or culture. Objective: To understand the experience of Licensed Nurses in identifying, providing nursing care and referring women victims of domestic violence to the competent entities. This is a descriptive, qualitative study of thematic or categorical analysis of Minayo with nurses working in primary health care, assisting women victims of domestic violence. Results: Five categories were identified: feelings experienced during the care; nurses' perception of cases of violence; referral carried out; professional training,

¹ Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG.

² Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG.

³ Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – Mestre em Biociência e Saúde – Unioeste. Doutorando em Enfermagem – UEM. FAG.

and continuity of care. It was found that the assistance provided regarding the assessment, diagnosis, and referrals to professionals, health services, and competent entities are routine activities of nurses and that in the vast majority of cases, these professionals feel qualified to provide such care. To ensure the continuity of care, strengthening the actions performed by nurses, public policies and health services are needed to ensure total safety for the victims, as well as better preparation for all professionals involved.

DESCRIPTORS: Violence against Women; Nursing care; Primary attention.

RESUMEN: La violencia contra la mujer es un importante problema de salud pública en Brasil y en el mundo, llega a todas las clases sociales, sin distinción de color, raza, religión o cultura. Objetivo: comprender la experiencia vivida por las profesionales enfermeras en la identificación, prestar asistencia de enfermería y encaminar las mujeres víctimas de la violencia doméstica a los órganos competentes. Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, de análisis temático o categóricas de Minayo con las enfermeras que trabajan en la atención primaria de salud, con la asistencia a las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Resultados: Se identificaron cinco categorías: sentimientos experimentados durante el tratamiento; percepción de enfermeras para casos de violencia; las remisiones hechas; la formación profesional y la continuidad de la atención. Se concluyó que la asistencia sobre la evaluación, diagnóstico, y remisiones a los profesionales, servicios de salud y órganos competentes son actividades rutinarias de las enfermeras y de que, en la inmensa mayoría, estos profesionales se sienten facultados para proporcionar este tipo de atención. Para garantizar la continuidad de los cuidados y el fortalecimiento de las acciones realizadas por las enfermeras, se hace necesario, políticas públicas y servicios de salud que aseguren la total seguridad a las víctimas, así como una mayor preparación de todos los profesionales implicados.

DESCRIPTORES: Violencia contra la Mujer; Cuidados de Enfermería; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (ONU), entende-se por violência o uso de força física ou poder, sendo ela em forma de ameaças ou na prática, contra si próprio, outra pessoa, grupo e comunidade que resulte em danos psicológicos, sofrimentos, algum tipo de privação ou morte. Em si, a violência não diz respeito à saúde, mas acaba por influenciá-la, uma vez que traz consigo traumas, mortes e abalos emocionais¹.

A Lei de nº 10.778 estabelece a notificação compulsória, em todo o território nacional, nos casos de violência contra a mulher que forem atendidas em serviços de saúde públicos ou privados². Outra medida vigente é a Lei nº 11.340, denominada popularmente por Lei Maria da Penha, a qual adota medidas para coibir e eliminar todas as formas de discriminação, violência doméstica e familiar contra a mulher, objetivando prevenir, punir e erradicar este tipo de violência³.

Durante os anos de 2011 a 2015 foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 162.575 casos de violência contra a mulher. Nesse mesmo período, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou 18.478 mortes por agressão contra mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos ou mais. Esses dados podem ser ainda maiores se levarem em consideração que existe falha na notificação e nas declarações de óbitos⁴.

A notificação compulsória deve ser obrigatoriamente realizada, pois se trata de uma ferramenta que permite avaliar os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, ofertando condições para estimar a aplicação de investimentos em núcleos de vigilância em saúde e serviços de assistência e cuidados às vítimas, assim como na promoção, no desenvolvimento e no aprimoramento de redes de proteção⁵.

Os serviços de saúde são importantes na detecção do problema, pois apresentam, em tese, um serviço de cobertura e cuidado para com a mulher, sendo capaz de identificar,

acolher e notificar os casos antes que estes se tornem um incidente mais grave. Assim, nesta perspectiva, os profissionais de saúde são de extrema importância, tendo um papel crucial na detecção da violência e na atenção à mulher⁶.

A violência doméstica, antes vista como um tabu, sendo apenas mencionada em âmbito privado, começa a ser discutida e reconhecida como um problema de saúde pública. Sem dúvida, o movimento feminista por volta de 1980 teve uma atuação múltipla e fundamental em relação ao combate à violência de gênero: por um lado, visibilizou a violência da qual as mulheres eram as “vítimas preferenciais”; no entanto, retirou-o da esfera da vida privada e familiar, legitimando-o como problema político e de saúde pública, envolvendo os direitos humanos das mulheres. Desse modo, é necessário apoiar pesquisas que retratem tal problemática, com objetivo de prover um olhar direcionado para a saúde da mulher, seja no âmbito de prevenção, promoção ou reabilitação dos traumas e problemas causados pela violência doméstica⁷.

Diante desta problemática, o trabalho teve como objetivo compreender a experiência vivenciada pelos profissionais enfermeiros em identificar, prestar assistência de enfermagem e encaminhar as mulheres vítima de violência doméstica. Com esse estudo, busca-se responder se os profissionais enfermeiros da atenção primária a saúde se sentem preparados para prestar cuidados à vítima de violência doméstica.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de cunho qualitativo, fundamentado na técnica da análise temática ou categorial de Minayo. Pesquisas descritivas possuem como finalidade descrever com exatidão as características de determinado fenômeno⁸. Assim, é um levantamento de características já conhecidas do pesquisador, normalmente identificadas por meio de estudo bibliográfico prévio⁹.

Nas pesquisas descritivas, o pesquisador registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Para coletá-los, utiliza-se de entrevistas, formulários,

questionários, testes e observações, os quais permitem classificar, explicar e interpretar¹⁰.

O estudo foi realizado em um município da região Oeste do Paraná que possui 319.608 habitantes¹¹. Foram entrevistados profissionais enfermeiros que atuam na atenção primária a saúde. Foram critérios de inclusão para participarem do estudo enfermeiros das unidades de atenção primária a saúde e critérios de exclusão os profissionais de outras áreas. Foram selecionados de maneira aleatória, por sorteio, dez unidades de saúde, dentre as quais foram quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seis Unidades de Saúde da Família (USF).

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2019 por meio de entrevista presencial, utilizando instrumento de coleta de dados que caracterizava os participantes quanto a idade, sexo e tempo de serviço. O instrumento continha questões descritivas, a fim de orientar que os profissionais enfermeiros relatassem a experiência vivenciada com as mulheres vítimas de violência doméstica.

O instrumento foi elaborado pelos pesquisadores após revisão da literatura e levantamento dos pontos mais importantes referentes à assistência de enfermagem que o profissional enfermeiro oferece à vítima de violência doméstica. Os dados foram coletados através de um guia de perguntas contendo cinco perguntas descritivas, para que os participantes respondessem com liberdade como é sua atuação frente à vítima de violência doméstica.

As perguntas elencadas foram: 1) Como é atender mulheres vítimas de violência doméstica; 2) Como você enfermeiro identifica que uma mulher foi vítima de violência; 3) Após a confirmação dos casos de violência como é a assistência prestada; 4) Como adquiriu conhecimento para prestar atendimento às mulheres vítimas de violência; 5) Qual a sua percepção em relação a assistência de enfermagem/cuidado prestado às mulheres vítimas de violência?

As perguntas foram respondidas na unidade em que o profissional atua, por ser o local onde a assistência acontece, evitando possíveis constrangimentos e proporcionando maior entrosamento entre o pesquisador e o

pesquisado. Dúvidas levantadas sobre a pesquisa foram esclarecidas no momento pelos pesquisadores, para que o participante se sentisse seguro para participar do estudo.

As respostas foram transcritas na íntegra e as informações obtidas foram tratadas segundo a técnica da análise temática ou categorial de Minayo¹² realizada nas seguintes etapas: 1) Leitura compreensiva dos artigos selecionados, com o objetivo de aprofundamento sobre a temática; 2) Exploração do material colhido por meio da entrevista com os profissionais: nessa fase, foram extraídos os trechos de cada pergunta e classificados de acordo com a semelhança entre si, identificando os núcleos de sentido apontados pelas partes do texto em cada classe; 3) Diálogo com os dados pertencentes aos núcleos de sentido, para observar se estes expressavam a informação identificada inicialmente e/ou se existia um outro núcleo de sentido presente nas classes; análise e agrupamento dos núcleos de sentido em tema; 4) Novo diálogo com os dados e reagrupamento das partes do texto por temas encontrados; e 5) Posteriormente ao agrupamento dos dados, foi realizada uma redação por tema, objetivando conter os núcleos de sentido dos textos. Após análise e interpretação dos dados, emergiram as seguintes categorias: 1) Sentimentos vivenciados durante o atendimento; 2) Percepção dos enfermeiros aos casos de violência; 3) Encaminhamentos realizados; 4) Capacitação profissional; e 5) Continuidade do cuidado.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel-PR, atendendo aos aspectos contidos na Resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Após parecer favorável à realização do estudo, os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, à metodologia proposta e aos riscos e benefícios da pesquisa. Previamente à coleta de dados, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato dos participantes foi garantido, substituindo seu nome pelas iniciais e posteriormente identificados aleatoriamente

pela sigla E seguido de um numeral – por exemplo: E1.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Das dez unidades de saúde selecionadas, um dos enfermeiros se recusou a participar da pesquisa. Os demais participantes foram todos do sexo feminino com idade entre 26 e 59 anos, com tempo de atuação entre dois e 30 anos. Desse modo, participaram do estudo nove enfermeiros.

Categoria 1: Sentimentos vivenciados durante o atendimento

Todos os profissionais já prestaram atendimentos a mulheres vítimas de violência doméstica. Os sentimentos vivenciados pelos profissionais enfermeiros demonstram indignação e revolta com a violência, compaixão pela dor da mulher e solidariedade: “*Sim, semanas que atende mais e semanas que é menos. Mas sempre tem*”. (E1); “*É assustador ver nos dias de hoje ainda casos, mas principalmente ver o relato dela, mas com medo do que possa acontecer*”. (E5); “*Desconcertante*”. (E7); “*Impactante, pois sempre é o próprio familiar (irmã-irmão) ou na maioria das vezes o cônjuge*”. (E8).

Dessa forma, o acolhimento, diálogo, apoio por parte da equipe, proporciona a vítima estabelecer vínculo de confiança, tanto institucional quanto individual, que possibilitam avaliar o histórico da violência e dialogar com a mulher sobre as alternativas e opções de intervenção permitindo-lhe fazer escolhas e encaminhamentos aos órgãos competentes, bem como, incentivar a participação em grupos de apoio, propor acompanhamento psicológico individual ou para o casal caso tenha desejo de manter a relação. As visitas domiciliares também fazem parte das ações de cuidado de enfermagem para cuidar e acompanhar a família, apesar do misto de sentimentos que o profissional possa estar sentindo e de suas crenças isso não deve interferir na continuidade do cuidado prestado¹.

O profissional que atende as mulheres vítimas de violência doméstica deve manter

uma postura acolhedora pois, são vários os motivos que dificultam o rompimento da relação violenta entre agressor e vítima pois, estão envolvidos atos e sentimentos apreendidos socioculturalmente que envolvem a esperança do agressor mudar de comportamento, o medo de julgamentos pela sociedade e familiares e com isso novas agressões, o medo de perder a guarda dos filhos, a dependência afetiva e econômica⁷.

Categoria 2: Percepção dos enfermeiros quanto aos casos de violência

Poucas mulheres contam diretamente aos profissionais que sofreram algum tipo de violência doméstica. Desse modo, a mulher que não confirma a suspeita de agressão faz com que os enfermeiros desenvolvam um grupo de investigação, acionando outros profissionais ou até mesmo familiares para a conclusão dos diagnósticos de violência: “*É bem complicado, tem vítimas que dizem que aconteceu com a amiga ou parente pra não dizer que é com elas. Mas tem outras que realmente contam*”. (E1); “*Contou toda a situação. Mas tive casos em que ela negou*”. (E5); “*Deu desculpas, está protegendo o agressor, sentindo-se culpada e merecedora da agressão*”. (E7); “*Não disse claramente, omitiu alguns fatos*”. (E8); “*Alguns casos sim, outros não*”. (E9); “*Deu outras desculpas, acionei a Agente Comunitária de Saúde (ACS) que conhece a família e me relatou histórico de abusos e violência. Na continuidade (atendimento paciente afirmou), relatou o ocorrido*”. (E4); “*Contou após insistir, primeiro disse que foi outra pessoa. Na época, a assistente social também investigou e encaminhou para o abrigo*”. (E6).

Os profissionais enfermeiros percebem nas mulheres que sofrem violência, fragilidade, nervosismo, ansiedade, estado psicológico abalado, angústia, choro, edemas, machucados que não condizem com a história verbalizada: “*Chegam retraídas, nervosas, com medo ou queixas que não condizem com a situação, como mal estar, se sentindo mal, os famosos ‘petis’, que devem ser olhados atentamente porque sempre querem dizer algo*”. (E1); “*Pelos sinais apresentados, primeiro, físicos com edemas e machucados.*

Depois psicológicos, como ansiedade, medo, histórias sem sentido lógico”. (E2); “*Pelo histórico e por complementação do caso via ACS que passaram a acompanhar a paciente diariamente ou semanalmente. Direcionamos também para a consulta privada com a assistente social, já informada da situação, afim, de obter dados complementares*”. (E4); “*Lesões, machucados, hematomas, choro, elas contam com nervosismo*”. (E6); “*Na anamnese, coleta de dados não há coerência*”. (E9).

Quando há profissionais com dificuldades em reconhecer a violência como possível causa para diversos sintomas que atendem diariamente, isso pode estar associado ao desconhecimento epidemiológico acerca da violência, o que pode gerar uma dificuldade de reflexão sobre o problema. Além disso, emoções causadas pelas situações de violência, muitas vezes vivida pelos próprios profissionais em suas vidas pessoais, são fatores que podem dificultar a reflexão¹³.

O acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. Com base nesse conceito, o desenvolvimento do acolhimento como tecnologia essencial para a reorganização dos serviços caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema. O acolhimento relaciona-se, portanto, com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários¹⁴.

Os profissionais de saúde devem estar atentos às mulheres que procuram os serviços de saúde com manifestações clínicas de violência, crônicas ou agudas, físicas, mentais ou por problemas sociais. Lesões físicas agudas normalmente são originadas de agressões causadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento ou queimaduras, sendo que os casos mais graves

são os que apresentam fraturas nos ossos da face, costelas, mãos, braços ou pernas¹⁵.

Embora as mulheres busquem mais os profissionais de saúde e, em especial, os que atuam nos serviços de emergência, devido às lesões físicas, nem todos estabelecem a relação entre a identificação das lesões e o contexto violento, no qual foram produzidas. O acolhimento dessas mulheres vítimas de violência doméstica, principalmente no SUS, deve ser realizado de maneira adequada porque na maioria dos casos é o primeiro lugar que elas recorrem¹⁶.

Categoria 3: Encaminhamentos realizados

Todos os profissionais enfermeiros realizaram a notificação e os encaminhamentos para os órgãos competentes. Geralmente, iniciam acionando o serviço social da própria unidade de saúde, que direciona a vítima a dar continuidade no atendimento: *“Encaminhado ao serviço social que realizava notificação e encaminhamento”*. (E2); *“Contou a situação real, porém não quis registrar boletim de ocorrência”*. (E2); *“Paciente gestante, realizados os devidos encaminhamentos, para o Centro de Atendimento Especializado (CAE) e no Centro de Atendimento em Saúde Mental (CASM)”*. (E3); *“Subnotifiquei”*. (E7); *“Teve uma situação em que a mulher com medo de contar e ser perseguida foi encaminhada ao conselho tutelar e a delegacia para fazer denúncia. Apresentava lesões no rosto, no corpo, antes disso foi encaminhada para consulta médica”*. (E6); *“Orientada, avaliada, direcionada para atendimento médico, porque fazia-se necessário. Realizado sorologias para teste rápido, após exposição, orientada em conjunto pelo serviço social. Notificada e após agendamento no Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP)”*. (E4).

Uma das contribuições de destaque para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher é a obrigatoriedade do preenchimento da ficha da notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, implantada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em 2009, devendo ser realizada de forma universal,

contínua e compulsória nas situações de suspeitas de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, respeitando leis e portarias já em vigor¹⁷.

A notificação sendo obrigatória torna-se um instrumento fundamental para traçar o perfil da violência, possibilitando a realização de ações de vigilância para a prevenção do problema e o monitoramento da situação de saúde relacionada às violências – trazendo à tona não somente o benefício aos casos singulares, como também sendo o meio de controle epidemiológico¹⁸.

Categoria 4: Capacitação profissional

Alguns profissionais responderam ter recebido algum tipo de capacitação/treinamento para atuarem com as mulheres vítimas de violência, seja eles da própria Secretaria de Saúde, Ministério da Saúde ou até mesmo durante a graduação: *“Na universidade, Secretaria de Saúde”*. (E1); *“Treinamentos”*. (E5); *“Cursos pela Una SUS e treinamentos da Secretaria de Saúde”*. (E7); *“Na Secretaria de Saúde no setor de epidemiologia”*. (E9).

A capacitação dos profissionais reflete diretamente na percepção que eles têm em relação à assistência de enfermagem prestada, o que evidenciou dentro dessa categoria duas classes de respostas: na primeira, os profissionais que se sentem capacitadas e, mesmo com os treinamentos e capacitação, relatam a necessidade de sempre estarem buscando mais conhecimento como maneira de melhorar o atendimento às vítimas de violência, tornando-o mais eficaz e eficiente: *“Recebo treinamento, porém preciso me manter atualizada e às vezes preciso do apoio da equipe”*. (E9); *“Sempre estou buscando informações em artigos, pesquisas de meios próprios, assim me sinto preparada”*. (E4); *“Mesmo com capacitação, a segurança só veio com o passar do tempo”*. (E5).

A segunda classe de respostas está relacionada à percepção dos enfermeiros que se dizem não estar capacitados, evidenciando a falta de manejo prático e ausência de outros profissionais de saúde para dar suporte e segmento ao atendimento: *“Nunca estamos preparadas para vivenciar essa situação, na*

parte teórica e protocolos, sim, mas na prática é sempre impactante”. (E1); “Nem sempre estamos preparadas. Alguns casos são de fácil manejo, porém em outros onde há muita violência psicológica, tenho dificuldade no manejo, principalmente por falta de apoio de outros setores, como psicológico e social”. (E2); “Sinto que poderia estar melhor amparada, não me sinto bem preparada”. (E3); “Não me sinto preparada”. (E7).

Não existe um modelo pronto para cuidar, porém, profissionais melhor preparados terão condições de estabelecer uma relação de cuidado que extrapole as ações técnicas, com estabelecimento de vínculos com a paciente. Ressalta-se que o processo não ocorre isoladamente, mas por meio de intencionalidade, interação, disponibilidade e confiança entre enfermeiro e paciente¹⁵.

O cuidar exige que o enfermeiro utilize de instrumentos fundamentais para o exercício profissional, os quais são meios para que o cuidador atinja os objetivos propostos. São importantes os instrumentos que envolvem a observação, o cuidado emocional, o toque terapêutico, o corpo, o bom senso, a liderança, o caráter humanitário, a solidariedade, a sensibilidade, a técnica, a relação educativa e as dimensões psicossociais e psicoespirituais. É necessário o estabelecimento de uma relação de cuidado em que é preciso existir um processo interativo entre o enfermeiro e a pessoa que está sendo cuidada¹⁵. “[...] Desse modo evidencia-se, a responsabilidade dos órgãos formadores no preparo de futuros profissionais, de compreender essa questão no âmbito da saúde e reconhecer seu papel social na identificação e assistência articulada nas situações de violência contra as mulheres”¹⁹.

Cuidar do ser humano em sua totalidade inclui elaborar e aplicar medidas de promoção e prevenção que podem ser potencializadas pela educação permanente, informações sobre recursos existentes em sua comunidade, grupos de autoajuda, atendimento psicológico, médico, serviço social, esclarecimentos sobre os direitos e as prerrogativas das vítimas. Além disso, assegurar que toda mulher, independente de classe, raça, etnia, religião, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade ou religião goze dos direitos fundamentais e

inerentes à pessoa humana¹⁵. Desse modo, o cuidar exige do enfermeiro a utilização de instrumentos fundamentais para o exercício profissional, elaboração de planos de cuidado integral e contínuo que atinja os objetivos esperados¹.

Para que a violência seja de fato enfrentada é oportuno que seja estabelecido a criação de um elo entre a área da saúde e outros serviços, delineando-se a capacitação dos profissionais e a formação de serviços de saúde e de equipes multiprofissionais que discutam e implementem a política de atendimento às mulheres em situação de violência com intervenções menos burocrática e mais eficiente em todos os casos de violência^{5,19}.

Categoria 5: Continuidade do cuidado

Todos os profissionais sentem dificuldade na continuidade do atendimento, citando fatores desde as políticas públicas que não garantem total segurança à vítima, casas de apoio, abrigo, grupos femininos, assim como a assistência prestada pelo serviço de saúde, a demora para o atendimento psicológico, a falta de preparo de alguns profissionais e até mesmo o descaso daqueles que deveriam acolher a vítima e dar continuidade à denúncia: “*Dias atrás na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) chamei a polícia devido uma agressão e o policial mandou a paciente ir no outro dia na delegacia da mulher*”. (E7); “*Na minha unidade não vejo problemas de trabalhar com essas vítimas, o problema se dá lá na frente, na continuidade do cuidado, como as medidas protetivas, que são falhas*”. (E1); “*Melhorar o acesso, o apoio psicológico e os serviços de proteção. Pois as vítimas não têm segurança em denunciar o agressor, e em outros casos não possuem suporte psicológico para deixar a relação*”. (E2); “*Captação dos profissionais da área para que tratem o tema com a devida seriedade. Lugares de referência, apoio para essas mulheres vítimas*”. (E3); “*Educação continuada, oferta maior de serviços de apoio, como psicólogas, grupos femininos, para disseminar os riscos, direitos e deveres sociais a qual as mesmas podem recorrer*”. (E4); “*Um fluxograma que funcione de maneira correta, que preste assistência rápida nesses casos*”. (E5); “*Agilizar assistência de*

psiquiatria, psicologia e outros profissionais afins, disponibilizar imediatamente os profissionais”. (E6); “Um apoio às vítimas mais efetivo, como casa de apoio, abrigos. Proteger a vítima para que não se relacione mais com o agressor”. (E9).

Apesar dos profissionais terem, em sua maioria, condutas e encaminhamentos adequados e (re)conhecerem alguns serviços de apoio existentes, não há relatos de contato com tais serviços, reuniões para discussão de casos, acompanhamento dos encaminhamentos realizados e/ou procedimentos padrão de referência e contra referência. Assim, as usuárias acabam atendidas por várias categorias profissionais e setores que não reconhecem os limites e potencialidades uns dos outros¹³.

Estas são circunstâncias que resultam, na não universalização do acesso à justiça e em direitos para mulheres que terminam, muitas vezes, com um boletim de ocorrência em uma das mãos e uma medida de proteção na outra, sem que, para além desses papéis, existam políticas que deem mais efetividade à sua proteção e condições para que saiam da situação de violência²⁰.

Os profissionais de saúde não contam com instrumentos que os orientem no reconhecimento e no registro dos casos atendidos nos serviços de saúde e muitas vezes não estão preparados para orientar as mulheres sobre seus direitos e para encaminhá-las aos demais serviços de apoio existentes²¹.

A continuidade do cuidado as mulheres que sofrem violência apresenta entraves referentes aos serviços de emergência e da polícia, que estão limitados em atender as reais necessidades das vítimas, despreparo profissional refletido em pré-conceito, muitas vezes colocando a culpa na vítima e desestimulando-a a denunciar o agressor. A falta ou a pouca resolutividade no desenvolvimento do cuidado torna o problema ainda mais grave, pois essas atitudes tendem a afastar as vítimas do serviço de saúde, inibem a denúncia e fortalecem o conceito de invisibilidade do problema¹⁵.

No sentido de resolutividade e continuidade do cuidado as mulheres vítimas de violência doméstica são necessárias ações de caráter intersectorial, como o fortalecimento

das Redes de Atenção à Saúde e proteção às pessoas em situação de violência, criação de núcleos de referência para a prevenção de violências e promoção da saúde. Desse modo, com a rede toda estruturada deve-se promover a articulação da notificação de violência contra a mulher, envio da ficha de notificação e encaminhamento das vítimas para outros pontos de articulação da rede de atenção à saúde e demais serviços que compõem a rede de cuidado e proteção, visando desse modo a interrupção do ciclo de cuidados prestados⁴.

CONCLUSÃO

O profissional enfermeiro no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica tem a sensibilidade e a compaixão com a dor das vítimas, possui a capacidade de construir elos de confiança, reconstruir conceitos sobre a violência, minimizando seus agravos, transformar a realidade social dessas mulheres por meio de um atendimento de enfermagem de qualidade, humanizado, eficiente e seguro, voltado para as necessidades tanto individuais quanto coletivas.

Há momentos em que os enfermeiros podem se sentir despreparados, impotentes com o atendimento às vítimas de violência doméstica, principalmente ao se depararem com a falta de acesso, sensibilidade, acolhimento e humanização por parte de outros profissionais de saúde, bem como pela desestrutura emocional, vínculo já estabelecido com a vítima e pela ausência de suporte para solucionar casos de maior gravidade.

Baseado na literatura, se sentem capazes e seguros para prestar atendimento às vítimas, porém cada caso é sempre um choque, e são incapazes de não se sensibilizarem, mesmo com uma bagagem grande de conhecimento e experiência.

No entanto, o enfermeiro tem a capacidade de se moldar a cada situação, e muitos aprendem, tanto com a teoria como com a prática, a estabelecer vínculos através do diálogo, do acolhimento e da humanização, tornando possível identificar as necessidades

da mulher, dar maior ênfase nas orientações sobre os cuidados e fazer uso dos recursos disponíveis para prevenção de novos episódios, encaminhamentos aos órgãos competentes e visitas domiciliares, que fazem parte das ações de cuidado de enfermagem prestadas às mulheres.

Portanto, se fazem necessárias novas pesquisas sobre essa temática, tendo em vista a abrangência e a complexidade do tema, tal como a urgência de se efetivar, na prática, a capacitação e a sensibilização das equipes de saúde e dos profissionais de áreas afins, para que sejam desenvolvidas ações de vigilância, prevenção da violência, por meio de ações intersetoriais que interligue todos os profissionais e serviços de saúde em projetos, programas e campanhas a fim de reconstruir, desse modo todo o sistema de saúde para que as mulheres sejam tratadas com igualdade e respeito.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar RS. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2013; 3(2): 723-731.
2. Brasil. Lei No 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. 182o da Independência e 115o da República, 24 Nov 2003.
3. Brasil. Lei No 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. 185º da Independência e 118º da República, 7 Ago 2006.
4. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22 (9): 2929-2938.
5. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJÍ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(6): 1879-1890.
6. Silvino MCS, Silva LFF, Duarte SCF, Belentani L, Oliveira MLF. Mulheres e violência: características e atendimentos recebidos em unidades de urgência. *Journal of Health Sciences*. 2016; 18(4): 240-244.
7. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*. 2014; 29(2): 449-469.
8. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1a ed. 22. reimpr. São Paulo: Atlas; 2013.
9. Santos AR. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 8a ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2015.
10. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2a ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013. [online] [acesso em 2019 Out 15]. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População no último censo. 2019. [página na Internet]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/pesquisa/13/5902>.

12. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34a ed. São Paulo: Vozes; 2015.

13. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. Saúde debate. 2014; 38(102): 482-493.

14. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. Texto Contexto - Enf. 2013; 22 (1): 132-140.

15. Ferraz MIR, Lacerda MR, Labronici LM, Maftum MA, Raimondo ML. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. Cogitare Enferm. 2009; 14 (4): 755-759.

16. Bispo TCF, Almeida LCG, Diniz NMF. Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. 2007; 21(1): 11-18.

17. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012 atualização: homicídios de mulheres no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. 2012; 1(1): 1-27: [online] [acesso em 2019 Out 16]. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf

18. Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, Paula AM, Queiroz APDG. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. Ver. Bras. enferm. 2011; 64(4): 665-670.

19. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. Re. Gaúcha Enferm. 2009; 30(4): 609-616.

20. Pasinato W. Oito anos de Lei Maria da Penha.: entre avanços, obstáculos e desafios. Rev. Estud. Fem. 2015; 23(2): 352-545.

21. Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em

Recebido em: 06.11.2019
Aprovado em: 07.12.2019