



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARY LUCE MELQUIADES MEIRA

**Um estudo exploratório acerca da formação e prática do enfermeiro, na Estratégia de Saúde da Família, considerando-se o fenômeno da violência doméstica contra a mulher**

São Paulo  
2024

MARY LUCE MELQUIADES MEIRA

**Um estudo exploratório acerca da formação e prática do enfermeiro, na Estratégia de Saúde da Família, considerando-se o fenômeno da violência doméstica contra a mulher**

**VERSÃO CORRIGIDA**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - USP, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Dra. Isabel Cristina Gomes  
Co-orientador: Dr. José Roniere Morais Batista

São Paulo

2024

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

MELQUIADES MEIRA, MARY LUCE

Um estudo exploratório acerca da formação e prática profissional do enfermeiro, na Estratégia de Saúde da Família, considerando-se o fenômeno da violência doméstica contra a mulher / MARY LUCE MELQUIADES MEIRA; orientadora Isabel Cristina Gomes; co-orientador José Roniere Morais Batista. -- São Paulo, 2024.

94 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2024.

1. Violência Doméstica. 2. Saúde da mulher. 3. Qualificação profissional. 4. Enfermeiro. I. Gomes, Isabel Cristina, orient. II. Morais Batista, José Roniere, co-orient. III. Título.

MEIRA, M. L. M. **Um estudo exploratório acerca da formação e prática do enfermeiro, na Estratégia de Saúde da Família, considerando-se o fenômeno da violência doméstica contra a mulher.** 2024. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

Aprovado em: 11 / 03 / 2024

BANCA EXAMINADORA



---

Dra. Isabel Cristina Gomes  
Orientador – IP/USP

---

Dr. Gilberto Safra  
Membro Interno – IP/USP

---

Dra. Anubes Pereira de Castro  
Membro Externo UFCG/CCBS

---

Dra. Rosângela Vidal de Negreiros  
Membro Externo UFCG/CCBS

---

Dr. Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca  
Membro Externo UFCG/CCBS

## DEDICATÓRIA

À **Deus**, por sua misericórdia, benevolência e por ser compassivo e amável para comigo e para com aqueles que, mesmo nos percalços humanos, podem saborear tamanho amor.

## AGRADECIMENTOS

A realização do Doutorado e a conclusão do mesmo contaram com importantes apoios e incentivos, sem os quais não teria se tornado uma realidade. Por essa razão, desejo expressar meus sinceros agradecimentos:

A Deus, pois ele é minha força e centro da minha vida.

A Professora Dra. Isabel Cristina Gomes, minha orientadora, pelo incondicional apoio e disponibilidade, pelo estímulo permanente que muito contribuiu para melhorar a profundidade e a clareza desta pesquisa. Por sua amizade.

Ao Professor Dr. José Roniere, pela disponibilidade e colaboração na construção deste estudo.

Ao Professor Dr. Gilberto Safra, que sempre foi tão atencioso, levando-me a compreender a psicanálise.

Aos Membros da Banca Examinadora, Prof. Dr. Gilberto, Prof<sup>a</sup>. Dra. Anubes Pereira de Castro, Prof. Dr. Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca e a Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosângela Vidal de Negreiros pela disponibilidade em participarem dessa Banca.

A UFCG e a USP que nos proporcionaram este Doutorado.

Sou grata a colega Débora de Souza Lucena, pelas valiosas contribuições.

Agradeço a meu Tio Luiz Meira, por me apresentar os melhores caminhos, pelo carinho e incentivo.

Agradeço a minha Tia Maria do Carmo, que procura sempre ver minhas necessidades e não mede esforços para saná-las.

A Clayton e a Samara, meus queridos e amados irmãos, pela nossa união, por tantos momentos maravilhosos, por ficarmos felizes com a conquista do outro.

Aos meus queridos e amados esposo e filhas, Adisson, Sofia e Isadora, por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos.

Gratidão a minha família, essência da vida e abrigo do coração. Vocês são meu abraço mais apertado, meu refúgio de amor.

Por fim, dirijo um agradecimento especial aos meus pais, por serem modelos de coragem, pelo apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrados, e total ajuda na superação dos obstáculos que surgem ao longo da minha vida. A eles dedico este trabalho!

## RESUMO

MEIRA, M. L. M. **Um estudo exploratório acerca da formação e prática do enfermeiro, na Estratégia de Saúde da Família, considerando-se o fenômeno da violência doméstica contra a mulher.** 2024. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

A violência contra a mulher é definida como um problema de saúde pública que ameaça a vida e impacta não apenas as mulheres, mas toda a sociedade. No contexto brasileiro, a visibilidade desse fenômeno aumentou com a promulgação da Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Estudos indicam que em 2022, 230.861 casos de agressões por violência doméstica foram registrados, destacando-se a subnotificação ou não notificação de inúmeros casos. Observa-se a presença de profissionais despreparados para reconhecer, identificar e lidar com casos de Violência Contra a Mulher, resultando em atendimento inadequado às vítimas e demais envolvidos, sem garantia de uma assistência multiprofissional. O objetivo deste estudo é refletir acerca a formação dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família no Município de Campina Grande, na interface com o fenômeno da violência doméstica contra a mulher. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com uma abordagem quantiqualitativa, conduzido em duas etapas distintas. Na primeira etapa, realizou-se uma revisão integrativa. A segunda etapa consistiu em uma pesquisa exploratória quantiqualitativa, utilizando as técnicas de categorização propostas por Bardin como ferramenta de análise. O tratamento dos dados quantitativos foi conduzido com o auxílio do programa SPSS, enquanto os dados qualitativos foram analisados por meio do software Iramuteq. A pesquisa envolveu enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde do município de Campina Grande, totalizando uma amostra final de 55 enfermeiros. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento composto por 20 questões de múltipla escolha, baseadas no protocolo do Ministério da Saúde sobre o manejo da violência contra a mulher na atenção básica. Na revisão integrativa, composta por 18 artigos, foram identificadas cinco categorias principais: (1) Preparo insuficiente dos profissionais, (2) Estruturas e processos organizacionais insuficientes, (3) Necessidade de ensino adequado e/ou capacitação, (4) Compreensão limitada da temática e, (5) Enfermeiros preparados e com recursos adequados. Na segunda etapa da pesquisa, foram identificadas quatro classes que agruparam os tipos de violência descrita: (1) Evolução e identificação da violência contra a mulher no contexto doméstico, (2) Acesso ao conteúdo nas Instituições de Ensino Superior e

nos cursos de pós-graduação, (3) Abordagem à vítima e (4) Violência no estágio avançado, que se sobrepôs às demais, evidenciando o temor das mulheres e a atuação dos profissionais em casos de morte, assim como os fatores que levaram às consequências da violência. Dessa forma, o estudo destacou a escassez de preparo profissional dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica, resultando, em muitos casos, na subnotificação da Violência Contra a Mulher, devido à dificuldade na identificação da violência e seus estágios.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Enfermeiro.



## ABSTRACT

MEIRA, M. L. M. **An exploratory study on the training and practice of nurses, in the Family Health Strategy, considering the phenomenon of domestic violence against women.** 2024. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

Violence against women is defined as a public health problem that threatens life and impacts not only women, but society as a whole. In the Brazilian context, the visibility of this phenomenon increased with the promulgation of Law No. 11,340/2006, known as the Maria da Penha Law. Studies indicate that in 2022, 230,861 cases of domestic violence assaults were registered, highlighting the underreporting or non-reporting of numerous cases. The presence of professionals who are unprepared to recognize, identify and deal with cases of Violence Against Women is observed, resulting in inadequate care for victims and others involved, with no guarantee of multidisciplinary assistance. The objective of this study is to reflect on the training of nurses who work in the Family Health Strategy in the Municipality of Campina Grande, in the interface with the phenomenon of domestic violence against women. This is a descriptive and exploratory study, with a quantitative and qualitative approach, conducted in two distinct stages. In the first stage, an integrative review was carried out. The second stage consisted of quantitative and qualitative exploratory research, using the categorization techniques proposed by Bardin as an analysis tool. The processing of quantitative data was carried out using the SPSS program, while qualitative data was analyzed using the Iramuteq software. The research involved nurses who work in Basic Health Units in the city of Campina Grande, totaling a final sample of 55 nurses. For data collection, an instrument composed of 20 multiple-choice questions was used, based on the Ministry of Health's protocol on the management of violence against women in primary care. In the integrative review, consisting of 18 articles, five main categories were identified: (1) Insufficient preparation of professionals, (2) Insufficient organizational structures and processes, (3) Need for adequate teaching and/or training, (4) Limited understanding of theme and, (5) Nurses prepared and with adequate resources. In the second stage of the research, four classes were identified that grouped the types of violence described: (1) Evolution and identification of violence against women in the domestic context, (2) Access to content in Higher Education Institutions and postgraduate courses. graduation, (3) Approach to the victim and (4) Violence in the advanced stage, which overlapped with the others, highlighting the fear of women and the actions of professionals in cases of death, as well as the factors that led to the

consequences of violence. Thus, the study highlighted the lack of professional preparation of nurses who work in Primary Care, resulting, in many cases, in underreporting of Violence Against Women, due to the difficulty in identifying violence and its stages.

Keywords: Domestic Violence. Comprehensive Women's Health Care. Nurse.

## RÉSUMÉ

MEIRA, M. L. M. **Une étude exploratoire sur la formation et la pratique des infirmières, dans la Stratégie de santé familiale, en considérant le phénomène de violence domestique contre les femmes.** 2024. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

La violence contre les femmes est définie comme un problème de santé publique qui menace la vie et touche non seulement les femmes, mais la société dans son ensemble. Dans le contexte brésilien, la visibilité de ce phénomène s'est accrue avec la promulgation de la loi n° 11 340/2006, connue sous le nom de loi Maria da Penha. Des études indiquent qu'en 2022, 230 861 cas d'agressions de violence domestique ont été enregistrés, mettant en évidence la sous-déclaration ou la non-déclaration de nombreux cas. On constate la présence de professionnels non préparés à reconnaître, identifier et traiter les cas de violence à l'égard des femmes, ce qui entraîne une prise en charge inadéquate des victimes et des autres personnes impliquées, sans aucune garantie d'assistance multidisciplinaire. L'objectif de cette étude est de réfléchir sur la formation des infirmières qui travaillent dans la stratégie de santé familiale de la municipalité de Campina Grande, à l'interface avec le phénomène de violence domestique contre les femmes. Il s'agit d'une étude descriptive et exploratoire, avec une approche quantitative et qualitative, menée en deux étapes distinctes. Dans un premier temps, une revue intégrative a été réalisée. La deuxième étape consistait en une recherche exploratoire quantitative et qualitative, utilisant les techniques de catégorisation proposées par Bardin comme outil d'analyse. Le traitement des données quantitatives a été réalisé à l'aide du programme SPSS, tandis que les données qualitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Iramuteq. La recherche a impliqué des infirmières qui travaillent dans les unités de santé de base de la ville de Campina Grande, totalisant un échantillon final de 55 infirmières. Pour la collecte des données, un instrument composé de 20 questions à choix multiples a été utilisé, basé sur le protocole du ministère de la Santé sur la gestion de la violence contre les femmes dans les soins primaires. Dans la revue intégrative, composée de 18 articles, cinq catégories principales ont été identifiées : (1) Préparation insuffisante des professionnels, (2) Structures et processus organisationnels insuffisants, (3) Besoin d'un enseignement et/ou d'une formation adéquats, (4) Compréhension limitée de thème et, (5) des infirmières préparées et dotées de ressources adéquates. Dans la deuxième étape de la recherche, quatre classes ont été identifiées qui regroupaient les types de violence décrits : (1) Evolution et identification de la violence contre les femmes dans le contexte domestique, (2) Accès aux contenus dans les

établissements d'enseignement supérieur et aux cours de troisième cycle. , (3) Approche de la victime et (4) Violence à un stade avancé, qui se chevauchent avec les autres, mettant en évidence la peur des femmes et les actions des professionnels en cas de décès, ainsi que les facteurs qui ont conduit aux conséquences de violence. Ainsi, l'étude a mis en évidence le manque de préparation professionnelle des infirmières qui travaillent dans les soins primaires, ce qui entraîne, dans de nombreux cas, une sous-déclaration de la violence contre les femmes, en raison de la difficulté d'identifier la violence et ses étapes.

Mots clés: Violences Domestiques. Soins de santé complets pour les femmes. Infirmière.

## LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1 - Dados sociodemográficos e socioeconômicos dos Enfermeiros das USF do município de Campina Grande (n=55). Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2023.</u>	53
<u>Tabela 2 - Formação profissional dos Enfermeiros das USF do município de Campina Grande (n=55). Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2023.</u>	54
<u>Tabela 3 - Conhecimentos e prática profissional acerca do atendimento a vítimas de violência doméstica dos Enfermeiros das UBS do município de Campina Grande (n=55). Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2023.</u>	55
<u>Tabela 4 - Medidas do modelo de Rasch para os 12 itens do teste de conhecimento.</u>	64
<u>Tabela 5 - Medidas descritivas dos Escores obtidos pelos enfermeiros.</u>	69
<u>Tabela 6 - Classificação dos indivíduos avaliados com o escore obtido no teste.</u>	70

## LISTA DE FIGURAS

<a href="#"><u>Figura 1 - Dendograma: Classificação Hierárquica Descendente.</u></a>	56
<a href="#"><u>Figura 2 - Classificação Hierárquica Descendente.</u></a>	56
<a href="#"><u>Figura 3 - Distribuição dos escores observados do Modelo Rasch.</u></a>	65
<a href="#"><u>Figura 4 - Função característica dos itens.</u></a>	67
<a href="#"><u>Figura 5 - Função característica dos itens.</u></a>	67

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ensino e Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VCM	Violência Contra a Mulher
VD	Violência Doméstica

## SUMÁRIO

<b><u>1</u></b>	<b><u>INTRODUÇÃO</u></b>	<b>14</b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b>19</b>
<b><u>2.1</u></b>	<b><u>Objetivo Geral</u></b>	<b>19</b>
<b><u>2.2</u></b>	<b><u>Objetivos Específicos</u></b>	<b>19</b>
<b><u>3</u></b>	<b><u>REVISÃO DE LITERATURA</u></b>	<b>20</b>
<b><u>3.1</u></b>	<b><u>A Violência Doméstica no Contexto Histórico</u></b>	<b>20</b>
<b><u>3.2</u></b>	<b><u>A Violência contra a mulher</u></b>	<b>24</b>
<b><u>3.3</u></b>	<b><u>O papel da mulher na sociedade contemporânea e a desigualdade de gênero</u></b>	<b>26</b>
<b><u>3.4</u></b>	<b><u>A violência no contexto da Atenção Primária à Saúde</u></b>	<b>27</b>
<b><u>3.5</u></b>	<b><u>Formação do enfermeiro para o atendimento à mulher vítima de violência</u></b>	<b>30</b>
<b><u>3.6</u></b>	<b><u>Currículo da Graduação de Enfermagem e o atendimento à mulher vítima de violência</u></b>	<b>32</b>
<b><u>4</u></b>	<b><u>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</u></b>	<b>37</b>
<b><u>4.1</u></b>	<b><u>Tipo de Estudo</u></b>	<b>37</b>
<b><u>4.1.1</u></b>	<b><u>Primeira etapa da pesquisa</u></b>	<b>37</b>
<b><u>4.1.2</u></b>	<b><u>Segunda etapa da pesquisa</u></b>	<b>39</b>
<b><u>4.2</u></b>	<b><u>Cenário e período da pesquisa</u></b>	<b>41</b>
<b><u>4.3</u></b>	<b><u>População e amostra</u></b>	<b>42</b>
<b><u>4.4</u></b>	<b><u>Critérios de elegibilidade</u></b>	<b>42</b>
<b><u>4.5</u></b>	<b><u>Instrumento de Coleta de Dados</u></b>	<b>42</b>
<b><u>4.6</u></b>	<b><u>Abordagem Ética</u></b>	<b>43</b>
<b><u>4.7</u></b>	<b><u>Respondendo às questões norteadoras</u></b>	<b>43</b>
<b><u>5</u></b>	<b><u>RESULTADOS E DISCUSSÃO</u></b>	<b>47</b>
<b><u>5.1</u></b>	<b><u>Primeira etapa da pesquisa</u></b>	<b>47</b>
<b><u>5.2</u></b>	<b><u>Segunda etapa da pesquisa</u></b>	<b>53</b>
<b><u>5.2.1</u></b>	<b><u>Análise Qualitativa</u></b>	<b>55</b>
<b><u>5.2.2</u></b>	<b><u>Análise Quantitativa</u></b>	<b>64</b>
<b><u>6</u></b>	<b><u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b>	<b>73</b>
	<b><u>REFERÊNCIAS</u></b>	<b>75</b>
	<b><u>APÊNDICES</u></b>	<b>82</b>
	<b><u>ANEXOS</u></b>	<b>90</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A violência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como qualquer ato de agressão ou negligência à pessoa que produz ou pode produzir dano psicológico, sofrimento físico ou sexual, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto na esfera pública como na privada (WHO, 2020). Em suas diversas formas, a violência tem impacto significativo na morbimortalidade, pois contribui para a perda da qualidade de vida, aumento dos custos com saúde, absenteísmo escolar e profissional, além de ser uma das principais formas de desestruturação familiar e pessoal (Brasil, 2010).

No cenário específico da violência contra a mulher (VCM), apesar de ser um problema antigo, a conscientização sobre sua gravidade e a compreensão de que é um problema de saúde pública são relativamente recentes. Os abusos ocorrem em diversos níveis e constitui grave ameaça à vida, com impactos não apenas nas mulheres, mas também na sociedade em geral, com repercussões na economia e no desenvolvimento saudável da população (Neto; Girianelli, 2020).

No Brasil, a visibilidade da VCM aumentou com a Lei nº 11.340 de 2006, que visa punir a violência doméstica (VD). Essa legislação foi promulgada após o país ser internacionalmente condenado por negligenciar denúncias das agressões contra Maria da Penha por seu marido. A VD e familiar contra a mulher, conforme definido pela lei, abrange ações ou omissões baseadas no gênero que resultem em morte, ofensas à integridade física, sexual, psicológica, dano moral ou patrimonial (Brasil, 2006).

Apesar da notificação da VCM ter sido implementada em 2003, somente em 2011 ela passou a integrar a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória. Ao longo das décadas, observou-se o aprimoramento dos Sistemas de Informação sobre a VCM, fundamentais para produção de indicadores que permitam refletir sobre a sua magnitude e considerem o gênero como componente intrínseco da identidade pessoal, relacionado a variáveis como idade, raça, classe social, orientação sexual, identidade de gênero, capacidade física, entre outros marcadores sociais (Brasil, 2017; Carvalho *et al.*, 2022).

Durante o período da pandemia causada pelo COVID-19, a violência familiar contra as mulheres se tornou mais complexa devido a diversos fatores interligados. A redução do contato com redes de apoio socioafetivo pôde aumentar a exposição das mulheres à violência dentro de casa. Além disso, a pressão financeira e a ameaça ao sustento familiar contribuíram para o estresse e conflitos conjugais, resultando em comportamentos violentos. Além disso, o aumento do consumo de álcool e drogas durante o isolamento social também elevou o risco de

VD. A limitação dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência, devido às medidas de combate à COVID-19, reduziu ainda mais as opções de ajuda disponíveis, tornando o enfrentamento desse problema ainda mais desafiador durante a pandemia (Melo *et al.*, 2020).

A OMS alerta que a VD vem aumentando desde o início da pandemia de COVID-19. Ao mesmo tempo, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública reportou diminuição dos registros de boletins de ocorrência por VD nos primeiros dias de isolamento. Porém, os números de feminicídios e homicídios femininos apresentaram crescimento, indicando o aumento da VD e familiar (Melo *et al.*, 2020).

Entre fevereiro e abril de 2020, houve um aumento nas denúncias de VD quando comparado a 2019. Em fevereiro de 2020, a violência contra mulheres aumentou em 13,35%. Em março, as denúncias ao Ligue 180 subiram 17,89%, e em abril, o aumento foi ainda maior, atingindo 37,58%. Dados mostram que 74% das vítimas são mulheres, seguidas por 25% de homens e 1% do grupo LGBT. O perfil mais afetado, são mulheres na faixa etária entre 35 e 44 anos, brancas, pardas e pretas, que ganham até um salário mínimo. Quanto à relação vítima/agressor, o cônjuge é o principal agressor, e a violência física é mais comum, seguida da psicológica (Souza; Farias, 2022).

O contexto de isolamento social durante a pandemia apenas agravou um problema já existente, revelando uma realidade difícil em que as mulheres não estão seguras em suas próprias casas. Isso se deve em parte à redução de políticas públicas para mulheres em períodos anteriores à pandemia, o que levou a um atendimento precário às vítimas de violência (Souza; Farias, 2022).

Em 2022, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública registrou 230.861 casos de agressões por VD. Isso representa um aumento de 0,6% em relação ao ano anterior. O documento também destacou o crescimento de crimes como “stalking” e violência psicológica, além do predomínio de feminicídios envolvendo mulheres 18 e 44 anos, mortas dentro de casa por parceiros ou ex-parceiros (FBSP, 2022).

A tipologia da violência, conforme definida pela OMS, divide-se em três categorias: autodirigida, interpessoal e coletiva. A coletiva, reinterpretada como violência estrutural por Minayo (2006), refere-se aos processos sociais, políticos e econômicos que perpetuam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia. Autores como Coelho, Silva e Lindner (2014) caracterizam os diferentes tipos de violência em abuso físico, psicológico, sexual, negligência e abandono. Além dessas categorias, a violência pode ser definida considerando o grupo ou pessoa direcionada. Termos como VD, violência no casal, nas relações afetivas,

contra mulheres, intrafamiliar e por parceiros íntimos são empregados, embora alguns sejam entendidos como sinônimos (Aguiar *et al.*, 2020).

A violência contra a mulher, baseada no gênero, abrange atos que causam danos físico, sexual, psicológico ou econômico. É uma manifestação de relações historicamente desiguais entre homens e mulheres, resultando em discriminações e violência sistemática contra as mulheres. Essa forma de violência tem aumentado nos lares, possivelmente relacionada às mudanças na postura feminina perante a família e a sociedade (Lucena *et al.*, 2016).

É relevante destacar que a VD, seja perpetrada por pai, marido, irmão ou outros membros da família, aumentou expressivamente nas últimas duas décadas. Isso exige transformações nos serviços públicos para atender às necessidades das mulheres vulneráveis, com marcos legais, modelos de atenção à saúde e políticas estratégicas direcionadas a esse público (Aguiar *et al.*, 2020). Apesar dos avanços no conceito de VCM, a maioria dos serviços ainda não aborda a perspectiva de gênero, contribuindo para políticas prescritivas, pouco emancipatórias e normatizadoras que perpetuam a VD (Silva; Ribeiro, 2020).

Diante desse cenário, há casos de violência de gênero e sexual sem diagnóstico prévio e cuidados adequados para as vítimas. Profissionais de saúde demonstram despreparo em lidar com a VCM devido a uma formação ancorada no modelo biomédico, que não considera as relações entre corpo e sociedade. A persistência desse modelo tradicional contribui para a inércia em relação a problemas que vão além dos sintomas físicos, dificultando a identificação e enfrentamento dos diversos tipos de violência (Silva *et al.*, 2017).

A inserção da VCM nos currículos das universidades e nas políticas de saúde ocorreu nos anos 1990, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, muitos profissionais ainda enfrentam desafios ao lidar com a assistência a mulheres vítimas de violência, devido a uma formação que não aborda adequadamente o tema (Jaime *et al.*, 2019).

A organização do sistema de saúde no Brasil teve um marco em 1994 com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa iniciativa buscava reorganizar a assistência à saúde de acordo com os princípios do SUS, priorizando ações preventivas e adequadas às necessidades locais da população. Nesse contexto, a VCM emerge como um problema de saúde pública preocupante, presente em diversas classes sociais, que exige a capacitação de profissionais e políticas alinhadas ao modelo de assistência sanitária integral (Holanda *et al.*, 2018).

A assistência às vítimas de VCM no ambiente doméstico é regulamentada pela Portaria nº 11340/2006 do Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de proporcionar uma assistência integral conforme os princípios e diretrizes do SUS. A falta de preparo na

formação profissional, a ausência de abordagem adequada na grade curricular e a inexistência de situações que problematizem a realidade socioeconômica dos municípios brasileiros foram desafios superados pela elaboração de normas técnicas e materiais educativos (Acosta *et al.*, 2018).

Apesar dos esforços, estudos evidenciam que a abordagem à VCM no contexto doméstico ainda se baseia em um modelo biomédico dicotômico, centrado na doença em detrimento do doente. Mesmo com os avanços do SUS e a reorientação do modelo assistencial, muitos profissionais de saúde não compreendem plenamente as ações a serem realizadas diante desse cenário, refletindo a persistência do despreparo para lidar com casos de violência e limitações na contextualização dos fatores relacionados durante a assistência à vítima (Carneiro *et al.*, 2019).

Além disso, os tabus e resistências sociais também desempenham um papel importante, pois priorizam o modelo dicotômico e mantêm a predominância do modelo biomédico. A rotatividade de usuários na ESF e a limitação do reconhecimento da violência apenas como fenômeno físico e superficial, não contextualizado, também são desafios a serem superados (Silva; Ribeiro, 2019).

Diante dessa realidade, os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada no SUS, muitas vezes não reconhecem a VCM no contexto doméstico por não identificarem os fatores relacionados a situações de violência. Além disso, o receio da equipe em notificar casos identificados contribui para uma assistência fragmentada e descontínua. Isso resulta na repetição dos casos de violência sem encaminhamento adequado e atendimento acolhedor, que assegure a proteção e garantia dos direitos da vítima (Souza; Farias, 2022).

Nesse contexto, os profissionais demonstram despreparo no atendimento direcionado às vítimas, aos agressores, às famílias e à comunidade, dificultando uma assistência integral e multidisciplinar. Isso resulta em uma abordagem fragmentada, verticalizada em diferentes categorias e especialidades, sem considerar a violência como um problema social (Bernardino, 2021).

Essas limitações têm raízes no processo de formação profissional, com as ações fundamentadas em vivências pregressas do enfermeiro e na sensibilidade pessoal, impactando a qualidade da assistência à mulher vítima de VD. Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001, que propõem uma formação mais crítica e reflexiva, capaz de tomar decisões em diversos cenários, persiste a influência do modelo biomédico desde a formação até a atuação profissional (Silva e Ribeiro, 2019).

Com o intuito de aprimorar a formação, as DCN foram implantadas sugerindo a elaboração projetos político pedagógicos (PPC) que abordem problemas próximos à realidade de atuação do profissional. No entanto, mesmo com essa proposta problematizadora, visando competências alinhadas aos princípios do SUS, muitos profissionais enfrentam desafios na abordagem da VCM (Brasil, 2001).

Dentre as competências essenciais para a formação profissional do enfermeiro, destaca-se, de maneira implícita nas DCN de 2001, o papel crucial desse profissional no atendimento à mulher vítima de violência no contexto doméstico. É fundamental enfatizar a importância do enfermeiro nesse processo, pois ele desempenha um papel central na promoção da saúde e no enfrentamento da VCM, sendo um agente fundamental na detecção, acolhimento e encaminhamento adequado das mulheres em situação de vulnerabilidade. Portanto, a formação do enfermeiro deve ser estruturada de modo a capacitá-lo não apenas tecnicamente, mas também de forma ética e sensível, para lidar eficazmente com casos de VD.

Diante desse contexto, o presente estudo se justifica pela necessidade de promover uma assistência integral e multidisciplinar adequada à VCM no contexto doméstico, visto que se trata de um problema preocupante de saúde pública. O enfermeiro, profissional fundamental nesse contexto, muitas vezes demonstra insegurança na assistência às usuárias envolvidas nesse processo. Diante disso, questiona-se: Como a formação profissional do enfermeiro orienta a assistência à violência contra a mulher na AB? Quais as áreas e ações direcionadas a mulher vítima de violência no contexto doméstico? Existem cursos de formação continuada e/ou capacitação para este fim?

## **OBJETIVOS**

### **1.6 Objetivo Geral**

- Refletir acerca da formação dos enfermeiros que atuam na ESF no Município de Campina Grande, na interface com o fenômeno da VD contra a mulher.

### **1.7 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos Enfermeiros da ESF do Município de Campina Grande.
- Compreender como o Enfermeiro da ESF do Município de Campina Grande, em sua prática diária, reconhece e lida com questões envolvendo a violência doméstica contra a mulher;
- Identificar, descrever e discutir sobre as práticas, cursos de formação continuada ou capacitação que esse profissional realiza, considerando o período de graduação e pós-graduação.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 1.6 A Violência Doméstica no Contexto Histórico

A violência é um obstáculo social que se processa quando um agressor inicia comportamentos hostis em relação à vítima, e estabelece uma relação de dominância na qual a vítima muitas vezes não pode se defender, sujeitando-se a diversos abusos (Rosário *et al.*, 2017). Conforme a definição da OMS (2018), a violência é definida como o uso de força física, representando estruturas e vínculos de poder que se manifestam em alguns tipos de ameaças, dirigido a si mesmo, a outros indivíduos, entre grupos ou comunidades, que pode resultar em sofrimento, óbito, dano psicológico, agravamento no desenvolvimento ou privação.

Na antiguidade e em sociedades tradicionais, a violência doméstica frequentemente era considerada uma questão privada, fora do alcance de intervenção social. Estruturas patriarcais e normas culturais rígidas contribuíam para a normalização da violência dentro do lar. A mulher, muitas vezes considerada propriedade do homem, tinha poucos recursos para buscar ajuda ou proteção. A ideologia de hierarquização masculina em relação à mulher, fundamentada em Filon de Alexandria e suas interpretações de Platão, perpetuou a visão da mulher como inferior intelectualmente e associada apenas aos aspectos carnis (Campos; Corrêa, 2007). As mulheres eram restritas a participar apenas da missa, único espaço onde podiam quebrar minimamente com a limitação imposta a elas. A rua, por sua vez, era um ambiente reservado exclusivamente aos homens e às prostitutas. A última mencionada era a única categoria feminina autorizada a circular sem restrições significativas (Leal, 2004).

Durante a Idade Média, sistemas legais frequentemente legitimavam a autoridade masculina sobre as mulheres, limitando os recursos disponíveis para as vítimas de violência doméstica. O período da “caça às bruxas” no século XIV ao XVII, considerava as mulheres como uma ameaça. Isso resultou em perseguições e julgamentos até a morte na fogueira durante a Inquisição. A religião católica contribuiu para reprimir o papel da mulher, limitando-o à reprodução e criação dos filhos em um sistema patriarcal (Balbinotti, 2018).

Simone de Beauvoir em “O Segundo Sexo” destaca como os homens, ao longo da história, definiram a mulher como fêmea quando ela agia como um ser humano, evidenciando a imposição da dominação masculina (Beauvoir, 1970). A liberdade feminina sempre foi restrita, isso pode ser exemplificado com o código romano usando a “imbecilidade e fragilidade do sexo” para restringir o direito das mulheres. Percebe-se que desde a antiguidade

peças do sexo feminino sempre tiveram um nível social e cultural inferior ao destinado aos homens, bem como sofreram com violências e discriminações, tanto dentro de casa como no convívio social com os demais integrantes da sociedade na qual estava inserida.

No século XX, muitos países implementaram mudanças legais para lidar com a violência doméstica, e no Brasil, a Constituição de 1988 reforçou a ideia de igualdade entre homens e mulheres. Contudo, a violência doméstica continuou subnotificada devido à cultura do silêncio. No contexto brasileiro, a violência doméstica tem raízes na colonização. Durante o período colonial, estruturas patriarcais foram estabelecidas, e influenciaram as relações familiares. A escravidão trouxe dinâmicas específicas, com mulheres escravizadas enfrentando violência dos senhores e exploração sexual em um contexto de vulnerabilidade total. A violência doméstica era considerada uma questão privada, com poucos recursos legais para as vítimas (Bernaski; Sochodolak, 2018; Vieira, 2009).

Durante a Ditadura Militar (1964-1985), a repressão política afetou dinâmicas familiares, refletindo-se em violência intrafamiliar. Os movimentos feministas começaram a ter estrutura nos anos 80, abordando pautas para a inserção da mulher no mercado de trabalho e no combate à violência doméstica (Martins; Nunes, 2019). Os movimentos feministas do século XIX e início do século XX questionaram normas tradicionais de gênero e denunciaram a violência doméstica como uma questão política e social.

O movimento feminista internacional desempenhou um papel crucial ao introduzir o termo “violência contra a mulher”. A partir dessa criação, os estudos começaram a reconhecer essas violências como uma violação dos direitos humanos. Em 1980, o termo “violência doméstica” foi adotado no campo da saúde para descrever abusos dentro da família e contra mulheres. Posteriormente, em 1990, surgiu a expressão “violência de gênero”, usada para caracterizar uma ampla gama de abusos e agressões decorrentes de conflitos relacionados às diferenças de gênero. Entretanto, a violência doméstica ainda era minimizada e pouco enfrentada pela sociedade (Piosadlo; Fonseca; Gessner, 2014).

No início dos anos 2000, a implementação da Lei Maria da Penha, em 2006, representou um avanço significativo na abordagem legal da violência doméstica. Com o nome em homenagem a uma vítima que enfrentou anos de violência, a lei trouxe medidas mais rigorosas e mecanismos de proteção para as mulheres. Sua criação foi impulsionada pela mobilização feminina, alinhada às normas da Constituição Federal e à Convenção da ONU sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher. A legislação permitiu a criação de locais especializados, como centros de referência para mulheres em situação de



violência, delegacias da mulher, defensorias públicas, juizados, monitorias e centros de reabilitação para agressores (Silva, 2020).

Desse modo, observamos que a violência se liga a um modelo de superioridade nas relações, tendo o homem branco, como colonizador, o lugar de poder frente aos demais, o que também contribuiu para a hegemonia do modelo patriarcal na sociedade brasileira, determinando o lugar da mulher na família e no social mais amplo. Como essa temática pode ser compreendida sob vários vértices, vamos nos ater nessa tese à interface com a área da saúde, mais especificamente aos serviços e profissionais que recebem essas mulheres, muitas vezes transformando em sintoma físico o sofrimento relacional que não podem comunicar.

No âmbito das políticas de saúde, abordar a violência doméstica é fundamental para enfrentar tanto os impactos imediatos quanto os de longo prazo na saúde mental das vítimas. Os profissionais de saúde desempenham um papel vital ao identificar precocemente e tratar os casos, seguindo protocolos específicos com treinamento para reconhecer sinais de abuso e facilitar o acesso a serviços especializados.

A integração entre os setores de saúde e serviços sociais estabelece uma rede de apoio, com serviços especializados em violência doméstica que oferecem cuidados médicos, aconselhamento e suporte social. No Brasil, em 1985, foi estabelecido o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), vinculado ao Ministério da Justiça, com a missão de promover e monitorar a criação e manutenção de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e Casas-Abrigo. No mesmo ano, a primeira Delegacia de Defesa da Mulher foi criada, seguida, em 1986, pela primeira Casa-Abrigo no Estado de São Paulo, vinculada à Secretaria de Segurança Pública. Essas iniciativas marcaram as primeiras políticas de promoção e proteção das mulheres, conquistadas pela luta feminista e fundamentais para abordagens futuras (Brasil, 2011).

A Constituição de 1988 formalizou o princípio de igualdade entre homens e mulheres, estabelecendo mecanismos para coibir a violência nas relações familiares. No entanto, até 2002, o Código Civil de 1916 refletia uma cultura patriarcal, considerando as mulheres relativamente incapazes, instituindo o "chefe da sociedade conjugal" e mantendo outras disposições discriminatórias. O Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher, criado em 2002 pela Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM), focou na assistência social e segurança pública, destacando a criação de DEAMs e Casas-Abrigo. Em 2003, a Lei 10.778/03 estabeleceu a notificação compulsória de casos de violência contra mulheres nos serviços de saúde (Brasil, 2011).

A criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) em 2003, marcou uma expansão significativa na abordagem da violência contra a mulher. A SPM impulsionou investimentos e a criação de novos serviços, como Centros de Referência e Defensorias da Mulher, além da formação de Redes de Atendimento. Em 2004, o Plano Nacional de Políticas para Mulheres foi elaborado, delineando estratégias para o enfrentamento da violência de 2004 a 2007, abrangendo diversos setores do Estado e fundamentando-se em eixos estruturantes: prevenção, combate, assistência, garantia de direitos e monitoramento (Brasil, 2011).

A Política Nacional para as Mulheres, orientada pelos princípios do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, fundamentou-se em diretrizes específicas. Esses princípios incluem a promoção da igualdade e respeito à diversidade, a equidade, autonomia das mulheres, a laicidade do Estado, a universalidade das políticas, a justiça social, a transparência, participação e controle social nos atos públicos (Brasil, 2011).

A Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência, conforme o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, compreende diversos serviços como Centros de Referência, Casas-Abrigo, Delegacias Especializadas, Defensorias, Juizados de Violência Doméstica, Central de Atendimento (Ligue 180), Ouvidorias, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), Centro de Educação e Reabilitação do Agressor e Serviços de Saúde (Brasil, 2011).

As políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres ganharam impulso com a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06), que proporcionou a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, garantindo um processo e julgamento específico. Em 2013, foi instituído o Programa Mulher Viver sem Violência, integrando serviços públicos para mulheres em situação de violência. O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2008-2011) ampliou áreas estratégicas, e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015) aprofundou as políticas anteriores, incluindo novas ações em áreas como igualdade no trabalho e autonomia econômica, educação, saúde, enfrentamento de todas as formas de violência, fortalecimento da participação das mulheres e desenvolvimento sustentável (Brasil, 2008).

Em 2015, foram estabelecidas as primeiras Casas da Mulher Brasileira, oferecendo serviços integrados para diversos tipos de violência. A Lei do Feminicídio (Lei 13.104/2015) fortaleceu as políticas ao considerar o feminicídio como homicídio qualificado, ampliando as

punições em casos específicos, evidenciando o compromisso contínuo do Brasil na luta contra a violência de gênero.

Apesar desses avanços, o Brasil e o mundo continuam a enfrentar desafios significativos no combate à violência doméstica. A subnotificação, a falta de estruturas de apoio adequadas e a persistência de estereótipos de gênero são obstáculos que exigem atenção contínua. A violência contra as mulheres permanece como um problema histórico e social presente em todas as sociedades, independente da classe social.

### **1.7 A Violência contra a mulher**

A Violência contra a mulher (VCM) é uma das principais formas de violação dos direitos humanos das mulheres, que consequentemente as afetará em diversas classes sociais, idades, religiões, estado civil, níveis educacionais, raças e orientações sexuais. Essa violência pode ser evidenciada de diversos modos, como violência familiar, mental, física, moral, hereditária, sexual, tráfico de mulheres e assédio sexual (Silva; Ribeiro, 2020).

Considerada um fenômeno global, a VCM é reconhecida como um problema de saúde pública, dado os inúmeros danos à sua saúde das mulheres e o risco de feminicídio (Teixeira *et al.*, 2018). Um estudo realizado com enfermeiras em Centros de Atenção Primária à Saúde (APS) em Estocolmo, Suécia, revelou que, mesmo identificando sinais de violência, essas profissionais evitavam questionar as mulheres sobre o tema (Sundborg *et al.*, 2017).

Recentemente observamos um aumento nos índices de todas as formas de VCM publicadas pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2022). Os dados alertam para o significativo crescimento da violência contra as mulheres no Brasil. Cerca de 18,6 milhões de brasileiras foram vitimizadas no ano, relatando, em média, quatro agressões ao longo do ano. Entre as divorciadas, a média foi de nove vezes. A pesquisa evidenciou crescimento em todas as formas de violência, que totalizaram 28,9% das brasileiras que sofreram algum tipo de violência de gênero, um aumento de 4,5 pontos percentuais em relação à pesquisa anterior.

Dentre as diversas formas de violência, 11,6% das mulheres foram vítimas de violência física em 2022, o que totaliza cerca de 7,4 milhões de brasileiras. A pesquisa também destacou outras formas de violência, como ofensas verbais (23,1%), perseguição (13,5%), ameaças de violências físicas (12,4%), ofensas sexuais (9%), espancamento ou tentativa de estrangulamento (5,4%), ameaça com faca ou arma de fogo (5,1%), lesão provocada por objetos (4,2%) e esfaqueamento ou tiro (1,6%). Os dados revelam que uma em cada três brasileiras com mais de 16 anos sofreu violência física e sexual por parceiro íntimo

ao longo da vida, o que totaliza mais de 21,5 milhões de mulheres. Esse cenário evidencia que vítimas de violência física ou sexual por parte de parceiros íntimos ou ex-companheiros, representam 33,4% da população feminina do país.

Nesse sentido, percebe-se que a violência doméstica contra a mulher persiste como uma preocupação global, violando os direitos das mulheres em diferentes partes do mundo, independentemente de idade, etnia ou posição social (Brasil, 2008). Estudos apontam que a cada três mulheres em idade reprodutiva, uma sofreu violência física ou violência sexual perpetrada por parceiro íntimo ao longo da vida, e mais de um terço dos homicídios de mulheres são causadas por um parceiro íntimo (Stockl *et al.*, 2013).

A Lei Maria da Penha, sancionada em 7 de agosto de 2006, representa um marco legal no combate à violência doméstica no Brasil. Embasada em diversos instrumentos internacionais, essa legislação visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Brasil, 2006).

Diante dessa nova realidade, define-se a VCM ação ou a omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico, dano moral ou patrimonial, sendo considerada um grave problema de saúde pública (Brasil, 2006). Esse tipo de violência pode culminar com a morte por homicídio, fato que tem sido denominado de feminicídio ou femicídio (Dahlberg; Krug, 2007).

Lagarde (2007) destaca que o feminicídio está correlacionado à impunidade, omissão, negligência e conivência das autoridades do estado, tornando-o um crime de estado. Embora haja diferenças conceituais entre femicídio e feminicídio vinculadas ao contexto histórico em que foram elaboradas, em geral, as duas expressões são tomadas como sinônimos pelas legislações latino-americanas e na literatura feminista (Almeida, 1998).

O termo “feminicídio” é uma expressão atribuída às feministas Norte Americanas Jill Radford e Diana Russel, que usaram a palavra em seu livro “Femicide: The Politics of Woman Ki” publicado em 1992 em Nova York. A expressão já tinha sido usada pelo Tribunal Internacional de crimes contra as mulheres em 1976 e foi retomado nos anos de 1990, para ressaltar a não acidentalidade da morte violenta de mulheres (Almeida, 1998)

Para Carcedo e Sagot (2000), esse tipo de crime pode ocorrer em diversas situações, que incluem as mortes perpetradas por parceiro íntimo com ou sem violência sexual, crimes seriais, violência sexual seguida de morte, feminicídios associados ou relacionados à morte ou extermínio de outra pessoa. Dados evidenciam que mais da metade dos homicídios de mulheres correspondem a feminicídios causados pelas desigualdades de gênero e esse fenômeno está presente em vários continentes. Estima-se que entre 60% e 70% dos

feminicídios nos Estados Unidos e Canadá sejam cometidos por companheiros ou ex-companheiros.

No Brasil, as investigações sobre o tema indicam que os feminicídios predominam entre mulheres jovens, brancas, com nível fundamental de ensino e profissões não qualificadas, enquanto os agressores são jovens, geralmente com menor grau de escolaridade que as mulheres, casados, com antecedentes criminais, envolvimento repetido em brigas e conduta de ameaças e violências dirigidas contra as mulheres (Blay, 2008). Nas últimas décadas, a mortalidade por homicídios no Brasil apresentou níveis ascendentes e é uma das maiores das Américas.

De acordo com o relatório do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (USP) (NEVUSP, 2018), um dado alarmante chama a atenção, pois em 2017 em média 12 mulheres foram assassinadas por dia no Brasil. Isso representa um aumento de 6,5% dos casos em relação a 2016, e elenca o Brasil como o 7º colocado dentre os países mais violentos do mundo, considerando-se 87 nações (Silva *et al.*, 2017).

## **1.8 O papel da mulher na sociedade contemporânea e a desigualdade de gênero**

Na atualidade, persiste a visão do homem como detentor do poder sobre a mulher, sedimentando a dominação masculina e relações desiguais. Isso naturaliza e solidifica a dominação masculina e relacionamentos desiguais, levando a uma internalização desde a infância da ideia de dominação e contribui para a violência de gênero. Além disso, é relevante destacar a sobrecarga da mulher na divisão social e sexual do trabalho, resultando em uma dupla jornada que inclui cuidados domésticos, filhos e outras responsabilidades, limitando seu tempo livre e sua participação política (Ávila *et al.*, 2020).

Sabe-se que o movimento feminista trouxe conquistas importantes, como o direito ao voto, acesso à educação e ao mercado de trabalho, além de melhores condições salariais e autonomia nas decisões sobre gravidez e propriedade. Com o surgimento desse movimento, o papel tradicional da mulher como focada na família foi questionado e transformado ao longo dos anos. Isso culminou no conceito atual de mulher independente, com suas próprias realizações, desejos, objetivos e poder de decisão (Freitas; Costa, 2020).

Apesar de mudanças positivas, o patriarcado ainda está enraizado nos costumes, na educação e na mídia, reforçando estereótipos que favorecem a dominação masculina. As disparidades salariais persistem, assim como as desigualdades na divisão das tarefas domésticas e nos cuidados com os filhos, no acesso à educação e no mercado de trabalho,

embora sejam maioria em termos de qualificação profissional e escolaridade. A luta feminista pela igualdade e pelo reconhecimento pleno das mulheres continua, com disparidades e segregações em várias esferas da sociedade. Essa violência velada destaca a importância contínua das discussões sobre igualdade de gênero e da desconstrução dos padrões que restringem a liberdade das mulheres (Ávila *et al.*, 2020; Freitas; Costa, 2020).

Em pesquisa recente, discutindo os casais de dupla carreira e a situação de pandemia por covid-19 em nosso país, Gomes e Levy (2023) apontam os conflitos que surgem nos casais quando o cuidado da casa e dos filhos não podem ser “terceirizados”, tendo como consequência a repetição dos modelos tradicionais, com uma sobrecarga para a mulher e possível comprometimento nas relações conjugais e familiares. Foi também na pandemia que constatamos o aumento da violência contra a mulher, principalmente no espaço familiar.

Se por um lado hoje convivemos com vários arranjos familiares para além do modelo da família tradicional heterossexual patriarcal, por outro, instituir o modelo igualitário embora seja um ideal contemporâneo, ainda é carregado de controvérsias, tanto na família quanto no social mais amplo. Outras áreas do conhecimento, como a Psicologia e a Sociologia, vêm se debruçando sobre a complexidade nas distinções dos papéis de gênero e as desigualdades que acometem as mulheres, mesmo considerando-se as transformações e os avanços já alcançados.

Até aqui podemos pontuar que, como o feminicídio tem alta prevalência em muitas partes do mundo, incluindo o Brasil, a área da saúde, em especial a da mulher e da família precisa se dedicar ao tema, principalmente no sentido de aprofundar a relação entre a formação de profissionais visando uma melhor estratégia clínica que não contribua para as subnotificações e consequentes impunidades dos infratores. Bem como, favorecer um espaço de acolhimento às mulheres que as empodere, já que reconhecemos que muitos casos não são denunciados devido ao medo, à vergonha ou à falta de confiança no sistema de justiça. Assim, a busca por uma ajuda pontuada num sintoma físico, torna-se um caminho, as vezes alternativo, na medida em que algumas mulheres não se sentem suficientemente apoiadas em função das fragilidades ou inexistência das redes de apoio e dos estigmas que ainda estão presentes.

## **1.9 A violência no contexto da Atenção Primária à Saúde**

A violência doméstica e familiar representa apenas uma das diversas formas de violência de gênero que afetam as mulheres diariamente em todo o mundo. Essa violência

abrange uma variedade de violações e agressões que ocorrem no ambiente familiar que podem assumir naturezas físicas, psicológicas ou socioeconômicas. Tais formas de violência são perpetradas entre os membros do núcleo familiar e podem se manifestar em todas as classes sociais (Marques, 2023).

Mulheres frequentemente se tornam vítimas de agressões e abusos físicos, verbais ou sexuais, perpetrados por parceiros, familiares, amigos ou desconhecidos. A maior dificuldade enfrentada pelas vítimas é relatar a situação e a falta de conhecimento prévio sobre o ocorrido, o que resulta em atrasos na busca por ajuda, que dificulta a interrupção dos constantes episódios de violência (Souza; Silva, 2019).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 1,3 milhão de mulheres são agredidas anualmente no Brasil. Esse fenômeno é considerado um problema de saúde pública do ponto de vista das políticas públicas, uma vez que acarreta implicações significativas para o desenvolvimento do país, que incluem a perda de produtividade das vítimas e os custos relacionados ao tratamento no sistema de saúde, além da reduzida participação das mulheres no mercado de trabalho (Cerqueira *et al.*, 2019).

A prevalência da violência doméstica contra a mulher aumentou de 13% em 2001 para 37% em 2019, cujo os companheiros são os principais agressores (DATASENADO, 2019). No entanto, graças à política nacional, leis foram promulgadas para garantir à mulher o direito da mulher à segurança e proteção contra a violência. A partir da promulgação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), o Brasil estabeleceu a responsabilidade de cada órgão público no auxílio às mulheres em situação de violência.

Essa lei definiu cinco formas de violência doméstica e familiar contra as mulheres: física, sexual, psicológica, moral e patrimonial. Além disso, introduziu medidas protetivas de urgência, muitas vezes desconhecidas pelas mulheres e profissionais da saúde. Essas medidas consistem em um conjunto de ações a serem realizadas em até 48 horas para garantir a proteção imediata das mulheres em relação aos seus agressores (Brasil, 2006).

É crucial destacar que a VCM consiste em um campo complexo e demanda atuação intersetorial e multiprofissional, como os serviços e profissionais de saúde considerados indispensáveis na assistência à mulher em situação de violência. Profissionais e serviços de saúde, especialmente na APS, desempenham um papel crucial ao acolher essas mulheres diante de seus medos e possíveis ameaças, que podem influenciar na orientação e no encaminhamento para serviços especializados. A APS, iniciada com o Programa de Saúde da Família, se tornou porta de entrada, inclusive para a assistência a mulheres vítimas de

violência doméstica, respaldada pela Lei nº11.340, pois nesse contexto o profissional da APS deverá estar capacitado para realizar uma assistência de qualidade (Brasil, 2013).

O enfermeiro da APS, ao ser o primeiro a atender mulheres vítimas de violência, estabelece um vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. Sua capacitação é essencial para proporcionar um atendimento que vá além da identificação da vítima, que evite julgamentos e constrangimentos e oriente sobre direitos e denúncias. A assistência deve basear-se em uma escuta acolhedora, humanizada e qualificada, com o objetivo de identificar necessidades prioritárias, carências, vulnerabilidades, gravidade e riscos, e fortalecer o vínculo entre profissional e usuário (Nascimento *et al.*, 2021).

A ESF deverá estar preparada para atuar neste processo desde sua identificação até a respectiva notificação, uma vez que seu registro será utilizado na área jurídica e sua omissão poderá acarretar consequências legais para o profissional (Viegas *et al.*, 2018). Após o atendimento, a vítima inicia o processo de denúncia, que é formalizada através de uma peça processual que será formalizada pela justiça. Neste processo, a Enfermagem se faz presente como o profissional que realiza o atendimento inicial, a escuta qualificada, a anamnese e a administração de medicamentos prescritos pelo médico. Além disso, a vítima também deverá ser atendida por uma equipe multiprofissional qualificada a fim de que o problema seja resolvido de maneira eficaz e que possa atender as necessidades da mulher em seu contexto integral e equânime (Viegas *et al.*, 2018).

Silva e Ribeiro (2020) destacam a complexidade da notificação e identificação da VCM, uma vez que a maioria dos casos são observados por identificação secundária, como por outras mulheres ou outros profissionais que atendem na unidade de saúde, como o agente comunitário de saúde (ACS), mas raramente é sinalizado própria vítima. Isso dificulta o acesso, identificação e notificação corretos. A visibilidade da VCM exige preparo dos profissionais para uma assistência resolutiva, o que nem sempre acontece na prática. A identificação é mais comum em casos de violência física com risco de morte, enquanto violências psicológica, verbal ou patrimonial passam despercebidas quando a vítima busca ajuda.

A redução dos casos de VCM continua sendo um desafio, apesar da alta prevalência, devido à subnotificação, associada à insuficiência na identificação ou ao despreparo dos profissionais para a notificação. A falta de conhecimento pode levar os profissionais a acreditarem que a violência não é de sua responsabilidade, quando, na verdade, sua atuação é crucial para romper o ciclo de violência (Silva; Ribeiro, 2020).



Assim, a relevância do tema VCM no cenário atual é de suma importância, visto que, o número de vítimas continua crescendo em nosso país. Contudo, o maior número de mulheres que sofrem agressões, permanece em silêncio. Nesse sentido, acredita-se que a discussão dessa temática contribua para o aprimoramento das práticas de enfrentamento da violência, através do acolhimento, do diálogo, da informação, do tratamento e acompanhamento e construção social livre ou amenizada desta problemática.

### **1.10 Formação do enfermeiro para o atendimento à mulher vítima de violência**

Apesar dos avanços, a abordagem da temática da violência doméstica na área da enfermagem ainda enfrenta muitas dificuldades. Mesmo com as propostas do Ministério da Educação (MEC) em parceria com o MS, que sugerem a inclusão de conteúdos na grade curricular para formar enfermeiros críticos e reflexivos capazes de lidar com diversas situações, incluindo a violência, muitos profissionais têm dificuldade em identificar e lidar com problemas relacionados à VD.

Desde a implantação do SUS, acontecem diversas discussões sobre formação e pactuação dos serviços e o processo de formação dos profissionais de saúde. O novo sistema exige uma nova formação profissional, para tanto, o alinhamento entre o ensino e o serviço tornou-se crucial neste processo (Silva e Ribeiro, 2019).

As DCN para os cursos de graduação em enfermagem, previstas em 2001 e vigentes desde 2002, representam um conjunto de normas que orientam a organização e o desenvolvimento dos currículos desses cursos no Brasil. Essas diretrizes, elaboradas pelo MEC em conjunto com especialistas da área e representantes das instituições de ensino, estabelecem que o curso de enfermagem deve formar profissionais capazes de atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com base nos princípios do SUS. As diretrizes delineiam o perfil do egresso, enfatizando uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com competências para compreender e atuar nos processos de saúde-doença, incluindo a violência contra a mulher no contexto doméstico (Brasil, 2001).

O processo saúde-doença, por sua natureza dinâmica, social e multifatorial, é influenciado por diversos fatores. Para abordar a visão mais complexa desse binômio e suprir questões relacionadas à VCM, foram instituídas as DCN 2001. Essas diretrizes buscam formar profissionais compatíveis com a rede de serviços do SUS e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), regulamentada pela portaria nº 198/2004. Essa

política visa adequar os serviços às necessidades da população, oferecendo assistência integral (Silva *et al.*, 2017).

No tocante às mulheres vítimas de VD, a PNEPS estabeleceu diretrizes e princípios para a assistência a essas mulheres, como a identificação sensível e o acolhimento. A capacitação para identificar sinais de violência de gênero e oferecer um acolhimento sensível e livre de julgamentos é fundamental. Isso inclui compreender a dinâmica da violência, seus diferentes tipos, e a importância de criar um ambiente seguro para que a mulher se sinta à vontade para compartilhar sua experiência, além de desenvolver protocolos de atendimento que considerem as necessidades específicas de cada população (Jaime *et al.*, 2018).

Sabe-se que, a violência contra a mulher no ambiente doméstico é bastante complexa e aborda diversas dimensões e fatores que podem dificultar a implantação de uma política de atenção eficaz e que atenda as vítimas numa abordagem integral. Por se tratar de um assunto amplo, que exige a realização de um atendimento multiprofissional, os casos de violência muitas vezes são atendidos de uma maneira fragmentada e voltada apenas para a intensidade das lesões (Holanda *et al.*, 2018).

O atendimento a mulheres vítimas de violência no contexto doméstico pode apresentar desafios importantes para profissionais de enfermagem, pois essas dificuldades muitas vezes estão relacionadas a fatores complexos que envolvem aspectos clínicos, emocionais, sociais e éticos. A identificação da VD pode ser desafiadora, uma vez que muitas vítimas não compreendem facilmente suas experiências. A falta de divulgação por parte da vítima resulta na subnotificação e subavaliação da extensão do problema. Por isso, compreender a complexidade da dinâmica da violência doméstica é crucial, e isso pode estar relacionado ao processo de formação profissional e a fatores associados à vítima, como dependência emocional, financeira e outros fatores que dificultam a saída do relacionamento abusivo (Costa *et al.*, 2019).

Alguns fatores estão associados aos profissionais, como a dificuldade de desenvolver uma assistência sensível e acolhedora. Alguns profissionais de saúde podem se sentir desconfortáveis ou inseguros ao abordar o tema, uma vez que ficam preocupados em reforçar o estigma ou invadir a privacidade da mulher. Além disso, pode haver falta de conhecimento específico sobre os protocolos e procedimentos adequados para o atendimento de vítimas de VD e situações relacionadas à notificação, encaminhamento para serviços especializados e documentação adequada (Jaime *et al.*, 2014).

A violência contra a mulher no contexto doméstico é pouco explorada no processo de formação do enfermeiro, sendo abordada apenas em seminários, manuais técnicos, e algumas

situações que abordam a temática de maneira fragmentada. A fim de suprir tais deficiências, foram elaborados manuais, com a portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2013, que estabelece a VCM como evento de notificação compulsória. Isso destaca a falta de alinhamento entre os setores e o despreparo do profissional enfermeiro para lidar com esse fenômeno (Souza; Farias, 2022).

Sabe-se que a VCM é resultante de diversos fatores, e o desafio de identificar, rastrear, notificar e atender adequadamente persiste, pois ainda não foi abordado de maneira aprofundada no processo de formação e de educação continuada dos profissionais. Em 2014, foram notificados 223,4 casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e desses, 3 a cada 4 mulheres necessitaram de atendimento. No entanto, esse número pode ser ainda maior considerando os casos não identificados e subnotificados (Brasil, 2014).

Nesse contexto, a ESF representa uma das portas de entrada para o atendimento direcionado a mulher vítima de violência no contexto doméstico. O papel do enfermeiro é acolher e atender essas mulheres em suas necessidades mais específicas, a fim de ofertar uma assistência adequada e integral. Para tanto, torna-se fundamental que o profissional supere ações isoladas, fragmentadas e inadequadas (Carneiro *et al.*, 2019).

O alicerce da formação se encontra inserido nas instituições de ensino superior (IES), que precisam elaborar currículos integrados que abordem assuntos relacionados à política de atenção à saúde de maneira abrangente. Muitas vezes, as IES apresentam resistência em abordar as fases da violência contra a mulher com a devida relevância, direcionando o profissional para a identificação do fenômeno desde os estágios iniciais. A educação, por ser libertadora, deve trabalhar o processo da VCM desde os primeiros sinais, fortalecendo a vigilância epidemiológica da ocorrência e reduzindo os índices de feminicídio, como observado diariamente nas reportagens nos meios de comunicação.

### **1.11 Currículo da Graduação de Enfermagem e o atendimento à mulher vítima de violência**

O conhecimento acerca dessa temática e as condutas adotadas pelos acadêmicos de enfermagem, necessitam ser orientadas durante a graduação para melhor condução e enfrentamento desse problema com intervenções oportunas (Delziovo *et al.*, 2018). Na maioria das vezes, por não ser abordada durante a formação, provavelmente resultará em fragilidade para o futuro enfermeiro no cuidado às mulheres que se encontram nesse tipo de

vulnerabilidade. Limitações como essas, constituem entraves para uma assistência integral (Xavier; Silva, 2019).

Essa discussão vem ganhando espaço nas duas últimas décadas, tornando-se tema de diferentes abordagens disciplinares e órgãos internacionais, que demonstra a formulação de políticas e programas, a organização de práticas e serviços voltados ao seu enfrentamento, a adequação de marcos legais e a construção de modelos de atenção nas diferentes áreas de atuação, a partir da formulação de uma agenda de políticas direcionadas a esse público. (Cavalcanti *et al.*, 2019).

Contudo, apesar do avanço na organização da atenção às mulheres em situação de VCM, a maior parte dos atendimentos à mulher são promovidos por profissionais que não tiveram formação essa formação específica, fato que se torna crucial na construção de diálogos sobre a VCM durante a formação profissional de futuros enfermeiros que cuidarão das mulheres em diferentes contextos. (Torrallas-Fernández; Calcerrada-Gutiérrez, 2016; Gaspar; Lopes, 2018). Sabe-se que, ter conhecimento sobre os tipos das violências e suas repercussões contribuem para entender a atenção à saúde e a garantia dos direitos, bem como ofertar cuidado centrado na pessoa, visto que as violências se manifestam nos mais distintos contextos, com destaque no ambiente doméstico. (Silva *et al.*, 2016). São recorrentes relatos de profissionais do setor saúde e de outros setores de políticas públicas sobre lacunas significativas na abordagem do tema no decorrer da formação profissional. (Bradbury-Jones e Broadhurst, 2015; Silva *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a formação profissional concentra-se nas limitações centradas no paradigma clínico-biológico, em uma educação permanente descontextualizada, e na prática técnica nos serviços de saúde. Nesse cenário, a atuação profissional em casos de violência é conduzida pela imperícia, pelo imprevisto, com base nas vivências e na sensibilidade pessoal, comprometendo a qualidade da assistência prestada. (Porto; Bispo Júnior; Lima, 2018).

No Brasil, os órgãos oficiais orientam as prioridades que devem ser consideradas na construção dos objetivos para a educação cidadã. Toma-se referência a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, e os Parâmetros Curriculares Nacionais e Estaduais (1998). Em 2001 promulgaram-se as DCN como embasamento do projeto político pedagógico direcionados para a formação profissional. (Martini, Massaroli, Lazzari e Luz, 2019).

As DCN exigem dos cursos de graduação interação com as realidades sociais e as demandas que delas emanam, pois compreende a educação como instrumento para que o indivíduo possa se reconhecer como protagonista na modificação da sociedade e construção

da democracia. Desta forma, orienta-se que as Instituições de Ensino, desde a educação básica até o ensino superior, direcionem os projetos pedagógicos para os direitos humanos. Este envolvimento extrapola conteúdos voltados para o letramento, e preocupa-se, sobretudo, com a formação das pessoas. (MEC, 2013) Questões invisíveis na análise tradicional da saúde pública, as quais se concentram majoritariamente no comportamento individual e nos fatores de risco biológicos, tornam-se imperiosas para compor o centro da agenda de saúde global 2030, como o enfrentamento da violência contra a mulher, dentre essas, a VD. (Moraes, 2012; Cruz *et al.*, 2017)

O perfil regulamentado nas DCN do curso de graduação em Enfermagem preconiza o desenvolvimento de competência, habilidade e atitude do enfermeiro na atenção à saúde da mulher em situação de violência e reconheça a subjetividade inerente às necessidades humanas, a sociedade demanda que as IES apresentem perfis profissionais que respondam às complexas demandas sociais. Esse tipo de ação alia-se aos procedimentos técnicos e a um cuidado qualificado, pois permitiria que os profissionais compreendessem as repercussões negativas à saúde da mulher em uma situação tão singular, direcionando para atenção integral a essa mulher. Apesar do Brasil dispor de instrumentos normativos, éticos e legais que asseguram os direitos a uma atenção integral, a exemplo da Norma Técnica<sup>19</sup> e da Lei Maria da Penha, bem como as matrizes curriculares no campo da saúde não contemplam, satisfatoriamente, a discussão sobre VCM e, menos ainda, sobre violência doméstica (VD).

É imprescindível ampliar os debates sobre a VD em espaços de formação profissional, especialmente em sociedades marcadas pela reprodução dos estereótipos de gênero e pela cultura machista. Nessa lógica, torna-se relevante discutir as concepções ancoradas nas matrizes curriculares dos cursos de Enfermagem, profissão que se destaca a cada dia, na assistência do cuidar.

Com efeito, as matrizes curriculares que embasam a formação de enfermeiros devem abranger a reflexão e a ação sobre a complexidade subjacente às situações de VS, compreendendo-as nas múltiplas dimensões desse fenômeno. Portanto, deve-se discutir a abordagem da VS contra a mulher nos currículos dos cursos de enfermagem, na perspectiva de alunos, professores e gestores universitários, potencializar a recondução de mudanças e reorientação de práticas pedagógicas (Andrade, 1973).

As concepções destacadas precisam de debates urgentes e com maior amplitude nas IES, para influenciar na qualificação da formação profissional de enfermeiros no que concerne ao conhecimento acerca da VD contra a mulher. Sabe-se que a VCM se caracteriza como fenômeno complexo e multidimensional, podendo acarretar impotência de profissionais

em conduzir situações que se refira ao tema, pois podemos evidenciar o déficit de conhecimento quanto aos aspectos sociais e psicológicos de indivíduos vitimizados e condições clínico-biológicas (Baigorria *et al.*, 2017). Vale salientar que, observamos uma quantidade considerável de profissionais enfermeiros e/ou estudantes de enfermagem que não estão capacitados para prestar esse atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica (Leite; Fontanella, 2019).

Entretanto ainda existem resistências culturais em abordar a questão com as usuárias, prevalecendo o modelo biológico, em detrimento dos preceitos da integralidade, atribuindo, muitas vezes, o reconhecimento da VD à lesão física e superficial. (Dourado; Noronha, 2015; Cordeiro *et al.*, 2015; Acosta *et al.*, 2018). Diante dessa premissa, observa-se a necessidade de qualificação da formação profissional abordando os interesses sociais e de saúde da população. Entretanto, é importante garantir a inserção da discussão da violência e suas diferentes expressões no currículo mínimo, baseado na necessidade da comunidade, reconhecendo que as IES têm papel importante para ampliar a discussão nos espaços acadêmicos, e possibilitar a compreensão da construção desigual entre os gêneros. (Cordeiro *et al.*, 2015; Bezerra *et al.*, 2016).

Existem ainda resistências culturais em abordar a questão com as usuárias, prevalecendo o modelo biológico, em detrimento dos preceitos da integralidade, atribuindo, muitas vezes, o reconhecimento da VD à lesão física. (Dourado e Noronha, 2015; Cordeiro *et al.*, 2015; Acosta *et al.*, 2018). Diante dessa premissa, sugere-se a necessidade de qualificação da formação profissional abordando os interesses sociais e de saúde da população. Para isso, é importante garantir a inserção da temática violência de gênero e suas diferentes expressões no currículo mínimo, baseado na necessidade da comunidade, reconhecendo que as IES têm papel crucial para ampliar a discussão nos espaços acadêmicos, e possibilitar a compreensão da construção desigual entre os gêneros. (Cordeiro *et al.*, 2015; Bezerra *et al.*, 2016).

Para isso, é necessário que instituições do ensino em especial no curso de enfermagem revise as estruturas curriculares de seus cursos, a fim de colaborar com o compartilhamento de conhecimento sobre as questões de gênero e discutir o tema da violência contra mulheres e outras minorias vulneráveis (Ferraz; Souza, 2018).

A utilização de metodologias ativas como ferramenta de estudo para o ensino de graduação em enfermagem, devem capacitar os discentes a identificar a realidade das situações na realidade prática profissional e prepará-los para novas técnicas de resolução para problemáticas comuns de saúde no exercício do enfermeiro (Veiga, 2020).

O uso dessas metodologias ativas no ensino da enfermagem, constitui um novo paradigma para a formação de enfermeiros críticos e reflexivos, trazendo maior aproximação da realidade no percurso da graduação. Nesse contexto, a principal vantagem do uso delas em sala de aula é estimular o desenvolvimento de cada acadêmico como pessoa, cidadão e profissional (Clapis *et al.*, 2018). De acordo com Melo e Vieira (2017) os acadêmicos de enfermagem apontam também, que as palestras e aulas sobre VCM contribuem para a sua formação profissional, e principalmente, para o seu conhecimento científico, e nesta categoria temática emergiram como outras práticas educativas.

A maioria dos acadêmicos de enfermagem revelam que foi na disciplina de Assistência Integral à Saúde da Mulher ou disciplina similar, que o ensino sobre violência foi abordado, e quando abordaram esse tema, foi de maneira superficial, o que determinará futuramente que o acadêmico busque futuramente soluções que minimizem as lacunas de seu aprendizado sobre o fenômeno, como atualizações, aperfeiçoamentos e especializações (Rodrigues *et al.*, 2021). Peralva *et al.* (2016) apontam que se faz necessário a intensificação de palestras educativas com foco para a atuação e assistência de enfermagem à mulher que sofre violência, pois, com isso amplia-se espaços de reflexão e aprendizado para este tema de grande relevância no cenário atual por tratar-se de uma problemática de saúde pública.

Lemes e colaboradores (2015), destacam que é importante que os acadêmicos de enfermagem saibam como acolher, abordar, e realizar uma assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência como preconizado pelo MS, visto que na grande maioria das vezes, esse tipo de assunto é pouco abordado durante a formação acadêmica. O acolhimento é de extrema importância para a qualidade e humanização da atenção, pode-se dizer que o acolhimento é um conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde, que visam garantir credibilidade e consideração à situação de VCM (Santos; Passos, 2021).

O enfermeiro desempenha um papel relevante na assistência à mulher vítima de violência, pois exerce justamente no acolhimento e cuidado dessas pacientes, com o objetivo de promover condições favoráveis para a recuperação da saúde em caso de extrema agressividade sem diferenciar os níveis de violência. (Rodrigues *et al.*, 2017). Além disso, os acadêmicos de enfermagem presentes devem saber como agir em caso de agressão à mulher para que possam dar apoio e compreensão (Jardim; Modena, 2018).

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 1.6 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantiqualitativa. A pesquisa descritiva objetiva descrever características de uma população, amostra, contexto ou fenômeno, e geralmente é usada para estabelecer relações entre construtos ou variáveis nas pesquisas quantitativas, além de buscar levantar a opinião, atitudes e crenças de uma população (Gil, 2017).

A pesquisa exploratória é caracterizada pela existência de poucos dados disponíveis, portanto, tem como característica preencher lacunas de informações sobre um determinado objeto de estudo. Essa pesquisa é realizada em áreas na qual existe pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Nesse sentido, buscam preencher lacunas de informações sobre um determinado objeto de estudo, com o objetivo de aprofundar e apurar ideias, bem como, construir maior familiaridade com o objeto de estudo (Alyrio, 2009; Vergara, 2005).

Por outro lado, a abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, entendendo, inclusive, a dinamicidade e mutabilidade do grupo analisado (Minayo, 2014). Outra vantagem da abordagem qualitativa é a possibilidade de diálogo entre outros campos do saber, como a sociologia e a comunicação. Isso possibilita que um mesmo estudo forneça entendimentos de interesse interdisciplinar (Minayo; Deslandes; Gomes, 2015). A abordagem quantitativa busca quantificar determinada situação ou objeto. Essa pesquisa é bastante utilizada em situações avaliativas, em coerência com o objeto de estudo.

Dessa forma, o presente estudo foi realizado em duas etapas distintas. A primeira etapa descritiva, referente a revisão integrativa, a qual permitiu um aprofundamento do objeto de estudo, tornando a discussão mais fundamentada. A segunda etapa contempla a pesquisa exploratória construída pela abordagem quantiqualitativa, enriquecendo o conteúdo e respondendo às questões e lacunas evidenciadas durante o percurso metodológico.

#### 1.6.1 Primeira etapa da pesquisa

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que se propõe descrever o desenvolvimento de determinado objeto de pesquisa, sob o ponto de vista teórico e



contextual, a partir da análise e interpretação do arsenal existente. Essa metodologia busca sintetizar os conhecimentos a partir da descrição de temas específicos que favorecem a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas. O método possibilita a visão crítica acerca do tema e através das evidências científicas demonstra a identificação de abordagens efetivas (Soares *et al.*, 2014).

Nesta perspectiva, esta etapa buscou identificar o conhecimento de enfermeiros e graduandos de enfermagem acerca do atendimento à mulher vítima de violência doméstica. A escolha desta abordagem metodológica visa garantir rigor e legitimidade nas evidências científicas, além da complexidade na abordagem de pesquisa ao permitir a interlocução de várias perguntas de pesquisa em uma única revisão e aceitar diferentes desenhos de pesquisa de paradigmas distintos, com o objetivo de avaliar a contribuição de cada estudo para o cuidado em saúde (Soares *et al.*, 2014).

Esta etapa foi norteadada por meio da estratégia PICOT (P: paciente/população/problema, I: intervenção, C: comparação, O: outcomes ou resultado e T: tipo de estudo). A partir deste, elaboramos a seguinte questão norteadora: “Qual é o conhecimento dos enfermeiros e estudantes de enfermagem acerca do atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica?”. A estratégia P refere-se as mulheres vítimas de violência doméstica; I indica o atendimento por enfermeiros; a estratégia O indica o conhecimento dos enfermeiros e o T indica estudos originais. Ressaltamos que nesse estudo, a estratégia C não é aplicada, visto que a estratégia PICOT é uma ferramenta flexível que pode ser adaptada para diversos tipos de perguntas de pesquisa.

Foi realizado o levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Para a localização dos estudos na Pubmed, foram utilizados os Descritores em Ciências de Saúde (DeCS), através da seguinte estratégia de pesquisa: *Nurses AND Domestic Violence AND Woman*. Na BVS, foi realizada a seguinte estratégia de pesquisa: (“Enfermeiro” OR “Enfermeiros”) AND (“Violência Doméstica” OR “Violência Na Família”) AND (“Mulheres” OR “Mulher” OR “Atenção Integral à Saúde da Mulher” OR “Assistência Integral à Saúde da Mulher”).

A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos 5 anos, que abordassem o conhecimento da enfermagem para o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica. Foram excluídos estudos não relacionados à temática, artigos duplicados, artigos incompletos eletronicamente, em formato de editorial, carta ao editor, revisão de literatura, relato de experiências e

reflexões teóricas, teses, monografias e resumos publicados em anais de eventos. A pesquisa foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2023.

Nessa perspectiva, para a seleção da amostra final, foi utilizado o método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis), dividida em quatro fases: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão (Tricco *et al.*, 2018). A seleção dos artigos que compuseram a amostra final deste estudo, direcionados à pergunta norteadora e ao tema geral focado nos descritores de interesse à pesquisa, utilizando-se o método PRISMA.

No que concerne ao levantamento literário, foram encontrados 1.247 estudos sobre a temática de interesse. A partir da aplicação de todo o processo metodológico padronizado da pesquisa integrativa e considerando-se a questão norteadora, foram pré-selecionados 100 artigos, desses foram excluídos 76, restando 24 para serem analisados e após exclusão por duplicidade foram selecionados 18 artigos, que fundamentaram as discussões dessa tese.

### 1.6.2 Segunda etapa da pesquisa

Na segunda etapa dessa pesquisa, realizou-se a fase da pesquisa exploratória com abordagem quantiqualitativa. Inicialmente, foi atendida a abordagem qualitativa, em que os enfermeiros responderam às perguntas abertas. Após a transcrição das respostas, o conteúdo foi analisado na íntegra. Para isso, utilizou-se a análise categorial de conteúdo proposta por Bardin (2016). O processo é definido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, através de procedimentos, sistemáticos e objetivos. A organização das diferentes fases da análise categorial temática é feita por meio de três polos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. Por meio dessas etapas o conteúdo foi classificado e qualificado (Bardin, 2016).

A pré-análise se inicia no momento em que o pesquisador encontra o material pertinente a resposta dos voluntários. É nesta fase que acontece o primeiro contato do pesquisador com o conteúdo da coleta. Na fase de exploração, o pesquisador identifica as palavras em destaque mais evidentes na amostra. O tratamento dos dados obtidos, fase em que as palavras identificadas e hierarquizadas em ordem decrescente, de acordo com a quantidade de vezes que são citadas, foi implementada com o auxílio do software Iramuteq, desde a primeira até a quarta e última fase, quando o conteúdo foi analisado e fundamentado na literatura (Bardin, 2016).

Durante a coleta de dados, muitos enfermeiros se negaram a participar da pesquisa ou não responderam o formulário corretamente, influenciando no gráfico do Iramuteq. No entanto, foi possível realizar a hierarquização e identificação de categorias. Observou-se um silêncio e omissão por parte dos entrevistados que pode estar relacionado com a complexidade do tema e a dificuldade de lidar com a VCM.

Na abordagem quantitativa, inicialmente foi delineado o perfil sociodemográfico da amostra. Em seguida, utilizou-se um instrumento composto por 20 questões com quatro alternativas (A, B, C e D), em que apenas uma destas estava correta. O objetivo era avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre os procedimentos padrões a serem adotados com mulheres vítimas de violência doméstica atendidas nas unidades de saúde, com base na cartilha do MS. Em seguida, este questionário foi validado por meio da avaliação de cinco juízes especialistas, que opinaram sobre a importância e clareza do instrumento. O resultado mostrou um mínimo de 75% de opiniões favoráveis, atendendo a um índice de validação de conteúdo percentual (IVC%) aceitável para valores iguais ou superiores a 75% (Pasquali, 2006).

Posteriormente, o instrumento foi aplicado às mesmas enfermeiras das USF por meio do formulário Google Forms. Elas responderam ao questionário semiestruturado. Logo após, foi realizada uma análise de regressão linear para avaliar a capacitação do enfermeiro no atendimento e acolhimento de mulheres vítimas de violência doméstica. O instrumento avaliou diversas possibilidades, quantificando a preparação desses profissionais de saúde para atuar na área da violência contra a mulher no contexto doméstico.

Iniciou-se, então, a etapa da avaliação da qualidade deste teste segundo a Teoria da resposta ao item (TRI) com o Modelo de Rasch conhecido como TRI a um parâmetro que está baseado no índice (parâmetro) de dificuldade de cada item mostrando que se situa de -3 a 3 e quanto maior, então maior será o grau de dificuldade do item. Dessa forma, esses itens merecem uma maior atenção numa possível intervenção para o aperfeiçoamento dos conhecimentos sobre a violência doméstica (Pasquali; Primi, 2003).

A escolha do modelo de Rasch foi motivada pela não convergência dos demais modelos de dois e três parâmetros em seus algoritmos, ao utilizar a linguagem R com a biblioteca mirt. Com o objetivo de alcançar a elaboração do teste, os itens foram avaliados com o modelo Rasch. Aqueles itens que apresentaram maior coeficiente de dificuldade em relação aos demais foram selecionados, enfatizando a necessidade de intervenção e reciclagem de conhecimentos (Bond; Fox, 2007)

## 1.7 Cenário e período da pesquisa

A pesquisa foi conduzida nas USF do município de Campina Grande, o segundo maior município do estado da Paraíba. Este município está localizado na mesorregião do Agreste Paraibano, abrangendo uma população estimada de 419.379 habitantes. De acordo com o censo de 2022, a cidade ocupa uma área de 591,658 km<sup>2</sup> e é composta por três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista. Campina Grande é a sede do Terceiro Núcleo Regional de Saúde (NRS), uma unidade que integra a divisão geopolítica administrativa estadual e representa uma macrorregião de saúde composta por 70 municípios (PARAIBA, 2010; IBGE, 2011).

Como um dos principais polos de assistência à saúde, Campina Grande desempenha um papel crucial na região, sendo a sede da 2<sup>a</sup> Macrorregião com 71 municípios, a 3<sup>a</sup> Regional de Saúde com 42 municípios, a Central de Regulação de Urgência para 71 municípios da macrorregião, além de abrigar as Comissões Integrestores Regionais (CIRs) da Borborema, envolvendo 41 municípios. A organização da saúde municipal está dividida em sete distritos sanitários, com 105 Equipes da ESF e 13 Equipes do Programa Agentes Comunitários em Saúde, alcançando aproximadamente 88% da população. A escolha desse local específico para a pesquisa decorreu de sua posição como uma das principais portas de entrada nos serviços de saúde do município, aliada à necessidade de avaliar a assistência oferecida a mulheres vítimas de violência doméstica na AB.

A abordagem aos profissionais foi realizada no ambiente da USF onde cada participante trabalha, durante os dias normais de atendimento. A coleta de dados ocorreu após a obtenção do consentimento de cada sujeito, formalizado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o questionário foi aplicado pelo pesquisador participante. Após a conclusão da coleta, os dados foram inseridos em uma planilha no software Excel 2016 e posteriormente exportados para o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20. A análise descritiva foi conduzida através de frequência simples, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de variabilidade (desvio-padrão e percentis).

No que diz respeito às perguntas abertas, as respostas foram digitadas no Microsoft Word e processadas no Iramuteq. Vale destacar que a coleta da amostra foi influenciada pela pandemia de Covid-19, resultando em afastamento de profissionais por motivos de saúde e no fechamento temporário dos postos de saúde. Esses fatores impactaram o processo de coleta de dados.

## **1.8 População e amostra**

A população alvo desta pesquisa foi composta pelos 105 enfermeiros que atuam nas ESF do município de Campina Grande. A amostra selecionada, composta por 55 enfermeiros, foi escolhida por critérios de conveniência e acessibilidade nas ESF do município. O critério de saturação de respostas orientou a seleção, uma vez que a pesquisa utilizou entrevistas semiestruturadas.

## **1.9 Critérios de elegibilidade**

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro do município de Campina Grande, atuar na ESF há pelo menos um ano, fazer parte do quadro de trabalhadores efetivos e concordar em participar da pesquisa, mediante a assinatura do TCLE. Foram excluídos os enfermeiros afastados do serviço ou transferidos da ESF durante o período de coleta de dados, além daqueles que recusaram participação na pesquisa.

## **1.10 Instrumento de Coleta de Dados**

O instrumento de coleta de dados escolhido foi a entrevista semiestruturada (Apêndice A), devido à sua estrutura flexível que permite a inclusão de questões abertas. Isso possibilita ao entrevistador a liberdade de explorar temas mais detalhadamente (Sampieri; Collado; Lucio, 2013).

Após a obtenção de dados do primeiro instrumento semiestruturado, percebeu-se a necessidade de informações complementares para avaliar a preparação dos enfermeiros no enfrentamento da VCM na APS. Nesse ensejo, foi elaborado e validado um segundo instrumento composto por 20 questões optativas, das quais apenas uma era a resposta correta, baseadas no protocolo do Ministério da Saúde sobre o manejo da violência contra a mulher na APS.

As entrevistas foram conduzidas como reuniões, facilitando a troca de informações entre entrevistador e entrevistado para a construção de significados em torno do tema (Sampieri, Colado e Lucio, 2013). Essas entrevistas foram previamente agendadas com os enfermeiros da USF entre os meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022. No primeiro contato, antes do início da coleta, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, e o TCLE foi

enviado, explicando todo o processo. As informações foram registradas por meio do instrumento impresso.

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas consecutivas: aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), seleção dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), agendamento dos dias e horários para a coleta de dados, e realização efetiva da coleta conforme a agenda e disponibilidade dos participantes.

Para enriquecer o conhecimento sobre violência contra a mulher no contexto doméstico, optou-se por construir um artigo de revisão integrativa sobre o tema, que serviu como embasamento para a discussão do objeto de estudo. A avaliação prévia dos estudos permitiu responder às questões norteadoras e identificar lacunas que persistem mesmo diante de diversas discussões.

### **1.11 Abordagem Ética**

Este estudo foi desenvolvido levando-se em consideração todos os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, recomendados pela Resolução nº 466/12 e submetido ao CEP da UFCG. Foram garantidos os direitos de informações sobre os objetivos do estudo, o anonimato, a privacidade, a instituição de origem da pesquisa através do TCLE, que foi apresentado em duas vias, uma ficou com o pesquisado e outra com pesquisador (Brasil, 2012).

### **1.12 Respondendo às questões norteadoras**

A violência contra a mulher, sempre foi um tema que me chamou atenção enquanto pesquisadora, posso dizer com segurança que meu interesse pela temática iniciou há anos atrás, na minha juventude, quando percebi que estava inserida no tipo de sociedade patriarcal onde era, e ainda é visível o tratamento diferenciado e muitas vezes cruel que é dado às mulheres. Nesse sentido, o modo e os padrões impostos pela sociedade são determinados por essa diferenciação no tratamento e devem ser seguidos de acordo com as características do nascimento, a partir daí os indivíduos são conduzidos a realizar atos, assumir posturas e a ter comportamento próprios de cada gênero.

Esse tipo de sociedade é bastante comum no Nordeste, minha região, e também muito “normalizada”. Nasci em Campina Grande, sou filha mais velha de três irmãos, um rapaz e

duas moças. Quando falei acima que meu interesse com o tema iniciou na minha juventude, se deve ao fato de deste então, perceber, não gostar, não se sentir confortável com algumas situações vivenciadas/brincadeiras em casas de amigos, de parentes e até na minha casa onde a voz masculina ditava o que era para ser feito e como era para ser feito. Voz essa que nem sempre era direcionada em um tom tranquilo, em um tom que propiciasse a troca de ideias, o diálogo, e que nunca dava oportunidade a voz feminina.

Tive uma infância/juventude muito feliz, com pais e irmãos, num lar de paz e harmonia, onde tínhamos espaço para o diálogo, os conselhos eram sempre presentes. Porém, enraizada numa sociedade patriarcal onde ouvia-se desde cedo que a mulher é frágil, que sua função é tomar conta da casa, dos filhos, do marido, e onde se via a ausência da participação das mulheres nas tomadas de decisão, e a presença constante da indiferença e de piadas direcionadas as que se davam sua opinião ou se manifestavam contra esse tipo de situação.

Uma vez conversando com meu pai, discordei desse tipo de postura e iniciamos um diálogo no qual falava que todos somos iguais, homens e mulheres, que todos podem ser donos das suas vidas, dos seus sentimentos e dos seus atos, e que a mulher não é propriedade do homem. Ele então falou: “Você não vai mudar o mundo, pois sempre foi assim”. Não satisfeita com a resposta, falei para ele que não é fácil, claro, pois como disse, há muito tempo vem sendo feito dessa maneira, mas que sim, muda a partir do momento que não aceito, que dialogo e defendo.

Lembro que nos meus relacionamentos, seja com irmão, com pai, tios, primos e namorado, jamais aceitei a posição de submissão, brincadeiras que desmerecessem as mulheres, nem as piadas que tivessem teor de inferioridade.

Em 2009, ao entrar na UFCG como docente no curso de Graduação de Enfermagem, descobri o quanto podemos utilizar o espaço da academia e a aproximação com os discentes para trabalhar a humanização, para disseminar o valor do respeito, da igualdade, e isso perpassa por vários temas, inclusive o da violência contra a mulher. E foi o que fiz a partir daí, aproveitei as disciplinas que ministrava e fazia uma conexão relacionando com assuntos associados a qualquer tipo de violência, a fim de transmitir a ideia de que todos temos o direito de sermos respeitados e a obrigação de no mínimo, respeitar, independente de “simpatizar” ou não a pessoa.

Nas disciplinas que ministro, pelo fato de conterem créditos práticos, sempre associo a temática aos campos de prática, levando os alunos para hospitais, residências terapêuticas e UBS, e nessas últimas pude constatar de perto, semestre após semestre, junto aos enfermeiros como é a realidade deles no que diz respeito ao acolhimento às mulheres vítimas de violência

doméstica. Como sempre achei qualquer tipo de violência um absurdo, comecei a me interessar pela história de mulheres que ali chegavam, vítimas de violência doméstica. Vale ressaltar que muitas vezes essa mesma mulher não contava de fato o que havia acontecido, mas criava uma desculpa para mascarar a terrível situação que viveu ou que já vinha vivendo há algum tempo.

Diante disso, ao realizar a anamnese, o enfermeiro conseguia identificar nessa mulher, mesmo que ela não falasse, por vários motivos como por exemplo medo, sinais de que ela havia sido vítima de violência verbal, sexual e doméstica. É uma situação delicada para o profissional de enfermagem que precisa ter conhecimento e sensibilidade ao perceber que tem espaço para falar do assunto com essa mulher, realizar o direcionamento para encaminhá-la para os serviços especializados e coragem, pois como se trata de USF, esse enfermeiro trabalha na mesma área que mora a família que passa por situação de violência.

Tudo isso se torna muito complexo porque como sabemos, à questão da violência contra a mulher é um grande problema de saúde pública, que desestrutura as famílias, que envolve várias instâncias, que já vem se perpetuando há muito tempo e que não se resolverá em curto espaço de tempo, e nem com a implementação da Lei Maria da Penha que atualmente vigora.

O que pude perceber nesse tempo, foi que independentemente do quão é difícil o contexto, e nesse ponto também incluo o medo das mulheres de falarem a verdade, do tipo de estrutura da UBS, da existência de um protocolo que oriente os profissionais de enfermagem, das capacitações voltadas para essa temática oferecidas pelos municípios, ou do tipo de educação permanente que é trabalhada na unidade, foi o fato de alguns relatarem que durante seu tempo de graduação não receberam orientação, treinamento, nem tão pouco prática para, ao se depararem com tal situação, saber como lidar, saber minimamente reconhecer um sinal de violência.

Ao ingressar no Doutorado de Psicologia Clínica, fui com a ideia de trabalhar violência contra a mulher, foi quando minha orientadora professora Dra. Isabel de forma excelente deu a ideia de continuar com o tema, mas focando na formação e prática do profissional de enfermagem, o que achei maravilhoso, pois ia de encontro com minha atuação profissional.

Foi dessa forma que aconteceu a aproximação com o tema, e serve de motivação para a continuar estudando essa temática e a possibilidade de realizar mudanças principalmente junto aos professores e aos alunos da graduação, mas especificamente na disciplina de saúde da mulher, onde se tem um ambiente propício para abordar tal assunto. É empolgante a



possibilidade de levar os alunos a imergir mais nesse cenário terrível que assola as mulheres e suas famílias, pois entendo que tudo perpassa pela educação, e levando-os a refletir, a conhecer, e a saber lidar enquanto graduandos, os mesmos chegarão ao cenário profissional com mais segurança e destreza para saber lidar com uma vítima de violência doméstica, mesmo como mencionei, diante desse sistema caótico que temos, precisamos provocar mudanças.

**5**

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 1.6 Primeira etapa da pesquisa

Na revisão integrativa realizada, foram analisados 18 artigos. A caracterização dos estudos para análise incluiu informações como título, ano de publicação, metodologia adotada e conclusões alcançadas. Essa abordagem permitiu uma visão abrangente e aprofundada das pesquisas disponíveis, proporcionando uma base sólida para a compreensão do tema em questão.

**Quadro 1** – Relação dos artigos selecionados para a revisão integrativa.

N	Título do Estudo	Autores (Ano)	Principais Achados
1	Nurses' experiences of perceiving violence and abuse of women in Saudi Arabia: A phenomenological study.	Alshammari <i>et al.</i> (2023)	<b>Estudo qualitativo.</b> Falta de preparação profissional dos enfermeiros, estruturas e processos organizacionais insuficientes.
2	A cross-sectional study of domestic violence instruction in nursing and midwifery programs: Out of step with community and student expectations.	Hutchinson <i>et al.</i> (2020)	<b>Estudo quantitativo.</b> Correlação direta entre a percepção da preparação dos alunos e a quantidade de conteúdo ensinado no seu programa de estudo.
3	Australian nursing and midwifery student beliefs and attitudes about domestic violence: A multi-site, cross-sectional study.	Doran <i>et al.</i> (2019)	<b>Estudo quantitativo.</b> Compreensão limitada da violência doméstica; necessidade crítica de abordar os currículos de graduação.
4	Health care providers' perceptions and practices of screening for domestic violence in Upper Egypt.	Aziz; El-Gazzar (2019)	<b>Estudo quanti-quali.</b> Barreira para rastreamento da violência doméstica: tempo e inadequação dos ambulatórios.
5	Home level bureaucracy: moving beyond the 'street' to uncover the ways that place shapes the ways that community public health nurses implement domestic abuse policy.	Cuthill; Johnston (2019)	<b>Estudo qualitativo.</b> Dificuldades em implementar inquéritos de rotina.
6	Maternal and Child Health nurse's preparedness to respond to women and children experiencing intimate partner violence: A cross sectional study.	Hooker <i>et al.</i> (2020)	<b>Estudo quantitativo.</b> Os enfermeiros sentem-se bem preparados, embora tenham sido observadas diferenças entre os grupos analisados.
7	Dispositivos de poder utilizados por enfermeiros para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.	Amarijo <i>et al.</i> (2021)	<b>Estudo qualitativo.</b> O enfermeiro faz uso dos dispositivos de poder que tem disponível.
8	Preparedness of Australian and British nurses and midwives about domestic violence and abuse.	Ali <i>et al.</i> (2022)	<b>Estudo quantitativo.</b> Os conhecimentos e competências são limitados.
9	Qualitative study of the	Hollingdrake	<b>Estudo qualitativo.</b> O acesso aos cuidados

	perspectives of women with lived experience of domestic and family violence on accessing healthcare.	<i>et al.</i> (2023)	de saúde é problemático. Há necessidade de capacitação para os enfermeiros.
10	Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence.	Wyat, <i>et al.</i> (2019)	<b>Estudo qualitativo.</b> Os enfermeiros não são capacitados sobre o rastreio da violência doméstica.
11	Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem.	Silva <i>et al.</i> (2018)	<b>Estudo qualitativo.</b> Em comum no núcleo central figuram os termos violência, covardia, desrespeito e dor. O primeiro grupo evocou ainda tristeza e o segundo, violência-física.
12	Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural.	Acosta <i>et al.</i> (2018)	<b>Estudo qualitativo.</b> A visão centralizada nos agravos físicos e na culpabilização da vítima pode limitar as ações de cuidado.
13	The level of recognition of the symptoms of violence against women by senior year nursing and midwifery students.	Simsek, Ardahan (2020)	<b>Estudo quantitativo.</b> Capacidade limitada do participante para identificar sintomas de violência.
14	Threads of Practice: Enhanced Maternal and Child Health Nurses Working With Women Experiencing Family Violence.	Adams <i>et al.</i> (2021)	<b>Estudo qualitativo.</b> Os enfermeiros necessitam de formação prática regular em escuta ativa para permitir uma validação e reformulação mais eficazes das histórias das mulheres.
15	'Unheard voices': Perceptions of women with mental illness on nurses screening routinely for domestic violence: A qualitative Analysis.	Poreddi <i>et al.</i> (2021)	<b>Estudo qualitativo.</b> Os profissionais de enfermagem não indagaram sobre experiências de violência nem no dia da admissão nem durante a permanência no hospital.
16	Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses' knowledge, confidence, barriers and learning needs.	Poreddi <i>et al.</i> (2020)	<b>Estudo qualitativo.</b> Falta de confiança na triagem de rotina das mulheres para detectar abusos devido à formação inadequada.
17	Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta.	Zuchi <i>et al.</i> (2018)	<b>Estudo qualitativo.</b> Limites: falta de tempo, demanda excessiva na unidade, ausência de empatia, despreparo do profissional e vigilância do agressor.
18	Violência doméstica contra a mulher: visão de enfermeiros pós-graduandos em obstetrícia no Piauí.	Santos <i>et al.</i> (2019)	<b>Estudo qualitativo.</b> Há necessidade de planejamento, para acolhimento e coordenação do cuidado no atendimento às vítimas.

**Fonte:** Arquivo próprio, 2023.

A análise dos artigos selecionados revelou uma predominância do método qualitativo (66,7%), seguido pelo quantitativo (27,8%) e pela abordagem quanti-quali (5,6%). Quanto às bases de dados utilizadas, destaca-se que 14 artigos foram identificados na PUBMED, indexados em diversos periódicos, enquanto apenas 4 foram encontrados na BVS.

Os estudos abordaram a violência doméstica contra a mulher em diferentes países, sendo o inglês o idioma predominante em 13 (72,2%) dos artigos, enquanto 5 (27,8%) foram publicados em português. Esse dado sugere uma tendência de direcionamento das pesquisas sobre violência doméstica para países de língua inglesa, fato acentuado pela predominância da PUBMED como base de dados.

Quanto aos locais dos estudos, a Austrália liderou com 6 (33,3%), seguida pelo Brasil com 5 (27,8%). Reino Unido e Índia tiveram 2 estudos em cada um (totalizando 22,2%), enquanto Arábia Saudita, Egito e Turquia contribuíram com 1 estudo cada (totalizando 16,7%). Quanto aos periódicos, foram identificados 14, com destaques para o *International Nursing Review*, *Nurse Education Today* e *Revista Gaúcha de Enfermagem*, cada um com 2 artigos publicados (totalizando 33,3%). Os demais periódicos contribuíram com 1 artigo cada (totalizando 66,7%).

Esses dados evidenciam a diversidade geográfica e a variedade de publicações, destacando a influência do idioma inglês e a importância de periódicos específicos na disseminação de estudos sobre violência doméstica contra a mulher.

No que diz respeito à dimensão temporal das publicações, abrangendo o período de 2018 a 2023, nota-se um crescimento entre 2018 e 2019, seguido por um declínio nos anos subsequentes. Em 2018, foram publicados 3 artigos (16,7%), enquanto em 2019 esse número aumentou para 5 (27,8%). Em 2020, foram registradas 4 publicações (22,2%), seguidas por 3 (16,7%) em 2021. Em 2022, houve apenas 1 publicação (5,6%), e no ano de 2023, foram identificadas 2 publicações (11,1%).

Frente ao levantamento bibliográfico empreendido, foi possível identificar cinco categorias temáticas: (1) Preparo insuficiente dos profissionais, abordado em 4 artigos (22,2%); (2) Estruturas e processos organizacionais insuficientes, destacado em 3 artigos (16,7%); (3) Necessidade de ensino adequado e/ou capacitação, tema de 4 artigos (22,2%); (4) Compreensão limitada da temática, abrangendo 5 artigos (27,8%); e (5) Enfermeiros preparados e com recursos adequados, tratado em 2 artigos (11%).

A primeira categoria trata acerca do preparo insuficiente dos profissionais, que apresentam alguns aspectos limitantes ao atendimento prestado à mulher vítima de violência doméstica, como: falta de tempo, demanda excessiva na unidade, ausência de empatia, despreparo do profissional e vigilância do agressor (Zuchi *et al.*, 2018). Assim, vale destacar que o atendimento pode ter diversas consequências, dentre elas, a subnotificação dos casos por não preenchimento das fichas de notificação compulsória de violência contra a mulher. Não obstante a sobrecarga profissional, uma outra barreira a notificação é o conhecimento

insuficiente dos profissionais acerca da temática (Santos; Passos, 2021; Alshammari *et al.*, 2023).

Uma possível explicação para esse comportamento é que tanto as vulnerabilidades quanto o preparo insuficiente dos profissionais para lidar com as vítimas os conduzem a comportamentos como a omissão diante dos casos confirmados. Além disso, podemos associar a fragmentação do cuidado em saúde, a tendência à medicalização dos casos e o déficit de interlocução entre os setores da sociedade, assim como o desconhecimento dos profissionais acerca da existência de protocolos de atendimento que orientam e sistematizam os procedimentos profissionais (Veronezi *et al.*, 2021).

Conforme exposto por Duarte *et al.* (2019), o Plano Nacional de Políticas para Mulheres apresenta algumas propostas enquanto metas a serem atendidas e, para isso, alguns passos podem ser utilizados como estratégias de enfrentamento a quadros de violência doméstica, e ao tratar-se dos profissionais da APS, é possível encontrar ainda mais possibilidades de prevenção, identificação e promoção de cuidados às vítimas, dentre elas: (1) Garantir a autonomia da mulher em relação a seus direitos sexuais; (2) Realizar um acolhimento ético e responsável, utilizando como metodologia a escuta ativa; e (3) Conhecer a rede de serviços de apoio à mulher vitimizada. Entretanto, o que se observa na prática é a fragilidade de atuação dos serviços de saúde, o que pode estar associado a fatores como insuficiência de recursos, déficits na gestão, ausência de profissionais capacitados, não comunicação em rede e ausência de um trabalho interprofissional (Serafim *et al.*, 2019).

Quando passamos a discutir a segunda categoria, quanto às estruturas e processos organizacionais insuficientes, Perucci e colaboradores (2019), referem que a assistência a ser prestada às vítimas deve embasar-se em conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas, tecnologia apropriada e profissionais preparados, sendo imprescindível aos estabelecimentos de saúde a presença de protocolos que viabilizem e discriminem a atuação dos profissionais de modo a prestar um atendimento integral e imparcial as vítimas. Destarte, é necessário que os serviços que possam interagir com as vítimas – serviços de saúde, autoridades policiais, setores de emergência, escolas e sociedade civil organizada – conheçam e divulguem como deve ser realizado esse atendimento. Além disso, cabe aos profissionais a notificação de suspeitas ou confirmações de violência, exigindo um grau de capacitação necessário.

Dessa forma, a APS, por meio da ESF, enquanto principal porta de entrada e de comunicação entre os postos da Rede de Atenção à Saúde, deve ser constituída por uma equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento resolutivo da população associada.

Sendo assim, na perspectiva da violência doméstica, é de responsabilidade dos diversos membros da equipe conhecer, discutir e identificar pessoas vulneráveis e vítimas, buscando conhecer o perfil e traçar ações de intervenção preventiva ou possibilitar confirmar um diagnóstico que viabilize a adoção de medidas adequadas para enfrentar tal agravo (Serafim *et al.*, 2019).

Na perspectiva do cuidado de enfermagem a vítima de violência, destaca-se a necessidade de proporcionar um ensino adequado e/ou capacitações a esses profissionais, conforme descrito em nossa terceira categoria. Concernente a isso, estudo conduzido por Mota e Aguiar (2020) com profissionais de enfermagem que atenderam vítimas de violência, revela a presença de diversos sentimentos durante o atendimento, destacando-se a empatia. Esses resultados indicam que, mesmo ao oferecer um atendimento profissional, é essencial direcionar um olhar sensível à vulnerabilidade da vítima, promovendo um cuidado acolhedor. Além disso, os profissionais podem vivenciar sentimento de impotência/frustração, enfatizando a importância do treinamento, da disseminação de informações sobre o tema e do desenvolvimento de cuidados voltados à saúde mental daqueles que prestam assistência, visando aprimorar as condições do atendimento.

Em complemento a essa linha de raciocínio, ressalta-se a importância e necessidade de que os profissionais recebam capacitação adequada, seja durante o processo de graduação – enquanto estudante de algum dos cursos que possam ter contato com vítimas de violência (medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, direito, dentre outros) – ou na modalidade de educação continuada e permanente – enquanto estratégia que pode e deve ser realizada por iniciativa pessoal ou promovida pelos gestores dos serviços, respectivamente (Hutchison *et al.*, 2020; Hollingdrake *et al.*, 2023).

A importância da capacitação e do ensino adequado está diretamente associada à compreensão limitada da temática da violência em todas as suas nuances, que constitui a quarta categoria identificada a partir da leitura dos estudos que compuseram a nossa amostra final. Para ilustrar essa afirmação, podemos destacar que os profissionais que atendem mulheres vítimas de violência precisam adotar uma postura de facilitadores do processo terapêutico, empregando técnicas que reconheçam e respeitem o contexto e as particularidades das vítimas, sob uma perspectiva multidisciplinar. O enfermeiro deve estar ciente de que o trabalho com vítimas é de longo prazo e repleto de desafios, sendo essencial o conhecimento e a divulgação das responsabilidades e atribuições de cada instituição, bem como a realização de mais estudos nessa área para melhor compreensão e enfrentamento dessa problemática, visando quebrar a cadeia de violência (Veronezi *et al.*, 2021).

A assistência de enfermagem apresenta um déficit no acolhimento à mulher vítima de violência, seja pelo sentimento de despreparo dos profissionais em lidar com a vítima - devido à escassa discussão da temática durante sua formação ou à falta de qualificação específica - além de não se sentirem aptos a lidar com a situação, acreditando que a vítima demanda apenas atendimento específico de outros profissionais (Costa *et al.*, 2019).

O estudo realizado por Mota e Aguiar (2020) destaca algumas consequências desse despreparo profissional, uma vez que a maioria dos enfermeiros se encontram despreparados para lidar com casos de violência, resultando em encaminhamentos frequentes da vítima para serviços diferentes, assim como na subnotificação dos casos. Essa falta de conhecimento muitas vezes decorre do desconhecimento acerca das consequências da violência para a vítima, fazendo com que os profissionais direcionem um atendimento voltado ao modelo biomédico, sem observar a integralidade das necessidades das vítimas.

Todos os achados e estudos previamente expostos reforçam a importância de se trabalhar com profissionais capacitados para lidar com o cuidado a vítimas de violência, ou seja, enfermeiros preparados e com recursos adequados, conforme apresentado na última categoria. Essa necessidade é evidenciada no contexto do atendimento às vítimas de violência, onde é imprescindível que os profissionais realizem um atendimento humanizado. Este tipo de abordagem é uma ferramenta crucial para o acolhimento, proteção e encorajamento das mulheres em situação de violência. A sua realização desse atendimento demanda ações interdisciplinares e multiprofissionais comprometidas com serviços que assegurem os direitos das mulheres em situação de violência. No entanto, na prática profissional, observa-se alguns paradoxos, pois, embora os serviços objetivem combater a violência, os profissionais não realizando um atendimento verdadeiramente eficiente, podem ser meros repetidores de situações violentas (Tavares *et al.*, 2017).

Além da dificuldade em compreender quadros de violência por parte da vítima – que se encontra com medo e insegurança para relatar algo – é necessário que o profissional de enfermagem realize um cuidado adequado para compreender os sentimentos apresentados pelas vítimas e realize as notificações e encaminhamentos adequados. O enfermeiro não deve ser apenas um atuante no atendimento, pois ele também desempenha um papel relevante no processo de educação em saúde, tanto para os demais membros de sua equipe quanto para a comunidade (Silva; Ribeiro, 2020).

Conforme o exposto, evidencia-se a necessidade de capacitar os profissionais para contribuir para sua evolução e desenvolvimento profissional, capacitando-os desde o início para reconhecerem um quadro de violência. Além disso, é crucial que possam oferecer

suporte às vítimas, capacitando-as e orientando-as sobre o ciclo de denúncia. Portanto, é imprescindível que os serviços de cuidado às mulheres vitimizadas estejam prontos para recebê-las e protegê-las, buscando romper com esse ciclo de violência.

### 1.7 Segunda etapa da pesquisa

Na segunda etapa, realizou-se uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa, tendo uma amostra composta por 55 profissionais de enfermagem das UBS de Campina Grande. Inicialmente, apresentam-se os aspectos sociodemográficos da amostra com o propósito de avaliar a formação do enfermeiro e o preparo no atendimento à mulher vítima de VD no contexto da APS. Vale ressaltar que a coleta de dados foi impactada por diversos fatores, principalmente a pandemia de Covid-19, que reorientou os serviços de saúde para o enfrentamento emergencial da situação.

Muitos enfermeiros estiveram afastados de suas atividades e, ao abordar o processo de acolhimento na APS relacionado à assistência a mulheres vítimas de VD, foi possível constatar as limitações enfrentadas pelos enfermeiros diante desse fenômeno no contexto doméstico. Todos os participantes descreveram, de forma unânime, a dificuldade na realização do cuidado e a falta de capacitação e estratégias de assistência a essas mulheres durante o atendimento. Essa constatação reforça a necessidade urgente de reflexão sobre a temática, bem como a importância de uma formação abrangente desde a mudança nos PPC de graduação. Esses PPCs devem ser articulados e direcionados para a abordagem da violência contra a mulher no contexto doméstico, visto que esse é um problema que tem apresentado aumento significativo nos últimos anos, contribuindo significativamente para a morbimortalidade.

Ao analisar a Tabela 1, que contempla os dados socioeconômicos e sociodemográficos, observa-se a predominância do gênero feminino (52%), com uma idade média de 44 anos, raça/cor parda (60,0%) e renda mensal aproximada de 3 a 6 salários-mínimos (55,6%).

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos e socioeconômicos dos Enfermeiros das USF do município de Campina Grande (n=55). Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2023.

	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	52	94,5
Masculino	3	5,5



<b>Idade</b>		
Media desvio padrão	44,61	10,76
Medina (mínimo-máximo)	45,5	(25-62)
<b>Raça/cor</b>		
Parda	33	60,0
Branca	21	38,2
Amarela	1	1,8
<b>Renda mensal aproximada</b>		
1 a 3 salários	16	29,6
3 a 6 salários	30	55,6
6 a 9 salários	5	9,1
9 a 12 salários	1	1,8
Mais de 12 salários	2	3,6

**Fonte:** Arquivo próprio, 2023.

O perfil do presente estudo, é formada predominantemente por profissionais formados em média há 10 anos e com tempo médio de atuação na USF de 12 anos. A maior parte dos profissionais relatou possuir título de pós-graduação (90,9%) nas áreas de saúde pública/saúde da família (60,0%), atenção ao paciente crítico (18,0%), obstetrícia (14,0%) e saúde mental (10,0%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Formação profissional dos Enfermeiros das USF do município de Campina Grande (n=55).

Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2023.

	N	%
<b>Ano de conclusão</b>		
Media desvio padrão	2003,95	11,87
Medina (mínimo-máximo)	2005	(1986-2020)
<b>Tempo de atuação na UBS</b>		
Media desvio padrão	12,04	8,99
Mediana (mínimo-máximo)	12	(0-30)
<b>Possui pós-graduação?</b>		
Sim	50	90,9
Não	5	9,1
<b>Area</b>		
Saúde pública / Saúde da família	30	60,0
Paciente crítico	9	18,0
Obstetrícia	7	14,0
Saúde mental	5	10,0
Não relatou	7	14,0
Outros	7	14,0

**Fonte:** Arquivo próprio, 2023.

Quanto ao conhecimento e a prática do enfermeiro no atendimento as mulheres vítimas de VD, evidenciou-se que 56,4% não atenderam vitima de VD, o que se contrapõe ao ser questionado se estavam familiarizados com a questão da VD perfazendo 56,4%, conforme dados apresentados na tabela 3 sobre a formação e capacitação do enfermeiro.

**Tabela 3** - Conhecimentos e prática profissional acerca do atendimento a vítimas de violência doméstica dos Enfermeiros das UBS do município de Campina Grande (n=55). Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2023.

	N	%
<b>Já atendeu casos de mulheres vítimas de violência doméstica?</b>		
Sim	24	43,6
Não	31	56,4
<b>Está familiarizado com a questão da violência doméstica feminina?</b>		
Sim	31	56,4
Não	21	38,2
Não respondeu	3	5,5
<b>Teve oportunidade na ESF de lidar com questões relacionadas a violência doméstica?</b>		
Sim	21	38,2
Não	31	56,3
Não respondeu	3	5,5
<b>Durante a graduação você teve acesso a algum curso ou estratégia clínica para reconhecer a violência e lidar com ela?</b>		
Sim	6	10,9
Não	45	81,8
Não respondeu	4	7,3
<b>Já fez algum estágio em serviço específico para tratar vítimas de violência doméstica?</b>		
Sim	1	1,8
Não	50	90,9
Não respondeu	4	7,3
<b>Teve algum curso de formação continuada e/ou capacitação para atendimento de mulheres vítimas de violência?</b>		
Sim	7	12,7
Não	47	85,5
Não respondeu	1	1,8
<b>Qual o tipo?</b>		
Capacitação	2	3,6
Palestra	2	3,6
UNASUS	2	3,6

Fonte: Arquivo próprio, 2023.

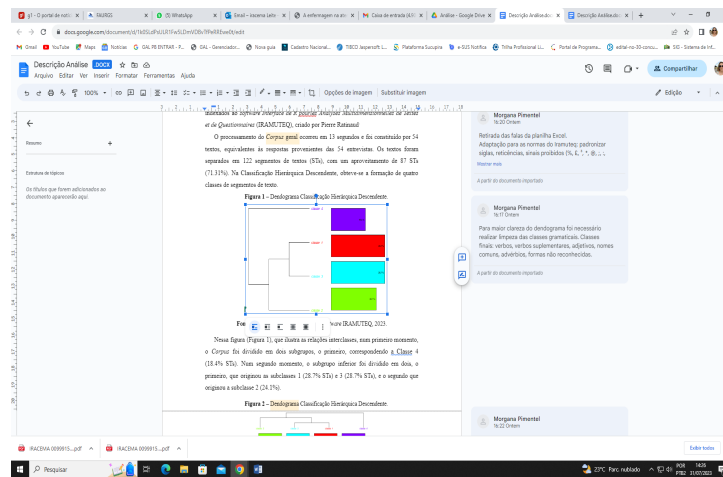
### 1.7.1 Análise Qualitativa

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram transcritos na íntegra com auxílio do Open Office (Versão 4.1.12). Com o *Corpus* Textual pronto, os dados foram indexados ao *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), criado por Pierre Ratinaud

O processamento do *Corpus* geral ocorreu em 13 segundos e foi constituído por 54 textos, equivalentes às respostas provenientes das 54 entrevistas. Os textos foram separados em 122 segmentos de textos (STs), com um aproveitamento de 87 STs (71.31%).

A partir de então obteve-se a Classificação Hierárquica Descendente, utilizando-se ainda o método da saturação do discurso. Obteve-se a formação de quatro classes de segmentos de texto.

**Figura 1 - Dendograma: Classificação Hierárquica Descendente.**

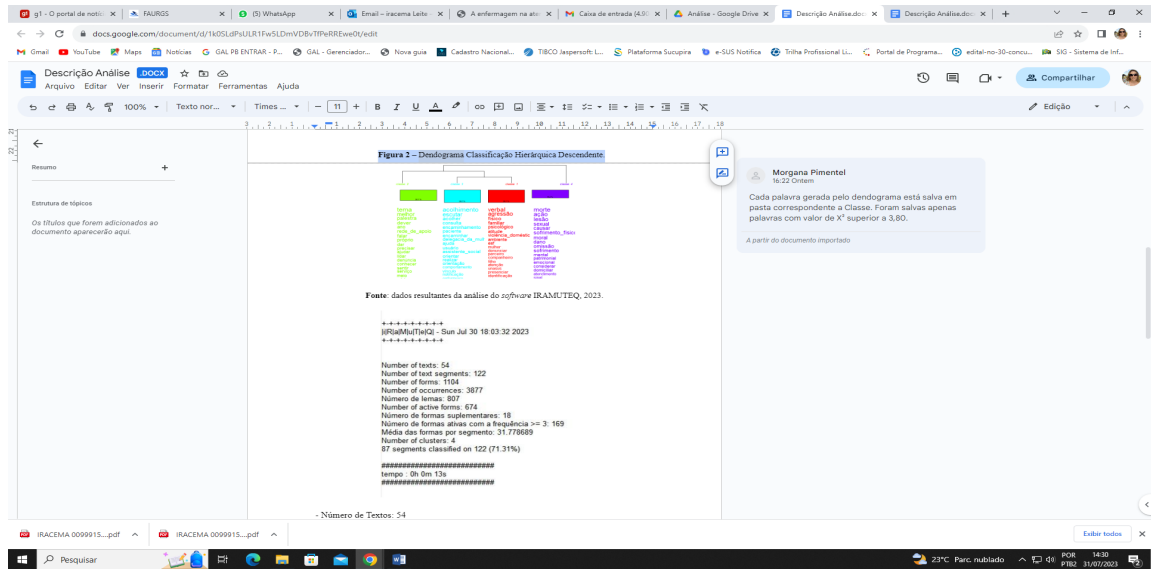


Fonte: Arquivo próprio, 2023.

Na Figura 1, são ilustradas as relações interclasses. Inicialmente, momento, o *Corpus* foi dividido em dois subgrupos, o primeiro, correspondendo a Classe 4 (18.4% STs). Num segundo momento, o subgrupo inferior foi dividido em dois, o primeiro, que originou as subclasses 1 (28.7% STs) e 3 (28.7% STs), e o segundo que originou a subclasse 2 (24.1%).

Na CHD, o software também possibilitou a divisão final das classes representada graficamente por um Dendograma de leitura da esquerda para direita e a identificação lexical contida em cada uma das classes. O dendograma apresentado na Figura 2 destina-se a demonstrar as relações existentes entre as classes e indica o percentual de palavras que compõe cada uma delas em relação ao conjunto de palavras – corpus. A leitura do dendograma é realizada da esquerda para a direita, de acordo com a afinidade entre as classes.

**Figura 2 - Classificação Hierárquica Descendente.**



**Fonte:** Arquivo próprio, 2023.

Ao analisar as classes, observa-se a hierarquização de quatro categorias, das quais a categoria 4 se sobrepõe a todas as outras. Essa categoria descreve o ponto culminante das agressões, expressando o temor das mulheres e a atuação dos profissionais em relação à violência doméstica. Isso inclui casos de morte, feminicídio e todos os fatores que resultam nas consequências da violência, como omissão, sofrimento e danos em vários aspectos. O ambiente doméstico é identificado como um local de sofrimento e maus-tratos. No entanto, observa-se que os enfermeiros tendem a identificar principalmente os aspectos físicos das agressões, indicando uma limitação na compreensão mais abrangente da violência (Costa *et al.*, 2019).

A dificuldade na identificação e manejo das agressões envolve tanto as limitações do profissional desde a formação quanto questões comportamentais relacionadas à vítima. As características relacionadas à vítima incluem o medo, e muitas vítimas de violência doméstica sentem medo de represálias por parte do agressor, experimentando sentimentos de vergonha e culpa. Esses sentimentos impedem que busquem ajuda ou compartilhem sua situação com profissionais de saúde na APS (Silva; Ribeiro, 2019).

Na avaliação quantitativa dos dados, observa-se que a maioria dos enfermeiros se sente familiarizada com a questão da violência doméstica. No entanto, a maioria deles não teve a oportunidade de lidar com mulheres vítimas de violência doméstica no contexto domiciliar. Esse fato pode estar relacionado à complexidade do tema, associado à dificuldade de identificar e abordar pacientes vítimas desse fenômeno. Corroborando com esse resultado, um estudo realizado em Minas Gerais revelou que a identificação das vítimas foi feita, na

maioria das vezes, por meio de ACS, comentários de terceiros que procuram a USF e, raramente, pela própria vítima (Visentin *et al.*, 2018).

Vale destacar que, a maioria se sente familiarizada com o assunto por ser uma temática comum e casos que crescem com o passar dos anos, no entanto, embora seja um problema comum e que ocorre frequentemente há uma subnotificação muito alta pois muitas vezes o profissional não se sente preparado para lidar com tais situações. Em 2014, foram realizadas 223,4 notificações em todo o país de mulheres vítimas de violência contra a mulher no contexto doméstico. Destas, 2 a cada 3 foram atendidas nos serviços de saúde, no entanto, o número de casos provavelmente deve ser bem maior considerando a quantidade de subnotificações e de casos que não procuraram os serviços de saúde. Muitos são os fatores relacionados a subnotificação como medo, vergonha e, ao procurar os serviços de saúde, se deparam com a falta de preparo e acolhimento inadequados às necessidades das vítimas (Silva; Ribeiro, 2019).

Pesquisas mostram que boa parte dos estudantes de graduação de Enfermagem tem acesso a informações sobre violência através da mídia, mas durante a formação não há um direcionamento ou disciplinas específicas que abordam a violência doméstica e protocolos de ações estratégicas de acolhimento a mulheres vítimas de violência doméstica. Quanto às questões relacionadas a saúde pública, a violência contra a mulher permeia todas as classes sociais sendo sua maior incidência em mulheres de classe baixa (Silva *et al.*, 2017).

Na região nordeste do Brasil, houve um crescimento de 79,3% nas taxas de homicídio de mulheres, ficando em primeiro lugar entre as regiões da federação. O Estado da Bahia figura na décima segunda posição no cenário nacional, com uma média de 5,8 mulheres mortas a cada 100 mil habitantes. Dentro desse estado, a capital Salvador ocupa o décimo lugar entre as capitais, registrando uma taxa de 7,9 homicídios por 100 mil mulheres. Frente a essa realidade, é imperativo discutir essa problemática no âmbito acadêmico, enfrentando o desafio de trazer à tona uma discussão essencial para a esfera em que vivemos. O estudo destaca diversos fatores que dificultam a identificação precoce da violência. Conforme os resultados obtidos, a notificação muitas vezes ocorre em estágios avançados da violência. Portanto, é crucial promover uma formação que capacite os enfermeiros a identificar e notificar casos desde o estágio inicial. Além disso, é fundamental sensibilizar e conscientizar tanto os profissionais de saúde quanto a população em geral e as próprias vítimas. Essa abordagem visa reverter os elevados coeficientes de violência, contribuindo para uma sociedade mais segura e consciente (Brasil, 2013).

Uma pesquisa conduzida com enfermeiras que possuem, no mínimo, oito anos de experiência na atenção primária destaca a falta de preparo desses profissionais ao lidar com mulheres vítimas de violência doméstica na APS. Entre as entrevistadas, todas tiveram algum tipo de contato com a violência, sendo predominante o contato indireto, por meio de relatos de outras mulheres ou vizinhos. No que diz respeito ao preparo durante a formação acadêmica, as participantes afirmam que a violência doméstica não é abordada com ênfase durante a graduação. Em uma amostra de 40 enfermeiras, apenas 8 realizaram algum curso de capacitação relacionado ao tema nos últimos 5 anos. Esses resultados evidenciam a necessidade de uma maior ênfase na formação acadêmica e contínua dos profissionais de enfermagem para lidar com situações de violência doméstica na atenção primária à saúde (Costa *et al.*, 2019).

Numa investigação conduzida no sul do país, com uma amostra de 18 enfermeiros, foi constatada a dificuldade desses profissionais em prestar assistência às vítimas de violência contra a mulher no contexto domiciliar. O estudo identificou que a dificuldade de se expressar é um dos fatores que impactam negativamente o atendimento. Além disso, todos os enfermeiros relataram falta de conhecimento técnico e a ausência de um protocolo para um atendimento adequado às mulheres vítimas de violência doméstica na atenção básica, destacando a necessidade de maior ênfase na temática durante a graduação, bem como estratégias de educação permanente para esse público.

No que diz respeito às categorias hierarquizadas identificadas no Iramuteq, observou-se a presença de 4 classes que agruparam os tipos de violência descritas pelos entrevistados, sendo a classe 4 aquela que permeia todas as outras. Nessa sequência, destacam-se a morte e lesão grave, representando as consequências da violência sofrida pelas mulheres no contexto domiciliar e a expectativa do profissional em identificá-las. Esses resultados reforçam a urgência de medidas para capacitar e sensibilizar os profissionais de enfermagem em relação à violência doméstica na atenção básica à saúde.

Conforme Souza e Farias (2022), observa-se um considerável aumento nos números da violência física e feminicídio. A violência física contra a mulher torna-se mais evidente, tanto para os profissionais de saúde quanto para as autoridades. Quando se aborda a vítima de violência contra a mulher, muitas vezes os profissionais de saúde esperam identificar apenas problemas físicos e suas consequências, podendo levar a desfechos fatais.

O fenômeno da violência é progressivo e, na maioria das vezes, ocorre de maneira velada. Trata-se de um problema de magnitude e transcendência mundial. As vítimas muitas vezes hesitam em se expressar, e nesse contexto, os enfermeiros da Atenção Básica não

apresentam preparo suficiente para lidar com pacientes vítimas de violência contra a mulher no ambiente doméstico. Essa falta de preparo evidencia a necessidade de intervenções e capacitações para melhorar a abordagem desses profissionais diante dessa complexa realidade (Visentin *et al.*, 2015).

A **classe 1** abrange a evolução e identificação da violência contra a mulher no contexto doméstico. É importante ressaltar que, ao mencionar agressão verbal, nem sempre essa situação evolui para violência física ou resulta em possíveis ocorrências de morte. No entanto, é um alerta significativo para os profissionais de saúde, indicando a necessidade de resgate e acolhimento para essas mulheres.

Em um estudo realizado no Espírito Santo com 27.305 mulheres, foi constatado que a violência verbal afeta o psicológico da vítima. Apesar de ser prejudicial, essa forma de violência é subnotificada, tornando essencial intensificar as ações de identificação, prevenção, atendimento e conscientização acerca da violência contra a mulher. É crucial abordar esses casos de maneira proativa para oferecer suporte às vítimas e prevenir o agravamento da situação (Costa *et al.*, 2019).

Corroborando com a ideia que muitas vezes, a violência contra a mulher pode começar de forma sutil e progredir, Souza e Farias (2022) afirmam que esse processo inicia com agressões verbais e emocionais, que podem evoluir para formas mais graves de abuso. Esse padrão é conhecido como ciclo da violência, e é importante compreendê-lo para identificar sinais precoces e intervir de maneira eficaz.

O ciclo da violência é descrito em três fases, segundo proposto por Lenore Walker. Embora o texto seja antigo, dado seu didatismo pode ser útil para quem não tem formação na área da Psicologia. A primeira fase, conhecida como "Fase da Tensão Acumulada", é caracterizada pelo aumento da tensão e estresse na relação. Nesse estágio, podem ocorrer discussões frequentes, críticas, humilhações verbais e controle por parte do agressor. A vítima, muitas vezes, procura evitar conflitos, buscando maneiras de sair da situação. A segunda etapa é a "Fase do Incidente Violento" ou "Fase Explosiva". Aqui, a tensão acumulada atinge um ponto crítico, resultando em um surto de agressão por parte do agressor. Este é o momento em que ocorre o episódio de violência, marcando a escalada do conflito (Walker, 1979).

Por fim, temos a "Fase de Lua de Mel" ou "Fase de Arrependimento", que constitui a terceira etapa do ciclo. Após o incidente violento, o agressor demonstra comportamentos aparentemente carinhosos e lamentáveis. Nessa fase, o agressor pode expressar arrependimento sincero, pedir desculpas, demonstrar remorso e prometer mudanças no

comportamento, inclusive fazendo promessas de que o incidente não se repetirá. Essas fases delineiam a dinâmica recorrente das relações abusivas, proporcionando uma compreensão mais profunda dos padrões de comportamento que caracterizam o ciclo da violência. Essa compreensão é fundamental para interromper o ciclo e oferecer o suporte necessário às vítimas (Walker, 1979). Com isso, podem inserir a família num ciclo de repetição da violência, fato que se liga a uma transmissão psíquica de geração em geração (Gomes; Paiva; Castelan, 2005)

A partir da revisão integrativa realizada para subsidiar essa tese, foi identificado que a violência é progressiva. Essa constatação corrobora a importância do profissional, que recebe inicialmente essas mulheres, ter capacidade em detectar os primeiros sinais desse ciclo. Daí, esse fato se identificar como a primeira categoria desse estudo, o despreparo do profissional ao lidar com a violência contra a mulher principalmente no contexto doméstico. Durante a graduação, a temática é tratada de maneira tangencial, uma vez que faz parte da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher e no período pós formação, vários fatores dificultam um acolhimento adequado para aquela mulher como falta de tempo, demanda excessiva na unidade, ausência de empatia, despreparo do profissional e vigilância do agressor. No entanto, vale destacar que o atendimento pode ter diversas consequências, dentre elas, o feminicídio (Zuchi *et al.*, 2018).

Um dos passos importantes do atendimento, é a notificação, cujo enfermeiro, mesmo atuando na AB e considerada a porta de entrada do sistema de saúde, não dispõe de capacitação profissional. Segundo Passos (2021), um dos fatores que influenciam na subnotificação é o despreparo do profissional acerca da temática. Uma vez que a violência contra a mulher é progressiva, o reconhecimento precoce da violência poderia proporcionar a identificação de estratégias de intervenção, no entanto, como muitas vezes a própria vítima não associa determinadas atitudes ao universo de situações que configuram violência doméstica, a identificação desta ocorre na maioria das vezes em casos de violência física ou óbito. Vale ressaltar que o processo de tomada de decisão parte da premissa informação-decisão, por isso, sem uma informação adequada torna-se difícil a tomada de decisão baseada na integralidade das ações e na prevenção da violência em casos mais avançados como lesão corporal definitiva e óbito.

A **Classe 2** aborda o acesso ao conteúdo nas IES e nos cursos de pós-graduação. Dessa forma, enfatiza a dificuldade de acesso a temática por parte dos entrevistados imprimindo a carência de formação e capacitação direcionada ao atendimento de vítima de violência contra a mulher no contexto doméstico. Em um estudo realizado no estado de Pernambuco, numa



abordagem qualitativa, com 37 enfermeiros entrevistados que atuavam na AB, todos eles referiram dificuldade no atendimento à mulher vítima de violência no contexto doméstico, sobretudo em casos de violência verbal e psicológica, ressaltando a carência de articulação multiprofissional e intersetorial a fim de assistir esta mulher em sua integralidade (Bernardino *et al.*, 2021). O mesmo autor afirma que a abordagem de mulheres vítimas de violência doméstica pode ser desafiadora para os enfermeiros devido a diversas razões técnicas e emocionais. Algumas dessas dificuldades incluem: falta de treinamento específico pois muitos enfermeiros conseguem ter acesso, o que parece ser algo a mais que cada profissional deveria procurar individualmente, como uma escolha, e não como inerente ao seu próprio exercício e formação clínica. A falta de habilidades específicas nessa área pode dificultar a identificação, o acolhimento e o encaminhamento adequado das vítimas.

Em relação à **Classe 3** tem-se a **abordagem à vítima**, que descreve a maneira como o profissional pretende atender a mulher vítima de violência doméstica. No estudo foi identificado que, os profissionais não se sentem capacitados e apesar de ser um problema de grande magnitude, muitos deles não tiveram acesso direto a vítima, apenas indiretamente e pretendem atender a vítima em um ambiente privativo e com acolhimento. Contudo, não possuem conhecimento de um material técnico formal de procedimentos acerca do atendimento a estas vítimas, identificando-se a necessidade de uma reforma na grade curricular dos cursos de graduação em enfermagem, de maneira que a temática seja mais enfatizada na medida em que se apresenta como problema de Saúde Pública.

Pode-se observar na hierarquização das categorias que a **classe 4** (cor lilás - violência no estágio avançado), sobrepõe-se a todas as outras correlacionando o ciclo da violência proposto por Walker (1979), pois o fato da violência ser progressiva tem seu ponto culminante caracterizado para além de lesões graves podendo levar a morte. Cabe ao enfermeiro procurar se capacitar bem como integrar a equipe de forma articulada e estratégica no sentido de assistir a mulher vítima de violência numa abordagem acolhedora e integral a fim de identificar e suprir suas respectivas necessidades.

As DCN determinam a formação do enfermeiro voltada para sua interação com as realidades sociais, através da realização de um ensino problematizador voltado para os processos saúde-doença, considerando a realidade na qual o futuro profissional provavelmente atuará buscando a integralidade da assistência e seu contexto biopsíquico social. Por entender que, a violência contra a mulher representa um importante problema de saúde pública, uma vez que seus altos índices impactam no coeficiente de mortalidade, no aumento de ocupação dos leitos e alterações na rede de atenção à saúde, esperar-se-ia um investimento maior na

vertente preventiva e não apenas curativa. O que retoma a discussão acerca da formação profissional dos agentes de saúde envolvidos com esse fenômeno.

Mesmo complexa e divulgada nos veículos de imprensa, a violência contra a mulher é abordada de uma maneira superficial e tangencialmente nas IES, imprimindo a necessidade de elaborar estratégias de formação problematizadoras, integradas e que possam ser associadas a situações práticas nas quais os profissionais irão se deparar em sua atuação, considerando as fases da violência e a importância de ações que possam interromper o ciclo progressivo reduzindo assim os coeficientes de lesões graves e feminicídio.

Esta lacuna pode ser identificada através da persistência de um currículo voltado para o modelo biomédico numa abordagem clínico-biológica o que impacta na atuação do enfermeiro. Ações de educação permanente superficiais, descontextualizadas e com práticas ineficazes de aprendizado vão dificultar a implementação de estratégias e/ou práticas mais eficazes que alterem os altos índices de violência contra a mulher. Tais fatores levam a um atendimento fundamentado na imperícia e improviso, com base nas vivências e na sensibilidade pessoal, comprometendo a qualidade da assistência prestada.

Esta formação deficiente se contrapõe a LDB (1996) que já orientava para a capacitação do indivíduo considerando o propósito da educação cidadã. Deste modo o SUS preconiza uma assistência integral, para tanto sugere a formação do profissional capaz de tomar decisões em todos os ciclos da vida humana, direcionando os currículos voltados para uma assistência integral, atuando na prevenção, promoção e proteção a saúde. É imprescindível assim, uma reorientação neste processo a fim de superar deficiências que impactam diretamente nas ações relacionadas a assistência às vítimas.

Observa-se então, que todas as categorias ressaltaram a falta de preparo profissional e a dificuldade na abordagem e atendimento à mulher vítima de violência contra a mulher no contexto doméstico. Os cursos de graduação não contemplam um conteúdo para o desenvolvimento de competências e habilidades direcionadas para este fim, por outro lado as capacitações são fragmentadas seguindo o modelo biomédico dicotômico em discordância com os princípios e diretrizes do SUS (Costa *et al.*, 2019).

Corroborando com os resultados, em um estudo realizado num serviço de violência contra a mulher na cidade de Teresina (PI), foi aplicado um questionários avaliando a capacidade do enfermeiro descrever seu papel no atendimento à mulher vítima de violência no contexto doméstico. Apenas 44,5% delas descreveram com coerência seu papel na assistência a mulher vítima de violência no contexto doméstico, imprimindo a necessidade da realização de treinamentos e maior ênfase na temática no processo de formação do enfermeiro (Monteiro

*et al.*, 2018). Com essa realidade, deve-se alertar profissionais, mulheres e sociedade civil acerca da importância de uma abordagem holística que atenda o usuário em toda a sua integralidade, tornando-se fundamental para redução destes coeficientes.

De acordo com as DCN (2001), a grade curricular das IES deveria contemplar questões de interesse de saúde pública, considerando seus respectivos cenários e as ações de prevenção. A informação representa o primeiro passo da contextualização e identificação, magnitude e transcendência dos indicadores de saúde, dentre eles as Doenças de Notificação compulsória. Neste contexto as matrizes curriculares que tangenciam o processo de detecção e resposta bem como uma reflexão e a ação, que considere a complexidade subjacente que permitem a compreensão das múltiplas dimensões desse fenômeno, são necessárias e bem-vindas. Deste modo, considerar a abordagem da VD contra a mulher, nos currículos dos cursos de enfermagem, na perspectiva de alunos, professores e gestores universitários, potencializará a recondução de rumos e reorientação de práticas pedagógicas.

A escuta de enfermagem apresenta uma lacuna a ser aprimorada durante acolhimento à mulher vítima de violência, pois se associa ao sentimento de despreparo dos profissionais em lidar com a mesma - devido a escassa discussão da temática durante sua formação ou falta de qualificação específica - mas também chama a atenção o fato do enfermeiro ter a falsa impressão de que o atendimento voltado a estas vítimas, seria específico de outros profissionais (Costa *et al.*, 2019).

Estudo realizado por Mota e Aguiar (2020) apresenta algumas consequências desse despreparo profissional, resultando em encaminhamentos frequentes da vítima para serviços diferentes, assim como a subnotificação dos casos e, essa falta de conhecimento muitas vezes é consequência do despreparo profissional, realizando uma assistência direcionada ao modelo biomédico e não as observando em sua integralidade. Observa-se que essa constatação foi unanime na revisão empreendida.

### 1.7.2 Análise Quantitativa

Ao finalizar a análise qualitativa, foi realizada a análise quantitativa observando se os respectivos resultados:

**Tabela 4** - Medidas do modelo de Rasch para os 12 itens do teste de conhecimento.

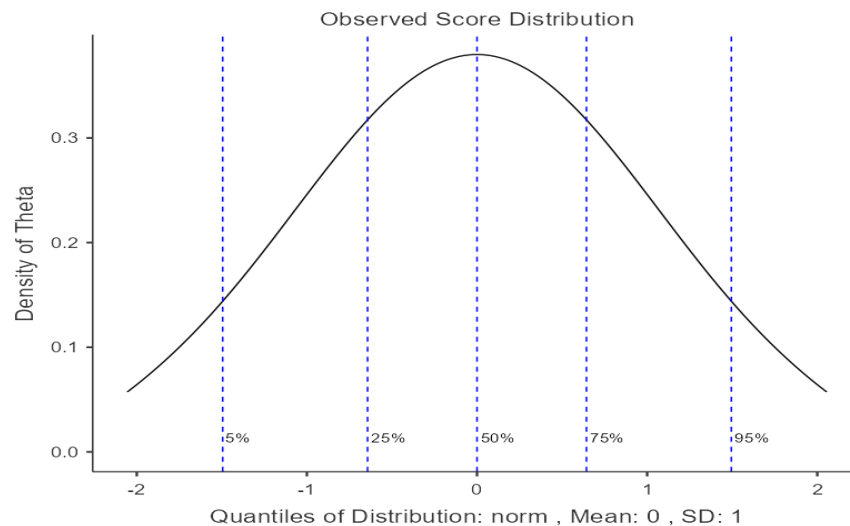
Item	% acerto	Dificuldade	EP	Infit	Outfit	Cor. Biserial
Item01	94,0	0,051	0,600	0,670	0,611	0,573
Item02	96,0	-0,338	0,650	0,373	0,188	0,742

Item03	82,0	1,550	0,435	1,156	1,381	0,379
Item06	96,0	-0,338	0,650	0,498	0,377	0,589
Item09	98,0	-0,781	0,676	0,186	0,076	0,642
Item10	96,0	-0,338	0,650	0,902	0,866	0,153
Item11	96,0	-0,338	0,650	0,777	0,677	0,305
Item12	94,0	0,051	0,600	1,067	0,942	0,234
Item13	98,0	-0,781	0,676	0,186	0,076	0,642
Item17	96,0	-0,338	0,650	0,902	0,866	0,153
Item18	82,0	1,000	0,435	0,950	0,940	0,554
Item20	94,0	1,551	0,600	0,871	0,707	0,428

Fonte: Arquivo próprio, 2023.

A Tabela 4 apresenta os índices de dificuldade compreendidos no intervalo -3 a 3. As medidas Infit e Outfit caracterizam bom ajustamento do Modelo Rasch uma vez que seus valores estão no intervalo de 0,5 a 1,5 (Bond; Fox, 2007) estimado aos dados observados e a Correlação Bisserial geralmente aceitável para valores acima de 0,30, porém o critério do ajustamento dos dados foi o que se utilizou para a permanência do item no modelo (Baker; Kim, 2004).

**Figura 3** - Distribuição dos escores observados do Modelo Rasch.



Fonte: Arquivo próprio, 2023.

Conforme o gráfico acima, os resultados apresentaram uma distribuição normal, demonstrando que a maior parte da amostra teve dificuldades ao responder as questões sobretudo no intervalo entre -1 e 0, ou seja, um terço da população. Corroborando com os resultados, em outro estudo de revisão de literatura, foi identificado que as enfermeiras que

estavam atuando com acolhimento, boa parte delas não reconheciam os vestígios de violência e nem o direcionamento correto para esse tipo de atendimento. Outro fator importante é que na maioria das vezes como o ciclo da violência é progressivo, ele passa a ser identificado em estágios muito avançados dificultando a prevenção de lesões graves ou fatais.

O reconhecimento dos sinais de violência pelo enfermeiro no estágio inicial é crucial por diversas razões, abordando questões de saúde, segurança e bem-estar. Assim, é importante que os enfermeiros estejam atentos a esses sinais que variam dependendo do tipo de violência (física, emocional, sexual, negligência, entre outras) e das características individuais de cada situação. A percepção apurada, desses profissionais, indicaria a possibilidade de detectarem a presença da violência em projeções iniciais como as mudanças comportamentais, lesões físicas, ansiedade, medo, mudanças no desempenho laboral, lesões ocasionais entre outras (Santos *et al.*, 2022).

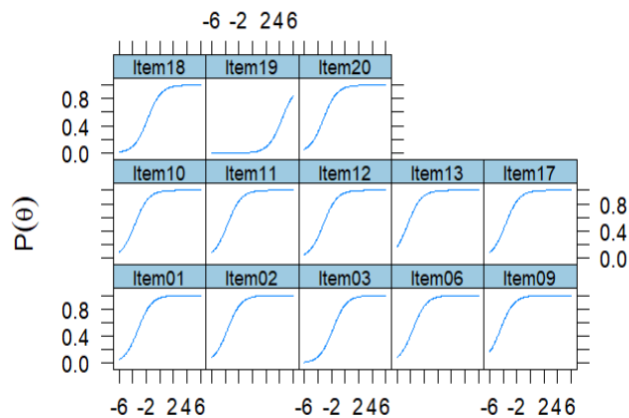
A violência, especialmente a violência doméstica, muitas vezes pode passar despercebida por longos períodos, e as vítimas, frequentemente mulheres, podem levar anos para refletir sobre a situação em que estão inseridas. Vários fatores complexos contribuem para essa realidade, incluindo padrões e normas culturais e sociais que normalizam comportamentos abusivos. A pressão social para manter relacionamentos e a vergonha associada ao estigma tornam difícil para as vítimas buscar ajuda. A manipulação psicológica é um elemento comum em muitas formas de violência, envolvendo táticas como o isolamento da vítima, controle financeiro e desvalorização constante. Essas práticas podem confundir a percepção da vítima sobre o que é aceitável (Monteiro *et al.*, 2008; Santos *et al.*, 2020).

Além disso, o medo da retaliação por parte do agressor pode ser um impedimento para buscar ajuda. A ameaça adicional de perder apoio financeiro ou a custódia dos filhos também pode ser um fator significativo. Por fim, o sentimento de culpa e vergonha pode levar a vítima a se culpar pela situação ou acreditar que merece o tratamento abusivo, dificultando a revelação do abuso. Essas circunstâncias complexas tornam ainda mais desafiador proporcionar um atendimento direcionado que atenda adequadamente às necessidades da mulher vítima de violência, especialmente no contexto doméstico (Monteiro *et al.*, 2008; Santos *et al.*, 2020).

Após a representação gráfica, os 20 itens foram analisados e plotados graficamente. Itens que não apresentaram um formato sigmoide, como a curva de uma cobra naja, foram descartados. Isso significa que todos os participantes acertaram esses itens, indicando que não avaliaram adequadamente o grau de conhecimento da amostra. Dessa forma, foram enfatizadas apenas as questões em que os enfermeiros apresentaram dificuldades.

Inicialmente, o teste possuía 20 itens. Na Tabela 4, observa-se a presença de apenas 12 itens. Isso ocorreu por dois motivos principais. Primeiramente, todos os itens com 100% de acerto foram eliminados pelos algoritmos dos modelos da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Os itens eliminados foram: 04, 05, 07, 08, 14, 15 e 16. Assim, no modelo Rasch, restaram os 13 itens que produziram as curvas características apresentadas na Figura 4.

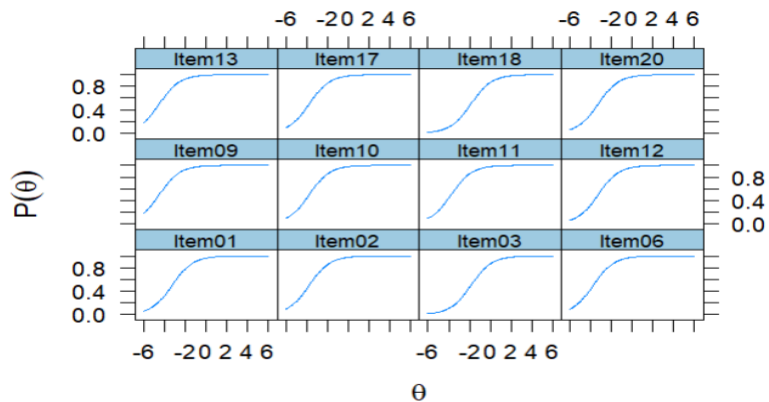
**Figura 4** - Função característica dos itens.



**Fonte:** Arquivo próprio, 2023.

A forma ideal para esta função é a sigmóide (forma de um S), no entanto pode-se perceber que o item 19 apresenta anomalias em relação a este critério e que ao ser calculados os índices de dificuldade com este item seu valor situa-se muito afastado do intervalo  $[-3, 3]$ , por isso o item 19 foi eliminado restando os 12 itens apresentados na Figura 5. Observa-se uma melhor forma na função característica dos itens ao se eliminar o item 12.

**Figura 5** - Função característica dos itens.



**Fonte:** Arquivo próprio, 2023.

A unidimensionalidade deste teste foi verificada através da Análise fatorial com o método da Informação restrita (Coelho-Lima; Bendassolli; Yamamoto, 2014) aplicável a dados dicotômicos. Utiliza a matriz de correlação tetracórica definida por:

- Sejam X e Y duas variáveis reais contínuas que foram dicotomizadas em Z e W, onde  $Z = 1 \leftrightarrow X \geq m$  e  $W = 1 \leftrightarrow Y \geq n$ . O cruzamento entre Z e W produz a seguinte tabela:

	W = 1	W = 0
Z = 1	a	b
Z = 0	c	d

Então a correlação tetracórica entre W e Z é dada por:

$$\rho = \cos\left(\frac{180}{1 + \sqrt{\frac{ac}{bd}}}\right)$$

Estas correlações foram calculadas com a *library irtoys* do R com a função *tet*. Com apenas um único fator possui poder explicativo de 65% da variabilidade total contida nos 12 itens, caracterizando-se em um teste unidimensional pelo fato de mais de 20% da variabilidade total estar concentrada em um único fator (Cuesta, 1996).

Ao aplicar o teste é necessário apresentar uma forma de calcular segundo a TRI o escore obtido pelo indivíduo e sua classificação em termos do conhecimento mostrado pelo grupo que foi utilizado para construir o modelo TRI de Rasch.

A análise dos gráficos plotados revelou que a maior dificuldade enfrentada pelos enfermeiros estava relacionada ao atendimento inicial, à classificação do tipo de violência e à identificação da existência ou não de violência contra a mulher no contexto doméstico. Além disso, os profissionais encontravam desafios ao lidar com as dificuldades de expressão das vítimas e em identificar se essa identificação fazia parte de suas funções. Esses resultados estão em consonância com um estudo realizado no estado do Piauí, no qual 90% dos enfermeiros afirmaram conhecer o serviço de atendimento e para onde encaminhar mulheres vítimas de violência. No entanto, ao questionar sobre o objetivo do serviço e quais benefícios oferece, esses percentuais diminuíram. Isso evidencia a carência de capacitação e abordagem do tema desde o período de formação, ou seja, durante a graduação (Coelho; Lima, 2015).

Incluir o tema da violência contra a mulher no contexto doméstico, durante a formação em enfermagem, é fundamental para preparar os futuros profissionais de saúde. Pode-se

sugerir a inclusão de tal temática, no currículo de graduação, a partir de discussões em aulas teóricas específicas, dedicadas à compreensão da violência contra a mulher, abordando as diferentes formas de violência por meio de estudos de casos e simulações, com o intuito de ajudar os alunos a desenvolverem habilidades práticas de identificação e manejo de casos de violência contra a mulher. Além de trabalhar a comunicação sensível fundamental na prática de enfermagem, especialmente ao lidar com situações delicadas, como violência, doenças graves, desenvolvendo uma comunicação especial no curso da enfermagem (Galvani, 2020).

Nem todas as instituições incluem o tema da violência contra a mulher como uma disciplina específica no currículo dos seus cuidados de enfermagem. No entanto, isso não impede que a abordagem da violência de gênero seja integrada de maneira transversal em várias disciplinas ao longo do curso. Algumas estratégias poderão promover a conscientização mesmo não sendo uma disciplina específica como Integração em Disciplinas Existentes, valorizando a temática problematizando e despertando olhares para a complexidade e situações de violência contra a mulher (Bernaski; Sochodolak, 2018).

O SUS do Brasil, em sua direção de integralidade, enfatiza a importância de uma abordagem holística na assistência à saúde, buscando a formação de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, capazes de compreender e atender o ser humano em sua comunidade, considerando não apenas as questões biológicas, mas também os aspectos psicossociais, culturais e econômicos que influenciam a saúde. Portanto, buscar estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher consiste num importante problema de Saúde Pública no qual vários atores envolvidos deverão atuar no sentido de conscientizar profissionais e população na elaboração de estratégias eficazes capazes de reduzir estes coeficientes (Brasil, 2020).

A assistência multi e interdisciplinar é de suma importância na realização de uma assistência adequada a mulher vítima de violência. Por isso, faz-se necessário que os profissionais recebam capacitação adequada, seja durante o processo de graduação, nas IES (medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, direito, dentre outros), seja nas práticas de educação permanente podendo ser realizada por iniciativa pessoal ou promovida pelos gestores dos serviços, respectivamente. Refletir sobre essa problemática poderá contribuir para prevenção e redução da violência contra a mulher no contexto doméstico (Hutchinson *et al.*, 2020; Hollingdrake *et al.*, 2023).

**Tabela 5** - Medidas descritivas dos Escores obtidos pelos enfermeiros.

Quartil 1	Mediana	Quartil 3
-2,965	-0,364	0,436



---

**Fonte:** Arquivo próprio, 2023.

As medidas descritivas dos escores obtidos no modelo Rasch para os 50 enfermeiros permitem calcular os escores de cada indivíduo e obter suas medidas descritivas – Quartil 1, Mediana e Quartil 3 – que servirão de suporte para determinar uma classificação para seu rendimento no teste de conhecimento. A proposta é apresentada na Tabela 6 considerando quatro categorias. Os indivíduos mais necessitados de uma reciclagem de conhecimentos se inserem nas categorias D e C. Após a aplicação do teste a um futuro indivíduo a ser avaliado utiliza-se a função *fscors* colocando-se as respostas dicotômicas e obtém-se o objeto *Escore10* que nos dá o valor do escore obtido no teste ao conhecermos as respostas do indivíduo. Segue um por exemplo de um respondente que acertou 8 itens e errou 4 em que o 1 significa acerto do item e 0 respostas errada.

F1

[1,] -1.930363

E com o valor obtido -1,93 entramos na Tabela 3

**Tabela 6** - Classificação dos indivíduos avaliados com o escore obtido no teste.

D	C	B	A
Abaixo de -3	-3 a -0,37	-0,37 a 0,44	Acima de 0,44

**Fonte:** Arquivo próprio, 2023.

E obtém-se a classificação C para este indivíduo. Desta forma podemos detectar se cada indivíduo possui o grau de conhecimento aceita para exercer uma boa avaliação da violência doméstica.

A atualização dos profissionais de enfermagem sobre a violência contra a mulher é fundamental para garantir que esses profissionais estejam bem-preparados para reconhecer, lidar e apoiar as vítimas de violência. A necessidade de reciclagem sobre a violência contra a mulher é ainda mais crucial diante do aumento no número de casos. Dentre as razões que destacam a importância desse processo de atualização para os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, encontramos a compreensão dos desafios emergentes relacionados por um lado à prevalência e aumento do quadro de violência contra a mulher e, por outro, a necessidade de se pensar em estratégias preventivas.

Uma abordagem multidisciplinar no treinamento e formação dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, para lidar com a violência contra a mulher é essencial para oferecer uma assistência abrangente e eficaz. De acordo com esse ponto de vista

multidisciplinar, a integração curricular deve incluir módulos ou aulas específicas sobre violência de gênero em disciplinas-chave ao longo do currículo de enfermagem, podendo envolver a colaboração de outros profissionais da saúde como assistentes sociais, psicólogos e juristas, para fornecer uma visão mais ampla do problema (Barone, 2020).

Outra estratégia importante seria a realização estudos de casos interdisciplinares que são ferramentas valiosas no treinamento de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, para lidar com questões complexas como a violência contra a mulher. Eles buscaram oportunidades para integrar conhecimentos de diferentes áreas e desenvolver habilidades colaborativas (Cecílio; Reis, 2018).

As limitações na formação do enfermeiro para lidar com mulheres vítimas de violência doméstica são uma realidade evidente, comprovada pelos estudos selecionados na revisão. No geral, foi mencionada a importância de contar com profissionais capacitados para oferecer atendimento especializado e acolhedor a essas vítimas é destacada em diversos estudos. Enfermeiros devidamente capacitados têm o potencial de transformar essa realidade, considerando que a APS representa a principal porta de entrada na rede de cuidados (Tavares *et al.*, 2017).

De acordo com Tavares e colaboradores, é crucial preparar os profissionais para proporcionar um atendimento humanizado, sendo esse um instrumento fundamental no acolhimento, proteção e encorajamento das mulheres. Tal abordagem exige ações interdisciplinares e multiprofissionais alinhadas aos serviços que garantam os direitos das vítimas. No entanto, nestas práticas identificou-se serviços paradoxais, uma vez que estes têm a finalidade de enfrentar a violência, mas invariavelmente sem promover a assistência integral e eficaz. Se acreditamos que a educação é transformadora, trabalhar desde a formação profissional poderá constituir uma poderosa estratégia no enfrentamento da violência contra a mulher, principalmente no contexto doméstico.

É importante destacar que a enfermagem é composta predominantemente por mulheres, e muitas delas podem enfrentar dificuldades emocionais ao lidar com casos de VD, especialmente se estiverem vivenciando situações semelhantes em suas próprias casas. Isso pode criar um desafio adicional, pois essas enfermeiras podem ter dificuldade em separar suas próprias experiências pessoais da necessidade de oferecer um cuidado imparcial e profissional às pacientes que são vítimas de violência. Portanto, é fundamental que os programas de capacitação e treinamento incluam não apenas habilidades técnicas, mas também abordem aspectos emocionais e éticos relacionados ao cuidado de mulheres em situação de violência, visando garantir um atendimento compassivo e eficaz.

Além disso, oferecer um ambiente de acolhimento e apoio é crucial para ajudá-las a lidar com o impacto emocional dessas experiências. Isso envolve fornecer suporte psicológico e emocional, promover espaços de reflexão e discussão, além de criar espaços que valorizem a saúde mental e o bem-estar dos profissionais de saúde, incentivando a busca por ajuda quando necessário e promovendo a resiliência emocional. Essa abordagem contribui para um ambiente de trabalho mais saudável e para a qualidade do atendimento prestado às mulheres em situação de vulnerabilidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, dada a complexidade do fenômeno da violência contra a mulher e do escasso debate da referida temática durante a graduação e após a formação profissional do enfermeiro, salientando que, as disciplinas dos cursos de graduação da área de saúde geralmente não abordam o tema, vê-se como necessária essa inclusão. Com o objetivo de proporcionar aos estudantes universitários, em seu processo de formação, um embasamento científico para que futuramente possam ser capazes de atuarem como profissionais, com competências e habilidades que os permitam acolher com responsabilidade de identificar, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência.

O presente estudo identificou a escassez de preparo profissional do enfermeiro que trabalha na atenção básica, direcionado ao atendimento à mulher vítima de violência no contexto doméstico. A violência contra a mulher é um problema de Saúde Pública complexo e agravado, muitas vezes, pela subnotificação dos casos, em função da dificuldade de identificação da situação ou de seu processo. Tal fato relaciona-se tanto pela dificuldade de capacitação e articulação entre os setores quanto pela dificuldade da vítima em procurar um serviço especializado para que seja atendida de uma maneira adequada.

É imperativo reconhecer a existência de prioridades a serem implementadas no processo de formação de profissionais de saúde. A revisão dos currículos dos cursos de graduação na área de saúde é essencial para proporcionar uma abordagem transversal, capacitando os estudantes para a identificação precoce da violência, bem como para uma assistência adequada e encaminhamento efetivo das mulheres.

Investir em ações que promovam uma formação mais abrangente, considerando a realidade sociocultural e política, pode instrumentalizar os profissionais e estudantes universitários para abordarem de maneira responsável a temática da violência contra a mulher. Superar o paradigma biomédico é crucial, e os docentes desempenham um papel fundamental ao proporcionar aprendizagens que reflitam a realidade das mulheres vítimas de violência.

Uma limitação significativa deste estudo é o fato de se concentrar nos dados de apenas uma cidade, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras regiões. Além disso, a dificuldade na coleta de dados também é uma limitação importante, visto que alguns entrevistados demoraram a dar a devolutiva das entrevistas, sendo necessário que o pesquisador retornasse diversas vezes ao mesmo entrevistado, com alguns entrevistados recusando-se a responder ou fornecendo respostas incompletas. Questões paradigmáticas relacionadas à temática ou experiências vivenciadas e presenciadas acerca desse fenômeno

foram identificadas. É necessário intensificar ações de capacitação e formação do enfermeiro da atenção primária direcionadas ao atendimento da mulher vítima de violência doméstica.

Apesar da elaboração de protocolos por parte de estados e municípios para enfrentar a violência doméstica, muitos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, enfrentam dificuldades na identificação, abordagem e implementação de ações multidisciplinares e integradas. A falta de protocolos claros e abrangentes pode ser uma lacuna significativa nos sistemas de saúde, comprometendo uma abordagem eficaz e sensível à violência contra a mulher.

A identificação e intervenção na violência contra a mulher a partir da atenção básica à saúde são fundamentais para promover a segurança e o bem-estar das mulheres, já que este tipo de atendimento deve desempenhar um papel crucial na detecção precoce, no oferecimento de suporte e na promoção da saúde integral. Neste sentido observa-se uma carência de cursos de reciclagens e treinamentos para a realização de uma assistência integral, adequada e que atenda às necessidades da mulher considerando o processo de violência vivido por ela.

Investigações sobre a formação do enfermeiro direcionada à violência contra a mulher na atenção básica pode fornecer insights úteis para aprimorar a capacitação desses profissionais e melhorar a detecção e resposta a casos de violência de gênero. Avaliar a atual conjuntura da atuação do enfermeiro na violência contra a mulher permitiu observar que muitos são os desafios acerca desse enfrentamento, e que a educação e articulação dos serviços representa uma poderosa arma na mudança deste fenômeno.

Por fim, também é importante reconhecer que enfermeiras podem enfrentar desafios emocionais ao lidar com a VD, especialmente se vivenciam situações semelhantes em suas vidas pessoais. Portanto, os programas de capacitação devem abordar aspectos emocionais e éticos para garantir um atendimento compassivo e eficaz. Oferecer apoio emocional e um ambiente acolhedor é crucial para ajudar essas enfermeiras a lidar com o impacto emocional, contribuindo para um ambiente de trabalho saudável e para a qualidade do cuidado às mulheres em vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F. *et al.* Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 39, p. e61308, 2018.
- ALSHAMMARI, A.; EVANS, C.; MCGARRY, J. Nurses' experiences of perceiving violence and abuse of women in Saudi Arabia: A phenomenological study. **International nursing review**, v. 70, n. 4, p. 501-509, 2023.
- ALYRIO, R. D. Métodos e técnicas de pesquisa em administração. Volume único. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2009.
- ÁVILA, M. P. L. G. *et al.* Breves discussões sobre a violência contra a mulher na sociedade contemporânea por uma perspectiva sócio-histórica. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 3, n. 12, p. 132-157, 2020.
- BAIGORRIA, J. *et al.* Prevalence and associated factors with sexual violence against women: systematic review. **Revista de salud publica**, v. 19, n. 6, p. 818-826, 2017.
- BAKER, F.B.; KIM, S-H. Item Response Theory: parameter estimation techniques. New York: Marcel Dekker, 2004.
- BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **Revista da ESMESC**, v. 25, n. 31, p. 239-264, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BARONE, I. Coronavírus: denúncias de violência doméstica aumentam e expõem impacto social da quarentena. Gazeta do Povo 2020; 28 mar. <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/coronavirus-denuncias-de-violenciadomestica-aumentam-e-expoem-impacto-social-da-quarentena/>. Acesso em: 25 out 2023.
- BEAUVOIR, S. O segundo sexo: fatos e mitos. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.
- BERNASKI, J.; SOCHODOLAK, H. História da violência e sociedade brasileira. **Oficina do Historiador**, v. 11, n. 1, p. 43-60, 2018.
- BEZERRA, J. F. *et al.* Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 51-59, 2016.
- BLAY, E.A. **Assassinato de mulheres e direitos humanos**. São Paulo: Editora 34; 2008.
- BOND, T.; FOX, C. Applying the Rasch model (2nd ed). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2007
- BRASIL. II Plano Nacional de Política para as Mulheres. Brasília, 2008
- BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Seção 1. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 2006.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher;

dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 343, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-343-de-17-de-marco-de-2020-248564376> Acesso em 13 de abr. 2020.

BRASIL. Secretaria de Política para Mulheres. Programa Mulher, sem Violência Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Política para as Mulheres. Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres. Brasília, SPM, 2011

CAMPOS, A. H.; CORRÊA, L. R. Direitos humanos das mulheres. Curitiba: Juruá, 2007.  
CARCEDO, A.; SAGOT, M. Femicídio em Costa Rica 1990-1999. Colección Teórica, 1, 2000.

CARNEIRO, J.B. *et al.* Understanding marital violence: a study in grounded theory. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p. e3185, 2019.

CARVALHO, E.F.M., *et al.* Sistemas de Informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1273–1287, 2022.

CAVALCANTE, E. C. R. Violência contra mulher: as suas políticas públicas e aplicação da lei Maria da Penha. 2015. Disponível em: <https://erikacrcavalcante.jusbrasil.com.br/artigos/251026383/violenciacontra-mulher>. Acesso em: 15 set 2023.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

CERQUEIRA D., *et al.* Participação no mercado de trabalho e violência doméstica contra as mulheres no Brasil. **Texto para Discussão**, nº 2501, p. 1-38, 2023.

CLAPIS, M.J, *et al.* Metodologia da problematização no ensino da atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.1, v.2, p. 12-20, 2018.

COELHO-LIMA, F.; BENDASSOLLI, P. F.; YAMAMOTO, O. H. Características da Psicologia do Trabalho e das Organizações na Formação do Psicólogo no Brasil. **Psico**, v. 45, n. 4, p. 445-453, 2014.

CORDEIRO, K. C. C. *et al.* FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, 2015.

- COSTA, M.C. *et al.* Domestic violence against women in rural context: recognition of care strategies. **Rev Bras Promoç Saúde**, n.32, p. 9271, 2019.
- CUESTA, M. Unidimensionalidade. In J. Muñiz (Ed.), *Psicometría*. Madrid: Editorial Universitas, 1996.
- DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11(Sup.), p. 1163-1178, 2007.
- DATASENADO. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Secretaria de Transparência. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasetenado>. Acesso em: 10 jan 2023.
- DELZIOVO, C.R. *et al.* Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina. Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, n.1, v.2, p. 20-24, 2018.
- DOURADO, S. M.; NORONHA, C. V. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 2911-2920, 2015.
- DUARTE, B.A.R. *et al.* Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em atenção primária. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n.3: 401-412, 2019.
- FERRAZ, C. S.; SOUSA, F. B. Violência doméstica contra a mulher: Um olhar da Gestalt-terapia. **Revista Conexão Eletrônica, Mato Grosso do Sul**, v. 15, n. 1, p. 1721-1735, 2018.
- FREITAS, M. V. P.; COSTA, M. M. M. A DESCONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE MULHERFAMÍLIA PARA MULHERPARA-SI: UMA ANÁLISE SOBRE A (RE) INCLUSÃO DAS MULHERES NA SOCIEDADE E NO MERCADO DE TRABALHO CONTEMPORÂNEO. **Revista Argumenta**, n. 32, p. 297-316, 2020.
- GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00172617, 2018.
- GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo. Atlas. 2017.
- GOMES, I.C. O trabalho, as diferenças de gênero e a dinâmica familiar. **Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais**, n. 8, v. 13: 151-164, 2000.
- GOMES, I. C.; PAIVA, M. L. S. C.; CASTELAN, D. F. A transmissão do negativo na constituição do vínculo conjugal: Um caso de violência doméstica. In: J. O. Outeiral e col. (Org.). **Winnicott, Seminários Brasileiros**, Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- GOMES, I.C. Individualidade, conjugalidade e parentalidade em casais de dupla carreira: a convivência na pandemia e a clínica psicanalítica de casal. IN: T. Féres-Carneiro (org.). **Transmissão geracional, violência e clínica contemporânea**, p. 191-205, Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2023.
- HERNANDEZ SAMPIERI, R.; FERNANDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA LUCIO, P. Reflexionando sobre el trayecto formativo a partir de narrativas pedagógicas: oportunidad y desafíos para el desarrollo de capacidades.
- HOLANDA, E.R. *et al.* Factors associated with violence against women in primary health care. **Rev Bras Promoç Saúde**, n.31, p. 1-9, 2018.



HOLLINGDRAKE, O. *et al.* Qualitative study of the perspectives of women with lived experience of domestic and family violence on accessing healthcare. **Journal of Advanced Nursing**, v. 79, n. 4, p. 1353-1366, 2023.

HUTCHINSON M., *et al.* A cross-sectional study of domestic violence instruction in nursing and midwifery programs: Out of step with community and student expectations. **Nurse Education Today**, v. 84, p. 104209, 2020.

IBGE. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Censo Brasileiro. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: [http://www.iparaiba.com.br/aparaiba/campina\\_grande.php](http://www.iparaiba.com.br/aparaiba/campina_grande.php). Acesso em 10 dez. 2020.

JARDIM, D.M.B.; MODENA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n.26, e3069, 2018.

LEAL, J. C. A maldição da mulher: de Eva aos dias de hoje. São Paulo: EditoraDPL, 2004

LEITE, A. C; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1-12, 2019.

LEMES M. F, *et al.* Representações sociais em mulheres em contexto de violência doméstica. **Perspectivas em Psicologia**, v.2, n.10, p. 5-10. 2015.

MARQUES, I.P. Violência Intrafamiliar. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Faculdades Unidocum. Almenara: 2023. 18p.

MARTINS, M. S. F. T.; NUNES, M. V. A imprensa alternativa e o movimento feminista durante a ditadura militar no Brasil: a relevância do jornal Nós Mulheres. In: XII Encontro Nacional de História da Mídia. Alcar. 2019.

MELO, A. L. J.; VIEIRA, L. S. A. A Percepção de Mulheres sobre Violência de Gênero e Sexualidade Feminina. **REVISTA CONGREGA-MOSTRA DE TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO-ISSN 2595-3605**, n. 1, p. 178-195, 2017.

MELO, B. D. *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19. Fundação Oswaldo Cruz. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41121/Sa%3%bade-Mental-e-Aten%3%a7%3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-viol%3%aancia-dom%3%a9stica-e-familiar-na-Covid-19.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jan 2024.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MINAYO, M.C.S. (Org.); DESLANDES, S.F; CRUZ NETO, Ó. GOMES. R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34. Ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2015.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Coletiva.**; n. 11(Supl), p.:1259-67. 2006.

MONTEIRO, C. A. *et al.*. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. **Public health nutrition**, v. 18, n. 13, p. 2311-2322, 2015.

MONTEIRO, L. *et al.* Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. **Análise Psicológica**, v. 26, n. 3, p. 395-409, 2008.

MORAES, M.C. Relendo Paulo Freire a partir da complexidade e da transdisciplinaridade. In: VIEIRA, A.J.H.; BATALLOSO, J.M.; MORAES, M.C. Org. A esperança da pedagogia: Paulo Freire. Consciência e compromisso. Brasília: Liber Livro. p. 67-102, 2012.

MOTA, J. A.; AGUIAR, R. S. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 262, p. 3648-3651, 2020.

NASCIMENTO, D. L. A. *et al.* Análise multifatorial da violência doméstica na gestação. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e476101018856-e476101018856, 2021.

NETO, K.R.E; GIRIANELLI, V.R. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 488-499. 2020.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA VIOLENCIA DA USP. Monitor da Violência: levantamento sobre assassinatos de mulheres em 2017. 2018. Disponível em: <http://dossies.agencia.patriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/monitor-da-violencia-levantamento-sobreassassinatos-de-mulheres-em-2017-g1-nev-usp-fbsp-2018/>. Acesso em 05 de Agosto de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Relatório mundial sobre violência saúde. Genebra, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. Acesso em: 03 de abril de 2023.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003.

PERALVA, T.R.P. *et al.* Violência doméstica na percepção de enfermeiros de serviço de emergência. *Revista de ciências e tecnologia*, v. 2, n.3., p. 221-228, 2016.

PERUCCI M., *et al.* Percepções de enfermeiros sobre o atendimento às vítimas de violência sexual. *Revista Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 68-78, 2019.

PIOSADLO, L. C. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 728-733, 2014

PORTO, R. T. S.; BISPO JÚNIOR, J. P.; LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 787-807, 2014.

RODRIGUES, J. B. S. *et al.* Atuação do enfermeiro frente a mulher vítima de violência sexual. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5801-e5801, 2021.

ROSÁRIO, A. C.; CANDEIAS, A.; MELO, M. Violência entre pares na adolescência: Um estudo com estudantes no início e no final do 3.º ciclo do ensino básico. **Psicologia**, v. 31, n. 2, p. 57-68, 2017.

- SANTOS, D.S., *et al.* Violência doméstica contra a mulher: visão de enfermeiros pós-graduandos em obstetrícia no Piauí. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 3: e199310, 2019.
- SANTOS, G. B. M. *et al.* Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.
- SANTOS, J.A.J.; PASSOS, S.G. Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da ficha de notificação compulsória em relação a violência contra a mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, ano IV, v. IV, n.9, p. 50-57, 2021.
- SERAFIM, V.V.D. *et al.* Violência contra a mulher e enfrentamento na percepção dos profissionais de saúde da atenção básica. **Salud e Sociedad**, v. 10, n. 2, p. 130-144, 2019.
- SILVA, N.F.S. *et al.* Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enferm. Foco**, v.8, n.3, p. 70-4, 2017.
- SILVA, S. R. **Grupo de apoio à vítima enquanto meio de redução dos danos causados pela violência doméstica**. 2020. Tese de Doutorado
- SILVA, V.G.P.; RIBEIRO, M.P. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, v.24, p. e20190371, 2020.
- SOARES, C.B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 335-345, 2014.
- SOUZA, L. J.; FARIAS, R. C. P. Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, p. 213-232, 2022.
- SOUZA, M.B.; SILVA, M.F.S. Estratégias de enfrentamento de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura brasileira. **Pensando Famílias**, v. 23, n. 1, p. 153-166, 2019.
- SUNDBORG, E. *et al.* To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. **Journal of clinical nursing**, v. 26, n. 15-16, p. 2256-2265, 2017.
- TAVARES, G.P., *et al.* Atendimento humanizado às mulheres em situação de violência: a percepção das mulheres atendidas na DEAM/Paritins, Amazonas. **Revista Científica Gênero na Amazônia**, n. 7-12, p. 135-145, 2017.
- TEIXEIRA, M. C. B. *et al.* Entre espelhos: a formação em saúde e sua produção de violência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 156-165, 2018.
- TORRALBAS-FERNÁNDEZ, A.; CALCERRADA-GUTIÉRREZ, M. Using primary care to address violence against women in intimate partner relationships: professional training needs. **MEDICC review**, v. 18, p. 38-41, 2016.
- TORRALBAS-FERNÁNDEZ, A.; CALCERRADA-GUTIÉRREZ, M.. Using primary care to address violence against women in intimate partner relationships: professional training needs. **MEDICC review**, v. 18, p. 38-41, 2016.
- TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.
- VEIGA, A. M. Uma virada epistêmica feminista (negra): conceitos e debates. **Revista Tempo e Argumento**, v.12, n.9. 2020.

VERGARA, S. C. Métodos de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas, 2005.

VERONEZI, D. M. *et al.* MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: COMO OLHAR PARA UM ATENDIMENTO COM FRAGILIDADES. **Interfaces Científicas-Direito**, v. 8, n. 3, p. 9-21, 2021.

VIEGAS, A.P.B. *et al.* Diretriz EBSEH de humanização: Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde. Ebserh Hospitais Universitários Federais, n. 0076366, pp.1-41, 2018.

VISENTIN, A. *et al.* Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 252-258, 2018.

WALKER, J. Absorção óptica e luminescência em diamante. Relatórios sobre o progresso da física, v. 42, n. 10, pág. 1605, 1979.

XAVIER, A. A. P.; SILVA, E. G. Assistência de enfermagem no atendimento de mulheres em situação de violência na atenção básica. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. Esp. 2, p. 293-300, 2019.

ZUCHI, C. Z. *et al.* Violence against women: conceptions of family health strategy professionals about listening. **Rev Min Enferm [Internet]**, v. 22, 2018.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

70



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG



#### APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Iniciais do Nome \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

1. Sexo/Gênero:  
 Feminino       Masculino

2. Raça/Cor:  
 Amarela       Negra       Indígena  
 Branca       Parda

3. Formação Profissional \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão \_\_\_\_\_

Pós-graduação  
 Sim \_\_\_\_\_  
 Não \_\_\_\_\_

4. Qual a sua renda mensal, aproximadamente? (Marque apenas uma resposta)  
 De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.212,00 até R\$ 3.636,00).  
 De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.636,00 até R\$ 7.272,00).  
 De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 7.272,00 até R\$ 10.908,00).  
 De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 10.908,00 até R\$ 14.544,00).  
 Mais de 12 salários mínimos (mais de R\$ 14.544,00).

5. Tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde (UBS): \_\_\_\_\_

6. Você já atendeu casos de mulheres vítimas de violência doméstica?  
 Sim       Não

7. O que é violência doméstica para você? Como você a reconhece?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8. Você está familiarizado com a questão da violência doméstica feminina?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. Você já teve oportunidade de na sua prática, na Estratégia Saúde da Família, lidar com questões relacionadas a violência doméstica? Como você reconheceu? O que você fez?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. Se você respondeu sim à questão 6, especifique qual a propedêutica utilizada  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11. Ao longo da graduação você teve acesso a algum curso ou estratégia clínica para reconhecer a violência e lidar com ela?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

71

---

---

---

12. Você chegou a fazer algum estágio em serviço específico para tratar vítimas de violência doméstica?

---

---

---

13. Você teve algum curso de formação continuada e/ou capacitação para atendimento de mulheres vítimas de violência?

Sim ( )

Não ( )

Especifique \_\_\_\_\_

14. Se você respondeu sim à questão anterior, qual foi a iniciativa do curso especificado?

( ) Iniciativa privada

( ) Oferecido pelo Serviço Municipal de Saúde

( ) Extensão Universitária

( ) Outro

15. De que forma você acha que a estrutura da Estratégia Saúde da Família te auxilia a lidar com essa questão?

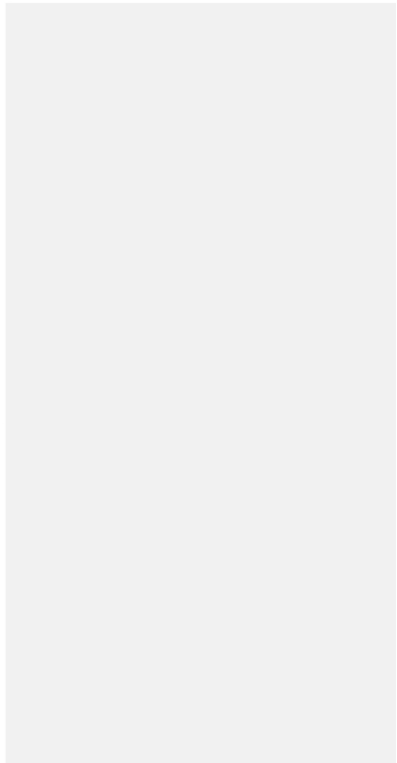
---

---

16. Gostaria de acrescentar algo mais sobre o tema, que não foi abordado?

---

---



1. Uma paciente procurou a UBS com queixas de dores e algumas escoriações e que o marido tinha sido agressivo. Neste caso a enfermeira da unidade deve:
  - a- Encaminhá-la imediatamente a delegacia pois o posto não é lugar de atendimento.
  - b- Acolher e realizar uma escuta qualificada antes de tomar as providências cabíveis, a fim de classificar o tipo de violência sofrido naquela circunstância.
  - c- Não deve mencionar nada sobre o caso e tratar os danos físicos.
  - d- Deverá encaminhá-la para o médico.
2. Uma paciente procurou a unidade queixando-se de angústia, ideia suicida e autculpa. Durante a entrevista, falou que o marido era muito “abusado. De acordo com o atendimento a enfermeira deverá:
  - a- Acolher a paciente e realizar uma escuta qualificada a fim de classificar e constatar violência contra a mulher no ambiente doméstico.
  - b- Deverá ignorar afinal o PSF nada tem a ver com este tipo de situação.
  - c- Deverá encaminhá-la para o psicólogo pois não compete a ESF atender este tipo de demanda.
  - d- Deverá solicitar o 190 pois o marido merece ser preso.
- 3- Em uma determinada UBS uma mulher procurou muito aflita pois seu ex companheiro tem picos de mal humor e vive ameaçando deixá-la pois ela faz tudo errado. Em relação a esta conduta:
  - a- Deverá encaminhá-la para o CAPS pois o PSF só contempla ações de prevenção em saúde física.
  - b- Deve aconselhar com paciência pois não tem nada a fazer numa situação como esta.
  - c- Tentar conversar com el
  - d- Acolher orientar sobre uma possível rotina de violência e explicá-la as opções.
- 4- Na unidade de PSF VIDA Feliz, a paciente Maria, procurou a unidade de saúde, queixando-se de ansiedade, insônia tensão nervosa e dores recorrentes e tensão muscular. Durante a conversa com Maria, a enfermeira identificou uma rotina de abuso. Diante da situação, o enfermeiro deve:
  - a- Apenas realizar a consulta de enfermagem e fingir que nada aconteceu;
  - b- Identificar sinais de violência e conscientizar Maria sobre a situação dela.
  - c- Não mencionar a violência pois nada pode ser feito.
  - d- Encaminhá-la ao médico pra ele prescrever um psicotrópico.
- 5- No PSF vida feliz, uma ACS procurou a enfermeira Joana para comentar sobre a usuária Maria, que estava apresentando equimose no rosto e segundo os vizinhos apanhava diariamente. Diante da situação o enfermeiro da unidade deve:
  - a- A enfermeira deve ignorar a situação pois provavelmente a usuária gosta de apanhar.
  - b- Deve procurar a paciente e acolhê-la, pois, tal situação exige uma certa cautela.
  - c- Deve procurá-la para cuidar da equimose e não tocar no assunto.
  - d- Não considerar o comportamento da ACS.
- 6- Na UBS Vida Feliz, uma usuária procurou a unidade queixando-se de insônia, ansiedade e síndrome do pânico, disse a ACS que desde que casou, o marido tem comportamento hostil, culpando-a de tudo que acontece e ameaçando separação. Durante a consulta o enfermeiro deve:
  - a- Mudar de assunto.
  - b- Orientá-la sobre os tipos de violência oferecendo uma rede de apoio.
  - c- Encaminhá-la para o psiquiatra.
  - d- Orientar uma separação urgente.

7- Uma paciente agendou o citológico como exame de rotina, durante a consulta de enfermagem queixou-se de dor nas relações sexuais e que o marido obrigava algumas práticas sexuais as quais ela não concordava. Diante da situação o enfermeiro deve:

- a- Orientar a paciente sobre os tipos de violência e oferecê-la apoio.
- b- Ignorar as informações.
- c- Seguir com o citológico afinal lá não se trata de um serviço de psicologia.
- d- Encaminhá-la para o hospital.

8- Numa UBS, a paciente relatou que tem ideia suicida pois seu casamento está insuportável e seu companheiro diz que ela cozinha mal, é feia e não serve nem para ser esposa. Durante a consulta de enfermagem o enfermeiro deve:

- a- Orientar separação imediata
- b- Dizer que é melhor tentar salvar o casamento.
- c- Que infelizmente as pessoas são assim.
- d- Explicar sobre a rotina e os tipos de violência e redirecionar para a assistência ideal

9- Em uma UBS, uma paciente procurou o serviço com sinais de espancamento grave por parte do companheiro na frente dos filhos. Durante o atendimento o enfermeiro deve:

- a- Realizar a assistência estritamente dos ferimentos;
- b- Não estender a conversa afinal briga de marido e mulher ninguém mete a colher;
- c- Acolher, escutar e encaminhar para o serviço especializado.
- d- Chamar o companheiro para saber o que aconteceu exatamente e confrontar os depoimentos.

10- Durante um evento de enfrentamento a violência contra a mulher uma usuária da plateia pediu a palavra chorando e se identificando com os tipos de violência. Mediante a situação o enfermeiro deve:

- a- O enfermeiro deve ignorar
- b- O enfermeiro deve realizar um acolhimento individual no final do evento a fim de acolher esta mulher e falar sobre a questão da violência e como conduzir.
- c- Deve marcar outro momento e orientar que a violência só deve ser tratada na delegacia.
- d- Conversar com a ACS e encaminhá-la para o CAPS, pois ela está desequilibrada.

11- Maria, apresentou uma rotina de violência física de seu companheiro e os vizinhos escutaram com frequência gritos de dores e desespero. Um deles procurou a unidade para comentar. Diante da situação, um deles procurou a unidade para expor sua preocupação. Diante da situação o enfermeiro deve:

- A- Conversar com o ACS e encaminhá-la direto para a delegacia.
- B- Ignorar a situação pois será muito pessoal.
- C- Deverá procurar através do ACS entrar em contato com a usuária para que a assistência possa ser direcionada e esta mulher possa ser acolhida.
- D- Discutir com a equipe e buscar a delegacia.

12- Em uma determinada unidade, uma mulher procurou o serviço porque estava assistindo uma reportagem e percebeu que estava sofrendo violência patrimonial de seu parceiro, pois ele controlava todos os gastos e recebia seu salário. Ao procurar a UBS o enfermeiro deve:

- a- Orientar a paciente sobre os tipos de violência acolhendo e orientando sobre os serviços direcionados a assistência especializada.
- b- Explicar que tudo isso acontece com muita frequência e tratar como violência é um exagero.



c- Encaminhá-la para um economista.

d- Deve procurar seu companheiro

13- Uma paciente conversou com a ACS para saber qual serviço deveria procurar pois está com sérios problemas de agressão verbal em seu convívio doméstico, a mesma relatou que seu marido a agride verbalmente na frente dos filhos. Diante do depoimento o acs deve:

a- Deve compartilhar com a equipe para programar uma assistência integral a usuária. 7

b- Explicar para a mulher que normalmente isso acontece e as coisas são assim mesmo.

c- Deve orientar para uma separação urgente.

d- Mudar de assunto.

14- Uma mulher procurou a unidade de saúde relatando dores e sensação de desconforto no corpo das quais ela não conseguiu explicar. Durante a entrevista inicial, explicou a enfermeira que tais sintomas se iniciaram depois que seu marido mudou começou a agredi-la verbalmente. Diante da situação, o enfermeiro deve:

a- Explicar que é normal

b- Encaminhá-la ao serviço médico

c- Identificar e discutir sobre os tipos de violência

d- Encaminhá-la para o CAPS.

15- Uma adolescente procurou a UBS referindo estar assustada pois seu pai estava agredindo sua mãe fisicamente e estava com bastante medo. Diante da situação, o enfermeiro deve:

a- Orientá-la a só voltar para casa quando tudo passar e fazer de conta que nada aconteceu.

b- Explicar que nada tem a ver com isso.

c- Oferecer um ombro amigo.

d- Assistir a adolescente e buscar meios de apoiar a mulher inserindo-a na rede de atendimento.

16- Uma enfermeira foi ministrar uma palestra sobre violência doméstica contra a mulher para a comunidade. No ensejo, um usuário da plateia perguntou se gritar a esposa era normal já que ele não tinha paciência com ela mas a amava. Neste caso o enfermeiro deve responder:

a- Que este tipo de atitude é uma agressão verbal e que ele deve procurar ajuda para não mais repetir

b- Que eles está corretíssimo

c- Que este tipo de conduta é normal no dia-a-dia.

d- Deve ignorar o questionamento.

17- Em uma unidade de saúde, uma vizinha de Maria que é acs buscou o serviço para relatar sua preocupação com ela pois a comunidade inteira falou que ela havia comprado veneno de rato para tentar suicídio porque seu marido era agressivo com ela. Diante da situação a enfermeira deve:

a- Explicar que a agente de saúde não deve se preocupar.

b- Que todo marido é agressivo mesmo

c- Que deve tentar um contato com esta mulher a fim de acolher, orientar e ofertar uma assistência especializada.

d- Chamar o companheiro na UBS.

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário (a) no estudo “**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE: UM ESTUDO AVALIATIVO DO ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM**”, coordenado pelo professora **MARY LUCE MELQUIADES MEIRA** e vinculado ao UNIDADE DE ENFERMAGEM - UAENF, DO CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo Analisar o atendimento de enfermagem na Estratégia de saúde da família às mulheres vítimas de violência doméstica, no Município de Campina Grande, Caracterizar o perfil sociodemográfico dos Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campina Grande, Identificar as ações realizadas pelo(a) Enfermeiro(a) na Estratégia de Saúde da Família no acolhimento de mulheres em situação de violência doméstica, Analisar a necessidade da formação continuada dos profissionais de Enfermagem nas ESF do Município de Campina Grande frente às mulheres vítimas de violência.

e se faz necessário pelo fato da violência contra a mulher ser um problema social bastante complexo e comum na nossa sociedade, acarretando diversos problemas sociais, de saúde e principalmente psicológicos, é que justifica-se a referida pesquisa, pois tem o comprometimento de analisar como está sendo realizado o atendimento de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, às mulheres vítimas de violência doméstica, no Município de Campina Grande -PB.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: A pesquisadora manterá contato prévio com o voluntário(a), e agendará data e local para explicar de que se trata a pesquisa; O voluntário responderá um questionário contendo treze perguntas, que ao final, será entregue ao pesquisador responsável.

Os riscos envolvidos com sua participação são: Não obtenção da colaboração dos potenciais envolvidos nas diferentes fases da pesquisa, levando ao não cumprimento das atividades previstas no cronograma; Não alcançar a amostra proposta, devido à recusa de colaboradores em suas incumbências; Condições ambientais desfavoráveis afetando a coleta de informações;

Ter apropriação dos dados da pesquisa de maneira inadequada, caracterizando o plágio. Para os respondentes do estudo: Possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço ao responder às perguntas, quebra de anonimato. Os benefícios da pesquisa serão: Contribuição científica sobre a temática, ampliação dos conhecimentos produzidos com critério científico. Através da identificação dos resultados da pesquisa em questão, estes poderão fomentar discussões, reciclagem profissional com atualização técnica e científica, colaboração com o planejamento de estratégias para a minimização dos problemas expostos pelas (os) participantes da pesquisa

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário.

Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você poderá buscar o direito de ser indenizado.

Esta pesquisa atende às exigências das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) é um colegiado interdisciplinar e independente de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que tem como foco central defender os interesses e a integridade dos participantes voluntários de pesquisas envolvendo seres humanos e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Você ficará com uma via rubricada e assinada deste termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada a NOME DO COORDENADOR DA PESQUISA, ou ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP/CFP/UFCG cujos dados para contato estão especificados abaixo.

**Dados para contato com o responsável pela pesquisa**

**Nome:** Mary Luce Melquiades Meira

**Instituição:** Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

**Endereço Pessoal:** Rua Maria Aparecida Carneiro, 26 Catolé Campina Grande - PB

**Endereço Profissional:** Rua Sérgio Moreira de Figueirido s/n Casas Populares Cajazeiras - PB

**Horário disponível:** 07:00h às 18:00h

**Telefone:** (83)98156-7012

**Email:** mary-meira@hotmail.com

**Dados do CEP**

**Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande- CEP/CFP/UFCG, situado a rua Sergio Moreira de Figueiredo, s/n, Bairro: Casas Populares, Cajazeiras - PB; CEP: 58.900-000.**

**Email:** cepcfpufcgcz@gmail.com

Declaro que estou ciente dos objetivos e da importância desta pesquisa, bem como a forma como esta será conduzida, incluindo os riscos e benefícios relacionados com a minha participação, e concordo em participar voluntariamente deste estudo.


**LOCAL E DATA**

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável pelo estudo

## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

<p>UFCG - CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CAMPUS DE CAJAZEIRAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE</p>	
---	---

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE.

**Pesquisador:** MARY LUCE MELQUÍADES MEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56979521.3.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.336.636

##### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE", CAE 56979521.3.0000.5575 e sob responsabilidade de "EMARY LUCE MELQUÍADES MEIRA", trata-se de um estudo será do tipo descritivo, exploratório, de caráter qualitativo, no qual será avaliado o atendimento dos enfermeiros na estratégia de saúde da família às mulheres vítimas de violência doméstica, no município de Campina Grande. A população será constituída pelos 105 enfermeiros das ESF do município de Campina Grande. A amostra do estudo será representada pelo total de Enfermeiros selecionados por conveniência e acessibilidade nas ESF's em Campina Grande, todavia também tomando por base o critério de saturação de respostas para seleção desta amostra.

##### Objetivo da Pesquisa:

O projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE" tem como objetivo primário analisar o atendimento de enfermagem na Estratégia de saúde da família às mulheres vítimas de violência doméstica, no Município de

<b>Endereço:</b> Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n	<b>CEP:</b> 58.900-000
<b>Bairro:</b> Casas Populares	
<b>UF:</b> PB	<b>Município:</b> CAJAZEIRAS
<b>Telefone:</b> (83)3532-2075	<b>E-mail:</b> cepcfpufcgcz@gmail.com

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE  
CAJAZEIRAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 5.336.636

Campina

Grande.

Os objetivos secundários definidos foram:

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campina Grande;

Identificar as ações realizadas pelo(a) Enfermeiro(a) na Estratégia de Saúde da Família no acolhimento de mulheres em situação de violência doméstica;

Analisar a necessidade da formação continuada dos profissionais de Enfermagem nas ESF do Município de Campina Grande frente às mulheres vítimas de violência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como riscos, a pesquisadora descreve que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve um certo grau de risco. O dano possível poderá ser em tempo imediato ou tardio, trazendo malefícios a pessoa ou a coletividade. Assim, existem possibilidades de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, para o componente pesquisado, mas também para o pesquisador.

Para a equipe de pesquisa

Não obtenção da colaboração dos potenciais envolvidos nas diferentes fases da pesquisa, levando ao não cumprimento das atividades previstas no cronograma;

Não alcançar a amostra proposta, devido à recusa de colaboradores em suas incumbências;

Condições ambientais desfavoráveis afetando a coleta de informações;

Ter apropriação dos dados da pesquisa de maneira inadequada, caracterizando o plágio.

Para os respondentes do estudo

- Possibilidade de constrangimento ao responder o questionário
- Desconforto
- Medo
- Vergonha
- Estresse
- Quebra de sigilo
- Cansaço ao responder às perguntas

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

**Bairro:** Casas Populares

**CEP:** 58.900-000

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**Telefone:** (83)3532-2075

**E-mail:** cepcfpufcgcz@gmail.com

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE  
CAJAZEIRAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 5.336.636

• Quebra de anonimato

Estratégias para minimizar os riscos da pesquisa

- a) Possibilidade de desistência da participação da pesquisa
- b) Possibilidade de não responder as perguntas
- c) Orientação prévia sobre o questionário
- d) Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho
- e) Utilizar iniciais para a identificação, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- f) Questionário objetivo
- g) Será garantido a manutenção do sigilo e da privacidade aos voluntários em todas as fases da pesquisa.

Os benefícios são: Destarte, como benefício da pesquisa acredita-se: Contribuição científica sobre a temática, ampliação dos conhecimentos produzidos com critério científico. Através da identificação dos resultados da pesquisa em questão, estes poderão fomentar discussões, reciclagem profissional com atualização técnica e científica, colaboração com o planejamento de estratégias para a minimização dos problemas expostos pelas (os) participantes da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto "AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE." trata-se de um projeto de Tese de Doutorado, a ser desenvolvido na Universidade de São Paulo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As pesquisadoras apresentaram os seguintes termos de apresentação obrigatória: projeto de pesquisa; folha de rosto; cronograma de pesquisa; orçamento; termo de compromisso da pesquisadora; termo de divulgação; termo de autorização institucional.

**Recomendações:**

O único documento que a pesquisadora coloca o CEP do CFP-UFCG é no TCLE. No projeto e nas informações básicas do mesmo, sempre é mencionado o CEP do HUAC-UFCG. Por gentileza, substituir onde estiver CEP HUAC por CEP-CFP.

<b>Endereço:</b> Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n	<b>CEP:</b> 58.900-000
<b>Bairro:</b> Casas Populares	
<b>UF:</b> PB	<b>Município:</b> CAJAZEIRAS
<b>Telefone:</b> (83)3532-2075	<b>E-mail:</b> cepcfpufcgcz@gmail.com

**UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE  
CAJAZEIRAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 5.336.636

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Enviar o Relatório Final ao CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1774683.pdf	18/03/2022 19:32:32		Aceito
Cronograma	cronogramaexecucao.pdf	16/03/2022 14:23:54	MARY LUCE MELQUIADES	Aceito
Orçamento	planejamentoorcamentario.pdf	16/03/2022 14:23:23	MARY LUCE MELQUIADES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/03/2022 14:22:43	MARY LUCE MELQUIADES MEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	16/03/2022 14:21:31	MARY LUCE MELQUIADES MEIRA	Aceito
Outros	Termoanuencia.png	15/03/2022 08:53:19	MARY LUCE MELQUIADES	Aceito
Outros	Termocompromissodivulgacaore resultados.pdf	15/03/2022 08:51:27	MARY LUCE MELQUIADES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termocompromissopesquisador.pdf	15/03/2022 08:49:17	MARY LUCE MELQUIADES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	06/12/2021 20:10:57	MARY LUCE MELQUIADES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

**Bairro:** Casas Populares

**CEP:** 58.900-000

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**Telefone:** (83)3532-2075

**E-mail:** cepcfufcgcz@gmail.com



UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE  
CAJAZEIRAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 5.336.636

CAJAZEIRAS, 07 de Abril de 2022

---

Assinado por:  
Paulo Roberto de Medeiros  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

**Bairro:** Casas Populares

**CEP:** 58.900-000

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**Telefone:** (83)3532-2075

**E-mail:** cepcfufgcz@gmail.com