

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Samara Silva Marques

**O Cuidado à Mulher Gestante em Situação de Violência por Parceiro Íntimo na
Perspectiva do/a Enfermeiro/a da Estratégia de Saúde da Família**

Porto Alegre

2015

SAMARA SILVA MARQUES

**O Cuidado à Mulher Gestante em Situação de Violência por Parceiro Íntimo na
Perspectiva do/a Enfermeiro/a da Estratégia de Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito final para aprovação no curso de
Bacharelado em Enfermagem.

Professora Orientadora: Dra. Deise Lisboa
Riquinho

Professora Coorientadora: Dra. Leticia Becker
Vieira

Porto Alegre
2015
AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à Deus. Foi Ele que me tirou do caminho errado que eu estava tomando e me redirecionou para o caminho correto. Hoje eu sei que serei enfermeira, porque Ele quis assim desde o começo, eu que estava avaliando erroneamente os sinais.

Agradeço aos meus pais, Dagmar e Adão, que sempre se comprometeram a bancar todo e qualquer estudo, sempre preocupados com a minha educação. Sem vocês eu não teria entrado na UFRGS e não estaria agora me formando. Vocês foram fundamentais para a minha formação profissional, de personalidade e de caráter. Minha eterna gratidão por serem quem vocês são.

Ao meu fiel namorado, companheiro, amigo e amante, Vinícius, que esteve comigo desde alguns meses antes de passar no vestibular e segue até hoje, no momento da minha formatura. Sem o teu apoio, a tua ajuda para formatar os trabalhos, montar o sumário, numerar as páginas, trazer chocolates para quando ia virar a noite estudando e as inúmeras vezes que me aguentastes chorando, me descabelando e surtando, não teria conseguido chegar a este momento. Agradeço à Deus todos os dias por ter juntado no mesmo caminho a enfermagem e a tua presença. Tu também faz parte dessa conquista.

Aos amigos e colegas que fiz ao longo da faculdade – Georgia, Maicon, Danielle e Graziella – que me fizeram rir até não aguentar mais, que trabalhavam em equipe comigo e que tornaram a faculdade um fardo menor. Meu profundo agradecimento à vocês por terem me mostrado que ter amigos é uma benção.

Às minhas amigas de longa data – Claudia, Cristiane, Isadora, Mariana, Scheron e Faith – que mesmo nos encontrando pouco ainda conseguiram me fazer rir e me divertir. Vocês também foram importantes nessa caminhada. Muito obrigada por entenderem quando eu não podia sair ou não tinha muito tempo para conversar.

Aos alunos que me ajudaram a realizar essa pesquisa – Maxuel, Luiza e Georgia – vocês foram de extrema importância para a conclusão dessa etapa do curso. Muito obrigada pela dedicação de vocês e pelo tempo dispensado para realizar as entrevistas e transcrevê-las.

À minha maravilhosa orientadora, Deise. Sem a tua ajuda, paciência, tranquilidade e inteligência, esse trabalho não teria saído. Muito obrigada pelas risadas enquanto a gente

montava essa pesquisa. És uma professora maravilhosa que me acolheu e me deu paz para finalizar mais essa etapa.

À minha primeira orientadora, Letícia, que mesmo tendo me deixado logo após concluirmos o projeto de pesquisa, se manteve preocupada comigo e com meu trabalho. Sem a tua ajuda esse trabalho também não teria saído. Muito obrigada pela orientação e pela luz inicial.

À todas as enfermeiras e enfermeiros que aceitaram participar das entrevistas. Gratidão pelo tempo disponibilizado e pelas respostas bem pensadas e formuladas. A sua participação contribuiu para a formação de um estudo escasso de literatura.

E a mim, porque sem meu esforço, dedicação e coragem, não teria terminado o curso de enfermagem. Meu muito obrigada a mim mesma pela força de vontade nos momentos difíceis; pelos choros sem fundamentos, mas que levavam sempre à uma conclusão; e pelos pequenos surtos quando chegava perto do prazo de entrega de algum trabalho. E isso inclui esse TCC.

*“São as nossas escolhas que revelam o que realmente
somos, muito mais do que as nossas qualidades”*

*(Alvo Dumbledore – J. K. Rowling – Harry Potter e a
Câmara Secreta)*

RESUMO

O estudo objetivou analisar as estratégias de identificação e enfrentamento utilizadas por enfermeiras e enfermeiros no cuidado às mulheres gestantes em situação de violência por parceiro íntimo (VPI) em Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre, RS. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, a geração dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com 10 enfermeiros, no período de agosto e novembro de 2015, utilizou-se a análise de conteúdo. Em relação às estratégias de identificação, as lesões físicas foram o principal indício de violência. O acolhimento mostrou-se como uma maneira de desenvolver uma escuta sensível ao sofrimento. De maneira ambivalente, o vínculo frágil com o serviço e com os profissionais, o medo e dependência do agressor, apareceram como fatores que dificultam o processo de identificação. No enfrentamento evidenciou-se a necessidade dos enfermeiros em compartilhar as experiências atendidas. Quando e como notificar desvelam os medos e inseguranças desses profissionais. Conclui-se que há necessidade de ações pontuais e amplas em conjunto com os enfermeiros e demais membros da ESF, especialmente no que tange a educação permanente das equipes, espaço para escuta das inseguranças e medos dos profissionais, assim como ações intersetoriais para identificação e enfrentamento da VPI.

Palavras-chave: Enfermagem; violência contra a mulher; gestantes; estratégia saúde da família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO.	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1 Repercussões maternas e fetais/neonatais da violência contra as mulheres gestantes por VPI	12
3.2 Políticas públicas sociais e de saúde e a legislação de enfrentamento à violência contra as mulheres.....	13
4 MÉTODO	17
4.1 Tipo de estudo	17
4.2 Campo.....	17
4.3 População e amostra.....	18
4.4 Coleta dos dados	18
4.5 Análise dos dados.....	19
4.6 Aspectos éticos	19
REFERÊNCIAS	21
ARTIGO	25
APÊNDICE A - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS	38
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO SMSPA.....	43
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO SMS	44
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO UFRGS	47
ANEXO D – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO: REVISTA ENFERMAGEM UERJ....	50

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso constitui-se do projeto de pesquisa “Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família ao Cuidar de Mulher em Situação de Violência” (Aprovação COMPESQ em 16/10/2014 e CEP/UFRGS em 02/04/2015 nº. **CAAE:** 38025914.8.0000.5347). Aborda a seguinte temática: a atuação do enfermeiro e da enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no cuidado às mulheres gestantes em situação de violência por parceiro íntimo (VPI).

Segundo o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, de 2002, da Organização Mundial da Saúde – OMS (p.89), a definição de violência por parceiro íntimo é um “*comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores*”, e essa definição vale tanto para cônjuges como para parceiros atuais ou passados. A VPI ocorre na adolescência e no início da vida adulta, no casamento ou quando a mulher mora junto com seu parceiro. O abuso físico, sexual, emocional e comportamentos controladores são os tipos de violência mais comuns nesses casos. A VPI não é exclusivamente cometida por homens contra mulheres, pode ser de mulheres contra homens, bem como entre casais do mesmo sexo (OMS, 2010).

Ainda, a OMS (2010) examinou vários estudos feitos em 35 países, em 1999, e concluiu que entre 10% e 52% das mulheres foram agredidas fisicamente pelo parceiro em algum momento da vida, e entre 10% e 30% destas mulheres haviam sofrido, também, violência sexual por parceiro íntimo. Sendo que entre 10% e 27% das mulheres haviam sido abusadas sexualmente na infância ou na idade adulta.

Estima-se que mais de 13 milhões e 500 mil mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de agressão (19% da população feminina com 16 anos ou mais). Destas, 31% ainda convivem com o agressor. Das mulheres que já sofreram violência, 65% foram violentadas por parceiro íntimo, e 13% sofreram agressões por ex-namorado, ex-marido e ex-companheiros. Os tipos de violência mais frequentes são a física (62%), moral (39%), psicológica (38%) e sexual (12%). Vale destacar que a VPI está mais presente entre as mulheres com baixo nível de escolaridade, renda mínima e idade entre 40 e 49 anos (DATASENADO, 2013).

Na última década foram assassinadas no Brasil 43,7 mil mulheres, quase a metade das mais de 92 mil que foram mortas entre os anos de 1980 e 2010. Nos últimos dez anos o número de óbitos aumentou 230%, passando de 1353 para 4465, segundo o Mapa da

Violência de 2012. O Mapa da Violência de 2013 traz um aumento de 17,2% nos homicídios entre 2001 e 2011, foram mortas mais de 48 mil brasileiras, mais de 4,5 mil apenas em 2011 (COMPROMISSO E ATITUDE, 2014).

A gestação é um fator de risco para a VPI e pode ter início no começo da gravidez ou depois dela, podendo alterar, inclusive, a frequência e gravidade das agressões (MENEZES et al., 2003). As mulheres durante a gestação estão mais vulneráveis a vivenciarem situações de violência, seja por parceiro íntimo ou por profissionais da saúde, denominada a violência obstétrica. O tipo de violência – física, moral, psicológica, patrimonial e sexual - é igual em mulheres gestantes ou não, porém de intensidades diferentes (MENEZES et al., 2003).

Os agravos provenientes dessas agressões podem ocasionar diversas repercussões na saúde e vida do binômio mãe-bebê, tais como: trabalho de parto prematuro, hemorragias, baixo peso ao nascer, abortamento, ruptura prematura de membranas, morte materna, e muitos outros problemas (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010; RODRIGUES et al., 2014; SANTOS et al., 2010; ABDOLLAHI et al., 2015; CENGIZ et al., 2014). Um estudo aponta que mulheres com mais de três gestações são mais vulneráveis à violência do que aquelas que nunca engravidaram ou que tiveram uma só gestação (RODRIGUES et al., 2014).

Devido às diversas repercussões na saúde física e mental das mulheres há maior procura delas pelos serviços de saúde, o que indica que os profissionais nessa área possuem importante papel no acolhimento e escuta, sendo estratégicos para o enfrentamento da violência (SCHRAIBER et al., 2007; LEAL, LOPES, GASPAR, 2011; BEZERRA et al., 2013).

No Brasil, a Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Seus fundamentos são orientados pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Desse modo, os serviços da AB apresentam-se como o primeiro e preferencial contato dos (as) usuários (as) com o SUS, pois se constituem como porta de entrada de tal sistema. Pesquisas demonstram que mulheres em situação de violência doméstica estão sempre recorrendo a tais serviços (SCHRAIBER et al., 2007; GALVÃO; DIMENSTEIN, 2010).

É então, a partir destes aspectos e características da AB que se considera o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) como um elemento-chave na identificação de casos de violência, na criação de vínculo com mulheres que são acometidas por desses eventos, na estruturação de estratégias de enfrentamento e de ações de prevenção e promoção, por meio do conhecimento das famílias, do território de abrangência, identificação dos problemas, agravos à saúde e as situações de vulnerabilidade existentes na comunidade (HESLER et al, 2013).

No âmbito da atenção primária à saúde, as Estratégias de Saúde da Família costumam ser mais frequentadas pelas mulheres, principalmente no período gestacional. A procura se deve a exames de rotina, consultas - tanto para elas quanto para os filhos - pré-natal, vacinas, grupos, entre outros. Por esse motivo, quando a rotatividade dos profissionais de saúde é baixa, o vínculo com a equipe é maior, facilitando a percepção dos casos de violência. Porém os casos são pouco notificados e essas mulheres não costumam ser encaminhadas para outros serviços de apoio à mulher vítima de violência (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010).

Estudiosos do tema sinalizam a importância de aprofundar investigações sobre a violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos uma vez que se encontra uma escassa literatura sobre o tema e suas repercussões na vida e saúde do binômio mãe-bebê. No que tange a atuação da enfermagem no cuidado a essas mulheres, percebe-se uma lacuna na produção deste conhecimento (SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2014; RODRIGUES et al., 2014; FONSECA-MACHADO et al., 2014; SARAVIA et al., 2012). Justifica-se assim, o interesse de desenvolvimento deste trabalho.

Considera-se que a AB, representada pelas Estratégias de Saúde da Família, e que pretende uma reorientação do modelo assistencial em saúde, é fundamental para estudar o quanto a enfermagem está preparada/capacitada para o enfrentamento da violência contra as mulheres gestantes nos seus territórios de ação. Assim, dar-se-á resposta a uma necessidade social e de saúde e levanta possibilidades de trabalho/parceria ensino /serviço.

As contribuições deste estudo residem nas possibilidades de estratégias de qualificação do atendimento às mulheres gestantes em situação de violência na AB a partir do conhecimento da realidade vivencial da enfermeira e no desenvolvimento de conhecimento científico na área da Enfermagem em Saúde Coletiva.

Assim, reconhecendo o papel da enfermeira frente ao cuidado de mulheres gestantes em situação de violência e da importância do trabalho dos profissionais em todos os pontos da rede de atenção coordenados pela AB, esse trabalho de conclusão de curso investigativo possui a seguinte *questão orientadora do estudo*: Como as enfermeiras que atuam em

Estratégias de Saúde da Família cuidam/assistem às mulheres gestantes em situação de violência por parceiro íntimo?

2 OBJETIVO

- Conhecer como os/as enfermeiras/os da ESF identificam e enfrentam o fenômeno da VPI contra mulheres gestantes.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para composição deste item realizou-se uma breve revisão de literatura. Utilizou-se de duas bases de dados, Medline via PUBMED e o LILACS, com a seguinte estratégia de busca por meio das palavras-chave: violence against pregnant woman; violence against pregnant woman and nurse care; violência contra a mulher e gestantes; violência contra a mulher, saúde da mulher e cuidado pré-natal; e gravidez, enfermagem, saúde da mulher e violência contra a mulher. Foram selecionados 30 artigos que continham a temática de violência contra a mulher gestante. Vale destacar que destes, apenas dois estudos versam sobre o cuidado de enfermagem às mulheres gestantes vítimas de VPI.

3.1 Repercussões maternas e fetais/neonatais da violência contra as mulheres gestantes por VPI

As diversas formas de violência que acometem os indivíduos no seu dia-a-dia repercutem de maneira significativa na sua saúde física e mental. Ao discutirmos as questões de saúde da mulher, identificamos a violência como fator de profunda relevância, e a VPI é considerada uma das ameaças mais sérias, pois ocorre no seio da família. A violência, seja ela física, sexual, psicológica ou emocional, torna-se ainda mais séria quando a mulher se encontra grávida, pois traz consequências significativas para a saúde da díade mãe-filho (MEDINA; PENNA, 2008).

No que diz respeito às repercussões maternas, evidencia-se o agravo na saúde mental das mulheres gestantes. A VPI pode ser um agente estressor para a mulher, causando desconforto, incapacidade funcional, risco aumentado de morte, dor ou privação da liberdade. Os transtornos mentais que acometem as mulheres durante a gestação são o transtorno de ansiedade, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), a ideação suicida e a depressão. Todos esses distúrbios podem ser agravados quando a mulher se encontra em situação de VPI. Os sintomas depressivos que surgem durante o pré-natal estão ligados com a frequência e a gravidade da VPI (FONSECA-MACHADO et al., 2014).

No que diz respeito as repercussões a saúde fetal, estudos revelados pela OMS no Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde (2002), apontam o baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuro e até mortes materna e fetal (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010; RODRIGUES et al., 2014; SANTO et al., 2010; ABDOLLAHI et al., 2015; CENGIZ et al., 2014).

Outro estudo ainda evidenciou a prevalência de gastrosquise no feto em que a mãe é submetida a violência durante a gestação. Essa doença consiste em uma má formação fetal, na qual o intestino sai para fora do abdômen da criança, ainda dentro do útero, sendo necessária cirurgia imediata logo após o nascimento. A pesquisa concluiu, por meio, de um estudo de caso controle que a violência doméstica foi um dos fatores associados a esta doença, possivelmente pela interferência na imunidade materna (ORTEGA-GARCÍA et al., 2013).

Em relação à violência e a morbimortalidade materna, Medina e Penna (2008) encontraram em sua pesquisa uma relação entre a violência física conjugal e o ganho de peso gestacional, destacando que o atendimento pré-natal precisa ser inovado no que diz respeito a abordagem prática, tendo por finalidade minimizar um possível déficit de ganho de peso durante a gestação por causa da violência sofrida.

Um estudo sinaliza que a VPI sofrida pelas gestantes pode acarretar desmame precoce, mesmo que as mulheres tenham o desejo de amamentar por pelo menos seis meses. Lourenço e Deslandes (2008) demonstraram por meio de seus estudos que mulheres que sofreram violência doméstica por parte de seus companheiros acabaram amamentando por menos tempo, provavelmente menos que os seis meses recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Em um dos relatos contidos na pesquisa, a mulher queria amamentar o filho, mas relatou que por medo de sofrer novas violências, o leite secou. Algumas mulheres sinalizaram, durante a entrevista, que a violência sofrida antes e durante o aleitamento poderia ter interferido na disposição em se dedicar a tarefa de amamentar e na produção do próprio leite. A conclusão das autoras foi de que a VPI tem como consequência o abandono da amamentação por falta de apoio e pela pressão exercidas pelos companheiros.

Outro trabalho em que fica claro os motivos pelos quais acontece o desmame precoce, a autora traz como resultado que uma elevada autoestima da mulher durante o período de pós-parto é um fator importante no estímulo à duração da amamentação. Logo, a VPI gera uma baixa autoestima da mulher, o que desencadeia um risco para o desmame precoce (OLIVEIRA, 2008).

3.2 Políticas públicas sociais e de saúde e a legislação de enfrentamento à violência contra as mulheres

A criação de políticas públicas foi de extrema importância para o enfrentamento da violência contra as mulheres, e essa importância é consolidada pelo lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, de 2007. O pacto consiste numa integração entre governo federal, estadual e municipal no que diz respeito às ações de

enfrentamento à violência, bem como uma descentralização das políticas públicas referentes à temática (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011).

O conceito de enfrentamento diz respeito à aplicabilidade de políticas amplas e articuladas. Requer a ação conjunta do setor da saúde, segurança pública, educação, entre outros, para propor ações como desconstruir desigualdades e combater discriminações de gênero; interferir nos padrões machistas, promover o empoderamento das mulheres e garantir atendimento qualificado e humanizado (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011).

No Brasil, a notificação compulsória é um formulário, um registro sistemático e organizado, que permite o preenchimento obrigatório, pelo profissional de saúde, sempre que houver conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher, não sendo necessário conhecer o agressor (SANTINON; GUALDA; SILVA; 2010). A Lei nº 10.788 de 2003 estabelece, em todo o território nacional, a notificação compulsória dos casos de violência contra mulheres, seja essa notificação feita em serviços de saúde públicos ou privados. Os dados sobre violência contra mulheres na área da saúde, como na AB por exemplo, são registrados no Sistema de Informações sobre Agravos e Notificação (SINAN) por meio de uma ficha de Notificação para Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. Os dados do SINAN tem mostrado que as agressões mais notificadas são contra as mulheres, em sua grande maioria entre 20 e 59 anos de idade (KIND et al., 2013).

Para essa Lei poder ser posta em prática, foi criada a portaria nº 2.406 de 2004 que instituiu e aprovou o serviço de notificação compulsória e a ficha de notificação de violência contra a mulher. Conforme consta na portaria, o profissional de saúde da unidade na qual essa mulher foi atendida, deve preencher a ficha. Depois ela deverá ser remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou ao Serviço da Secretaria Municipal de Saúde, os dados serão inseridos no sistema e enviados à Secretaria de Vigilância em Saúde (SANTINON; GUALDA; SILVA; 2010).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que busca entre outros objetivos promover a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. A meta desta estratégia política é aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres. Foram elaboradas algumas estratégias para se chegar a esse fim, como organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica, articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids e promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Algumas das ações a serem implementadas e seus respectivos indicadores seriam: reestruturar, organizar e avaliar a rede de atenção em saúde para incluir e implementar o atendimento à mulher em situação de violência sexual e doméstica, seu indicador seria o número de serviços ambulatoriais e hospitalares que atendem essa mulher; disponibilizar as informações existentes sobre a violência doméstica e sexual, seu indicador é o número de hospitais de pequeno porte que atendem mulheres em situação de violência; assessorar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte na inclusão de ações para atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, o indicador é o número de equipes multiprofissionais atuantes nos centros de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Lei Maria da Penha, que foi outorgada pela Presidência da República (2006), veio como uma forma de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. No seu artigo terceiro, inciso primeiro, a lei visa garantir o desenvolvimento de políticas que garantam os direitos humanos das mulheres do que diz respeito às relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

No artigo quinto, a Lei Maria da Penha denomina violência doméstica e familiar contra a mulher como sendo qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2006).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, criado pela Presidência da República (2011) veio com o intuito de realizar ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão, como a área da saúde, segurança pública, justiça, educação, entre outros, para propor ações que desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres, bem como interferir nos padrões machistas da sociedade brasileira e garantir um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência.

A noção do enfrentamento não vai se restringir à questão apenas do combate, mas sim da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres. Essas dimensões compõem os eixos desta política nacional no âmbito preventivo, no combate e enfrentamento, assistência e acesso, e garantia de direitos. Para esse eixo ter sucesso é necessário um monitoramento das ações de enfrentamento à violência contra as mulheres. Esse enfrentamento prevê igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos

públicos e participação e controle social. Os objetivos específicos são: reduzir os índices de violência contra as mulheres, promover mudança cultural, garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência e proporcionar atendimento humanizado e qualificado (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011).

Com a finalidade de auxiliar a pôr em prática os objetivos específicos, a portaria nº. 485 de autoria do Ministério da Saúde (2014) redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS (Sistema Único de Saúde). No seu artigo segundo, a portaria integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas, as principais metas são preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede.

Ainda, o Serviço poderá ser organizado em todos os setores integrantes do SUS, conforme as especificidades e atribuições de cada lugar. Ele ainda abrangerá algumas classificações, dentre elas o Serviço de Referência para Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência Sexual e Serviços Ambulatoriais com Atendimento a Pessoas em Situação de Violência Sexual. Os Serviços poderão ser organizados em hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros, Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Serviços terão suas ações colocadas em prática segundo as Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, como: acolhimento, atendimento humanizado, escuta qualificada, atendimento psicológico, exame físico completo, preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica e orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico ou psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O caminho de proteção à mulher vítima de violência, é a identificação e notificação dos casos, com os quais ela irá se sentir mais acolhida e confortável para conversar sobre sua situação. Ao profissional de saúde cabe conhecer os instrumentos que existem para auxiliar no atendimento das vítimas de violência contra a mulher, proporcionado à esses profissionais segurança e destreza na condução dos casos. O benefício desses conhecimento visa possibilitar melhorias na rede de atendimento e na saúde pública (SANTINON; GUALDA; SILVA; 2010).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Considerando a coerência com o objeto de estudo, desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório – descritivo fundamentado na abordagem qualitativa. Esta é empregada ao se abordar o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, as quais resultam da interpretação humana acerca de suas vivências e sentimentos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

A abordagem qualitativa permite ainda a elaboração de enfoques inovadores, análise e desenvolvimento de novas conceituações. A utilização desta também se aplica em investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

4.2 Campo

A pesquisa foi realizada no município de Porto Alegre - Rio Grande do Sul. Segundo o censo de 2010 do IBGE, o território e a sua população de 1.409.351 habitantes estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS), com suas especificidades e vulnerabilidades. Os DS de Porto Alegre estão agrupados em Gerências Distritais (GD), que são estruturas administrativas, gestoras microrregionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS.

Estes DS possuem 181 Equipes de Saúde da Família, instaladas em 94 Unidades de Saúde da Família. Para a investigação em tela foram priorizados os DS Glória, Cruzeiro e Cristal. Justifica-se a escolha destes DS o fato de a Gerência Glória, Cruzeiro e Cristal (GD - GCC) apresentar no ano de 2012 o maior coeficiente geral de mortalidade (0,93) para o grupo de causas externas (acidentes e violências) (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. 2012).

O DS - GCC atende uma população estimada de 160.000 habitantes e conta com 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 28 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). As Unidades de Estratégia de Saúde da Família que compõem o DS são: ESF Alto Embratel I e II, ESF Cruzeiro do Sul, ESF Divisa, ESF Estrada dos Alpes, ESF Graciliano Ramos, ESF

Jardim Cascata I e II, ESF Mato Grosso, ESF Nossa Senhora das Graças, ESF Nossa Senhora de Belém, ESF Orfanotrófio, ESF Nossa Senhora Medianeira I, II, III e IV, ESF Osmar de Freitas I e II, ESF Rincão I e II, ESF São Gabriel, ESF Santa Anita, ESF Santa Tereza I e II e ESF Glória I, II, III e IV.

4.3 População e amostra

Foram convidadas profissionais enfermeiras que trabalham em Unidades de Estratégia de Saúde da Família. Os critérios de inclusão dos profissionais da equipe foram: fazer parte do quadro funcional do serviço, independente do vínculo empregatício e concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Teve-se como critério de exclusão: estar em férias ou em afastamento do trabalho no período da produção de dados.

As entrevistas ocorreram no espaço físico das Unidades de Estratégias de Saúde da Família do DS – GCC, previamente agendada mediante contato telefônico. Foram entrevistadas 15 enfermeiras e enfermeiros atuantes nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família do DS - GCC.

4.4 Coleta dos dados

Para a produção e coleta de dados foi empregada a entrevista semiestruturada. De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2007) a entrevista semiestruturada consiste em uma combinação de perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se limitar ao questionamento enunciado.

Nesta investigação foi elaborado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), o qual se encontra dividido em duas partes: a primeira relacionada aos dados sociodemográficos e de formação dos profissionais de saúde contendo questões fechadas, e a segunda parte composta por questões abertas referentes à ações dos participantes desenvolvidas pelos profissionais de saúde junto às mulheres gestantes que vivenciam a violência por parceiro íntimo.

As entrevistas foram realizadas em horários previamente agendados, em caráter individual, conforme disponibilidade de cada participante. Ainda, foram realizadas no serviço em que o participante trabalha, em um espaço que garantiu a privacidade deste, sendo gravadas (áudio) com o consentimento do mesmo com a finalidade de registrar integralmente a fala, assegurando material autêntico para a análise.

A coleta dos dados obedeceu ao critério de saturação temática. A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada em investigações qualitativas, em diferentes áreas no campo da saúde (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). De acordo com os mesmos autores esta é empregada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

4.5 Análise dos dados

Realizou-se a análise de conteúdo temática, composta pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (MINAYO, 2010). Na fase de pré-análise realizou-se a leitura flutuante das entrevistas, a fim de se obter um maior contato com o conteúdo. Na sequência, partindo da captação dos núcleos de sentido, do agrupamento por afinidade das ideias em comum, foi feito um recorte das respostas à questão central, sendo realizada codificação cromática dos achados, e categorizados conceitos gerais que orientaram a análise. Por meio de leitura exhaustiva estipularam-se questionamentos teóricos a fim de melhor identificar a relevância do conteúdo.

Durante a exploração do material, buscou-se identificar as ideias comuns refletidas nestes recortes, cada entrevista foi lida e relida na íntegra, a fim de confirmar que essas ideias estão expressas ao longo das falas dos sujeitos. Posterior a isso, por meio das leituras das falas, procurou-se identificar a relação das categorias entre si, chegando assim aos aspectos comuns e inter-relacionados. A análise final baseou-se no tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, procurando articular o material estruturado dos depoimentos com a literatura especializada indexada em bases de dados, visando à identificação do conteúdo subjacente ao que foi manifestado.

Duas foram as categorias que emergiram do material empírico e serão detalhadas nos resultados do estudo.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa observou as normas sobre ética em pesquisa contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ao Comitê de Ética e Pesquisa da

(URFGS) e ao Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Foi solicitado junto a Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES) a assinatura no termo de ciência e autorização para a realização da pesquisa nos serviços de saúde de responsabilidade da mesma, conforme orientação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (ANEXO A).

O participante convidado a ingressar no estudo foi informado sobre os objetivos do projeto de pesquisa e assinou, antes do início da entrevista, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), atendendo às Diretrizes e Normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue para todos os participantes em duas vias, sendo que, uma delas, assinada pela pesquisadora, foi entregue à participante; a outra via, assinada pela participante, permaneceu com a pesquisadora. No TCLE constou o objetivo da pesquisa, o caráter voluntário da participação dos sujeitos, a garantia do anonimato, o destino das informações coletadas, bem como a autorização para publicação dos resultados.

As informações foram mantidas em absoluto anonimato, sendo utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. As gravações realizadas durante a coleta de dados, após a publicação dos resultados do projeto, serão guardadas por um período de cinco anos sendo depois destruídas. Oportuno dizer que os profissionais entrevistados foram informados da possibilidade de interromper sua participação, no caso de não concordância com a divulgação do conteúdo. Porém, nas entrevistas efetuadas, não houve ocorrência alguma nesse sentido.

As pesquisadoras se comprometeram com os participantes a não utilizar os dados para comercialização e/ou divulgação que pudessem vir a prejudicá-los. Embora as entrevistas pudessem apresentar riscos, como cansaço e desconforto pelo tempo que envolveu a conversa, e por ter de relembrar algumas vivências passíveis de causar sofrimento ao participante, isso não aconteceu. Caso tivesse ocorrido, concluir-se-ia a entrevista e o profissional seria orientado a procurar o serviço de psicologia, previamente acordado na GD – GCC.

No que diz respeito aos benefícios, estes foram indiretos, pois as informações adquiridas forneceram subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, nas políticas locais, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática e futuras intervenções.

REFERÊNCIAS

- ABDOLLAHI, F. et al. **Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran.** Journal Of Family And Community Medicine, Mazandaran, Iran, v. 22, n. 1, p.13-18, jan. 2015. Semestral. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317989/>>. Acesso em: 03 abr. 2015.
- BEZERRA, I. M. P.; NASCIMENTO, W. L.; MACHADO, C. A.; MACHADO, M. F. A. S. **Enfermeiro da estratégia saúde da família frente à violência conjugal: analisando o processo de trabalho em saúde.** Sau & Transf. Soc. 2013; 3(2): 67-74.
- BONFIM, E. G.; LOPES, M. J. M.; PERETTO, M. **Os Registros Profissionais do Atendimento Pré-Natal e a (In)Visibilidade da Violência Doméstica Contra a Mulher.** Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.97-104, jan. 2010. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a15.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CENGIZ, H. et al. **Domestic violence against pregnant women: A prospective study in a metropolitan city, İstanbul.** Journal of the Turkish-German Gynecological Association, Istanbul, Turquia, v. 15, n. 2, p.74-77, jun. 2014. Trimestral. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4072553/pdf/jtgga-15-2-74.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2015.
- COMPROMISSO E ATITUDE. **Dados nacionais sobre violência contra as mulheres.** 2014. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/dados-nacionais-sobre-violencia-contr-a-mulher/>>. Acesso em: 28 abr. 2015.
- COMPROMISSO E ATITUDE. **Alguns números sobre a violência contra as mulheres no mundo.** 2002. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/alguns-numeros-sobre-aviolencia-contr-a-mulheres-no-mundo/>>. Acesso em: 29 abr. 2015.
- DATASENADO. **Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher.** 2013. Elaborada pela Secretaria da Transparência. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/institucional/datasenado/pdf/copy2_of_DataSenadoPesquisaViolencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2015.
- FONSECA-MACHADO, M. O. et al. **Salud mental de la mujer víctima de violencia por parte compañero íntimo durante la gestación.** Investigación y Educación En Enfermería, Medellín, Colômbia, v. 32, n. 2, p.291-305, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200012>. Acesso em: 01 abr. 2015.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cad. Saúde Pública, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. **A violência e o protocolo de notificação como analisadores dos processos de trabalho da atenção primária em saúde.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. v. 2, n. 3, 2010.

HESLER, L. Z.; COSTA, M. C.; RESTA, D. G.; COLOMÉ, I. C. S. **Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde.** Rev Gaúcha Enferm 2013; 34(1):180-6.

KIND, L. et al. **Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p.1805-1815, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0102-311X00096312&pid=S0102-311X2013000900020&pdf_path=csp/v29n9/a20v29n9.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

KRUG, E. G. et al., eds. **World report on violence and health.** Geneva, World Health Organization, 2002.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.; GASPAR, M. F. M. **Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem.** Interface- Comunicação Saúde, Educação 2011; 15(37): 409-24.

LOURENÇO, M. A.; DESLANDES, S. F. **Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 4, p.615-621, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-89102008005000040&pid=S0034-89102008000400006&pdf_path=rsp/v42n4/6914.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2015.

MEDINA, A. B. C.; PENNA, L. H. G. **Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005.** Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.793-798, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400026>. Acesso em: 09 jun. 2015.

MENEZES, T. C.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C.; FAÚNDES, A. L. **Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2003; 25(5): 303- 316.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. D. R.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 25. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. p. 64.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004 - 2007.** 2004. Objetivo Específico 4. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 485.** 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html>. Acesso em: 08 jun. 2015.

OLIVEIRA, A. S. D. **Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce?** 2008. 186 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva,

Departamento de Epidemiologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

OMS. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: Ação e produção de evidência.** 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 29 abr. 2015.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** 2002. Disponível em: <http://www.academia.edu/7619294/Relatório_mundial_sobre_violência_e_saúde>. Acesso em: 06 maio 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LASALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.** 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2015.

ORTEGA-GARCÍA, J. A. et al. **Violence against Women and Gastroschisis: A Case-Control Study.** International Journal Of Environmental Research And Public Health, Múrcia, Espanha, v. 10, n. 10, p.5178-5190, out. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3823316/pdf/ijerph-10-05178.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei Maria da Penha.** 2006. Lei 11.340. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 08 jun. 2015.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** 2011. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

RODRIGUES, D. P. et al. **Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais.** Revista da Escola de Enfermagem da Usp, São Paulo, v. 48, n. 2, p.206-212, abr. 2014. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200206>. Acesso em: 01 abr. 2015.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. et al. **How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence?** Latino-americana de Enfermagem, Riberão Preto, Sp, v. 22, n. 3, p.448-453, jun. 2014. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300448>. Acesso em: 01 abr. 2015.

SANTINON, E. P.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, L. C. F. P. **Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 74, mar 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499>. Acesso em jun. 2015.

SANTOS, A. G. et al. **Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI.** Revista Rene: revista da rede de enfermagem do Nordeste, Teresina, Pi, v. 11, p.109-116, dez. 2010. Bimestral. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a12v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2015.

SARAVIA, J. C. et al. **Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados**. Revista Peruana de Epidemiologia, Peru, v. 16, n. 2, p.1-5, ago. 2012. Quatrimestral. Disponível em:

<http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2012_V16_N02/7AO_Vol16_No2_2012_Violencia_fisica_durante_embarazo.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2015.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T.; HANADA, H.; KISS, L. B.; DURAND, J. G. **Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo**. Rev. Saude Publica 2007; 41(3):359-367.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Relatório Anual do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. 2012. Disponível em:

<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=919>. Acesso em: 20 maio 2015.

VIEIRA, L. B.; RIQUINHO, D. L.; BISSO, A. J. L. **Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família ao Cuidar de Mulher em Situação de Violência**. [Projeto de pesquisa] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem/UFRGS; 2015.

ARTIGO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER GESTANTE: PERSPECTIVA DO
ENFERMEIRO DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

(Artigo Preliminar)

Seguindo normas da Revista Enfermagem UERJ

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER GESTANTE: PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO: O estudo objetivou analisar as estratégias de identificação e enfrentamento utilizadas por enfermeiras e enfermeiros no cuidado às mulheres gestantes em situação de violência por parceiro íntimo (VPI) em Unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre, RS. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, a geração dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com 15 enfermeiros, no período de agosto a novembro de 2015, utilizou-se a análise de conteúdo. Em relação às estratégias de identificação, as lesões físicas foram o principal indício de violência. No enfrentamento evidenciou-se a necessidade dos enfermeiros em compartilhar as experiências atendidas; quando e como notificar desvelam os medos e inseguranças desses profissionais. Conclui-se que há necessidade de educação permanente das equipes, espaço para escuta das inseguranças e medos dos profissionais, assim como ações intersetoriais para identificação e enfrentamento da VPI.

Palavras-chave: Enfermagem; violência contra a mulher; gestantes; estratégia saúde da família.

INTRODUÇÃO

O Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde realizado em 2002, da Organização Mundial da Saúde (OMS), define violência por parceiro íntimo (VPI) como um “*comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores*” (p.89), e essa definição vale tanto para cônjuges como para parceiros atuais ou passados^{1,2}. Segundo o mesmo relatório, a VPI pode ocorrer em todas as fases da vida, não é exclusivamente cometida por homens contra mulheres, pode ser de mulheres contra homens, bem como entre casais do mesmo sexo.

Estima-se que mais de 13 milhões de mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de agressão, representando 19% da população feminina com 16 anos ou mais. Destas, 31% ainda convivem com o agressor e considerando as mulheres que já sofreram violência, 65% foram violentadas por parceiro íntimo atual e 13% sofreram agressões por ex-namorado, ex-marido e ex-companheiro³. Em relação aos tipos de violência mais frequentes estão a física (62%), a moral (39%), a psicológica (38%) e a sexual (12%); características como baixo nível de escolaridade, renda mínima e idade entre 40 e 49 anos evidenciam maior vulnerabilidade a VPI³.

A gestação é um período da vida da mulher em que os atos violentos podem se intensificar; dentre as grávidas, aquelas com mais de três gestações são ainda mais suscetíveis à violência do que aquelas que nunca engravidaram ou que tiveram uma só gestação⁴. Os agravos provenientes dessas

agressões podem ocasionar diversas repercussões na saúde e vida do binômio mãe-bebê, tais como: trabalho de parto prematuro, hemorragias, baixo peso ao nascer, abortamento, ruptura prematura de membranas, morte materna, e muitos outros problemas⁵⁻⁹. Tais agravos repercutem na saúde física e mental das mulheres e podem gerar maior procura pelos serviços de saúde¹⁰⁻¹². Neste sentido, os profissionais possuem importante papel no acolhimento e escuta das mulheres, sendo estratégicos para o auxílio no enfrentamento da violência¹⁰⁻¹².

No Brasil, a Atenção Básica (AB), por meio das Estratégias Saúde da Família (ESF), compõe um cenário favorável para o desenvolvimento de ações voltadas para à VPI devido a suas especificidades como destinar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo e trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios delimitados¹³. O enfermeiro, como integrante desta equipe, possui atribuições específicas, como realizar atendimento domiciliar, prestar assistência através de grupos, consulta de enfermagem, realização de procedimentos; supervisionar as ações dos agentes comunitários de saúde e equipe de enfermagem¹³. Neste sentido, a atuação do enfermeiro é estratégica para a obtenção de sucesso nas políticas públicas pelas características históricas do compromisso na AB brasileira e em outras partes do mundo¹⁴.

Partindo-se do pressuposto de que o enfermeiro, por meio de um espaço privilegiado como a ESF, por estar próximo da vida das pessoas, desenvolve a escuta e o acolhimento de mulheres no período pré-conceptivo, durante a gestação e pós-gestação e está atenta às suas necessidades de cuidado, buscou-se responder a seguinte questão de pesquisa: Como os enfermeiros que atuam em Estratégias de Saúde da Família cuidam e assistem às mulheres gestantes em situação de violência por parceiro íntimo? Entende-se por cuidado em saúde o tratar, o respeitar e o acolher todo sofrimento humano, gerando interações como acolhimento, vínculo e tratamento digno e respeitoso entre usuários, profissionais e instituições¹⁵.

O objetivo do presente estudo foi analisar as estratégias de identificação e enfrentamento utilizadas por enfermeiras e enfermeiros às mulheres gestantes em situação de violência por parceiro íntimo em Unidades de Estratégias de Saúde da Família do município de Porto Alegre, RS.

REVISÃO DE LITERATURA

A Lei Maria da Penha, outorgada pela Presidência da República (2006), foi uma forma de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. No seu artigo terceiro, inciso primeiro, a lei visa garantir o desenvolvimento de políticas que garantam os direitos humanos das mulheres do que diz respeito às relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

A criação deste tipo de política pública permitiu maior visibilidade e enfrentamento a ocorrência da violência contra as mulheres. O lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, de 2007, enfatizou a integração entre governo federal, estadual e municipal no que diz respeito às ações de enfrentamento à violência, bem como uma descentralização das políticas públicas referentes à temática¹⁶.

O conceito de enfrentamento diz respeito à aplicabilidade de políticas amplas e articuladas. Requer a ação conjunta do setor da saúde, segurança pública, educação, entre outros, para propor ações como desconstruir desigualdades e combater discriminações de gênero; interferir nos padrões machistas, promover o empoderamento das mulheres e garantir atendimento qualificado e humanizado¹⁶.

No Brasil, a notificação compulsória da violência é uma forma de visibilizar sua ocorrência, consiste em um registro de preenchimento obrigatório pelo profissional de saúde, sempre que houver conhecimento, suspeita ou comprovação de violência, não sendo necessário conhecer o agressor¹⁷. Tal registro é realizado pelo Sistema de Informações sobre Agravos e Notificação (SINAN) por meio de uma ficha de Notificação para Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. Os dados do SINAN tem mostrado que as agressões mais notificadas são contra as mulheres, em sua grande maioria entre 20 e 59 anos de idade¹⁸.

A AB tem potencial para tornar-se a porta de entrada para a mulher que está vivendo relações violentas de gênero^{19,20}. A participação dos profissionais da AB e a inserção na comunidade, por meio da ESF, podem favorecer a identificação antecipada dos fatores de risco para a violência e a intervenção nas situações de vulnerabilidade²¹.

A enfermagem tem avançado por meio da produção e apropriação do conhecimento a fim de dar visibilidade à violência contra as mulheres nas suas atitudes, práticas e habilidades necessárias para lidar com esse problema de uma forma sensível e competente. Estudos apontam que as profissionais enfermeiras tendem a demonstrar mais sensibilidade com o tema^{22,23}.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Esta abordagem baseia-se nas percepções e interpretações humanas acerca de suas vivências e sentimentos²⁴. A pesquisa foi realizada nas 28 equipes de ESF em um distrito sanitário (DS) no município de Porto Alegre - Rio Grande do Sul. A escolha por este DS ocorreu pelo fato de o ano de 2012 ter apresentado o maior coeficiente geral de mortalidade (0,93) para o grupo de causas externas (acidentes e violências)²⁵.

A população em estudo foi um/a enfermeiro/a de cada equipe de saúde da família, totalizando 28 entrevistas. Os critérios de inclusão foram: estar ao menos três meses nesta atividade e como

exclusão afastamento do trabalho no período da produção de dados. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada Minayo²⁴, no período de 28 de agosto a 04 de novembro de 2015. Para este estudo foram analisadas 10 das entrevistas realizadas até o momento.

Entre os/as enfermeiros/s entrevistados/as, sete são do sexo feminino e três masculino; o estado civil mais frequente foi solteiro. A idade dos participantes variou entre 27 e 42 anos. O tempo de formação está entre quatro e doze anos e o trabalho em ESF vai de dois a onze anos de serviço. Todos os entrevistados possuem algum tipo de especialização na área da saúde pública, terapia intensiva e urgência e emergência.

A análise dos dados foi desenvolvida por meio de análise de conteúdo temática, compostas pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos²⁶. Na fase de organização e análise dos dados, o software NVivo 10 auxiliou na codificação e tratamento do material. O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família ao Cuidar de Mulher em Situação de Violência” aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre CAAE: 38025914.8.0000.5347 e 38025914.8.30015338, respectivamente. Todos entrevistados assinaram o TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a partir dos depoimentos dado por enfermeiros e enfermeiras a respeito de suas percepções e interpretações dos atendimentos prestados às gestantes em situação de violência. Emergiram do material as seguintes categorias: “identificação e acolhimento da mulher gestante vítima de VPI: *é bem complexo*” e “o enfrentamento da violência: possibilidades e desafios no cotidiano”.

Identificação e acolhimento da mulher gestante vítima de VPI: “*é bem complexo*”

Os depoimentos dos entrevistados evidenciam que a maioria já atendeu mulheres vítimas de violência. Quando se trata de gestantes ocorre o inverso, poucos identificaram tal situação. A identificação das situações de violência foram descritas como um fenômeno complexo, por três dos entrevistados, pois a gestação é um período em que as emoções estão mais exacerbadas e o choro e a tristeza podem mascarar a ocorrência da violência. Foi enfatizado, ainda, que quando há a verbalização ou a presença de sinais físicos, como hematomas, a identificação ocorre com mais facilidade.

Um momento apropriado para se identificar as vítimas de violência na gestação é durante o pré-natal, neste período as visitas aos serviços de saúde são mais frequentes. No entanto, quando não há

evidência de marcas físicas resultantes das agressões há dificuldades de tal constatação, sendo, portanto, necessário uma atenção maior por parte das equipes de saúde e um acompanhamento atento a cada caso²⁷.

A presença mais frequente da mulher nos serviços pode gerar um vínculo maior com a equipe de saúde e favorecer a identificação dos casos de violência. Entretanto, a maior parte dos casos não é registrada, constituindo a invisibilidade da situação⁵. Como sugestão as autoras recomendam um plano de intervenção com questionamentos nos registros da equipe, seriam perguntas diretas à todas as usuárias, indagando se elas enfrentam ou sofrem algum tipo de violência⁵.

Uma situação exemplificada por uma das entrevistadas sinalizou para a atenção a outros “sinais” indicados pela gestante, como a ausência em consultas de pré-natal por motivo de alternância de endereço, por vezes morando com a mãe e outras com o companheiro, aliado ao relato da ocorrência de violência na gestação anterior, auxiliou no entendimento de que isto se repetia na atual gestação.

A VPI se estende ao coletivo, atingindo a vítima, a família e a sociedade. As consequências são percebidas na desarmonia social e familiar, tendo por vezes os filhos como reprodutores dessa violência²⁸. A progressão das situações de violência contra a mulher pode ser comparado ao tecer de uma rede, na qual as pessoas envolvidas, família e sociedade, entrelaçam-se a essa vivência e são afetadas diretamente por essa situação²⁸.

O acolhimento da gestante e o desenvolvimento de um escuta “interessada” foi lembrada por cinco dos entrevistados como uma ferramenta potente para identificação da violência, conforme exemplificado na fala:

Foi durante o acolhimento, após identificar que a paciente tinha o semblante muito triste. Na escuta, no acolhimento, o profissional tem que estar aberto para escutar, porque no geral as mulheres tem vergonha de falar, elas se sentem culpadas. [E1]

Neste sentido, o acolhimento dos profissionais de saúde configura-se como uma oportunidade de responsabilização na escuta dos relatos e queixas das mulheres, permitindo a livre expressão de suas preocupações e angústias⁵. A escuta comprometida dos profissionais de saúde são elementos que viabilizam o reconhecimento da VPI em gestantes, por isto é necessário que a equipe esteja preparada para estabelecer uma relação de cuidado que gere a conquista da confiança da paciente^{29,30}.

Como dificuldade da identificação da violência, foi mencionado nos depoimentos dos profissionais o vínculo frágil com o serviço e com os profissionais, o medo, a vergonha de se expor e a dependência emocional e financeira que essas mulheres tem com o agressor. Tais elementos configuram-se os desafios no enfrentamento da violência. Por vezes a longa convivência com

situações de violência geram lesões que incapacitam temporariamente para o trabalho, gerando absenteísmo, os níveis de escolaridade que sinalizam para uma população com pouca qualificação profissional e, conseqüentemente, maior dependência financeira do companheiro, reforçam a necessidade de ajuda especializada para o rompimento desse ciclo^{28,31}. Nesse sentido, é imprescindível que os serviços assumam uma postura de responsabilização, bem como desenvolvam uma estrutura de atendimento voltado à identificação e acompanhamento terapêutico das situações de violência³².

O enfrentamento da violência: possibilidades e desafios no cotidiano

Ao serem questionados sobre formas de enfrentamentos das situações de VIP às gestantes, dois enfermeiros entrevistados relataram que fizeram ou fariam encaminhamentos ao hospital de referência para situações de violência.

As questões de saúde mental foram lembradas por quatro entrevistados que afirmaram:

[...]minha primeira providência seria ressaltar o psicológico dela. Depois encaminhá-la para assistente social e psicóloga. [E7]

O encaminhamento a outros serviços foi algo recorrente nas falas denotando uma dificuldade dos profissionais em assistir e acompanhar a gestante em situação de violência. Segundo Leal³², a construção de práticas e condutas locais adequadas e sensíveis passa por um encaminhamento para serviços especializados de maneira que os casos não fiquem apenas com a equipe local, que muitas vezes se encontra limitada ou precisa de assessoria e comunicação entre serviços.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi mencionado por dois enfermeiros como uma estratégia de enfrentamento aos casos de violência:

Eu procuraria ajuda do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), também, por causa da preocupação com a saúde mental dessa mulher, de como levar adiante essa gestação. [E10]

Gostaria de mais capacitação e que a gente tivesse mais profissionais no NASF para poder discutir os casos. Somos muito carentes de orientação sobre o assunto. [E5]

O NASF foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde com o intuito de apoiar as ações das equipes de saúde da família, contribuindo para o aumento da resolutividade da atenção primária. É assim que esse núcleo busca auxiliar na integralidade do cuidado tendo como foco principal de desenvolvimento as ações da AB em relação à saúde da comunidade e das equipes de saúde da família³³.

Dentre as estratégias para se lidar com a mulher em situação de VPI, um estudo cita a criação de vínculo e valorização da fala da mulher; institucionalização de espaços para discussões sobre a

temática, envolvendo profissionais da equipe de referência, do NASF e conhecimento acerca dos serviços que integram a rede de atenção à mulher em situação de violência e encaminhamentos, como os mais importantes³⁰.

A notificação compulsória, instrumento da Vigilância em Saúde, está presente no discurso de três entrevistados como um dispositivo de encaminhamento e visibilidade da violência:

Acho que a notificação, denúncia e os encaminhamentos internos trazem proteção para o profissional também, já que tem outros dispositivos envolvidos. Então eu encaminharia para a rede, mesmo sabendo que não funciona como deveria, mas é uma proteção para o profissional isso não ficar apenas dentro da unidade. [E7]

Os registros realizados pelos profissionais de saúde na AB foram examinados em outro estudo e demonstraram a ocorrência de uma violência descontextualizada, os prontuários, em sua maioria, não contém registros de dados socioeconômicos, nem da história de vida da usuária, demonstrando lacunas para compreensão do contexto no qual a violência ocorre. As ações são voltadas para as consequências, físicas ou psíquicas, da violência na saúde da mulher⁵.

Foi externalizado por um dos entrevistados a pouca propriedade sobre o tema:

É, eu teria que ter mais propriedade para saber onde encaminhar. Se tu encaminha para o lugar errado, fica naquele bate e volta o tempo todo, e acaba-se descreditando na situação da mulher[...]. Não sei até que ponto posso agir, a partir de qual momento é conduta da paciente. Aqui na ponta não podemos adentrar muito na situação da família dessa mulher, porque se o companheiro é agressivo, normalmente são, ou tem antecedente criminal, a gente fica com medo que ele possa vir a fazer algo com a unidade e os funcionários. [E2]

Os profissionais não estão capacitados para atender esse tipo de situação na ESF, grande parte por conta da ausência do assunto na formação acadêmica de enfermeiros e demais profissionais da saúde³⁴. É notório o receio que o profissional sente ao atuar quando o assunto é a violência contra as mulheres, por não se perceber capacitado para cuidar nessas situações, a atitude tomada se resume muitas vezes no afastamento ou negação³⁵.

Neste sentido, foi apontado por cinco dos entrevistados a necessidade de capacitações por meio da educação permanente sobre o tema para o enfrentamento da violência

Se surgisse uma gestante nessa situação eu não iria conseguir dar conta sozinha, ia ter que pedir ajuda com certeza. Não somos preparados para isso. [E10]

Estudos enfatizam a importância do preparo técnico e emocional do profissional para não só identificar as possíveis situações de violência contra a mulher, como também para proceder uma escuta sensível, que permita a realização do acolhimento^{35,36}. Portanto, faz-se necessário um

movimento por parte dos profissionais para saírem da impotência e se tornarem novos agentes de mudança social, capazes de dar uma direção para as mulheres que vivem em situação de violência^{35,36}.

Além das capacitações e do protagonismo dos profissionais, também se faz necessário um clima de segurança entre os trabalhadores:

Muitos profissionais tem medo de fazer a notificação [compulsória], tem a questão da identificação, que a gente sabe que não é uma coisa que precise se identificar. Mas eu acho que tem que tirar esse mito assim, que a gente consegue mudar alguma coisa, mas a gente também tem muito envolvimento com tráfico, com drogas, violência e que a gente sabe que os profissionais que estão envolvidos tem quer ter todo o cuidado né, pra tratar desse tipo de situação, seja violência contra mulher, idoso ou criança. Qualquer tipo de violência a gente teria que ter mais segurança, também. [E6]

Silva, Aquino e Pinto³⁷ comentam que a violência no trabalho está presente em todos os setores, entretanto é mais frequente nos serviços que predominam mulheres, como o setor de saúde e serviços sociais. No geral, é mais frequente nos serviços de saúde, pois o trabalhador exerce uma relação muito próxima com seu objeto de trabalho que são as necessidades de saúde do paciente. O estudo conclui que a violência no setor saúde é invisibilizada e que qualquer medida adotada para formação de políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador, terá repercussão na qualidade do atendimento prestado à população³⁷.

Os profissionais envolvidos na atenção a esta clientela percebem a complexidade e intensidade da violência vivenciada, que, por vezes, mobilizam questões pessoais de cada um³⁸. Há também dificuldade no estabelecimento de estratégias para lidar com as repercussões da violência na saúde e no cotidiano dos profissionais, principalmente diante da escassez e fragilidade de uma rede de apoio para o enfrentamento dessas situações³⁸.

Olhar para tais questões requer (re)pensar possibilidades e desafios. Dentre os quais está a necessidade de preparar e capacitar profissionais e formar equipe multiprofissional, que discuta e implemente programas de atendimento à mulher em situação de violência no país com vistas a proporcionar maior autonomia à mulher e aos profissionais, favorecendo o trabalho colaborativo e interativo³⁹. Além de abordar o fenômeno da violência de forma multidisciplinar, devendo ser, ao mesmo tempo, social, epidemiológica, psicológica e biologicamente compreendida^{40,41}.

CONCLUSÕES

Acredita-se que este estudo sinalizou para potencialidades e fragilidades no papel do enfermeiro para identificação e enfrentamento da VPI. Em relação às estratégias de identificação, a atenção às lesões físicas foram o principal indício da violência sofrida pelas gestantes. De um lado, o acolhimento mostrou-se como uma maneira de desenvolver uma escuta atenta e sensível ao sofrimento decorrente da violência. Por outro, de maneira ambivalente, o vínculo frágil com o serviço e com os profissionais, o medo, a vergonha e a dependência financeira e emocional do agressor, apareceram como fatores que dificultam o processo de identificação.

As formas de enfrentamento evidenciaram-se nas necessidades dos enfermeiros em compartilhar as experiências atendidas, seja por meio de encaminhamentos a serviços especializados ou ainda por meio de dispositivos como o NASF. A preocupação com o apoio especializado para os casos de sofrimento mental das gestantes indica um despreparo dos profissionais em trabalhar com tais demandas. Quando e como notificar desvelam os medos e inseguranças desses profissionais na AB. Observou-se que a identificação e enfrentamento da VPI necessita de ações pontuais e amplas em conjunto com os enfermeiros e demais membros da ESF, especialmente no que tange a educação permanente das equipes, enfocando aspectos de responsabilidade de cada profissional e do coletivo, espaço para escuta das inseguranças e medos dos profissionais, assim como ações intersetoriais que garantam o cumprimento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Como limitações do estudo, aponta-se a necessidade de uma maior permanência no campo de pesquisa, para uma análise das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros nos casos de VPI e articulação com a rede de serviços e ações intersetoriais.

REREFÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Washington (DC): OPAS; 2012.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra. 2002.
3. Senado Federal. DataSenado. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF): Senado federal; 2013.
4. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes AL. Violência física, doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003; 25(5): 303-316.
5. Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os Registros Profissionais do Atendimento Pré-Natal e a (In)Visibilidade da Violência Doméstica Contra a Mulher. Esc Anna Nery. 2010; 14: 97-104.
6. Rodrigues DP, Gomes-Sponholz FA, Stefanelo J, Nakano AMS, Monteiro JCS. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. Rev Esc Enferm. USP. 2014; 48: 206-2012.

7. Santos AG, Nery IS, Rodrigues DC, Melo AS. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI. *Rev Rene*. 2010; 11: 109-116.
8. Abdollahi F, Abhari FR, Delavar MA, Charati JY. Physical violence against pregnant women by na intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. *J Family Community Med*. 2015; 22: 13-18.
9. Cengiz H, Kanawati A, Yildiz S, Süzen S, Tombul T. Domestic violence against pregnant women: a prospective study in a metropolitan city, Istanbul. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2014; 15: 74-77.
10. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 359-367.
11. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar, MFM. Representações Sociais da Violência Contra a Mulher na Perspectiva da Enfermagem. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37): 409-24.
12. Bezerra IMP, Nascimento WL, Machado CA, Machado MFAS. Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente à violência conjugal: analisando o processo de trabalho em saúde. *Sau & Transf Soc*. 2013; 3(2): 67-74.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
14. Lima FR, Fagundes NC, Sales SSP. Atuação da Enfermeira na Atenção Básica a Saúde: uma revisão integrativa. *Rev Baiana Enferm*. 2013; 27: 82-92.
15. Pinheiro R. Cuidado em saúde: dicionário de educação profissional em saúde [site de Internet]. Fundação Oswaldo Cruz: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>.
16. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília (DF): Presidência da República; 2011.
17. Santinon EP, Gualda DMR, Silva LCFP. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde [site de Internet]. *Âmbito Jurídico*. 2010. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499.
18. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29: 1805-1815.
19. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Prática dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4): 505-12.

20. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14(4): 1037-50.
21. Vieira LB, Riquinho DL, Bisso AJL. *Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família ao Cuidar de Mulher em Situação de Violência [projeto de pesquisa]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
22. Kim K, Motsei M. "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Soc Sci Med.* 2002; 54: 1243-1254.
23. Sagot M. The Critical Path of Women Affected by Family Violence in Latin America: Case Studies From 10 Countries. *Violence against women.* 2005; 11: 1292-1318.
24. Minayo MCS, Deslandes SFDR, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
25. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. *Relatório Anual do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Porto Alegre (RS): Secretaria Municipal de Saúde; 2012.
26. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
27. Santos SA, Lovisi GM, Valente CCB, Legay L, Abelha L. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2010; 18: 483-93.
28. Riquinho DL, Correira SG. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. *Rev Bras Enferm.* 2006; 27: 301-310.
29. Baraldi ACP, Almeida AM, Perdoná GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2012; 12: 307-318.
30. Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da Violência na Relação Conjugal a Partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22: 789-796.
31. Dagord ALL. Violência contra a mulher: ainda um desafio. *In: Nunes MR. Os direitos humanos das mulheres e das meninas: enfoques feministas*. Porto Alegre (RS): Assembléia Legislativa; 2002; 23-8.
32. Leal SMC. "Lugares de (não) ver?": representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

33. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de apoio à saúde da família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28: 2076-2084.
34. Gomes NP, Bonfim ANA, Barros RD, Filho CCS, Diniz NMF. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2014; 22: 477-481.
35. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Prática dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4): 505-12.
36. Freitas FC, Luna MG, Dytz JLG. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no programa Violeta, Distrito Federal. *Comum Ciênc Saúde*. 2007; 18(3): 185-196.
37. Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30: 2112-2122.
38. Penna LHG, Carinhanha JI, Rodrigues RF. Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua na ótica dos profissionais cuidadores do abrigo. *Rev Eletr Enf*. 2010; 12(2): 301-7.
39. Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm*. 2008; 42(2): 377-82.
40. Rocha CR, Siqueira PRA, Oliveira PRF, Moura MAV, Spindola T. A enfermagem e a saúde da mulher: questões de gênero e geopolíticas. *Esc Anna Nery*. 2000; 4(1): 105-14.
41. Couto TM, Lopes RLM. Ser - mulher que vivenciou violência conjugal na gestação. *Rev Enferm UERJ*. 2003; 11(3): 296-309.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL****ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Título do projeto: ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AO CUIDAR DE MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Pesquisadora responsável: Dr^a. Letícia Becker Vieira

Roteiro da entrevista

Número da entrevista: _____ Data: _____

Dados sócio-demográficos:

- 1) Idade:
- 2) Sexo:
- 3) Estado civil:
- 4) Possui filhos? Se sim, quantos?
- 5) Religião: Prática? () Sim () Não
- 6) Raça/cor declarada:
- 7) Tempo de formação:
- 8) Possui especialização? () Não () Sim Área:
- 9) Tempo de serviço na ESF:
- 10) Possui outros empregos?
- 11) Já atendeu mulheres gestantes em situação de violência? Se a resposta for afirmativa como você identifica/já identificou uma situação de violência no atendimento a uma mulher?
- 12) Que fatores você considera facilitadores para a identificação e enfrentamento da violência contra as mulheres gestantes? E os fatores que dificultam a identificação de situações de violência contra as mulheres?

- 13) Qual foi ou seria a sua conduta ao identificar um caso de violência contra a mulher gestante?
Fale-me sobre as ações realizadas no seu cotidiano de trabalho com mulheres em situação de violência...
- 14) Você notifica/ já notificou casos de violência contra a mulher gestante?
- 15) De que forma você encaminhou ou encaminharia situações de violência contra a mulher gestante? Em caso negativo, por que não encaminhou ou encaminharia?
- 16) Após encaminhar ou notificar algum caso de violência contra a mulher, você recebe/recebeu algum retorno/contra- referência?
- 17) Você conhece algum protocolo específico para o atendimento de uma mulher gestante em situação de violência?
- 18) Gostaria de fazer alguma colocação/apontamento sobre o tema aqui abordado?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ENFERMAGEM

Você está sendo convidada (o) para participar, como voluntária, desta pesquisa intitulada “Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família ao cuidar de mulher em situação de violência”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Objetivos da pesquisa: Identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras ao cuidar de mulheres em situação de violência em Unidade de Estratégias de Saúde da Família do município de Porto Alegre – RS e apreender a intencionalidade (*os motivos para*) da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência.

Você será entrevistada/o sobre as ações desenvolvidas ao cuidar de mulheres em situação de violência e sobre suas intencionalidades ao cuidar dessas mulheres. A entrevista será gravada e o que você disser será registrado para posterior estudo. Porém, você tem a liberdade de aceitar ou não e o fato não inviabilizará o desenvolvimento da entrevista. A entrevista será realizada em uma sala reservada previamente agendada no seu ambiente de trabalho (USF). Após, as suas informações gravadas serão transcritas, por mim, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados.

- É importante que você compreenda que assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra ‘E’ (E1, E2, E3, E4...), por ser a letra inicial da palavra Enfermeira/o, seguida de um número que não corresponde à sequência de sua participação na pesquisa. Você não precisara informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. O material desta pesquisa será arquivado, em local seguro, na UFRGS, por cinco anos; após esse prazo, o material deverá ser destruído. Estamos solicitando consentimento para gravação em áudio. Os

dados desta entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica. Na gravação, temos a garantia que não será possível associar a sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa.

Benefícios: para você, os benefícios serão indiretos, pois as informações produzidas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem nas políticas locais bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática e futuras intervenções.

Riscos: você poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço de psicologia, previamente acordado.

Sigilo: ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de artigos científicos. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar a pesquisadora responsável Letícia Becker Vieira na UFRGS, pelo telefone (051) 33085425. Se você tiver alguma pergunta sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul CEP- UFRGS, pelo telefone (051) 33083738. E, ainda buscar informações no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre CEP - SMSPA, pelo telefone (051) 32895517.

Equipe de pesquisadores do estudo:

- Letícia Becker Vieira - Pesquisadora responsável e professora UFRGS. Local de atuação: Graduação em Enfermagem da UFRGS. Rua São Manoel, 963, Porto Alegre, RS. Telefone para contato: (51) 33085425.

Consentimento da participação.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família ao cuidar de mulher em situação de violência”. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a Prof^a. Letícia sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Consentimento para gravação em áudio: () Sim, () Não.

Porto Alegre, _____, _____, _____.

Assinatura do/a participante:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura Pesquisador que conduziu o processo de consentimento

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO SMSPA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre Secretaria Municipal de Saúde Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu **ROSANE TEREZINHA BALTAZAR**, matrícula **536675**,

Coordenador do/a Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)

Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)

Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)

Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro

Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)

Outra área/secretaria: _____

Conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado **ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AO CUIDAR DE MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**.

tendo como Pesquisador Responsável Letícia Becker Vieira

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 17/03/2014.

Rosane Terezinha Baltazar
Matr. 536675.1
Coordenadora CGAPES/SMS

Assinatura e carimbo

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP
SMSPA

Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040

3289.5517, cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AO CUIDAR DE MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Pesquisador: Letícia Becker Vieira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38025914.8.3001.5338

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.066.199

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, tomando-se como referencial teórico metodológico a análise sociológica de Alfred Schütz. As/os participantes do estudo serão profissionais enfermeiras/os que realizam a ação de cuidar de mulheres em situação de violência em unidades de Saúde da Família no município de Porto Alegre - RS. Para a produção dos dados será utilizada a entrevista fenomenológica. O número de participantes

não será previamente definido uma vez que nos estudos fenomenológicos o número de entrevistas a serem realizadas é determinado pela suficiência de significados convergentes aos objetivos da pesquisa. A análise dos dados será pautada na Sociologia de Alfred Schütz e consistirá em leituras e releituras das entrevistas visando identificar as ações desenvolvidas pelas profissionais e captar os motivos para da ação; será identificada a relação das categorias entre si, chegando assim ao típico da ação profissional. Os preceitos éticos serão respeitados conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no país.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.066.199

Identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras ao cuidar de mulheres em situação de violência em Unidade de Estratégias de Saúde da Família do município de Porto Alegre – RS.

Objetivo Secundário:

Apreender a intencionalidade (os motivos para) da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O participante poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço de psicologia, previamente acordado.

Benefícios:

Os benefícios serão indiretos, pois as informações produzidas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem nas políticas locais bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática e futuras intervenções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: UFRGS

Área: Enfermagem

Tipo de estudo: institucional

Pesquisador responsável: Letícia Becker Vieira

Equipe de pesquisa: Deise Lisboa Riquinho e Annie Jeannine Lacchini Bisso

Número de participantes: O número de participantes não será previamente definido uma vez que nos estudos fenomenológicos o número de entrevistas a serem realizadas é determinado pela suficiência de significados convergentes aos objetivos da pesquisa.

Local de realização: ESFs GDGCC

Data de início: 31/05/2015

Data de término: 30/09/2016

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.066.199

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Parecer de Aprovação do CEP SMSPA nos locais de realização do estudo.

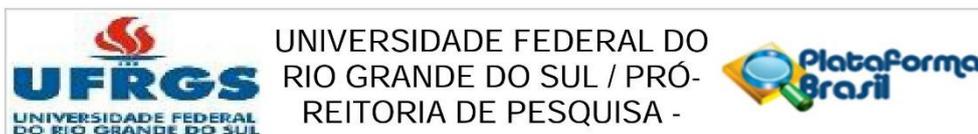
Enviar relatório parcial e final ao CEP SMSPA.

PORTO ALEGRE, 17 de Maio de 2015

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
 (Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AO CUIDAR DE MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Pesquisador: Leticia Becker Vieira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38025914.8.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.009.549

Data da Relatoria: 26/03/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto com vistas a pleitear financiamento junto à Fapergs – Recém-Doutor.

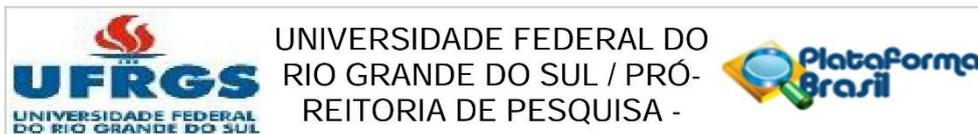
Na problematização, consta que a violência contra as mulheres tem se configurado um importante condicionante da saúde feminina, bem como um grave problema de saúde pública e que os profissionais de saúde, sobretudo os da área da Enfermagem, em geral, realizam os primeiros atendimentos às mulheres em situação de violência. Menciona, ainda, que as Estratégias de Saúde da Família (ESF) constituem um terreno fértil para a ampliação das ações de prevenção à violência contra a mulher, pois se configuram como um cenário privilegiado para o reconhecimento do agravo e cuidado à mulher, sobretudo por conta do vínculo estabelecido com os usuários. Além de considerar que a ESF é uma importante porta de entrada no sistema de saúde para o atendimento às mulheres em situação de violência. Portanto, os profissionais necessitam estar apropriados do acolhimento das demandas deste segmento.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS PRIMÁRIOS

Identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras ao cuidar de mulheres em situação de violência em Unidade de Estratégias de Saúde da Família do município de Porto Alegre – RS

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.009.549

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Apreender a intencionalidade (os motivos para) da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Atendeu recomendação emitida no parecer anterior, contemplando descrição também no Formulário da Plataforma Brasil e no texto do projeto. Informa que o participante poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de lembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço de psicologia, previamente acordado.

BENEFÍCIOS: Previstos benefícios indiretos, relacionados a possíveis subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem nas políticas locais bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática e em futuras intervenções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

CHARACTERIZAÇÃO: Pesquisa de natureza qualitativa, à luz do referencial da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz.

LOCAL REALIZAÇÃO: ESF dos Distritos Sanitários (DS) Glória, Cruzeiro e Cristal. Justificativa: no ano de 2012 apresentaram o maior coeficiente geral de mortalidade (0,93) para o grupo de causa: causas externas (acidentes e violências).

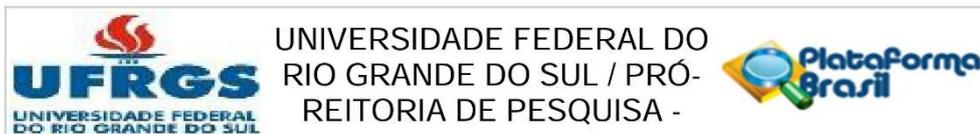
PARTICIPANTES: Adequou informação na nova versão do projeto, descrevendo que "Será entrevistada a totalidade de enfermeiros/as atuantes nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família do DS – GCC", estimando que a mostra venha se consolidar com 10 enfermeiras/as membros de uma equipe de Saúde da Família.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO: Fazer parte do quadro funcional do serviço, independente do vínculo empregatício; concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Estar em férias ou em afastamento do trabalho no período da produção de dados.

PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS: Entrevista fenomenológica, gravada em áudio. A transcrição na íntegra será guardada por 5 anos e após inutilizada.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.009.549

ORÇAMENTO: Informado. Pleiteia fomento Recém-Doutor junto à Fapergs.

OBS: Com relação ao CRONOGRAMA, ainda nesta versão do projeto, NÃO atendeu recomendação de forma que atenda a Resolução CNS 466/12, ou seja, indicar claramente mês-a-mês. Também, é confusa a distribuição de meses nos respectivos anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Anexou parecer consubstanciado da COMPESQ-ENF-UFRGS.
- Anexou anuência prévia da Instituição para realização da pesquisa.
- Apresentou TCLE, em nova versão, com as informações solicitadas anteriormente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 02 de Abril de 2015

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro			
Bairro: Farroupilha		CEP: 90.040-060	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propesq.ufrgs.br	

ANEXO D – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO: REVISTA ENFERMAGEM UERJ

A Revista Enfermagem UERJ, criada em 1993, é um veículo de difusão científica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Seu principal objetivo é publicar trabalhos originais e inéditos de autores brasileiros e de outros países, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem, da Saúde e ciências afins. É uma revista trimestral, que publica resultados de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura e discussão de temas atuais e relevantes para os campos aos quais se destina. Caracteriza-se como periódico internacional, abrangendo predominantemente os países da América Latina e Caribe, embora também tenha circulação nos Estados Unidos, Canadá, França, Suécia, Portugal e Espanha. A proposta editorial da Revista vem ao encontro das tendências contemporâneas de integração e complementaridade de áreas de conhecimento, que levam em conta a vocação da Enfermagem para a diversidade e para a articulação das diferentes áreas. Adota a normalização dos “Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver), conforme matéria publicada pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e disponível em <http://www.icmje.org/>. O processo editorial da Revista Enfermagem UERJ visa a apresentar à comunidade científica textos que representem uma contribuição significativa para a área. A abreviatura de seu título é Rev enferm UERJ, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas. Submissão do manuscrito 1. A submissão dos manuscritos é feita on-line no site: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>. 2. O nome completo de cada autor, sua instituição de origem, país, e-mail e síntese da biografia devem ser informados nos metadados. 3. Os autores deverão enviar documento digitalizado no formato PDF e anexado no processo de submissão, uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (disponível na página web da Revista). 4. Os conceitos emitidos no manuscrito são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial. 5. Caso a pesquisa envolva seres humanos, os autores deverão apresentar, também, declaração de que foi obtido consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou o estudo. 6. Todos os autores de cada artigo, sem exceção, deverão ser assinantes da Revista. O processo de revisão editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às condições anteriores; caso contrário, todo o material será devolvido para adequação. Procedimentos da comissão editorial 1. Os Editores recebem o material encaminhado para publicação e fazem uma primeira apreciação, no que se refere à adequação dos textos às normas de

publicação e, se considerados potencialmente publicáveis, serão encaminhados para dois Consultores Ad Hoc. 2. Os autores são comunicados sobre o recebimento do manuscrito pelo Editor, através de e-mail. Os autores deverão ficar atento à confirmação de recebimento, que será enviada pela Secretaria da Revista para o mesmo e-mail de remessa ou outro expressamente indicado. 3. Os Consultores Ad Hoc emitem seus pareceres em três modalidades: aceito sem alterações; recomendando modificações ou recusando a publicação do manuscrito. No caso de recomendação com modificações, os autores serão notificados das sugestões, devendo cumpri-las num prazo de 30 dias, a partir do seu recebimento. Em caso de recusa, os autores serão notificados das razões que justificam a decisão. Os manuscritos recusados poderão ser reapresentados à Revista, desde que sejam amplamente reformulados, sendo considerados como contribuição nova. Cópias dos pareceres serão enviadas aos autores, exceto quando houver restrição expressa por parte do Consultor. Os originais não publicados serão destruídos após seis meses da finalização da tramitação editorial. 4. A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Conselho Editorial, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações. 5. Após aprovação do Conselho Editorial, será comunicado aos autores o volume e o fascículo da Revista no qual o artigo será publicado. 6. No caso de aceitação para publicação, os Editores reservam-se o direito de introduzir pequenas alterações no texto, figuras e tabelas para efeito de padronização, conforme parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes. 7. O processo de avaliação por pares utiliza o sistema de blind review, preservando a identidade dos autores e consultores. As identidades dos autores serão informadas ao Conselho Editorial apenas na fase final de avaliação.

Direitos autorais

A Revista Enfermagem UERJ detém os direitos autorais de todas as matérias publicadas. A reprodução total dos artigos em outras publicações requer autorização por escrito dos Editores. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita dos Editores e dos autores. A reprodução de outras publicações pela Revista deverá obedecer aos seguintes critérios. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução na Revista Enfermagem UERJ. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Composição do manuscrito: A Revista Enfermagem UERJ adota as normas de publicação “Requisitos Uniformes” (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol, inglês ou francês. Os textos deverão ser apresentados dentro de uma das seguintes

modalidades: Artigo de Pesquisa - Investigação baseada em dados empíricos, que utilize metodologia científica e incluam introdução, referencial teórico, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências - limitados a 3.500 palavras; Estudo Teórico - Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas - limitados a 3.000 palavras; Artigo de Revisão - corresponde à análise de um corpo abrangente e extenso de investigações, relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento da enfermagem e da saúde - limitados a 3.000 palavras; Atualidade - Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde; intercâmbio de opiniões entre editores e leitores sobre trabalhos publicados - limitados a 2.500 palavras. Obs.: a contagem de palavras dar-se-á da Introdução ao fim da Conclusão, excluindo-se as referências e quaisquer figuras. Os textos deverão ser digitados em processador de texto Word Perfect ou Word for Windows, versão XP ou anterior, papel tamanho A4, espaçamento entrelinhas 1,5, sem recuo de parágrafos, fonte Times New Roman tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 2 cm, numeradas, embaixo e à direita, a partir da folha de introdução (p. 1) até o final das referências. Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso. A apresentação dos trabalhos deve ser encaminhada em um único arquivo, exceção feita às tabelas/figuras. O arquivo deve conter a seguintes informações em ordem: Título: Título pleno nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, não devendo exceder 15 palavras. Não deve incluir siglas, nomes de cidades, países ou outras informações geográficas, nem chamadas para notas. Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder seis palavras. Resumo em português: O resumo deve ter entre 100 e 150 palavras. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir: problema investigado, objetivos do estudo, método de pesquisa contendo características pertinentes da amostra ou grupo de estudo, e procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, campo e período do estudo, resultados relevantes, conclusão ou suas implicações ou aplicações. Os resumos de revisão crítica, de estudo teórico ou de artigo de atualidades devem incluir: tema, objetivo, tese, construto sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Não inserir chamada para notas. Palavras-chave: Devem ser apresentadas quatro palavras-chave, digitadas em letra minúscula (apenas a letra inicial da primeira palavra deverá ser maiúscula) e separadas por ponto-e-vírgula. Devem ser escolhidas palavras que classifiquem o texto com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico. Deverá ser dada preferência ao uso de descritores extraídos do vocabulário Descritores em Ciências

da Saúde (LILACS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MESH), quando acompanharem os Abstracts. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido. Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em português, apresentar o Abstract (em inglês) e o Resumen (em espanhol) obedecendo às mesmas especificações para a versão em português, seguidos de keywords e palabras clave, compatíveis e na mesma ordem de inserção das palavras-chave em português. Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em inglês, espanhol ou francês, apresentar dois resumos em idiomas diferentes, observando a seguinte ordem: português, inglês, espanhol ou francês. Corpo do texto: Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os utilizando uma linha em branco. Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser feitas sempre acompanhadas do número respectivo ao qual se referem (não devem ser utilizadas as expressões a tabela acima ou a figura abaixo). Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. As citações de autores deverão ser feitas conforme os exemplos apresentados na seção final deste texto, observando os Requisitos Uniformes (Estilo Vancouver). A transcrição na íntegra de um texto de até três linhas deve ser delimitada por aspas e numerada de acordo com a ordem de citação no texto. Uma citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. O tamanho da fonte para citações deve ser 12, como no restante do texto, sem destaque. Não empregar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única a ser utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências. A citação de trechos de depoimentos dos entrevistados deverá ser apresentada com recuo de 2,5cm da margem esquerda, em itálico, sem aspas e com a identificação fictícia do depoente (Ex: E1, E2, ...). Referências: Observar o Estilo Vancouver. Os artigos deverão apresentar o limite mínimo de 10 obras analisadas. A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra; os nomes secundários serão representados por suas iniciais em maiúsculas sem separação entre elas; não fazer destaques para títulos. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas. Anexos: Apenas quando contiverem informação original importante, ou destacamento indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos. Tabelas: O total de tabelas/figuras não deverá exceder a 3 (três) ilustrações. Apresentar uma tabela por arquivo separado do texto, com

título numerado sequencialmente, compostas no software MS-Excel versão 2000 ou anterior. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título, e largura limitada a 8cm, 12cm ou 16cm. A tabela deverá ser digitada utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos. Figuras: São consideradas como figura todas as ilustrações que não se enquadrem na definição de tabela; portanto, quadros, gráficos, desenhos, fotos, etc. Não são aceitas figuras coloridas ou com fundo reticulado (cinza). Apresentar uma figura por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente e legenda, compostas nos softwares MS-Excel versão 2000 ou anterior, ou Corel Draw e arquivos com extensão TIF ou JPG. Não gravar em formato BMP ou compactados. A figura deverá ser formatada utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos. Ao usar scanner para reproduzir imagens, utilizar resolução de 300 DPI no modo tons de cinza. Não serão aceitos arquivos de figuras (gráficos, quadros e ilustrações) ou de tabelas construídos em outros processadores e colados como figura no Word. Notas: As notas não-bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas em página separada do texto, identificadas e ordenadas por algarismos romanos, (não utilizar o recurso de inserir nota de rodapé, mas apenas digitá-las como parte normal do texto). Inserir agradecimentos às agências financiadoras, informação e outros, seguidas pelas demais observações relativas ao texto do trabalho.

Exemplos de citações: No corpo do texto: Não mencionar os nomes dos autores das citações. Indicar os números das obras conforme lista de referências do texto. Citação de um artigo/obra: Após a citação, indicar o número sobrescrito da referência – conforme a ordem de menção pela primeira vez no texto. Por exemplo, o primeiro trabalho mencionado no texto é de autoria de Mauro, Clos e Vargens e deve ser assim citado: Os estudos relatam avaliações sobre qualidade das revistas científicas¹. Citação de dois artigos/obras consecutivos: Após a citação, indicar os dois números sobrescritos das referências conforme a ordem de menção pela primeira vez, separados por vírgulas. Exemplo: ... como os índices crescentes de violência urbana^{1,12}. Citação de artigos/obras diversos não-consecutivos: Devem ser relacionados os números dos autores, em ordem crescente, separados por vírgulas. Achados semelhantes foram confirmados^{4,6,8,10} em 2000. Para mais de dois artigos/obras consecutivos Vários especialistas^{1-6, 8-12} têm recomendado... O traço entre os números significa os autores de 1 a 6 e de 8 a 12. Citações de trabalho transcritas de fonte primária: A citação de 8. Rodrigues BMRD, localizada na página 33, deve ser transcrita assim: [...] a fala é a maneira utilizada pelo ator-agente da ação para expressar suas vivências originárias numa relação face a face [...]8:33. Evitar citações de trabalho discutido em uma fonte secundária. Citação de

comunicação pessoal: Este tipo de citação deve ser evitado, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens não devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma de iniciais e sobrenome do emissor e data, entre parênteses. Ex.: (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

Exemplos de lista de referências: A lista é enumerada, observando-se a ordem de menção pela primeira vez no texto, sem qualquer destaque. Artigo de revista científica: Artigo-padrão Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato. Rev enferm UERJ. 1997; 5:517-20. No referido exemplo, após o título abreviado do periódico (com um ponto final) especificar: ano da publicação, volume e páginas inicial e final do artigo. A paginação é sequencial por volume/anual. No caso da paginação não ser sequencial por volume/ anual, é obrigatória a especificação do número do fascículo. Guimarães RM, Mauro MYC. Potencial de morbimortalidade por acidente de trabalho no Brasil - período de 2002: uma análise epidemiológica. Epístula ALASS (Espanha). 2004; 55(2):18-20. Artigo no prelo: Não informar volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Exemplo: Oliveira DC. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. Rev Bras Enferm. No prelo, 2002. Texto publicado em revista de divulgação comercial: Madov N. A cidade flutuante. Veja (São Paulo) 2002; 35:63. Neste último exemplo, quando o título da revista for homônimo, deve ser registrado o nome da cidade de sua procedência entre parênteses. Livro e outras monografias: Indivíduo como autor: Lopes GT, Baptista SS. Residência de enfermagem: erro histórico ou desafio para a qualidade. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery; 1999. No exemplo anterior, após a cidade, omitiu-se a sigla do estado entre parênteses por tratar-se de homônimo. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1990. Livro publicado por um organizador ou editor: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. Capítulo de livro ou monografia: Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 27-38. Livro traduzido para o português Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70/ Livraria Martins Fontes; 1979. Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais: Evitar o uso de resumo como referência. Francisco MTR, Clos AC, Larrubia EO, Souza RM. Prevenção das DST/AIDS na UERJ: indicativos de risco entre estudantes. In: Resumos do 50o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 out 15-19; Salvador; Brasil. Salvador (BA): ARTE DBC; 1998. p.181. Trabalho completo publicado em anais de eventos: Santos I, Clos AC. Nascentes do

conhecimento em enfermagem. In: Anais do 9o Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1997 set 6-10; Vitória, Brasil. Vitória (ES): Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p.68-88.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em revista: Evitar o uso de resumo como referência. Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo, entre colchetes. Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato [resumo]. Rev enferm UERJ. 1996; 4:412-3.

Dissertação e tese não-publicada: Silva MTN. Sobre enfermagem - enfermeira: o imaginário dos familiares das ingressantes no curso de graduação [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Obras antigas com reedição em data muito posterior: Franco FM. Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir; 1946. (Original publicado em 1790).

Autoria institucional: Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica: lineamientos para su desarrollo - los contenidos educacionales. Washington (DC): OPS; 1995.

Ministério da Saúde (Br). Coordenação Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: situações e tendências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Web site ou homepage: Civitas R. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais [site de Internet]. Urbanismo e desenvolvimento de cidades. [citado em 27 nov 1988] Disponível em: <http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>. Artigos consultados em indexadores eletrônicos: Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2000 [citado em 05 set 2000]. 1:1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.

Ao organizarem listas de referências, os autores devem atentar sempre para que o emprego da pontuação esteja uniforme e correto.

Endereço para contato e envio dos trabalhos Revista Enfermagem UERJ Bd. 28 de Setembro, 157, sala 703. CEP 20551-030. Vila Isabel - Rio de Janeiro, Brasil Tel.: (21) 2868-8236 ramais 204 e 205 FAX: (21) 2334-2074 E-mail: revenf.uerj@gmail.com ou revenf@uerj.br Web Site: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>