



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

ELAINE BUCHELE DE VARGAS

ESTER HÉLIA DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE À
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À MULHER**

Palhoça

2017

ELAINE BUCHELE DE VARGAS
ESTER HÉLIA DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE À
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel.

Orientadora: Prof^ª Elisabeth Flor de Lemos, MSc.

Palhoça
2017

ELAINE BUCHELE DE VARGAS
ESTER HÉLIA DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE À
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À MULHER**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e aprovado em sua forma final pelo Curso de Enfermagem, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 04 de julho de 2017.

Prof. MSc Elisabeth Flor de Lemos - Orientadora
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. MSc. Fabiana Oenning Gama – Banca examinadora
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Dr Ilse Lisiane Viertel Vieira – Banca examinadora
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. MSc. Simone Karmann Souza – Banca examinadora
Universidade do Sul de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Elaine Buchele de Vargas

A Deus, por tudo que conquistei até agora e por todas as coisas boas e ruins que me aconteceram. Foram elas que me fizeram chegar aonde cheguei, e me tornar o que sou hoje.

A UNISUL que nos proporcionou uma formação sólida e de qualidade, em especial ao coordenador do curso Sérgio Luiz Sanceverino pela atenção, colaboração e compreensão.

Aos professores participantes da banca, Fabiana, Ilse e Simone pela disponibilidade, contribuições e por dividirem comigo esse momento tão esperado.

A minha orientadora Elisabeth por ter participado desta trajetória, pela paciência na orientação e incentivo. Uma grande profissional e admirável amiga para toda a vida.

Ao meu pai e minha mãe que com muito carinho, dedicação e amor, não mediram esforços para que eu chegasse até aqui. A minha irmã Carla que apesar de tudo sempre acreditou em mim. Amo vocês e agradeço a Deus todos os dias pela família que tenho.

A minha amiga e parceira Ester, por existir e estar compartilhando essa conquista comigo. Você é um ser humano lindo que ilumina meus dias e faz parte da minha vida dividindo comigo todos os momentos sejam eles de alegria ou tristeza. Guardarei você para sempre em meu coração.

Aos colegas que conheci na Unisul e fizeram parte dessa caminhada de forma positiva. Em especial as minhas amigas Aline, Camila, Ester e Meri que sempre estiveram presentes, nunca me deixaram desanimar. Amigos que lutam para nos ver felizes são praticamente extintos e eu tive a sorte de encontrar vocês.

Aos que direta ou indiretamente estiveram presentes na minha formação, o meu muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Ester Hélia dos Santos

A Deus pela vida, saúde e força para enfrentar as dificuldades que são impostas em nosso caminho e por todas as vitórias já conquistadas.

A UNISUL e principalmente ao coordenador do curso e professor Sérgio, pela atenção, receptividade e oportunidade de concluir uma graduação de qualidade, fundada no compromisso e ética.

A todo corpo docente que fez parte dessa trajetória por compartilhar de valiosos ensinamentos e experiências. Aqui registro minha admiração por todos os professores que se fizeram presentes nessa caminhada e se tornaram exemplos a serem seguidos. Em especial as professoras Fabiana, Ilse e Simone, por aceitarem fazer parte da banca examinadora, pela atenção e por auxiliarem na construção deste trabalho.

A professora Ilse em particular, por me orientar na bolsa de estudo e pesquisa e conceder-me a oportunidade de adquirir mais conhecimento na área de pesquisa. Gratidão por todos os ensinamentos e conversas.

A minha querida orientadora Elisabeth, pelo carinho, confiança, suporte, constante motivação e pelo grande exemplo de ser humano.

Ao meu maior orgulho, minha família, pela compreensão nos momentos de ausência e estresse, pelo amor incondicional, pelo zelo e por me encorajarem nos momentos de mais fraqueza. A minha avó Alice, minha mãe, meu pai, meus irmãos Jessé e Thiago, minha cunhada Alesandra e minha afilhada Serena, meu eterno amor e gratidão.

A meu noivo Moisés, pelas ajudas fora de hora, pelo amor e incentivo que me fizeram chegar até aqui.

A todos os colegas que conheci nesta trajetória e, sobretudo as minhas amigas Aline S, Camila, Elaine e Meri, que estiveram ao meu lado independentemente das circunstâncias, que me apoiaram e me fizeram rir sempre que precisei descontraír.

A Elaine, minha amiga e dupla de TCC por toda paciência, esforço e empenho para que juntas concluíssemos este trabalho. Gratidão pela cumplicidade, pelo sorriso descontraído, pelos conselhos e principalmente por ser tão especial.

A todos que não foram mencionados aqui, mas que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação acadêmica, a minha gratidão.

RESUMO

Introdução: Violência doméstica contra a mulher é um grave problema de saúde pública no mundo, exigindo cuidados dos profissionais da saúde. A mulher vitimizada sente vergonha, culpa-se, vivencia o medo de perder seus filhos e de ser agredida novamente. Acredita que o agressor vai mudar e tenta protegê-lo. Às vezes, o agressor a acompanha em todos os momentos com os profissionais da saúde, a impossibilitando de expor o fato. Há também aqueles motivos referentes ao comportamento profissional, que por falta de conhecimento, construção de conceitos errôneos, acabam por não detectar situações de violência. **Objetivo:** Conhecer a atuação dos profissionais de saúde na atenção primária frente à violência doméstica contra mulher. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória descritiva, realizada através de entrevista semiestruturada com profissionais de saúde da UBS Rio Grande, apoiado na teoria transcultural de Leininger. **Resultados:** Evidenciou-se que os profissionais da saúde, sobretudo os agentes comunitários de saúde são de suma importância no reconhecimento da violência. Quanto aos cuidados dispensados à mulher vitimizada, brotou o acolhimento, orientação, encaminhamento e empatia. Percebeu-se que relacionamento e comunicação terapêutica estão presentes em todas as etapas do processo e que os profissionais dispensam cuidados baseados no empirismo, porém mesmo diante desta realidade, acreditam poder cuidar das pacientes em caso de violência doméstica. **Considerações finais:** Nesse cenário, julga-se fundamental realizar ações alicerçadas em normas do Ministério da Saúde com os ACS, por ser a categoria profissional com maior proximidade das famílias, contribuindo para prevenção, promoção e assistência no cuidado integral às mulheres.

Palavras-chave: Violência doméstica. Saúde da Mulher. Atenção primária.

ABSTRACT

Introduction: Domestic violence against women is a serious public health problem in the world, requiring care by health professionals. The woman who was the victim feels ashamed, blames herself, is afraid of losing her children or even of being attacked again. She believes that the aggressor will change and tries to protect him. Sometimes, the aggressor accompanies her at all times with the health professionals, not giving her the opportunity to expose the fact. In addition to these factors, there are also points concerning to the behavior of the professional, who for lack of knowledge and misconceptions, ends up not being attentive to signs of violence against the woman. **Objective:** It's to understand the conduct of health professionals in primary care for domestic violence against women. **Method:** It is a qualitative, descriptive exploratory research, carried out through a semi-structured interview with health professionals working at UBS Rio Grande, supported by Leininger's cross-cultural theory. **Results:** The analysis of the results showed that health professionals, especially community agents, are extremely important in the recognition of violence. Concerning to the care given by the professionals to the victimized woman, the mentioned aspects were the reception, orientation, direction and empathy. It was noticed that relationship and therapeutic communication are present in all stages of the process and was observed that the professionals provide diversified care based on empiricism, due to the lack of qualification, however, even in the face of this reality, they believe they can take care of patients in case of domestic violence. **Final Considerations:** Thus, it is considered fundamental to carry out actions based on norms of the Ministry of Health with the ACS, because it is the professional category with the most proximity to the community, contributing to prevention, promotion and assistance in the integral care of women.

Keywords: Domestic violence. Women's Health. Primary attention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 MARCO TEÓRICO	14
3.1 BIOGRAFIA DE MADELEINE LEININGER.....	14
3.2 A TEORIA DE MADELEINE LEININGER	15
3.3 PRESSUPOSTOS DA TEORIA.....	17
3.4 CONCEITOS NORTEADORES	18
4 METODOLOGIA	21
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
4.2 LOCAL DO ESTUDO	21
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	21
4.3.1 Critérios de inclusão	22
4.3.2 Critérios de exclusão	22
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	22
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	24
4.6.1 Perfil sociodemográfico	25
4.6.2 Cuidando através da comunicação terapêutica e do acolhimento.....	27
4.6.3 Cuidando ainda que com limitações	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	45
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	46
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	48
ANEXOS	50
ANEXO A – Parecer Consubstanciado de Aprovação CEP - UNISUL	51

1 INTRODUÇÃO

Toda violência tem como base o preconceito, a discriminação e intransigência. As mulheres atingidas na esfera privada por tal agravo sofrem violência independente da idade, cor, religião, etnia, condição socioeconômica, origem ou orientação sexual (LEMOS, 2010). A violência surge como questão social importante com base nas diferenças de gênero, nos conflitos familiares, sendo que esta pode ser evidenciada por meio do abuso e maus-tratos que sofrem as crianças, mulheres e idosos. Extremamente ligada à violência doméstica, encontra-se as violências físicas, psicológica e sexual (SCHRAIBER et al., 2003).

Quando se trata de violência à mulher, pode ser denominada também como violência de gênero e a este termo associa-se o silêncio e a invisibilidade. Neste sentido, Schraiber e outros (2003, p. 42) relatam ser “[...] realidades que podem e devem ser abordadas no plano psicoemocional, sócio-cultural e ético-político, para uma aproximação primeira de sua complexidade [...]”. As repercussões na condição de um ser “humano” e as consequências para as mulheres, principalmente partindo do princípio da violação dos seus direitos devem chamar a atenção para a violência doméstica e instigar o comprometimento das políticas de atenção e prevenção.

A partir da implementação da Lei Maria da Penha, que tem como objetivo combater a violência doméstica e familiar contra mulheres, os casos de violência passaram a perder a invisibilidade, pois esta garante ainda a proteção e assistência humanizada a essas mulheres. Anteriormente a implementação da Lei os casos de violência eram julgados como crimes de menor potencial ofensivo e muitas vezes a pena era simbólica, paga com cestas básicas ou com trabalhos voluntários, assim gerando um sentimento de impunidade (MENEGHEL et al., 2013).

A Saúde Pública do Brasil vem melhorando e se adaptando, e atualmente, a violência contra a mulher é tratada como um problema de Saúde Pública. Mesmo com esta mudança, não deixou sua alta complexidade para trás, isto é, a violência ainda traz consigo o seu contexto social que afeta com grande impacto às vítimas do mundo todo, além de acometer também seus familiares, pessoas de seu convívio e os profissionais que as acolhem (LABRONICI et al., 2010).

A violência doméstica é um triste acontecimento, que como mencionado anteriormente, acarreta uma série de problemas que irão repercutir na saúde das vítimas, tais como dor muscular, dor pélvica, dor de cabeça, hematomas, fraturas, tonturas, desmaios, dispneia, asma, doenças sexualmente transmissíveis, infecções do trato urinário, abortos e uma série de outros problemas que podem levar ao uso de álcool e drogas e sentimentos como

depressão, ansiedade, medos e até mesmo a vontade e concretização de suicídio (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007).

Segundo Reis e outros (2010) a violência com maior número de ocorrências é a sexual e esta pode levar à complicações tanto físicas como psicológicas que podem aparecer a curto ou longo prazo. De acordo com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2007) a violência sexual não se limita a atos de penetração, pois envolve toques e carícias não consentidos, prostituição forçada, linguagem obscena, exibicionismo e participação não voluntária em situações de pornografia.

Além da violência sexual, existem outros tipos de violência como a física que compreende o emprego de força com ou sem instrumentos e que comprometem a integridade física; a psicológica, que engloba todo e qualquer ato de humilhação, ameaças ou outras ações que podem restringir o desenvolvimento da vítima; a violência patrimonial que se relaciona ao roubo ou dano ao patrimônio e a violência verbal que assemelha-se a psicológica, e inclui xingamentos (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Day e outros (2003) citam ainda, a negligência como outra forma de violência, significando esta a ausência de responsabilidade de um membro da família para com outro que tenha necessidade de tal responsabilidade.

A violência doméstica por fim, engloba todas as manifestações de violência e geralmente são provocadas por pais, padrastos ou parceiros íntimos (ANDRADE; FONSECA, 2008).

Para melhor compreensão sobre a violência doméstica, se faz necessário o entendimento sobre gênero (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Assim, gênero é a categoria que explica as diferenças entre homem e mulher no papel social e que mostra as posições secundárias ocupadas pela mulher em relação ao exercício do poder (ANDRADE; FONSECA, 2007). No mesmo sentido Guedes, Silva e Fonseca (2009, p. 626) relatam que:

A desigualdade de gênero [...] tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação. Essa desigualdade tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres, que é resultado de uma assimetria de poder que se traduz em relações de força e dominação. Desse modo, a violência baseada no gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres.

Para Signorelli, Auad e Pereira (2013) a diferença entre homens e mulheres é apenas anatômica, desta forma, não teriam relevância social se não houvesse a construção do conceito de gênero, o qual impõe uma hierarquização sobre os sexos, colocando o homem como dominador. Além disso, a construção de gênero ao longo da história impôs à mulher lugar de obediência e submissão (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Diante a posição da mulher na sociedade, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2007) relata que a detecção da violência doméstica contra a mulher é dificultada por

conta da mulher não relatar o ocorrido. A mulher violentada sente vergonha, culpa-se pela violência, vivencia o medo de perder seus filhos ou mesmo de ser agredida novamente, acredita que o agressor vai mudar e tenta o proteger por questão de dependência financeira ou afetiva e o agressor geralmente a acompanha em todos os momentos com os profissionais da saúde não dando oportunidade para que ela exponha o caso.

Segundo Oliveira e outros (2005), muitas mulheres também são resistentes para procurar atendimento nos casos de violência por acreditarem ser necessário primeiramente realizar o boletim de ocorrência e apresentarem-se para o exame de corpo de delito. Devido ao constrangimento e outros sentimentos associados ao caso, acabam por não procurar os serviços ou procurarem tardiamente, quando as intervenções profiláticas em casos de violência sexual já não possuem mais a mesma eficácia.

Além dos fatores relacionados aos sentimentos da mulher que contribuem para que a mesma não exponha seu quadro de violência, há também os fatores referentes ao comportamento profissional. Por falta de conhecimento sobre o que fazer caso uma mulher relate a violência doméstica e por construção de conceitos errôneos, acabam por não abordar o tema da violência com a mulher (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007).

Em contrapartida, os profissionais da saúde inserem-se na questão de violência doméstica em uma posição estratégica, pois podem detectar sinais e sintomas de uma possível vítima (BRASIL, 2001). Com base nos diferentes tipos de violência às quais as mulheres são submetidas, elas chegam ao Sistema Único de Saúde (SUS) com diferentes queixas e não apontam a causa de tal agravo (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Por este motivo para Schraiber e outros (2005) o motivo das lesões nem sempre são associados à violência. Por sua vez, as mulheres são consideradas pelos profissionais de saúde como poliqueixosas (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Os profissionais de saúde possuem o dever de atentarem-se a questão de violência doméstica, ainda que não haja indícios nos primeiros momentos, devem manter a atenção de maneira integral e uma escuta sensível com cada indivíduo, pois com o tempo, dada essa abertura e aproximação do profissional com a vítima, ela pode encorajar-se e lhe confiar tais situações, assim dando oportunidade para que se possa intervir (BRASIL, 2001).

Pelo fato do profissional de saúde ter maior contato com as mulheres de uma determinada área, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é responsável por conhecer as mulheres vítimas de violência doméstica, bem como as mulheres que são vulneráveis a esse grave problema de saúde pública. Portanto, a ESF deve estar apta para oferecer suporte necessário à vítima de violência “[...] ajudando-as a compreenderem, analisarem e tomarem as

decisões pertinentes à problemática” (MACHADO et al., 2014, p. 831).

O reflexo de tal problema pode ser observado diante dos alarmantes dados encontrados no país e no mundo. Em um relatório sobre violência contra as mulheres na América Latina e no Caribe, uma análise comparativa dos dados sobre a população de 12 países, sugere que entre 17% e 53% das mulheres que participaram do estudo relataram ter sofrido violência física ou sexual de seus parceiros e que entre 10% e 27% das mulheres desses países tem algum relato de violência sexual sofrida em algum momento de suas vidas geralmente pelo parceiro ou homens que já conheciam (BOTT, 2013).

No Brasil a cada 15 segundos, uma mulher sofre algum tipo de violência, sendo o país que mais sofre quando o assunto é violência doméstica, a qual é a principal causa de morte e deficiência entre as mulheres, 23% das mulheres do nosso país estão sujeitas a essa condição que podemos com toda certeza chamar de desumana. A violência contra a mulher em 40% dos casos resulta em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, encarceramento, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos entre outros, sendo que de mortes e assassinatos os números são ainda piores 70% das mulheres que foram assassinadas no Brasil foram mortas por seus maridos ou companheiros (UNIFEMM, s.a).

Durante o período de 2009 a 2012 o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostrou 256.428 casos de violência registrados, desses 65,94% são violência contra a mulher tendo como faixa etária com maior número de ocorrência de 15 a 39 anos e como principal tipo a violência física com 69,13% dos casos, seguido pela Psicológica/Moral com 25,38% dos casos e a sexual com 15,54%. A moradia é ainda onde ocorre a maior parte dos casos registrados dessa violência, com 53,80% e os principais agressores são os maridos ou ex-maridos com 35.714 casos. O atendimento prestado geralmente no serviço de saúde é ambulatorial com 120.961 casos, entretanto 42.120 casos são mais graves e chegam a ser internados e até mesmo hospitalizados tendo 5.149 que apresentam evolução para óbitos pela violência (OMS, s.a).

Os dados citados anteriormente confirmam que 17,26% de 10.000 mulheres brasileiras sofrem algum tipo de violência nos diferentes locais em que convivem tanto na residência quanto no trabalho (OMS, s.a).

Em um relatório que apresenta os dados sobre violência contra a mulher no Estado de Santa Catarina, no primeiro semestre do ano de 2015 (01 de janeiro a 30 de junho de 2015), mostra que a região de Florianópolis composta pelos municípios Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São José e São Pedro de Alcântara, mostrou que esses municípios tiveram números bem significativos quanto a

violência doméstica contra a mulher adulta, que foram 1.744 casos de ameaça, 27 de calúnia, 117 de danos, 92 de difamação, 12 de estupro, 02 de homicídio doloso, 05 de incêndio, 522 de injúria, 1.003 de lesão corporal, 03 de tentativa de estupro e 10 de tentativa de homicídio, portanto esses dados não podem ser desprezados, sendo que a agressão a mulher é uma violação dos direitos humanos e é dever dos profissionais de saúde e de toda sociedade lutar contra essa injustiça que causa danos irreparáveis a mulher (SANTA CATARINA, 2015).

Considerando que a violência doméstica contra a mulher é de fato um grave problema de Saúde Pública, e que estas mulheres aportam no SUS, faz-se necessário, conforme Pedrosa e Spink (2011), refletir sobre como estes serviços estão preparados para atender mulheres nesta situação.

Neste mesmo sentido, Signoreli, Auad e Pereira (2013) sugerem que, por essas mulheres serem frequentadoras assíduas dos serviços de saúde, por conta dos agravos associados à violência, reconhecer como os serviços operam no contexto em relação à mulher, profissional e serviço de saúde, podendo servir como objeto essencial para a compreensão desse complexo problema, bem como para a construção de estratégias que visem à minimização das consequências provenientes da violência.

A atenção disponibilizada à mulher, principalmente na Unidade Básica de Saúde (UBS) constitui, portanto, elemento essencial para a construção de estratégias frente à violência doméstica. Tais métodos auxiliam também, para redução das mulheres vulneráveis a este quadro e ainda promove a saúde (PEDROSA; SPINK, 2011).

A UBS como atenção primária à saúde, geralmente é a porta de entrada da população na Rede de Atenção. Por conta desses fatores e por estar inserida na comunidade, possibilita um maior vínculo da comunidade com a unidade. Por essa razão, optou-se realizar a pesquisa neste ambiente, uma vez que este poderá ser o primeiro contato da mulher agredida com um serviço de saúde, seja pela procura de aconselhamento ou mesmo durante uma consulta onde o profissional suspeite da violência real ou presumida.

A relevância deste trabalho está em favorecer a reflexão dos profissionais da ESF sobre sua importância, intervindo sobremaneira no processo saúde e doença de mulheres vulneráveis a violência doméstica. Diante do exposto, a pesquisa apresenta como questão norteadora: Qual é a atuação do profissional de saúde na atenção primária frente à violência doméstica contra a mulher?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a atuação dos profissionais de saúde na atenção primária frente à violência doméstica contra a mulher.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais do estudo;
- Identificar junto aos profissionais da área da saúde quais os cuidados dispensados à mulher vítima de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo;
- Delinear as limitações encontradas pelos profissionais para o reconhecimento da violência perpetrada contra a mulher na relação marital.

3 MARCO TEÓRICO

O marco teórico, também denominado de modelos teóricos ou teorias de enfermagem, é definido como ferramenta que auxilia na sistematização da assistência de enfermagem (NEVES, 2006), podendo-se dizer que trata-se de um instrumento que possibilita a organização desse processo.

É fundamental que enfermeiros compreendam que as teorias possuem inúmeros conceitos inter-relacionados entre si e que desta forma direcionam as ações de enfermagem, no sentido de que a partir dos conceitos torna-se possível formalizar uma linha lógica que dê embasamento às ações (CARRARO, 1998).

A referente pesquisa aponta a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado construída por Madeleine Leininger como guia, visto que a todo o momento, a equipe de enfermagem oferece cuidados às pessoas de diferentes culturas e que os aspectos culturais podem influenciar no processo de cuidado. Assim, buscou-se conceitos que se inter-relacionam com a teoria e como resultado convergiram para o objetivo geral do estudo que corresponde a conhecer a atuação dos profissionais de saúde na atenção primária frente à violência doméstica contra a mulher.

3.1 BIOGRAFIA DE MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger graduou-se em Enfermagem no ano de 1948 pela St Anthony's School of Nursing, em Denver – Colorado. Após, em 1950, conseguiu o grau de Bachareu em Ciências Biológicas, no Benedictine College em Atchison, Kansas. Em 1953 adquiriu o grau de Mestre em Enfermagem psiquiátrica e no ano de 1965 tornou-se a primeira profissional enfermeira com o título de doutora em Antropologia (GEORGE, 2000).

Em meados de 1950, Leininger atuava como especialista em enfermagem clínica, prestando assistência a crianças. Nesta experiência observou as diferenças de comportamento entre as crianças e entendeu que essas diferenças possuíam uma base cultural. Desta forma, ela identificou a carência de conhecimento sobre as culturas como uma conexão que faltava na Enfermagem, para que houvesse o discernimento e compreensão da necessidade de variar a assistência aos clientes (GEORGE, 2000). A partir da reflexão feita, Leininger buscou adquirir conhecimentos da antropologia e foi então que buscou o programa de doutorado pela University of Washington, Seattle (ORIÁ, XIMENES, ALVES; 2005).

Nos anos de 1960, no decorrer de seus contínuos estudos, utilizou pela primeira

vez os termos de “enfermagem transcultural”, “etnoenfermagem” e “enfermagem cross-cultural”. Nessa mesma década, promoveu o primeiro curso em enfermagem transcultural na Universidade do Colorado (GEORGE, 2000). Em 1979, definiu etnoenfermagem como “o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem, reconhecidas por uma determinada cultura, por meio de sua experiência direta, crenças e sistemas de valores” (LEININGER, 1979 apud GEORGE, 2000, p. 298).

No ano de 1985, Madeleine apresentou seu trabalho como teoria e, posteriormente em 1988 apresentou definições e pressupostos. Os pressupostos que sustentam sua predição dizem que mesmo havendo pontos comuns no cuidado em todas as culturas, a forma como percebem, conhecem e praticam o cuidado são diferentes (LEININGER, 1985 apud GEORGE, 2000, p. 298).

Em 1995 publicou o livro intitulado *Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice* (LEOPARDI, 1999).

Madeleine Leininger faleceu no ano de 2012, aos 87 anos de idade. Deixou sua teoria a ser explorada e utilizada para fundamentar as ações de enfermagem.

3.2 A TEORIA DE MADELEINE LEININGER

Durante sua atividade profissional, no tempo em que atuava em uma unidade psiquiátrica nos anos 50, em Cincinnati, Madeleine Leininger notou que apresentavam algumas particularidades comportamentais, que acabavam se repetindo com muita frequência e assim começou a constatar certo vazio na compreensão dos fatores culturais, onde pode perceber que a enfermagem não tinha um conhecimento específico relacionado à cultura. Diante do exposto Leininger começou a refletir sobre a associação entre a enfermagem e a antropologia, e conquistou conhecimentos essenciais e próprios de antropologia para contribuir com sua assistência (LEOPARDI, 1999).

A teoria de Leininger foi estruturada a partir da Antropologia, apesar disso, foi reformulada para ser utilizada na enfermagem que definia como ciência do cuidado, com o ponto de vista ligado a humanização e o associando a cultura e cuidado. Desenvolveu sua teoria a partir das crenças e da cultura dos povos enfatizando sempre a grande relevância de estudar um povo, para assim construir o cuidado a partir da descoberta de características universais e de diversidade da cultura, capazes de relacionar suas experiências e vivências às práticas gerais de saúde (GEORGE, 2000).

Para Leininger não existe cura sem cuidado, ou seja, o cuidado sempre foi algo de

muita importância para ela, encontrando-se como essencial e indispensável para o bem estar, saúde, cura, crescimento, sobrevivência ao choque que são proporcionados pelas dificuldades ou da morte (LEOPARDI, 1999).

Leopardi (1999) descreve o cuidado relacionado à cultura como holístico, ou seja, que procura compreender os fenômenos na sua totalidade e globalidade, que se torna marcante para o conhecimento e indicação do cuidado dentro da enfermagem. Encontrando-os em todas as culturas pelo mundo contendo algumas variações que são inspirados pela visão geral do mundo, dentre elas estão à linguagem, religião, contexto social, político, educacional e econômico, tecnológico, etnico-histórico e ambiental de toda cultura específica.

De acordo com George (2000) esse modelo dispõe de quatro níveis que são definidos em I, II, III e IV, correspondendo o nível I ao de maior abstração e o nível IV ao de menor abstração. Sendo esses os que trazem e apresentam a base de conhecimentos para o planejamento e realização do cuidado e cultura congruente.

O nível I: abrange o sistema social e a percepção e conhecimento do mundo. Estuda o ser humano dentro de uma cultura definida, numa cultura específica e também em diversas culturas.

No nível II: são estudados os cuidados e a saúde, e abarcam os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde, onde procuram seus significados e de suas expressões.

No nível III: são estudados os sistemas profissional e popular, na procura de características e particularidades de cada sistema, com o objetivo de determinar suas semelhanças e diferenças.

No nível IV: é utilizado para que seja acrescentado um tipo de cuidado de enfermagem proporcional com as culturas, apontado como decisões e ações de cuidado de enfermagem. Este nível abrange três formas distintas, sendo elas: **a preservação onde entra a manutenção cultural de cuidado** que são atos culturalmente voltados a respaldar e facilitar ou até capacitar as pessoas na preservação dos hábitos indicados a sua saúde; **acomodação onde entra a negociação cultural do cuidado** que retratam as formas de adequação, negociação ou até mesmo ajustamento de hábitos de saúde ou de vida dos indivíduos, tendo em vista sempre um resultado que traga benefício e satisfação e a **repadronização onde entra a reestruturação cultural do cuidado** que significa ações que influenciarão em uma mudança de hábitos que possam proporcionar hábitos e padrões de vida benéficos e saudáveis dos indivíduos, sem desconsiderar ou violar seus valores e crenças culturais (GEORGE, 2000).

3.3 PRESSUPOSTOS DA TEORIA

Pressupostos podem ser definidos como ideias não expressadas de maneira explícita ou fatos que se supõe por antecipação ou antecipadamente. Perante a essa definição retratamos alguns pressupostos da teoria de Leininger que estimulam a Enfermagem a perceber o amplo fenômeno que é o cuidado (LEININGER, 1981 apud BRAGA, 1997, p. 502).

- a) O cuidado pode ser apontado como essencial e até mesmo substancial à sobrevivência e desenvolvimento humano, sendo assim uma necessidade humana para preservação e manutenção da saúde e também sobrevivência dos seres humanos dentro de todas as culturas;
- b) O cuidado e o processo de cuidar são extremamente essenciais para o bem-estar, saúde, cura, crescimento, sobrevivência, encarar desafios e a morte, sendo assim fundamentais para o desenvolvimento;
- c) O cuidado pode ser considerado a essência da enfermagem, e também seu maior foco é unificador intelectual e dominante;
- d) O cuidado cultural tem diversas dimensões que podem ser estudadas e praticadas. Além de ser definido de meio holístico mais vasto de conhecer, explicar, entender e prognosticar os fenômenos do cuidado, de maneira a promover as práticas de cuidado em enfermagem;
- e) A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural humanista e científica, com o objetivo de servir aos seres humanos. E as formas e processos devem ainda ser verificados em inúmeras culturas, quando este montante de conhecimento é adquirido, obtém-se assim, o potencial para revolucionar a prática diária da enfermagem;
- f) Dentro do cuidado cultural seus conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais são diversas e similares tendo a semelhança ou comportamento universal entre todas as culturas do mundo, que serão importantes para o avanço da enfermagem;
- g) Para oferecer um cuidado de boa qualidade, os valores, crenças e práticas de cuidado cultural estão incluídos a contextos de visão de mundo, linguagem, religião, socialização, política, educação, economia, tecnologia e ambiente de uma cultura em reservada devem ser levados em consideração, proporcionando assim um cuidado de enfermagem terapêutico;
- h) A enfermagem que tem uma base cultural não é só benéfica, é também saudável e satisfatória, cooperadora do bem-estar dos homens, famílias, grupos e comunidades em suas circunstâncias ambientais;
- i) Culturalmente o cuidado coincidente ou benéfico simplesmente só pode ocorrer quando os valores, expressões ou padrões de cuidado cultural dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades são conhecidos, respeitados e empregados corretamente e de modo apreciável junto do enfermeiro;
- j) Os indivíduos que obtêm os cuidados da enfermagem incompatível com suas formas, crenças, valores e maneira de vida sempre ou na maioria das vezes exibirão sinais de

- conflitos e contestações culturais, submissão, tensões e tipos de preocupações éticas ou morais;
- k) As culturas humanas têm diversos conhecimentos e práticas de cuidado cultural genérico, o comportamento de cuidados e funções geralmente variam de acordo com particularidades da estrutura social de determinada cultura e a enfermagem na sua existência é uma profissão de cuidado, com conhecimento disciplinado transculturalmente;
 - l) O cuidado é essencial e indispensável para originar a cura, não existe cura sem cuidado, mas pode sim existir cuidado sem cura.

3.4 CONCEITOS NORTEADORES

Ser Humano

De acordo com George (2000) o homem é um ser provedor de cuidado e possui a capacidade de preocupar-se com as necessidades e a sobrevivência de outros. Partindo do princípio de que o cuidado humano é universal, ou seja, existente em todas as culturas mesmo com suas diferentes formas de exteriorizar, é que os homens têm sobrevivido ao longo dos tempos e dos lugares, visto a capacidade de cuidar dos outros de acordo com suas necessidades.

Neste trabalho, o ser humano diz respeito aos profissionais de saúde da UBS Rio Grande que atuam próximo a mulheres que independente da experiência de vida confiam um pouco de suas histórias aos profissionais em busca de cuidados e ou orientações, em especial mulheres vítimas de violência doméstica.

Saúde e Bem-estar

Para Leininger (1981, apud LEOPARDI, 1999, p. 97) saúde é um estado de bem-estar, culturalmente definido e posto em prática de modo que ao praticar as atividades diárias os indivíduos a realizem de maneira culturalmente satisfatória.

Assim, o presente estudo entende que para haver o pleno estado de bem-estar é necessário que as mulheres recebam as devidas atenções e que nesse sentido os profissionais de saúde respeitem e priorizem as necessidades de cada uma delas.

Enfermagem

Leopardi (1999) refere-se à enfermagem como uma profissão científica e humanística focalizada no cuidado humano, sejam eles de assistência, suporte, facilitação ou capacitação, para promover ou recuperar o bem-estar de maneira culturalmente satisfatória, ou mesmo para amparar ao enfrentar dificuldades ou a morte.

Assim, o presente estudo compreende que a enfermagem possui um papel

fundamental no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica. O cuidado humanizado fornecido em conjunto com orientações devem respeitar suas crenças culturais, no entanto, podem auxiliar na reeducação de hábitos provenientes da cultura e que sejam prejudiciais no estado de bem-estar da mulher.

Cultura

Para Leininger (1991, p. 47, apud GEORGE, 2000, p. 298) cultura são os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneiras padronizadas.

Compreende-se que cada grupo possui suas crenças, hábitos e costumes e que culturalmente este fato interfere na compreensão e atitudes a serem tomadas. Assim, justifica-se o variado entendimento das mulheres e dos profissionais de saúde frente à violência doméstica.

Contexto Ambiental

Segundo George (1993), o contexto ambiental diz respeito à totalidade de um acontecimento geral ou particular. Leopardi (1999) completa relatando que o contexto ambiental atribui um sentido às interações humanas nas esferas físicas, ecológicas, sócio-políticas e culturais.

Neste estudo o contexto ambiental trata-se da UBS bairro Rio Grande, onde há o Programa de Saúde da Família o que possibilita o vínculo dos profissionais com os pacientes de determinada área. Este vínculo construído entre equipe de saúde e paciente, é um elo importante para que estes adquiram confiança e possam levar a equipe seus questionamentos de saúde e inclusive seus problemas familiares na busca de compreensão, auxílio ou atitude frente ao problema.

Cuidado

Leininger (1991, apud GEORGE, 2000, p. 299) define cuidado como acontecimento abstrato e ao mesmo tempo concreto relacionado com a assistência prestada àquele que necessita melhorar as condições humanas.

O cuidado nesse sentido deve ser prestado às mulheres de maneira a promover a saúde, prevenir agravos e recuperar sua saúde e bem-estar de acordo com suas necessidades.

Cuidado Cultural

Refere-se aos cuidados em que crenças, valores e modos de vida são mantidos e assim, facilitam o processo de enfrentamento frente à doença ou a incapacidade perante a morte. Isto devido a preservação da cultura dos pacientes ao receberem cuidados (LEOPARDI, 1999).

Assim, os profissionais de saúde devem adaptarem-se conforme a cultura das mulheres, respeitando-as e observando como elas veem a violência doméstica, quais os tabus estão envolvidos ao tema e de acordo com o visualizado prestar a assistência adequada. Por fim analisando que o cuidado será diversificado para cada paciente. Como por exemplo: não raras vezes o cuidado é de escuta qualificada à mulher, para que ela ao ouvir a si mesma possa reorganizar suas ideias.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. A abordagem qualitativa segundo Rauen (2015) procura descrever o acontecimento em toda sua complexidade, exigindo um contato direto do entrevistador com o entrevistado.

Para Minayo, Deslandes e Gomes (2012), o objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido estatisticamente, ele será analisado partindo da premissa de que o conhecimento das pessoas só é possível a partir da descrição de suas experiências.

Segundo Gil (2010), as pesquisas descritivas possuem como objetivo principal descrever as características de uma determinada população.

A pesquisa exploratória é utilizada quando os pesquisadores entram em contato direto com a fonte dos dados, proporcionando maior familiaridade com o problema (GONÇALVES, 2014).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O local de estudo foi a UBS do bairro Rio Grande pertencente a Regional Central do Município de Palhoça SC. Foi inaugurada no ano de 2007 e atende a aproximadamente duas mil famílias.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 18 profissionais de saúde que atuam na UBS Rio Grande, mais especificadamente na ESF, entre médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), odontólogo e auxiliar de odontologia.

A amostragem de profissionais consistiu em recrutar cada um dos profissionais acima descritos que satisfizesse aos critérios de inclusão e exclusão, entre os meses de março a junho de 2016, dentro de um intervalo de tempo especificado em que as pesquisadoras estiveram disponíveis na referida UBS.

4.3.1 Critérios de inclusão

Disponibilidade de tempo dos profissionais para responderem presencialmente a pesquisa e pertencerem a ESF, independente do tempo de serviço.

4.3.2 Critérios de exclusão

Profissionais que não estivessem atuando durante o período da pesquisa, no momento disponibilizado pelas pesquisadoras, seja por perícia médica, atestados médicos ou férias.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Como técnica de coleta de dados, fez-se uso de entrevista que é definida por Britto Júnior e Feres Júnior (2012), como uma das técnicas mais frequentemente usadas para trabalhos científicos, por ser um método que facilita ao pesquisador colher muito mais informações e atingindo o ponto mais importante da pesquisa que é o levantamento de dados, possibilitando dessa maneira um trabalho muito rico e bem estruturado.

Inicialmente foi solicitada lista nominal com quantidade de profissionais na equipe segundo período de atividades e horários. A seleção e a ordem dos profissionais que foram entrevistados aconteceram por meio de horário marcado individualmente de forma que não atrapalhasse sua rotina dentro da UBS e que não exigisse do seu tempo de descanso. Assim, foram entrevistados todos os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão do estudo.

Posteriormente, apresentou-se para os profissionais participantes o delineamento e objetivos do estudo juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE A). Assim sendo, o instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista (APÊNDICE B) com perguntas abertas e fechadas, preenchido pelas pesquisadoras com as respostas dos profissionais e sem identificação pessoal. As entrevistas aconteceram em local fechado, com tempo entre 45 e 60 minutos, na presença apenas das pesquisadoras e do profissional que estava sendo entrevistado no momento. As entrevistadoras enfatizaram que os dados do roteiro de entrevista permanecerão armazenados com as pesquisadoras responsáveis, e somente as entrevistadoras/ orientadora poderão acessá-los.

Para análise dos dados foram utilizados a análise de conteúdo que segundo Bardin

(2011) configura-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Na visão da autora, permite a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

A proposta de Bardin (2011) é composta de algumas etapas para a consecução da análise de conteúdo, organizadas em três fases, que correspondem a pré-análise nessa etapa as autoras da pesquisa organizaram o material a ser analisado com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. A seguir realizou-se a leitura flutuante de todo material coletado e após uma leitura detalhada e exaustiva. As autoras buscaram identificar as unidades de registro correspondentes, palavras ou frases representativas da mensagem; na segunda fase ocorreu a exploração do material que diz respeito a codificação do mesmo, para a definição de categorias de análise. Na última etapa de tratamento dos resultados, aconteceu inferência e interpretação já que nesta etapa incidiu a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; esse foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, utilizando ideias embasadas no referencial teórico e artigos científicos que trataram do tema.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva como referência o direito junto com a necessidade da população a assistência de enfermagem, além dos interesses do profissional e da sua organização. Fazendo com que a enfermagem esteja juntamente com os usuários na luta por uma assistência digna onde não tenha riscos e muito menos danos e que seja de alcance a toda população. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SC, 2010).

A enfermagem inclui como um elemento próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construindo e reproduzindo por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Concretiza-se na prestação de serviço a pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstância de vida. (COSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SC, 2010).

O estudo foi fundamentado na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (2012), usando como argumento o devido respeito pela dignidade humana e pela devida proteção dos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, sempre lembrando que o progresso e o avanço devem respeitar de

forma abundante a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano.

A ética neste estudo, esta baseada na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, através dos preceitos éticos da autonomia que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos indivíduos, tratando-os com dignidade e defendendo-os em sua vulnerabilidade e respeitando sua vontade de permanecer, ou não, na respectiva pesquisa; da beneficência que é a ponderação entre benefícios e riscos, sendo estes minimizados sempre oferecendo o máximo de benefícios e o mínimo possível de danos e riscos; a não maleficência visa evitar que futuros danos que possam ser previsíveis aconteçam e a justiça e equidade, o estudo tem destinação sócio-humanitária, sendo os participantes assim como os pesquisadores beneficiados.

Declara-se não haver conflito de interesses no presente estudo e que os riscos envolvidos neste tipo de pesquisa foram mínimos e se referiram ao possível constrangimento e receio do profissional durante a entrevista frente ao roteiro pré-estabelecido, o que pôde ser controlado pelo ambiente sigiloso e o anonimato do entrevistado.

Os benefícios são indiretos aos participantes, uma vez que os achados da pesquisa podem auxiliar no manejo da atenção para com a mulher vítima de violência doméstica, no sentido de uma assistência mais adequada.

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – UNISUL e à Plataforma Brasil, sendo a pesquisa aprovada sob o parecer consubstanciado número 1.381.420 (ANEXO A). Ao iniciar a pesquisa disponibilizou do TCLE em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado e outra que permaneceu com as pesquisadoras. Tanto o TCLE quanto o roteiro de entrevista com as respostas fornecidas pelos profissionais participantes serão guardados por cinco anos pelas pesquisadoras.

4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Buscou-se interpretar e analisar os resultados encontrados, de acordo com os objetivos específicos da pesquisa visando corresponder o propósito do objetivo geral de “Conhecer a atuação dos profissionais de saúde na atenção primária frente à violência doméstica contra a mulher na UBS Rio Grande – Palhoça”. O presente estudo almejava entrevistar 20 profissionais, no entanto um profissional estava em férias e outro de licença, portanto, foi realizado com 18 participantes, dentre estes, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. Foram fielmente respeitados todos os

passos dos preceitos éticos da pesquisa. Para tanto, preferiu-se substituir os nomes pessoais por nomes fictícios, utilizando codinomes de flores. Foram escolhidos os seguintes codinomes: Amamélis, Azaléia, Begônia, Calêndula, Camélia, Flor de Lótus, Gardênia, Girassol, Hibisco, Jasmim, Lírio, Margarida, Orquídea, Petúnia, Rosa, Sálvia, Tulipa e Violeta. Após a escolha dos nomes fictícios, distribuiu-se aleatoriamente entre os entrevistados.

Visando garantir seu anonimato, optou-se por não apresentar a relação dos codinomes com a entrevista, uma vez que, algumas categorias profissionais apresentam apenas um profissional.

Inicialmente traçou-se o perfil dos participantes e posteriormente, com a finalidade de melhor interpretação dos resultados alcançados, mostrar-se-à cada uma das categorias que surgiram a seguir:

4.6.1 Perfil sociodemográfico

O perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde da UBS Rio Grande foi delineado a partir da faixa etária, sexo, religião, categoria profissional e tempo de profissão.

O quadro 1 demonstra o perfil sócio-demográfico dos profissionais por ordem de entrevista.

Quadro 1 – Demonstrativo das características sociodemográficas

ENTRE-VISTA	SEXO	IDADE	RELIGIÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE PROFISSÃO
1	Feminino	44	-	ACS	5 anos
2	Feminino	43	Católica/ Kardecista	ACS	6 anos
3	Feminino	41	Católica	ACS	5 anos
4	Feminino	43	Espírita	ACS	11 anos
5	Feminino	31	-	ACS	10 anos
6	Feminino	56	Umbanda	ACS	10 anos
7	Feminino	37	Aberta a religiões/ Hinduista	Técnica de Enfermagem	3 anos
8	Feminino	29	-	Enfermeira	5 anos
9	Feminino	45	-	ACS	11 anos
10	Feminino	39	Católica	ACS	10 anos

ENTRE-VISTA	SEXO	IDADE	RELIGIÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE PROFISSÃO
11	Feminino	28	Católica	Dentista	4 anos
12	Feminino	46	Católica não praticante	Técnica de Enfermagem	6 anos
13	Feminino	33	Católica não praticante	Técnica de Enfermagem	4 anos
14	Feminino	27	Católica/ Umbanda	Enfermeira	3 anos e 7 meses
15	Feminino	37	Evangélica	Auxiliar de Saúde Bucal	10 anos e 3 meses
16	Feminino	30	Umbanda	ACS	12 anos
17	Feminino	40	Católica	Técnica de Enfermagem	16 anos
18	Feminino	33	Católica	Médica	6 anos

Fonte: Elaboração das autoras, 2017.

Os profissionais de saúde que participaram da pesquisa são, na totalidade, pertencentes ao sexo feminino e abrangem a faixa etária entre 28 e 56 anos de idade. Corresendem, portanto, média de 37,8 anos de idade.

Quanto a todas entrevistadas pertencerem ao sexo feminino pode atribuir-se ao fato de que as mulheres, historicamente e socialmente, estão conectadas ao papel de cuidadoras, responsáveis pela educação, alimentação, manutenção do lar e cuidados a entes familiares. Diante dessas características pode-se justificar a quantidade de mulheres na área da saúde. Na UBS por possuir somente profissionais do sexo feminino e por este estar diretamente ligado ao cuidado, acredita-se que facilitaria na identificação, aproximação e criação de vínculo com a população, sendo mais fácil chegar a um relato de violência ocorrida no âmbito intrafamiliar.

Uma pesquisa realizada sobre o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil apontou resultados semelhantes, embora o número de entrevistas tenha sido maior. Na pesquisa realizada por Tomasi e outros (2008), 81% dos entrevistados pertenciam ao sexo feminino enquanto que apenas 19% ao sexo masculino. No que diz respeito à idade dos trabalhadores, o resultado desta mesma pesquisa aponta que no Sul a média de idade foi de 37 anos. Do mesmo modo, Moreira e outros (2016) na pesquisa sobre o perfil sócio-demográfico dos

profissionais da ESF de um município do Rio Grande do Sul, obteve nos seus resultados 95% trabalhadores do sexo feminino e média de 37,1 anos de idade, resultados estes que vem ao encontro do presente estudo.

Considerando o tempo de serviço desses profissionais e constatando que possuem a média de 8,4 anos de serviço, presume-se que os mesmos tenham adquirido vasta experiência em diversas áreas, ampliando assim, o conhecimento científico e a autonomia frente às atividades desenvolvidas na atenção primária a saúde, principalmente no que diz respeito ao enfrentamento ético e adequado para cada situação, inclusive nas questões referentes à violência.

Com relação à categoria profissional, identificou-se que a equipe de ESF apresentava-se completa, visto que Brasil (2012) explana que uma equipe multiprofissional da ESF deve conter no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e no máximo 12 ACS. O número de ACS deve ser o suficiente para cobrir a população cadastrada de determinada área, assim o número de ACS é variável de acordo com o total da população, visto que cada um pode ser responsável por até 750 pessoas.

Refletindo sobre a realidade brasileira, o Jornal Nacional (2013) apresentou que o Brasil continua sendo o maior país católico do mundo, representando 64,6% da população, mesmo havendo diminuição do número de fiéis. Nesse sentido, o presente estudo, apontou que 9 das 18 entrevistadas referiram ser católicas, embora algumas não praticantes ou adeptas a outras religiões. Cinco entrevistadas seguem diversificadas religiões e outras quatro não possuem nenhuma religião.

4.6.2 Cuidando através da comunicação terapêutica e do acolhimento

No contexto da pesquisa, buscou-se identificar junto aos profissionais da área da saúde quais os cuidados dispensados à mulher vítima de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo e assim tentar descrever as formas e estratégias de cuidado proporcionadas à mulher pelos profissionais de ESF, quando trata-se de violência doméstica.

A análise dos depoimentos denota que as medidas e cuidados adotados pelos profissionais de saúde são de certa forma muito similares e homogêneos. No momento em que as participantes foram questionadas sobre as medidas e cuidados que adotariam se uma mulher relatasse que era vítima de violência doméstica, todas as profissionais tiveram

respostas relacionadas a acolhimento, empatia, encaminhamento a outros profissionais ou orientação, de acordo com as seguintes falas:

Relataria minha experiência (Amamélis).

Trazer para a enfermeira para ver o que a gente pode fazer (Jasmim).

Ouvir ela e deixar ela a vontade, dar o encaminhamento mais apropriado. CREAS, psicólogo (Girassol).

A gente procuraria psicólogo para a mulher ter acompanhamento e também aconselharia a procurar alguém que dê apoio fora da UBS (Orquídea).

Tentaria orientar ela, mas depende da gravidade da coisa. Pode ser com psicólogo, mas se for para sair de casa, aí aconselharia ir à delegacia da mulher (Calêndula).

Para procurar ajuda tanto para ela quanto para ele porque a maioria refere gostar do parceiro, ou por dificuldades e tem filhos. Evitar o confronto, quando percebe que ele está agressivo, sair, dormir na casa da família (Camélia).

A partir das narrativas expostas pelas profissionais, constata-se que 5 de 18 entrevistadas revelaram que levariam o caso para a enfermeira e outras 6 que levariam o caso para a UBS, supostamente por não saberem o que fazer ou por não terem segurança e treinamento adequado frente a esta situação. Duas entrevistadas relataram que dependendo o caso denunciariam e outras quatro apenas orientariam quanto à denúncia à Delegacia da Mulher. Foram citados ainda encaminhamento ao psicólogo por três, órgãos de assistência social por duas e apenas uma relatou que faria mais visitas domiciliares.

Leininger expressa que os enfermeiros que possuem conhecimento cultural abrangente acabam de certa forma facilitando uma comunicação eficaz e apropriada, além da criação de vínculos e acolhimento adequado, proporcionando deste modo uma assistência diferenciada de acordo com as necessidades de cada usuário do serviço de saúde, que resultam em cuidados de saúde e bem-estar (2002, apud VILELAS; JANEIRO, 2012, p. 121). Portanto, Leininger já colocava que o enfermeiro tem conhecimento sobre comunicação eficaz, podendo-se assim, justificar o fato de outros profissionais revelarem que levariam o caso para a enfermeira.

Lima e Pacheco (2016) denotaram no estudo a violência doméstica contra a mulher na perspectiva de ACS, certa ausência de padronização no atendimento dos serviços de acolhimento e amparo à mulher que é vítima de violência, além da insipiência quanto à conduta apropriada, o que foi observado devido às respostas diferenciadas, sendo assim apontado como uma das dificuldades no que se refere à atuação frente à mulher vítima de

violência.

Diante do exposto, Silva, Padoin e Vianna (2015), apontaram no estudo intitulado mulher em situação de violência: limites da assistência, que as práticas e posturas dos profissionais dos diversos setores que atendem mulheres em situação de violência são particulares e desagregadas, e essa ordenação fragmentada da rede pode acabar prejudicando a mulher e fragilizando-a, tornando assim à busca pelo apoio institucional dificultosa, levando ela a enfrentar esse problema de forma solitária.

Frente ao resultado encontrado por Silva, Padoin e Vianna, observou-se que na referida UBS não há padronização no atendimento prestado à mulher vítima de violência, tornando o atendimento fragmentado e dessa forma, dificultando a resolução do problema, o que acaba por prejudicar ainda mais a saúde física e psíquica da mulher, visto sua maior permanência em situação de violência.

O estudo realizado com 16 profissionais de saúde de um centro obstétrico e pronto socorro no sul do Brasil por Vieira, Padoin e Landerdahl relata a grande visibilidade e o aumento dos casos de violência no serviço de saúde, que vem requerendo certo conhecimento e preparo dos profissionais frente a essa situação. Como ainda há um certo déficit no encaminhamento e acolhimento dessas mulheres, o profissional tem como instrumento fundamental a relação dialógica. Essa relação dialógica é fundamental para o estabelecimento de um vínculo de confiança com a mulher por meio de uma escuta sensível e atenta, podendo desenvolver as ações de acordo com as necessidades da usuária, fornecendo acolhimento específico e de qualidade (2009). Diante das falas das entrevistadas na UBS, constatou-se que dialogar, ouvir, dar apoio, conforto, encorajamento e orientação torna-se de fato um instrumento fundamental para a comunicação terapêutica e o acolhimento da mulher em situação de violência.

Deste modo, quando questionadas se acreditavam que podiam ajudar suas pacientes em casos de violência doméstica e de que modo poderiam fazer isso, 17 de 18 entrevistadas demonstraram resposta positiva e modos bem diversos de ajuda, de acordo com as seguintes falas:

Sim. Com relato de experiência e psicólogo (Amamélis).

Sim. Mas precisamos de um treinamento, podemos ajudar ouvindo e encaminhando a paciente (Begônia).

Sim. Orientação e ver o que se pode fazer (Jasmim).

Sim. Posso orientar e até denunciar, mas para isso é preciso fazer uma pesquisa, um estudo de todo contexto familiar. Se tem droga... (Lírio).

Sim. Tanto fisicamente quanto psicologicamente. É trazer conhecimento para ela, mostrar que aquilo não é normal (Petúnia).

Sim, identificando os sinais, denunciando, encaminhando porque aqui tem uma rede de apoio com psicólogo (Rosa).

Sim. Orientando, encaminhando. O acompanhamento, às vezes, já é o suficiente. Temos uma gestante que era agredida e só com o acompanhamento durante as consultas ela resolveu. Saiu de casa e não foi preciso denunciar (Violeta).

De acordo com a fala de Begônia, percebe-se que se faz necessária a capacitação dos profissionais da área da saúde para que desenvolvam sensibilização diante dos casos de violência, podendo intervir na comunidade e realizar o encaminhamento correto dos casos identificados, assim como o estudo realizado por Ogasawara, Souza e Philippi (2012) no qual descrevem a necessidade de capacitação não apenas dos ACS, mas também de todos os profissionais, sobre violência contra a mulher e as ferramentas disponíveis para o atendimento dessas mulheres.

Desigual das falas citadas a cima e da maioria das entrevistadas, conseguiu-se verificar uma profissional denominada como **Calêndula** que não acredita que qualquer profissional da saúde possa ajudar a mulher vítima de violência doméstica a não ser que seja criado um órgão responsável só para atender essa demanda, de acordo com a seguinte fala:

Acho muito difícil. A não ser que abra uma coisa específica.

Diante desta fala, percebe-se uma possível falta de capacitação ou esclarecimento no direcionamento que deve ser dado a uma mulher vítima de violência doméstica, haja vista que já existem órgãos específicos para o atendimento à mulher que encontra-se nesta situação, como a Delegacia da Mulher.

O estudo realizado por Silva, Padoin e Vianna (2015) sobre violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde que buscou conhecer e analisar as concepções de profissionais das equipes de saúde da família em relação à violência contra a mulher, relata que os profissionais da ESF em seu cotidiano têm o cuidado voltado a tratamento de lesões, deixando de lado as questões que envolvem o ambiente social e cultural.

Deste modo é indispensável que os profissionais tenham uma postura adequada, além de conhecimento sobre os serviços disponíveis para um atendimento apropriado e completo às mulheres que são vítimas de violência doméstica. Se faz necessário ainda, a compreensão do profissional quanto aos tipos de violência doméstica e quais ações dirigidas a

mulher são consideradas como atos violentos, para então proceder com a notificação compulsória.

A notificação tem que acontecer de maneira específica seguindo um caminho e sempre em concordância com o diagnóstico do profissional de saúde que deverá preencher uma ficha de notificação em duas vias, em seguida encaminhar ao Serviço Social ou programa de prevenção a atendimento às Vítimas de Violência (PAV) de acordo com a legislação Notificação da Violência contra Mulher 23- Lei nº 10.778. Sendo de responsabilidade do serviço social o encaminhamento da notificação ao Sistema de Vigilância Epidemiológica ou demais órgãos competentes (OMS, 2002).

Igualmente, o estudo denominado necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas, realizado por Oliveira e Fonseca (2015), que teve como seu maior objetivo compreender os limites e as possibilidades avaliativas da ESF no reconhecimento de necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência, descreve que tanto os profissionais quanto as mulheres usuárias do serviço, referem-se à necessidade dessas mulheres de ter em quem possam confiar para que sejam capazes de serem acolhidas e ouvidas no serviço de saúde, ou seja, alguém com quem possam formar vínculos.

No entanto, o estudo realizado por Signorelli, Auad e Pereira (2013) sobre a violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde, aponta que os profissionais de saúde, especialmente os ACS, podem desempenhar um papel relevante no acolhimento às mulheres em situações de violência doméstica. Para Fonseca e outros (2009), os ACS detêm oportunidades para avaliar a dinâmica familiar e verificar as situações de risco, visto que habitam no mesmo território em que exercem suas atividades e assim, para muitas mulheres, são os profissionais com quem possuem mais proximidade e podem formar maior vínculo de confiança.

A formação de vínculo se faz importante visto que, a violência pode ser identificada em diversos lugares, mas no âmbito familiar a identificação se torna mais complexa, pois envolve receio por parte do profissional que sente-se invadindo a privacidade familiar e por parte da mulher que, muitas vezes não sente-se segura para expor a sua intimidade. Assim, Brasil (2009), descreve que a violência pode ser percebida durante o trabalho, em especial nas visitas domiciliares. Ressalta ainda que, falar sobre a violência é difícil e complexo, pois além do já exposto, envolve outras questões como o medo, dúvidas e sentimento de limitação frente à resolução do problema. Estar devidamente atento aos sinais de violência durante as visitas domiciliares justifica-se pelo fato de que a mulher vítima de

violência não costuma contar sobre os maus tratos sofridos por medo de o agressor vingar-se ou por sofrerem julgamento errôneo dos profissionais de saúde, por exemplo, acreditar que a mulher fez algo que possa ter desencadeado a reação de violência.

Com a criação de vínculo e conseqüentemente de confiança torna-se mais fácil abordar as questões familiares e assim uma melhor interação durante a visita domiciliar e consulta. É nesse momento que, há uma troca de saberes e, portanto as pessoas influenciam e são influenciadas por questões relativas ao seu modo de pensar, sentir e agir. A comunicação se faz necessária entre os profissionais da área da saúde a fim de obter um relacionamento efetivo e para tanto, Lemos (2010) relata que se torna indispensável privar-se de julgamentos e juízos de valores. Mencionando ainda, que para facilitar a interação profissional – paciente é fundamental ser capaz de ouvir atentamente a mulher, mostrando-se interessado em seu relato e assim romper as barreiras existentes. A comunicação por fim, vai além das palavras ditas e é possível reconhecê-la também através de gestos e expressões corporais que por vezes traduzem algo divergente da linguagem verbal.

Um cuidado holístico e de qualidade baseia-se em um processo de comunicação permeado por ética e bom senso e para tanto é primordial que pratique-se a empatia e assim consiga-se compreender que cada indivíduo possui suas peculiaridades, sua maneira de ser e estar no mundo e suas características, sejam elas pessoais, familiares ou culturais. Desse modo, ao estabelecer-se um relacionamento de confiança e respeito mútuo, ampliam-se os canais de comunicação (LEMOS, 2010). Como já mencionado por Leininger, pode-se dizer que os profissionais com capacidade de comunicação e formação de vínculo possuem a competência de prestar uma assistência qualificada a pacientes de diversificadas culturas.

O acolher como uma dimensão do cuidar permite uma aproximação entre quem cuida e a mulher que precisa de cuidado, não deve haver distanciamento dessa mulher vítima de violência com o profissional, uma vez que, ser empático é compreender a dor do outro em sua plenitude, ter sensibilidade, para ouvir e silenciar quando necessário.

Finalizando, percebe-se que a mulher vitimizada no lugar onde deveria se sentir mais segura, “seu lar” e por quem um dia sonhou, planejou e confidenciou os desejos de construir uma família, necessita de apoio do profissional de saúde para revelar seus problemas e receber desse profissional suporte através de escuta qualificada, empatia, compreensão de sua dor, orientação e encaminhamento.

4.6.3 Cuidando ainda que com limitações

Identificou-se durante as entrevistas, características que podem interferir negativamente na identificação, promoção e recuperação da saúde. Em contrapartida, certifica-se que apesar das limitações, há pontos considerados facilitadores nesse processo.

Através da comunicação verbal e não verbal, percebeu-se durante as entrevistas que as profissionais mostraram diferentes posturas quanto à problemática abordada. Quando questionadas se possuíam conhecimento e habilidade interpessoal para perguntar sobre a violência doméstica, algumas mostraram-se confiantes e outras inseguras, conforme as seguintes falas:

Sim, tranquilo. Eu sou bem despachada então é mais fácil, flui a conversa (Violeta).

Tenho. Eu consigo conversar. Observo muito as pessoas (Calêndula).

Não, fizemos um curso do sentinela, mas foi muito simples. Não sei o que falar [...] (Hibisco).

Acho que fico devendo, eu não sei o que fazer. Não sei como devo agir. Insegurança de como devo abordar (Girassol).

Conhecimento acho que sim, mas habilidade não. [...] estou buscando por conta própria. Faltam capacitações (Petúnia).

As falas acima descritas expõem a posição de algumas entrevistadas diante do assunto, fez-se um levantamento no qual 13 das 18 entrevistadas revelam que não estão totalmente preparadas e apenas cinco sentem-se mais seguras e responderam com firmeza que possuem conhecimento e habilidade interpessoal para abordar o assunto da violência doméstica com mulheres. Seis entrevistadas ainda relatam a falta de capacitação sobre o assunto.

Diante do exposto e diferente do encontrado na segunda categoria do presente estudo com relação ao acolhimento, onde as profissionais de maneira geral relataram acolher e fornecer orientações às mulheres, ainda que mencionem a falta de capacitações, Gomes e outros (2013) apontam em seu trabalho a deficiência no preparo dos profissionais que atuam na ESF para lidar a respeito da violência doméstica contra a mulher, principalmente no que faz referência ao reconhecimento, acolhimento e direcionamento dessas mulheres. Este mesmo estudo mostrou ainda, que muitas vezes, quando ocorre atendimento nessas situações acabam por agravar a saúde da mulher, visto que, a assistência acontece de forma não orientada. Assim, esses profissionais da referida pesquisa pedem por educação continuada que oriente a respeito da violência a mulher, uma vez que trata-se de um assunto de alta

complexidade e desta forma conduza quanto as estratégias de identificação, notificações, fluxo no sistema e articulações disponíveis.

Pode-se considerar, no entanto, que àquelas que falaram dispor de conhecimento e habilidade interpessoal para lidar com o tema, tenham adquirido a partir do convívio e das experiências já vivenciadas. Assim, a atuação dos profissionais frente à violência doméstica fundamenta-se em um conhecimento com base no aprendizado do cotidiano profissional ou do próprio julgamento de certo e errado, ou seja, baseado no empirismo, onde a partir das ideias construídas, tomam atitudes que nem sempre são justificadas pela ciência e que por vezes não são as mais qualificadas. Porém entende-se que diante da falta de capacitações sobre a violência doméstica, as profissionais preferem tomar alguma atitude, a omitir ou nada fazer.

O contato direto com a população adscrita em determinada área serve como um alicerce na construção da confiança para que as mulheres vejam no profissional de saúde a abertura para expor seus problemas e questionar suas incertezas. Mas só após a confiança estar consolidada que esta abertura se faz presente, como relatam **Camélia** e **Sálvia**, respectivamente:

Eu acho que tenho conhecimento e habilidade, mas com algumas famílias tem que ter um laço.

Se a mulher der oportunidade a gente tem habilidade pra falar sobre a violência, mas se ela não der, fica difícil.

Apesar do exposto até o momento, metade das participantes disseram considerar importante questionar suas pacientes para obter informações sobre violência na relação conjugal e a outra metade deixar livre para falarem se quiserem, para não parecer que estão invadindo sua privacidade ou causarem constrangimento. A falta de questionamento sobre o assunto pode relacionar-se também ao não preparo para lidar com o tema da violência, mostrando-se uma limitação percebida pelo próprio profissional e fazendo com que atue de forma inadequada, uma vez que deixa de questionar sobre o assunto e conseqüentemente de ouvir e perceber as necessidades das mulheres vítimas de violência doméstica. Essa violência existente no âmbito familiar necessita de intervenções para romper o silêncio e as barreiras encontradas, visto a magnitude dos problemas que podem ser desencadeados, tanto para a mulher, quanto para os filhos ou outros, que vivenciam essa experiência.

Nesse contexto, Leininger (1984, apud GEORGE, 1993, p. 293) aponta a

necessidade de a enfermagem estudar os comportamentos de cuidado que apropriam-se aos modos de vida e aos padrões comportamentais, visando a saúde e o bem-estar do cliente, aqui referido como paciente. A repadronização cultural do cuidado descrita por Leininger busca, através de ações profissionais, ajudar os pacientes a modificar padrões entendidos como normais dentro da cultura que a mulher está inserida, para padrões que serão mais saudáveis. Assim como **Petúnia**, que aos poucos procura remodelar o entendimento das mulheres acerca da violência:

[...] com o tempo vai criando confiança e aí ela conta sobre a violência. Questiono para empoderar a mulher. Muito disso é cultural, então tentamos conversar para ela entender que precisa se empoderar [...].

Desse modo, Petúnia reconhece a violência como diferenças no modo como homens e mulheres são socialmente construídos. Existe um grande desequilíbrio quando fala-se em poder e desde tempos relaciona-se o homem com o sexo forte e a mulher com o sexo frágil. A partir da concepção de gênero que determina-se comportamentos femininos e masculinos tidos como socialmente adequados. Ao homem sempre atribuiu-se trabalhos que demandassem força, poder e sustento do lar enquanto à mulher trabalhos voltados ao cuidado do lar e dos filhos, tornando-as muitas vezes submissas e sem poder. A partir disso, muitas mulheres passaram a naturalizar a violência por achar que o homem é quem manda, ou que elas sejam as culpadas por eles terem batido nelas e nos filhos.

Subentende-se que os profissionais de saúde com competência cultural, possuem uma característica positiva, pois reconhecem as diferenças culturais e assim podem prestar assistência qualificada a qualquer paciente. Leininger (2002, apud VILELAS; JANEIRO, 2012, p. 121) relata que enfermeiros com competência cultural aumentam a capacidade de comunicação eficiente, visto a valorização da diversidade, desse modo adquirindo conhecimento sobre os pontos fortes de cada cultura. Além disso, considera a competência cultural como um processo que visa a capacidade de trabalhar eficientemente com pessoas culturalmente diferentes e para tanto, além do conhecimento sobre as culturas é imprescindível o desenvolvimento de competências em comunicação oral, escrita e fundamentalmente a não verbal ou postural.

Em consonância com o descrito por Leininger, quando questionadas sobre as percepções de limitações para reconhecer a violência na relação marital, 15 entrevistadas utilizam a observação de comportamento para descrever sinais e sintomas percebidos na

mulher, conforme segue:

Os sinais de violência, o olho, a boca. E se a gente chama e ela não vem já percebe que tem alguma coisa ali (Flor de Lótus).

Se conhecer bem a pessoa, vai desconfiar quando ela mostrar um comportamento diferente e vai questionar, vai instigar (Orquídea).

[...] Às vezes elas demonstram no jeito de falar e agir (Violeta).

Com relação a este questionamento, algumas profissionais entrevistadas relatam limitações na percepção da violência por conta da demanda na UBS ou por não terem muito contato com algumas mulheres. Já as ACS percebem limitações, pois algumas mulheres não recebem as visitas domiciliares. Em contrapartida a essas limitações, observou-se de um modo geral, uma característica considerada como facilitadora nesse processo, pois quando questionadas se há tempo suficiente durante as consultas ou visitas domiciliares para abordarem sobre relações familiares e problemas relacionados à violência doméstica, 13 das profissionais entrevistadas relataram ter tempo, mas por questões já descritas anteriormente, nem sempre questionam. Essa característica foi fortemente observada nas agentes comunitárias de saúde, onde as 9 ACS entrevistadas mostraram-se a disposição principalmente para ouvir, conforme representado nas falas que seguem:

[...] se ela está disposta a falar eu também estou disposta a ouvir (Calêndula).

Às vezes a pessoa está tão angustiada, chora e eu fico ali, porque não tenho coragem de dar as costas pra ela. Pra mim não importa a quantidade e sim a qualidade (Jasmim).

Sim, existe tempo suficiente. Principalmente quando elas sentam pra conversar. É tão bom quando elas sentam pra conversar (Sálvia).

Desta forma, considera-se que o fato dos ACS residirem em sua área de atuação, favorece a formação de vínculo com as famílias ali inseridas e por tanto a abertura para entrarem nas residências e conversarem sobre diversos aspectos da vida familiar. Nesse contexto, possuem condições para avaliar a dinâmica da família, identificando, muitas vezes, as situações de risco. No mesmo sentido, o estudo de Lima e Pacheco (2016) sobre violência doméstica contra a mulher na perspectiva do ACS, constatou que a maior dificuldade encontrada para identificar a violência é o silêncio da mulher e em contrapartida, a confiança que elas possuem no ACS como um facilitador desse processo. Com base nessas informações, pôde-se destacar o ACS como um elo fundamental na identificação da violência no âmbito

intrafamiliar. Assim, faz-se necessária a capacitação desse agente e sua sensibilização para o problema da violência contra a mulher, podendo intervir na comunidade e fazer o encaminhamento correto dos casos identificados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a violência doméstica contra a mulher é um grave problema de saúde pública, e que esse é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de ESF. Desse modo, todas as categorias profissionais devem estar alerta e dispor de conhecimento para lidar com situações que configuram violência doméstica e familiar e exijam tomada de decisão.

Muitas mulheres sofrem caladas por estarem vulneráveis a sofrer violência múltipla (aqui manifestando-se em diversas formas de violência ao mesmo tempo) e muitas vezes por vergonha, medo ou falta de coragem não procuram ajuda. Considera-se que, alguns sentimentos vivenciados pela vítima, estão diretamente ligados a cultura, uma vez que, violência contra a mulher, é fruto das desigualdades de gênero, onde a força e dominação são atribuídas ao homem e fragilidade e submissão à mulher. Deste modo, algumas mulheres crescem vendo suas mães sendo vítimas de violência doméstica e de algum modo incorporam a visão de que isso é um comportamento normal. Por exemplo, um filho que vivencia o pai agredindo a mãe, pode desenvolver a mesma característica e conseqüentemente irá contribuir para que o contexto familiar violento persista geração após geração, tornando-se cíclica.

O presente estudo, reconhece a importância dos profissionais de saúde, sobretudo dos ACS, no reconhecimento da violência, tendo em vista a possibilidade de aproximação e vínculo com a comunidade. É a partir da formação de laços e conseqüentemente da confiança que as mulheres tomam coragem para expor sobre violência em sua relação conjugal, e que os profissionais podem perceber mudanças físicas, emocionais e comportamentais, desenvolvendo, portanto um olhar crítico que os levem a investigar o que está acontecendo.

Quando a violência se faz presente, os profissionais de saúde entrevistados referiram ter dispensado cuidados referentes a acolhimento, orientação, encaminhamento e por vezes utilizaram empatia a partir do convívio e das próprias experiências já vivenciadas. Atitudes estas, que se expandiram a partir do tempo de trabalho e do cotidiano devido a não realização de capacitações pelo órgão público que os emprega. A falta de capacitação leva de forma direta a desarticulação do sistema, deixando os profissionais no escuro, sem saber qual a conduta ideal para a mulher vitimizada, levando-o a tomar decisões por si próprio, decisões que nem sempre são as que melhor cabem na situação.

Mesmo diante desse cenário de falta de capacitação, os quais impõem limitações aos profissionais, de um modo geral, há reconhecimento que devem cuidar das pacientes em caso de violência doméstica. Assim, diante da falta de conhecimento técnico, ou até mesmo de capacidade para lidar com a mulher vitimizada, acabam por buscar outros profissionais,

dentre eles o enfermeiro, que de acordo com Leininger possui grande habilidade para desenvolver comunicação eficaz e apropriada. Percebeu-se que a comunicação se faz presente em todas as etapas, pois quando acolhem, orientam ou encaminham estão fazendo uso desse instrumento que aproxima e promove a formação de vínculo de credibilidade e confiança.

Constatou-se que a falta de capacitação interfere diretamente no conhecimento e habilidade das trabalhadoras de saúde para lidarem com a violência doméstica, e que as mesmas, manifestaram a necessidade de capacitação. Sendo assim, torna-se conveniente realizar uma atividade com as ACS, visto que, é a maior categoria profissional da UBS, com proximidade das famílias/comunidade e também por apresentarem flexibilidade nos horários.

As atividades com as ACS devem contemplar a exemplificação de atitudes consideradas como violência física, psicológica e sexual, explanando sinais e sintomas de violência doméstica e quais intervenções podem ser realizadas por estes profissionais.

Acredita-se que a capacitação contribuirá para promover uma nova maneira de agir e olhar para a violência doméstica, enquanto comportamento que causa danos físicos, sexuais e psíquicos contra mulher e conseqüentemente aos filhos, família e sociedade. Diante dessas constatações, espera-se que ao trabalhar com essa problemática da violência de gênero, com os ACS, se concretize o cuidado integral às mulheres vitimizadas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Clara de Jesus Marques; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Considerações sobre violência, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 591-595, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a24>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 2. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOTT, Sarah et al. **In Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries**. Nw Washington: Organização Pan-americana da Saúde/organização Mundial de Saúde, 2013. 156 p. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21426&Itemid=>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- BRAGA, Cristiane Giffoni. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 3, p. 498-516, 1997. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/34989>>. Acesso em: 25 fev. 2017.
- BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Equipe de Saúde da Família**. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de Atenção Básica; n. 8). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.
- BRITTO JÚNIOR, Álvaro Francisco; FERES JÚNIOR, Nazir. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Revista Evidência**, v. 7, n. 7, 2012. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/200/186>>. Acesso: 09 nov. 2015.
- CARRARO, Telma Elisa. Marco Conceitual: Subsídio para a Assistência de Enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.105-108, jul-dez. 1998. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44357/26849>>. Acesso em: 25 fev. 2017.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 466/12. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 11 nov. 2015.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SC. **Consolidação da Legislação e Ética Profissional**. Florianópolis, 2010.

- DAY, Vivian Peres et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **R. Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p.9-21, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 974-980, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4073/4909>>. Acesso em: 16 abr. 2017.
- GEORGE, Julia B.. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GEORGE, Julia B.. **Teorias de Enfermagem: Fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: <<http://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522478408/pages/76662336>>. Acesso em: 04 nov. 2015.
- GOMES, Nadirlene Pereira et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.683-689, out-dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400683&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt>. Acesso em: 01 abr. 2017.
- GONÇALVES, Hortência de Abreu. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 2. ed. São Paulo: Avercamp, 2014.
- GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A Violência de Gênero e o Processo Saúde-doença das Mulheres. **Rev Enferm**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.625-631, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- JORNAL NACIONAL. **Brasil ainda é o maior país católico do mundo, mesmo com redução de fiéis**. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2013/07/brasil-ainda-e-o-maior-pais-catolico-do-mundo-mesmo-com-reducao-de-fieis.html>>. Acesso em: 21 mar. 2017.
- LABRONICI, Mariana Maria et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.123-133, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a18v44n1.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.
- LEMOS, Elisabeth Flor de. **Cuidando da saúde da mulher**. Florianópolis: Editograf, 2010. 190p.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999.
- LIMA, Nayara de Jesus Souza de Oliveira; PACHECO, Leonora Rezende. Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde. **Rev Enferm**

Ufpe On Line, *Recipe*, v. 5, n. 10, p.4279-4285, nov. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Marry/Downloads/11174-24994-1-PB.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

MACHADO, Juliana Costa et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.828-840, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0828.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 3, p.691-700, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n3/15.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOREIRA, Izadora Joseane Borrajo et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p.1-12, jan-dez. 2016. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/967>. Acesso em: 16 mar. 2017.

NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 4, p.556-559, jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400016>. Acesso em: 25 fev. 2017.

OGASAWARA, Leide Sayuri; DE SOUZA, Patrícia Alves; DE SOUZA PHILIPPI, Jane Maria. O agente comunitário de saúde e a violência contra a mulher. **Revista Eletrônica de Extensão**, v. 8, n. 12, p. 69-75, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewFile/1807-0221.2011v8n12p69/21468>. Acesso em: 26 abr. 2017.

OLIVEIRA, Eleonara Menicucci de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.376-382, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24790.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 299-306, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-3455-2555.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Dia internacional da mulher**. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3165:dia-internacional-mulher&Itemid=498>. Acesso em: 14 out. 2015.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. 2002. Disponível em: < http://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>. Acesso em: 19 abr. 2017.

ORÍ, Mônica Oliveira Batista; XIMENES, Lorena Barbosa; ALVES, Maria Dalva Santos. Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural um resgate histórico. **Online braz. j. nurs.(Online)**, 2005. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/lil-413295>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.124-135, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/15.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2015.

RAUEN, Fábio José. **Roteiros de Iniciação Científica**: os primeiros passos da pesquisa científica desde a concepção até a produção e a apresentação. Palhoça: Unisul, 2015.

REIS, Maria José dos. et al. Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_12.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

SANTA CATARINA. **Violência Contra a Mulher no Estado de Santa Catarina**. 2015. Disponível em: <http://www.ssp.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=245&Itemid=174>. Acesso em: 10 out. 2015.

SCHRAIBER, Lilia et al. Violência dói e não é direito: **A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Unesp, 2005. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=E4WZbqDAp5sC&printsec=frontcover&dq=poliqueixosas+violencia+doi+e+não+é+direito&hl=pt-BR&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIhoOXmPXJyAIVCiKQCh329g9C#v=onepage&q=físicos+e+psicológicos&f=false>>. Acesso em: 22 set. 2015.

_____. Lilia et al. Violence experienced: the nameless pain, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.41-54, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a03.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher**. São Paulo: SMS, 2007. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/caderno_violencia_mulher.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1230-1240, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a19v29n6.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Stela_Padoin/publication/273309082_Women_in_situations_of_violence_Limits_of_assistance/links/552308930cf2a2d9e146d617.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral

Carneiro. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 229-237, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71438421028.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.193-201, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/23.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

UNIFEMM. Centro Universitário de Sete Lagoas. **Cartilha Direitos da Mulher: prevenção à violência e ao HIV/AIDS**. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/Direitos_da_mulher_-_Prevencao_a_violencia_e_ao_HIV-AIDS.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

VIEIRA, Leticia Becker; PADOIN, Stela Maris de Mello; LANDERDAHL, Maria Celeste. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 609, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/9359/7536>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

VILELAS, José Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. Transculturalidade: o Enfermeiro com Competência Cultural. **Reme: Rev. Min. Enferm**, Portugal, v. 16, n. 1, p.120-127, jan-mar. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada como **“ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À MULHER”**. A pesquisa tem por objetivo conhecer o comportamento dos profissionais de saúde frente à violência doméstica contra a mulher.

Essa pesquisa é importante para saber qual suporte é oferecido pelos profissionais de saúde à mulher vítima de violência doméstica, bem como identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais acerca do tema.

A pesquisa será realizada com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde da Unidade Básica de Saúde do Bairro Rio Grande – Palhoça. Os participantes serão questionados por meio de entrevista a respeito do suporte profissional oferecido à mulher vítima de violência.

Você é livre para decidir se deseja ou não participar da pesquisa, não será obrigado a responder a todas as questões e pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, mesmo após já ter feito a entrevista, sem ser prejudicado por isso. Os riscos envolvidos são mínimos e se referem ao possível constrangimento e receio do profissional durante a entrevista frente ao roteiro pré-estabelecido, o participante não será prejudicado em seu trabalho por suas respostas, já que em nenhum momento será revelada a sua identidade. Toda identificação, quando necessária, se dará através de códigos ou nomes fictícios. Os benefícios são indiretos aos participantes, uma vez que os achados da pesquisa podem auxiliar no manejo da atenção para com a mulher vítima de violência doméstica, no sentido de uma assistência mais adequada.

As pesquisadoras ficam a disposição para esclarecer as dúvidas que surgirem, sempre que você precisar, deixando seu telefone para contato no final deste documento.

A sua participação na pesquisa é voluntária, por isso você não será paga, de nenhuma maneira, por participar da pesquisa.

Você será convidada via telefone, para participar da apresentação final em banca aberta, que acontecerá a partir de dezembro de 2016 no auditório da UNISUL, ou se preferir via e.mail, onde serão apresentados os resultados da pesquisa. Por se tratar de uma pesquisa realizada durante um trabalho de conclusão de curso de enfermagem, esta poderá ser publicada. Ressalta-se, no entanto uma vez mais que, sua identidade será mantida em sigilo.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar dessa pesquisa como sujeito. Fui informado e esclarecido pelas pesquisadoras Elaine Buchele de Vargas e Ester Hélia dos Santos, acadêmicas da 7ª fase do curso de graduação em Enfermagem da Unisul – Pedra Branca, sobre o tema e o objetivo do estudo, assim como a maneira com que ele será feito e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador Responsável: Elisabeth Flor de Lemos

RG: 497.392 SSP/SC

Telefone para contato: (48) 9953-2968

Outras Pesquisadoras:

Elaine Buchele de Vargas

RG: 4.761.224

Telefone para contato: (48) 9902-6626

Ester Hélia dos Santos

RG: 5.819.140

Telefone para contato: (48) 9633-0038

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1- Qual é a sua idade? anos.

2- Qual é o seu sexo?

Feminino

Masculino

3- Você é praticante de alguma religião?

Sim. Qual? _____.

Não

4- Qual a sua categoria profissional?

Médico

Enfermeiro

Técnico Enfermagem

Auxiliar de Enfermagem

Agente Comunitário de Saúde

Outra

5- Quanto tempo faz que você exerce essa profissão?

Anos Meses

6- Imaginando todas as suas tarefas, quantas horas você trabalha por dia (considerando seu trabalho, inclusive as tarefas domésticas)?

Horas por dia

CUIDADOS E LIMITAÇÕES

1- Como você procede quando a paciente refere ou você suspeita de violência doméstica do parceiro contra a mulher?

2- Você acredita que deve perguntar para suas pacientes para obter informações sobre violência física, patológica ou sexual dentro da relação conjugal quando suspeita que ela se faz presente?

Sim

Não

Porquê?

- 3- Como você se sente perguntando ou abordando sobre violência doméstica?
- 4- Quais os fatores em sua opinião são desencadeadores de violência seja física, psíquica ou sexual do parceiro contra a mulher na relação conjugal?
- 5- Qual reação você acredita que suas pacientes apresentarão se você como profissional da atenção primária perguntar sobre questões relativas a violência familiar do parceiro contra a mulher?
- 6- Você como profissional da atenção primária têm conhecimento e habilidade de comunicação interpessoal para perguntar sobre a violência doméstica?
- 7- Quais as medidas ou cuidados você adotaria se uma mulher relatasse que é vítima de violência doméstica pelo cônjuge?
- 8- Você como profissional da saúde percebe limitações para reconhecer sinais e ou mesmo sintomas de violência perpetrada contra a mulher na relação marital?
- Sim. Quais?
- Não
- 9- A seu ver existe tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre suas relações familiares e problemas relacionados à violência doméstica?
- Sim
- Não. Por quê?
- 10- Você acredita que os profissionais da saúde podem ajudar suas pacientes em casos de violência doméstica. De que modo poderiam ajudar?
- Sim
- Não
- 11- Quais as consequências e os riscos à saúde para a mulher e filhos quando ocorre a violência doméstica?
- 12- Você poderia nos contar caso(s) de violência física, psicológica ou sexual que as mulheres lhe relataram durante sua vida profissional?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado de Aprovação CEP - UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À MULHER
Pesquisador: elisabeth fior de lemos
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 51763715.7.0000.5369
Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA-UNISUL
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 1.381.420
Apresentação do Projeto:
Este estudo acadêmico científico busca analisar a atuação dos profissionais de saúde na atenção primária frente à violência doméstica contra a mulher. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo que será realizada com 20 profissionais de saúde atuantes na UBS Rio Grande, município de Palhoça em Santa Catarina. Para análise dos dados será utilizada a análise de conteúdo.
Objetivo da Pesquisa:
OBJETIVOS:
Objetivo Geral:
- Conhecer a atuação dos profissionais de saúde na atenção primária frente à violência doméstica contra a mulher.
Objetivos Específicos:
- Levantar o perfil sociodemográfico dos profissionais do estudo;
- Identificar junto aos profissionais da área da saúde quais os cuidados dispensados à mulher vítima de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo;
Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca CEP: 88.132-000
UF: SC Município: PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1038 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br