

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE ENFERMAGEM

BRUNA BORGES PAES

PAMELA CRISTINA DE BASTOS CARDOSO

**A PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO UMA DIMENSÃO DO CUIDADO E O
SENTIMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM AMBIENTE HOSPITALAR
À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA**

CRICIÚMA

2019

BRUNA BORGES PAES

PAMELA CRISTINA DE BASTOS CARDOSO

**A PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO UMA DIMENSÃO DO CUIDADO E O
SENTIMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM AMBIENTE HOSPITALAR
À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado para obtenção do grau Bacharel
no Curso de Enfermagem da Universidade do
Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof. (ª) Msc. Rozilda Lopes de
Souza

CRICIÚMA

2019

Dedicamos este trabalho a todas as mulheres que, em algum momento de suas vidas, foram vítimas de violência.

AGRADECIMENTOS

Tornar-me enfermeira hoje significa vitória. Encerro um ciclo para que outros iniciem.

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir concluir mais uma fase de minha vida e por se fazer abrigo nos momentos de tormenta.

Agradeço a minha mãe, Melania Ghisi Borges, por me apoiar do primeiro ao último dia da graduação, por se fazer presente em todos os momentos e por vezes, ter renunciado seus próprios sonhos para que os meus se realizassem. Sou eternamente grata por se fazer exemplo de garra e coragem e fazer tornar-se concreto o verdadeiro significado de família.

Agradeço ao meu namorado, Lucas Francisco Gomes, por acreditar em meu potencial, me amparar nos momentos mais difíceis, acalantar as inúmeras vezes em que as lágrimas me venceram, jamais me deixar desistir e ensinar que com paciência e perseverança poderei alcançar tudo que almejo.

Ao meu avô, José Rubens Borges (In Memoriam), expresso aqui eterna gratidão e amor por se fazer presente em forma de conforto e alento em meu coração nas vezes em que pensei não ser capaz de continuar. Ao meu tio, Fabricio Ghisi Borges, agradeço por me ensinar nos últimos anos o significado de força e persistência e por compartilhar comigo suas experiências acadêmicas.

Ainda, agradeço à Pamela Cristina de Bastos Cardoso, com quem partilho esta pesquisa, por todo o apoio, confiança e dedicação depositados no estudo que desenvolvemos.

Por fim, agradeço às minhas amigas não apenas pelos bons momentos e conquistas compartilhadas durante estes cinco anos, mas, principalmente por serem fortaleza e oferecerem apoio nos momentos de ansiedade e angústia, quando mais nos sentimos frágeis e vulneráveis.

(Bruna Borges Paes)

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, contou com a ajuda, apoio de diversas pessoas importantes as quais são fundamentais para que conseguíssemos chegar até aqui.

Primeiramente agradeço a Deus por ter escutado e atendido meus pedidos de ajuda, me concedeu sabedoria, força e fé.

Ao meu pai Amarildo Cardoso e ao meu irmão Pablo Cristiano, que sempre se fizeram presente incentivando e encorajando a seguir a diante a cada ciclo. Que compreenderam o quão difícil foi a trajetória até aqui.

Ao meu namorado Walbert Novak Speck por em inúmeras vezes ter escutado meus desabafos, ter abrandado minhas crises de nervosismo e ansiedade, e a todos momentos que abdicou de seu tempo para se dedicar à mim.

Aos amigos que participaram de cada etapa importante da trajetória acadêmica, e pessoal durante esse período de 5 anos, que entenderam os momentos de ausência e contribuíram com algum gesto de carinho.

A Bruna Borges Paes minha dupla deste trabalho, a qual compartilhei meus sentimentos de desespero, cansaço, felicidade e ainda os dias de ansiedade e nervosismo. Obrigada, por ajudar a fazer este trabalho acontecer, por toda tua dedicação.

Aos voluntários desta pesquisa, os quais disponibilizaram uma parte do seu tempo, no processo de obtenção de dados para o desenvolvimento deste trabalho.

(Pamela Cristina de Bastos Cardoso)

**“A violência só pode ser vencida a partir da
mudança do coração humano.”**

Papa Francisco

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção e sentimento do profissional enfermeiro sobre o acolhimento como uma dimensão do cuidado à mulher vítima de violência. A violência contra mulher pode ser entendida como qualquer ato ou conduta baseada no gênero que pode resultar em morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico a mulher. Os agressores não distinguem classe social, raça, idade ou outros fatores. A pesquisa caracterizou-se por abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo, desenvolvida em um hospital de alta complexidade do Sul de Santa Catarina. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com 9 profissionais enfermeiros atuantes dos setores de Pronto-socorro e Urgência e Emergência. A análise dos dados foi realizada a partir da exploração de conteúdo e categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados, que resultaram em cinco grandes categorias, perpassando por perfil dos profissionais; formação e capacitação dos profissionais frente à temática; percepção dos profissionais enfermeiros acerca do acolhimento e seus sentimentos perante a mulher vítima de violência; dificuldades encontradas pelos profissionais na assistência prestada e ações julgadas como necessárias para lidar com as diversas situações. Constatou-se que há um déficit de conhecimento pelos enfermeiros na atuação frente ao tema proposto, bem como no que tange o acolhimento a essa população. Os principais sentimentos expressos na assistência prestada a mulheres que sofrem violência foram revolta, tristeza e impotência. Este estudo nos confrontou com a realidade enfrentada, visto que a temática abordada é de grande relevância no cenário atual e considerada uma problemática de saúde pública, contudo, nota-se o despreparo profissional na prestação de uma assistência qualificada, resolutiva e efetiva a essas mulheres.

Palavras Chaves: Violência contra a mulher; Acolhimento; Enfermeiro.

ABSTRACT

This study aimed to know the perception and feeling of the nurse about the reception as a dimension of care to women victims of violence. Violence against women may be understood as any act or conduct based on gender that may result in death, harm or physical, sexual or psychological distress to women. Offenders do not distinguish social class, race, age or other factors. The research was characterized by a qualitative, descriptive, exploratory and field approach, developed in a high complexity hospital in southern Santa Catarina. Semi-structured interviews were conducted with 9 professional nurses working in the Emergency and Urgency and Emergency sectors. Data analysis was performed based on content analysis and data categorization, through the ordering, classification and final analysis of the researched data, resulting in five macro categories, passing through the professionals' profile; training and qualification of professionals regarding the theme; nurses' perceptions about welcoming and their feelings towards women victims of violence; difficulties encountered by professionals in the assistance provided and actions deemed necessary to deal with the difficulties encountered. It was found that there is a capacity deficit of nurses in relation to the theme addressed and regarding the reception made by them. The main feelings expressed in assisting women who suffer violence were anger, sadness and powerlessness. This study confronted us with the reality faced, since the theme addressed is of great relevance in the current scenario and considered a public health problem, however, it is noted the professional unpreparedness in providing qualified, resolute and effective assistance to these women.

Key Words: Violence Against Women; User Embracement; Nurse.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos enfermeiros entrevistados, por sexo, idade e tempo de atuação no setor	32
Tabela 2 – Perfil dos enfermeiros entrevistados, por tempo de formação e especialização	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EPS	Educação Permanente em Saúde
MDH	Ministério dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	TEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO	12
1.2	JUSTIFICATIVA	12
1.3	PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.4	HIPÓTESES	13
1.5	OBJETIVOS	13
1.5.1	Objetivo Geral.....	13
1.5.2	Objetivos Específicos	14
2.	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	15
2.2	ACOLHIMENTO	15
2.3	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	16
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER 17	
2.5	VIOLÊNCIA	18
2.5.1	Tipologia da violência	19
2.6	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	19
2.6.1	Tipologia da violência contra a mulher	20
2.6.2	Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher.....	21
2.6.3	Violência contra a mulher e suas consequências.....	23
2.6.4	A violência contra a mulher e o setor de saúde.....	23
2.6.5	Violência contra a mulher e a enfermagem	25
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	26
3.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	26
3.2	TIPO DE PESQUISA.....	26
3.3	LOCAL DE PESQUISA	27
3.4	SUJEITOS DO ESTUDO.....	27
3.5	PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS	27
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	28
3.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1	ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS.....	30

4.1.1 Perfil dos profissionais entrevistados	30
4.1.2 Formação e capacitação dos profissionais frente à temática violência contra a mulher	32
4.1.2.1 <i>Qualificação e preparação dos profissionais no atendimento a mulheres vítimas de violência</i>	32
4.1.3 Percepções dos profissionais enfermeiros acerca do acolhimento e seus sentimentos perante a mulher vítima de violência.....	36
4.1.3.1 <i>O acolhimento como dimensão do cuidado</i>	36
4.1.3.2 <i>O processo da assistência de enfermagem</i>	38
4.1.3.3 <i>O sentimento do profissional frente à violência praticada contra a mulher</i> 40	
4.1.4 Dificuldades encontradas pelos profissionais na assistência prestada ...	41
4.1.5 Ações julgadas como necessárias para lidar com as dificuldades encontradas 44	
5 CONCLUSÃO.....	47
6 REFERÊNCIAS	49
7. APÊNDICES E ANEXOS	56
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	56
APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semiestruturada	59
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

Violência contra a mulher pode ser entendida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 2006).

A cada ano, o índice de violência contra a mulher aumenta. Segundo o Ministério dos Direitos Humanos (MDH), no primeiro semestre de 2018, o Ligue 180 – Central de Atendimento a Mulher registrou mais de 79 mil relatos de violência (BRASIL, 2018).

Atualmente, existem Leis que amparam e asseguram os direitos das mulheres. A Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Em seu art. 2º, diz que toda mulher, independente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2006).

O campo da saúde, até pouco tempo, olhava para a violência contra a mulher apenas como um espectador e reparador dos danos provocados. Até então, o tema era tratado apenas como pertencente às esferas do direito e da segurança pública (HASSE; VIEIRA, 2014).

Apesar dos aspectos legais que visam assegurar os direitos das mulheres, o contexto atual ainda é extremamente agressivo.

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo buscou refletir sobre o papel do enfermeiro no acolhimento das mulheres vítimas de violência e o entendimento das percepções destes profissionais diante das situações de violência e seus sentimentos acerca da assistência prestada.

Acredita-se que com este projeto, a importância do acolhimento e da humanização frente à temática abordada seja evidenciada e que ainda, tenham sido identificadas as principais dificuldades e ações necessárias para garantir o atendimento integral e qualificado que é exigido frente às situações de violência na área de saúde.

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

Diante dessas reflexões tivemos como problema de pesquisa: qual a percepção e sentimento do profissional enfermeiro sobre o acolhimento como uma dimensão do cuidado à mulher vítima de violência, em um hospital de um município do Extremo Sul Catarinense?

1.4 HIPÓTESES

Foram considerados que os desafios enfrentados pelos enfermeiros no acolhimento à mulher vítima de violência poderiam estar relacionados à:

- ✓ O enfermeiro possui déficit de conhecimento teórico-prático sobre o acolhimento;
- ✓ A instituição não possui protocolo de assistência à mulher vítima de violência;
- ✓ O enfermeiro não se sente preparado para prestar assistência à mulher vítima de violência;
- ✓ A instituição não realiza Educação Permanente em Saúde (EPS) aos profissionais do setor de urgência e emergência e pronto-socorro voltado à temática abordada.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção e sentimento do profissional enfermeiro sobre o acolhimento como uma dimensão do cuidado à mulher vítima de violência, em um hospital de um município do Extremo Sul Catarinense.

1.5.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar o perfil dos profissionais enfermeiros entrevistados;
- ✓ Conhecer a formação e a capacitação destes profissionais frente à temática violência contra a mulher;
- ✓ Analisar as percepções dos enfermeiros acerca do acolhimento às mulheres vítimas de violência;
- ✓ Avaliar as dificuldades encontradas por estes profissionais na assistência prestada a essas mulheres;
- ✓ Apresentar as ações julgadas como necessárias pelos enfermeiros para lidar com as dificuldades encontradas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) instituída em 2003 visa à efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, possibilitando mudanças nos modos de gerir e cuidar e incentivando a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. Ela deve estar inserida em todas as políticas e programas do SUS (Brasil, 2003a).

A humanização é a valorização dos três grupos supracitados no processo de produção de saúde. Quando os sujeitos são valorizados, há a oportunidade de uma maior autonomia e a ampliação da capacidade de transformar a realidade em que vivem, compartilhando as responsabilidades, criando vínculos solidários e participando coletivamente nos processos de gestão e produção de saúde (BRASIL, 2003a).

A PNH apresenta três princípios norteadores: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia. A transversalidade fortalece e estimula a troca de saberes e experiências de diferentes especialidades que se aglutinam, resultando na produção de saúde de forma mais corresponsável. A indissociabilidade entre atenção e gestão, sabendo que as decisões dos gestores em ambiente de saúde interferem diretamente no cuidado, os trabalhadores e usuários devem buscar conhecer a forma que a gestão atua e participar ativamente do processo de tomada de decisão. Tendo em vista que o cuidado não se limita apenas ao cuidado da assistência em ambiente de saúde, o usuário inserido na comunidade e família, também são atores do cuidado e devem se corresponsabilizar para a continuidade, efetividade do tratamento e produção de saúde. O princípio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia visa o reconhecimento de cada pessoa como cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação no processo de produção de saúde (Brasil, 2010).

2.2 ACOLHIMENTO

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2010), acolhimento é a aproximação entre usuário e equipe de saúde, se dá em todos os níveis de atenção

e não se restringe apenas ao receber o usuário. Entende-se que cada sujeito tem sua singularidade e o olhar holístico possibilita estabelecer vínculo, compromisso e confiança, concretizado através da escuta qualificada, possibilitando desde modo a continuação do cuidado (Brasil, 2010).

Guedes, Henriques e Lima (2013, p. 31) apresentam o acolhimento como:

“Processo contínuo que envolve sensibilidade e conhecimento técnico-científico dos profissionais para identificar necessidades de saúde derivadas de processos sociais, físico-biológicos, mentais e ambientais. É a responsabilização interessada e ativa pela condição de saúde do usuário que resulta em adequação do serviço de saúde ao perfil da população atendida”.

Em 2013, em respaldo legitimado, a portaria 3.390/2013 institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), mais uma vez com intuito de fortalecer as práticas do acolhimento, agora com enfoque em atenção hospitalar. A portaria dispõe sobre o acolhimento na porta de entrada através de sistema de implementação de protocolos de classificação de risco que também apresenta como principal finalidade a agilidade aos serviços prestados aos usuários. A portaria reforça o acolhimento como uma escuta ética e qualificada que proporciona a resolubilidade das demandas apresentadas pelos usuários (Brasil, 2013a).

O acolhimento assume a premissa de reorganização do processo de trabalho, onde são identificadas e pontuadas as demandas advindas dos usuários, além de ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. O acolhimento não limita-se à triagem ou à escuta; ele engloba, além desses fatores, a identificação de demandas e a realização de intervenções com resolubilidade (BECK; MINUZI, 2008).

2.3 PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), promulgado em 1983, baseou-se nos princípios de direito à saúde, da integralidade e da equidade de gênero, ou seja, visava ações de saúde voltadas para o atendimento integral das necessidades das mulheres. O programa ainda dispôs de forma clara a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 1984).

Até este momento, a visão que prevalecia sobre a mulher era a da atenção materno-infantil, que enfatizava sua especificidade biológica e seu papel

social de mãe. Diante de todas as movimentações, conseguiu-se que fossem separadas estas duas áreas em 1) Saúde da Criança e do Adolescente e 2) Saúde da Mulher (RATTNER, 2014).

A ruptura destes conceitos foi fundamental para que a mulher deixasse de ser vista apenas como quem engravida e tem filhos e passasse a ser vista também como sujeito possuidor de direitos. Ao mesmo tempo, ocorria o processo de redemocratização e a aprovação da Constituição Federal de 1988, que, entre os seus avanços, criou o Sistema Único de Saúde (VIOLA, 2008).

Em 2004, este programa tomou então, a forma da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher amplia o conceito de saúde da mulher, incorporando a integralidade, o enfoque de gênero, de raça e etnia e a promoção da saúde como princípios norteadores (RATTNER, 2014).

Esta política nacional ampliou o leque de ações de saúde, que até então eram focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, incluindo assim outros aspectos relevantes à saúde da mulher, como a assistência às doenças ginecológicas, assistência ao climatério, assistência à mulher vítima de violência. Também incluiu em suas ações a prevenção, detecção e tratamento do câncer de colo de útero e de mama e a promoção da saúde de segmentos específicos da mulher (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como objetivo promover melhorias das condições de vida e de saúde das mulheres, garantindo os direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos serviços de saúde; reduzir a morbidade e a mortalidade feminina no Brasil, principalmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e sem discriminações; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. Também é objetivo do PNAISM desenvolver ações que garantam atenção humanizada em todas as situações que envolvam a saúde das mulheres.

No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ainda pode-se destacar um aspecto considerado essencial para executar as ações:

a humanização do atendimento. Uma atenção humanizada e qualificada implica no estabelecimento de relações entre os sujeitos, ainda que muito diferentes conforme suas especificidades – condição social, racial, étnica, cultural e de gênero (BRASIL, 2004).

Desta forma, esta política considera a diversidade encontrada em todas as regiões do país, que apresentam níveis de desenvolvimento e organização de seus sistemas locais de saúde, diferentes.

2.5 VIOLÊNCIA

Analisando a história, provavelmente, a violência sempre fez parte da existência humana. A cada ano, milhares de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem ferimentos não fatais – resultado de autoagressões, agressões interpessoais e violência coletiva (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A violência atualmente é compreendida como um problema de saúde pública e pode ser definida, de acordo com Minayo e Souza (1997), como ação intencional humana, seja de indivíduos, grupos, classes ou nações, direcionada à outra pessoa que causa prejuízo e afeta a sua integridade física, moral, psicológica ou espiritual.

A violência é reconhecida, internacional e nacionalmente, como uma questão social e de saúde pública. Mundialmente, é considerada como violação dos direitos humanos. O termo violência ainda é complexo e está inserido em diversos contextos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Com o avanço da tecnologia, alguns tipos de violência se tornaram diariamente visíveis, mas além desses, inúmeros atos violentos ainda ocorrem sem serem vistos: dentro dos lares, nos locais de trabalho e até em instituições destinadas ao cuidado. Muitas vítimas são incapazes de se protegerem ou, por convenções sociais, são forçadas a fazer silêncio sobre suas experiências (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Algumas causas da violência podem ser facilmente percebidas; outras estão interligadas na sociedade, cultura e poder econômico da vida humana (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Segundo Minayo (2004), a violência é uma questão social e não um objeto próprio de um setor específico. No entanto, torna-se um tema ligado à saúde,

pois suas consequências estão associadas à qualidade de vida, lesões físicas, psicológicas e morais que ocasionam e também pela exigência de atenção e cuidados dos serviços de saúde.

2.5.1 Tipologia da violência

Dahlberg e Krug (2006) propõe a divisão da violência em três amplas categorias, de acordo com a característica daquele que comete os atos violentos: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva.

A categorização estabelece a diferença entre a violência cometida a si mesma, a violência cometida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos e a violência cometida por grupos maiores, como estados, milícia e organizações terroristas. Essas categorias ainda se subdividem.

A violência autodirigida se subdivide em comportamento suicida – inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios – e auto abuso – como atos de mutilação; a interpessoal é subdividida em violência de família e parceiros íntimos, que ocorre principalmente dentro dos lares entre membros da família e parceiros íntimos, e violência na comunidade, geralmente ocorrendo entre pessoas que podem ou não se conhecerem, usualmente fora dos lares; a violência de família e parceiros íntimos inclui todas as formas de violência de abuso infantil, entre parceiros íntimos e maus-tratos contra idosos. No que se refere à violência na comunidade inclui violência entre jovens, atos diversos de violência e violências entre instituições. Por fim, a violência coletiva pode ser dividida em violência social, política e econômica, que sugerem possíveis motivos para a violência cometida por esses grupos – atos terroristas, guerras, atos visando a desintegração da atividade econômica e outros (DAHLBERG; KRUG, 2006).

2.6 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Os diversos tipos de violência contra mulheres e meninas são vistos ao longo da história em praticamente todos os países. É frequente em países onde prevaleça a cultura masculina e menor em culturas que buscam por políticas igualitárias para os diferentes gêneros (BLAY, 2003).

A mobilização contra este tipo de violência ocorreu apenas depois de 1975, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou o primeiro Dia Internacional da Mulher (BLAY, 2003).

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, também denominada como Convenção da Mulher, de 1979, é o primeiro tratado internacional a dispor sobre os direitos das mulheres, a busca pela igualdade de gênero e a repressão das discriminações contra as mulheres em todo o mundo. O tratado entrou em vigor em 1981 (ONU, 1979).

Entretanto, a primeira conceituação normativa de violência contra a mulher decorreu da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a mulher, publicamente conhecida como Convenção de Belém do Pará, no ano de 1994 (BRASIL, 1994).

Aponta-se a preocupação sobre o tema violência, visto que os agressores não distinguem fatores sociais, raça, idade e qualquer outra condição e salienta-se que a violência contra mulher é uma ofensa à dignidade humana (ONU, 1994).

A violência contra a mulher é também permeada pelos conceitos de violência de gênero, violência intrafamiliar ou violência doméstica. A problemática não atinge apenas uma determinada raça, cor, classe social ou idade, ela é um mal universal (GUEDES, 2011).

Da mesma forma que não existe um perfil específico da mulher vítima de violência, também não há um perfil específico para o agressor, podendo ser desde o homem mais culto e com melhor poder econômico, até os menos favorecidos (GUEDES, 2011).

2.6.1 Tipologia da violência contra a mulher

A lei Nº 11.340/2006, também conhecida como Lei Maria da Penha apresenta disposições para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Conforme disposto no Art. 2º, toda mulher independente de seu aspecto socioeconômico, sociocultural, orientação sexual, nível de escolaridade, raça, religião e idade, deve usufruir dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, para viver sem violência (BRASIL, 2006).

Segundo o Art. 5º, “configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão,

sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006).

Ainda, esta mesma lei, de acordo com o Art. 7º, traz a tipologia dessa violência, divididas em violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Estas podem ser definidas como:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

2.6.2 Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher

Após a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003, as políticas públicas de enfrentamento à violência foram fortalecidas com a criação de conceitos e diretrizes relativas à temática. Até então, as ações de enfrentamento eram apenas isoladas, baseadas em capacitar profissionais para atender às vítimas e criar serviços especializados, como a delegacia da mulher (BRASIL, 2011).

Em âmbito nacional, para o enfrentamento da violência contra as mulheres houve, em 2007, a criação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à

Violência Contra a Mulher, que consiste em um acordo entre todas as esferas governamentais (ARAUJO *et al*, 2014).

Este pacto visa assegurar ações que garantem segurança, acesso à Justiça, direitos sexuais e reprodutivos, autonomia das mulheres e ampliação de seus direitos, por meio de implementação de políticas públicas integradas (ARAUJO *et al*, 2014).

O pacto parte do pressuposto de que a violência é um fenômeno complexo e de caráter multidimensional, que exige a implementação de políticas públicas articuladas e amplas em todas as esferas sociais e busca a prevenção, assistência e garantia dos direitos das mulheres que vivem em situação de violência e ainda combater a impunidade aos agressores. (BRASIL, 2011).

Em 2011, após 4 anos de existência, o pacto passou por uma releitura, trazendo 5 eixos estruturantes e 8 objetivos, sendo estes, respectivamente:

- 1) Garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha;
- 2) Ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência;
- 3) Garantia da segurança cidadã e acesso à Justiça;
- 4) Garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres;
- 5) Garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos (BRASIL, 2011).

Objetivo 1 – Garantir implementação e aplicabilidade da Lei Maria da Penha, por meio de difusão da lei e do fortalecimento dos instrumentos de proteção dos direitos das mulheres em situação de violência;

Objetivo 2 – Garantir o atendimento às mulheres em situação de violência, com a ampliação e fortalecimento dos serviços especializados, qualificação, fortalecimentos e integração dos serviços da rede de atendimento de forma a promover a capilaridade da oferta de atendimento, a garantia de acesso a todas as mulheres;

Objetivo 3 – Criação do Sistema Nacional de Dados sobre Violência contra a Mulher conforme previsto no artigo 38 da Lei Maria da Penha e do Registro Administrativo Unificado, para a construção de indicadores que permitam maior monitoramento, avaliação e elaboração;

Objetivo 4 – Garantir a Segurança Cidadã a todas as mulheres;

Objetivo 5 – Garantir o acesso à Justiça, de forma que todas as mulheres possam receber atendimento adequado por meio da atuação em rede, e que os equipamentos de justiça promovam sua plena defesa e o exercício da sua cidadania;

Objetivo 6 – Garantir os Direitos Sexuais na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo, sua sexualidade por meio da mudança cultural dos conceitos historicamente construídos na sociedade brasileira, de forma

a identificar, responsabilizar e prestar atendimento às situações em que as mulheres têm seus Direitos Humanos e Sexuais violados;

Objetivo 7 – Garantir a inserção das mulheres em situação de violência nos Programas Sociais nas três esferas de governo, de forma a fomentar sua independência e garantir sua autonomia econômica e financeira e o acesso a seus direitos;

Objetivo 8 – Garantir a implementação da Política de Enfrentamento à violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta (BRASIL, 2011).

Os esforços aplicados no desenvolvimento de tais políticas públicas já resultaram em ações que auxiliam na desconstrução e no combate às violências de gênero e no empoderamento das mulheres. No entanto, ainda há a necessidade de fortalecer o Pacto, visto que muito ainda precisa ser feito para que todos os objetivos sejam alcançados (BRASIL, 2011).

2.6.3 Violência contra a mulher e suas consequências

Independente do tipo, a violência resulta em danos, com impacto na saúde física e emocional da mulher (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

A violência física é a forma mais habitual, de maior visibilidade e facilidade de identificação, pois gera consequências e resultados materialmente comprováveis, como cortes, fraturas, arranhões, hematomas e outros tipos de ferimentos (CAMPOS, 2011).

O drama da violência abala a autonomia e autoestima da mulher, prejudica a qualidade de vida, acarretando em consequências na estruturação pessoal, familiar e social. Isso influencia na conservação e na integridade da saúde da mulher, alterando-a de forma degradante, agressiva e destruidora de sua autoestima e estado de independência (ALBUQUERQUE NETTO *et al*, 2014).

De acordo com Ribeiro e Coutinho (2011), as consequências da violência também acarretam em agravos à saúde sexual e reprodutiva da mulher e em muitos outros casos, acabam sendo fatais. Muitas buscam atendimento nos serviços de saúde, por problemas relacionados direta ou indiretamente com a violência.

2.6.4 A violência contra a mulher e o setor de saúde

Na área da saúde, no Brasil, o tema violência foi considerado de forma fragmentada e progressiva. Os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e a pressão de algumas entidades foram de extrema importância para fazer da violência, uma questão de saúde pública (MINAYO, 2006).

Os danos à saúde da mulher, causados pela violência, são queixas frequentes nos serviços de saúde e em todos os níveis de atenção, mas raramente são reconhecidos e abordados como tal (PEDROSA; SPINK, 2011).

Os profissionais dos serviços de saúde demonstram grande dificuldade para identificar a violência contra a mulher, mesmo em situações onde estas apresentam danos ao seu bem estar, pois, geralmente, as mulheres agredidas não relatam o fato (RIBEIRO; COUTINHO, 2011).

A indisposição das mulheres a relatar os episódios de violência contribui para a ocultação do problema e prejudica seu diagnóstico. Este fator associado ao despreparo dos serviços e profissionais de saúde compactua com a invisibilidade muitas vezes atribuída ao tema (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

Abordar a violência contra a mulher nos serviços de saúde exige do profissional, a posição de facilitador terapêutico e construtor de estratégias a partir do olhar singular à mulher e que respeite o contexto social em que estão inseridas, visto que, essas ações podem alterar o contexto do ocultamento da situação vivida (PEDROSA; SPINK, 2011).

Essa abordagem, quando realizada de maneira efetiva, possibilita o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, capazes de modificar a situação de violência vivenciada pela mulher, culminando na transformação da realidade, diminuindo ou até eliminando a vulnerabilidade à violência sofrida, oferecendo à mulher a promoção e proteção de sua saúde e a garantia de seus direitos como mulher e cidadã (PEDROSA; SPINK, 2011).

Segundo Silvestre Neto et al (2015) ainda há a necessidade de grandes mudanças nas práticas prestadas pelos serviços de saúde, principalmente àquelas com ênfase na detecção precoce dos casos de violência para que agravamentos da situação e comprometimento de sua saúde sejam evitados.

Nos últimos anos, diversas medidas foram tomadas visando prevenir e combater o problema da violência contra as mulheres, mas essas medidas só serão eficazes quando elaboradas a partir de um modelo que reconheça as necessidades reais das mulheres, levando em conta os aspectos físicos, psicológicos e sociais.

2.6.5 Violência contra a mulher e a enfermagem

O enfermeiro como parte da equipe multiprofissional e das redes de apoio, deve conduzir o atendimento às mulheres vítimas de violência com conhecimento técnico-científico e fornecer subsídio para o agir ético. Ainda, objetivando viabilizar prevenção e recuperação das vítimas, deve promover discussões e estimular que o conhecimento seja compartilhado entre equipe (BROCH; CROSSETTI; RIQUINHO, 2017).

O acolhimento dos profissionais de saúde, e especialmente dos profissionais enfermeiros, deve transmitir segurança e proteção durante os cuidados, a garantia do sigilo, e os devidos encaminhamentos a mulher vítima de violência e a sua família (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

As atitudes devem ser humanizadas, compreendidas através da escuta qualificada, do olhar holístico, entendendo a singularidade do sujeito, a atenção e respeito. Deste modo é possível identificar as demandas apresentadas pela vítima e tratá-las com resolubilidade. Desde o momento em que a mulher vítima de violência procura o serviço de saúde, o profissional de enfermagem tem a oportunidade de realizar o acolhimento e mostrar o verdadeiro significado da sua profissão: o cuidado (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Quando o profissional enfermeiro faz do acolhimento uma prática do seu cotidiano e utiliza da escuta qualificada, tem nesse momento condições para identificar e investigar situações de violência que estejam contidas no silêncio por medo e/ou vergonha das mulheres que procuram atendimento por qualquer outra queixa, que não demonstra diretamente a violência (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

Para um atendimento humanizado e satisfatório, o enfermeiro, assim como todos os outros profissionais de saúde, deve abordar a situação de violência sem pré-julgamentos, e para isso, é preciso buscar, desde a vida acadêmica até as ações de educação permanente, conhecimento e preparo para o enfrentamento dos casos (BROCH; CROSSETTI; RIQUINHO, 2017).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido em um hospital de alta complexidade do Sul de Santa Catarina, aplicado entrevista semiestruturada com 9 profissionais enfermeiros, atuantes dos setores de Pronto-Socorro e Urgência e Emergência. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo e da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem da pesquisa foi qualitativa. Este tipo de abordagem não se concentra em representatividade numérica, mas sim na compreensão de um grupo social, organização e outros. A pesquisa qualitativa busca explicar o por que das coisas, exprimindo o que convém ser feito sem quantificar os valores, pois os dados analisados são não-numéricos. A preocupação da pesquisa qualitativa, portanto, é com os aspectos da realidade, centrado na compreensão e explicação das dinâmicas sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa qualitativa tem como principais características a objetivação do fenômeno; a hierarquização das ações de descrever, compreender e explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno e respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados, suas orientações teóricas e seus dados empíricos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

3.2 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa realizada foi do tipo descritiva, exploratória e de campo. Este tipo de pesquisa tem como finalidade “desenvolver, esclarecer, modificar e aprimorar ideias”; descrevendo as características de determinados fenômeno. São incluídas no grupo de pesquisas descritivas as que têm objetivo de levantar “as opiniões, atitudes e crenças de uma população” (GIL, 2002, p.42).

Pesquisas exploratórias “permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar

tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” (LEOPARDI, 2002, p.119).

3.3 LOCAL DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido nos setores de Pronto-Socorro e Urgência e Emergência de um Hospital de Alta Complexidade do Sul de Santa Catarina.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram realizadas nove (9) entrevistas com nove (9) profissionais enfermeiros, atuantes nos setores de Pronto-socorro e Urgência e Emergência, abrangendo profissionais dos turnos matutino, vespertino e noturno que se disponibilizaram a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

3.5 PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS

Procedimentos Iniciais

Inicialmente solicitou-se autorização para a realização da pesquisa na instituição e posteriormente o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, sendo aprovado, sob o n. 3.422.684. (Anexo 1).

1º Momento: Realizado reconhecimento do campo de pesquisa.

2º Momento: Realizado seleção intencional de profissionais enfermeiros; de acordo com os seguintes critérios:

a) Critérios de inclusão

- Atuante dos setores de Pronto-Socorro e Urgência e Emergência;
- Ativo no setor há, no mínimo, 03 meses;

- Aceitação para participar da Pesquisa segundo Resolução 510/2016.

b) Critérios de exclusão

- Profissionais atuantes de outros setores que não sejam Pronto-Socorro e Urgência e Emergência;
- Profissionais com tempo de atuação no setor inferior a 03 meses;
- Profissionais de licença, afastamento ou férias;
- Profissionais que não aceitaram participar da Pesquisa, conforme a Resolução 510/2016.

3º Momento: Aplicada a entrevista semiestruturada com os profissionais enfermeiros dos setores do Pronto-Socorro e Urgência e Emergência (Apêndice B).

4º Momento: Efetuada análise e interpretação dos dados.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

“Um dos procedimentos mais úteis para a investigação qualitativa é a formulação e organização dos dados em categorias” (LEOPARDI, 2002). Categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, são estabelecidas para classificar os eventos. Categorizar é agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito (LEOPARDI, 2002; MINAYO, 2009).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento assegurando o sigilo da identidade dos participantes. O termo

segue as exigências formais contidas na resolução 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com a Resolução 466/12 “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados” (BRASIL, 2012, p. 07).

Segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01). A Resolução 466/12 e 510/2016 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem devem ser asseguradas aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

A pesquisa em seres humanos deve sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa utilizou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, iniciou-se a coleta de dados com os profissionais enfermeiros dos setores de Pronto-Socorro e Urgência e Emergência; com o objetivo de conhecer a percepção e o sentimento desses profissionais sobre o acolhimento como uma dimensão do cuidado à mulher vítima de violência.

Por meio de aplicação de entrevista semiestruturada foi caracterizado o perfil dos profissionais enfermeiros com levantamento de gênero; faixa etária; tempo de atuação no setor; tempo de formação e especializações, seguido das questões norteadoras da entrevista.

Objetivando manter o sigilo dos profissionais entrevistados, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras das Resoluções 466/12 e 510/16, será utilizado o substantivo Enfermeiro, seguido de um número, sendo assim, definido como Enfermeiro 01, Enfermeiro 02, Enfermeiro 03, e, assim sucessivamente.

4.1 ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS

4.1.1 Perfil dos profissionais entrevistados

Aceitaram participar da entrevista 9 profissionais que atuam nos setores de Pronto-Socorro e Urgência e Emergência do hospital em estudo.

Destes, 7 eram do sexo feminino e apenas 2 do sexo masculino, evidenciando a prevalência de mulheres no âmbito da enfermagem. A faixa etária variou entre 25 e 47 anos.

Considerando o tempo de formação, este variou entre 3 e 17 anos. Entre os profissionais, a pós-graduação predominante foi em Urgência e Emergência. Apenas 3 dos entrevistados não possuíam nenhuma especialização.

Quanto ao tempo de atuação no setor, as variações ocorreram entre 5 meses a 15 anos.

Observamos os dados demonstrados nas tabelas 1 e 2, apresentadas abaixo.

Tabela 1 – Perfil dos enfermeiros entrevistados, por sexo, idade e tempo de atuação no setor.

Enfermeiro	Sexo	Idade (em anos)	Tempo de atuação no setor
01	Feminino	30	5 meses
02	Feminino	32	2 anos
03	Feminino	25	6 meses
04	Feminino	37	3 anos
05	Masculino	40	8 anos
06	Feminino	47	15 anos
07	Feminino	39	3 anos
08	Feminino	37	10 meses
09	Masculino	30	7 anos

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 2 – Perfil dos enfermeiros entrevistados, por tempo de formação e especialização.

Enfermeiro	Tempo de formação (em anos)	Especialização
01	3	Saúde da Família e pós-graduanda em Urgência e Emergência
02	11	Pós-graduanda em auditoria
03	4	Urgência e Emergência
04	5	-
05	10	Estomaterapia
06	17	Saúde Mental
07	5	-
08	7	Urgência e Emergência, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Gerontologia e pós-graduanda em gestão em saúde hospitalar
09	7	-

Fonte: elaborado pelos autores.

Dada a predominância do sexo feminino neste estudo, verificou-se ser este um cenário muito comum em estudos realizados em outros locais.

A área da saúde é predominantemente constituída por profissionais de enfermagem, em razão à singularidade e a história da profissão e se caracteriza principalmente pelo sexo feminino, que historicamente sempre desenvolveu inúmeras funções, como trabalhadoras da saúde e papel principal como cuidadoras das famílias (ELIAS *et al*, 2016).

Estudos realizados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) acerca das características gerais do perfil dos trabalhadores da enfermagem no Brasil constataram que 85,1% são profissionais do sexo feminino (MACHADO *et al*, 2016a).

Analisando os aspectos gerais da formação dos profissionais de enfermagem, constatou-se que a maior parte dos enfermeiros está formada há 10

anos ou menos, sendo possível concluir que a enfermagem é uma profissão em processo de renovação, constituída de maneira predominante por jovens. (MACHADO *et al*, 2016b).

No que tange aos profissionais analisados neste estudo, foi possível constatar que o perfil sociodemográfico e de formação profissional se assemelha a resultados já obtidos em outros estudos realizados, cujo objetivo é analisar as características dos profissionais da enfermagem.

4.1.2 Formação e capacitação dos profissionais frente à temática violência contra a mulher

4.1.2.1 Qualificação e preparação dos profissionais no atendimento a mulheres vítimas de violência

Entre os participantes, apenas 4 afirmaram já ter recebido formação e/ou capacitação sobre o referido tema.

“Recebi capacitação quando estava na Residência multiprofissional, há pouco mais de um ano.” (Enfermeiro 01).

“Sim, a capacitação foi disponibilizada e realizada pela Secretaria de Saúde.” (Enfermeiro 02).

Ainda, 3 enfermeiros relataram ter recebido somente orientações acerca das notificações de casos de violência e também acerca dos protocolos existentes nos setores de pronto-socorro e urgência e emergência referente aos casos de violência.

“Recebi orientações do hospital sobre os protocolos.” (Enfermeiro 04).

“Nós recebemos palestras no hospital sobre as notificações que devemos fazer, com as mulheres que sofrem algum tipo de violência.” (Enfermeiro 07).

Os enfermeiros, aqui identificados como enfermeiros 3 e 4, afirmaram nunca terem recebido nenhum tipo de formação ou capacitação referente à temática abordada.

Entre as estratégias usadas no combate à violência contra a mulher, podemos citar o treinamento dos profissionais de saúde, bem como a criação de protocolos que possa detalhar quais procedimentos devem ser adotados, mas acima de tudo, a capacitação destes profissionais (SANTOS *et al.*, 2014).

Para a capacitação, torna-se de grande importância o conhecimento das teorias sobre abuso de gênero e poder, e como isso implica na prática profissional e no cotidiano dos sujeitos com quem vão interagir. Desta forma, devem ser oferecidas aos profissionais, capacitações em gênero, como parte da formação profissional, buscando reforçar a igualdade no atendimento e na relação com usuários de ambos os sexos (SANTOS *et al.*, 2014).

Foi possível observar que a capacitação referente à temática violência contra a mulher não tem sido pauta de interesse nas capacitações realizadas no ambiente hospitalar ou ainda não há interesse por parte dos profissionais de participar das ações de capacitação.

Com relação à preparação para prestar assistência às vítimas, 7 enfermeiros afirmaram sentirem-se preparados para prestar o atendimento.

“Acredito que sim, pelo menos em todas as vezes que atendi, não senti dificuldades”. (Enfermeiro 05).

“Sim, no momento sim, nós recebemos bastante mulheres vítimas de violência. [...] Toda semana recebemos mulheres vítimas de agressão ou estupro.” (Enfermeiro 09).

No entanto, 2 profissionais relataram sentirem-se parcialmente preparados para prestar a assistência necessária, como evidencia-se a seguir:

“Sinto que, como é um tema bem atual, poderíamos ter um enfoque maior na temática, como mais capacitações e treinamentos. Não me sinto totalmente preparada: me sinto em evolução, me preparando a cada dia.” (Enfermeiro 02).

“Não me sinto muito preparada; às vezes, conforme a situação, não sabemos direito o que fazer, principalmente para ajudar a paciente psicologicamente, emocional.” (Enfermeiro 06).

Outros estudos analisados demonstram que profissionais relatam não possuírem dificuldades para prestar assistência de enfermagem às mulheres que sofreram algum tipo de violência, como o apresentado por Silva et al (2014). Estes resultados são parcialmente compatíveis com o resultado encontrado no presente estudo.

Entretanto, segundo Lima e Deslandes (2014), devido ao grande número de profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde, há a necessidade que o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e instituições de ensino, desenvolva metodologias de ensino com abrangência e preparo dos profissionais nos diversos níveis de complexidade, ao atendimento a mulheres que sofreram violência, independente de sua tipologia.

Com relação à existência de protocolo para atendimento a essas mulheres, todos os profissionais entrevistados afirmaram que a instituição possui protocolo para prestação de assistência a essas vítimas e ainda, foi citado por um destes profissionais que o protocolo está passando por uma reformulação. Não foram citadas opiniões referentes a aspectos como a importância, vantagens ou desvantagens da utilização dos protocolos.

“Sim, inclusive está sendo reformulado”. (Enfermeiro 01).

“Sim, no protocolo temos como obrigatoriedade a notificação e os segmentos de como proceder em cada caso, quais serviços acionar e qual direcionamento tomar”. (Enfermeiro 03).

“Sim, possui, é embasado nas recomendações do Ministério da Saúde”. (Enfermeiro 09).

Os protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência ou na gestão dos serviços de saúde. Devem ser orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e

política e são fundamentados no preceito da prática baseada em evidências, obedecendo aos aspectos éticos da profissão (PIMENTA *et al*, 2015).

O uso de protocolos oferece vantagens ao profissional. Entre elas, estão maior segurança aos usuários e profissionais e redução da variabilidade de ações de cuidado. Ainda facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e resultados e a comunicação profissional (PIMENTA *et al*, 2015).

Sob essa perspectiva, a adoção de protocolos favorece a qualidade nas ações de cuidado e de gestão, e, ainda viabiliza uma atenção que responda efetivamente às mulheres em situação de violência (VIEIRA *et al*, 2016).

No entanto, é necessário ponderar o uso, visto que a complexidade de cada caso requer soluções próprias e nem sempre protocolos fixos e únicos promovem resultados eficientes (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

Acerca da realização de Educação Permanente em Saúde pela instituição e a participação dos profissionais nas ações, emergiram respostas divergentes. Entre os 9 profissionais entrevistados, apenas 4 afirmaram que a instituição realiza ações de educação em saúde voltadas ao tema, e, dois deles, nunca participaram. Ainda, 3 profissionais afirmaram que a instituição não realiza e apenas 1 deles refere que participou de uma ação de educação em saúde, mas fora da instituição. Por fim, 2 profissionais relataram não terem conhecimento se são realizadas educações em saúde referentes ao tema em estudo e também nunca participaram.

“Continuamente não, mas tem. Teve há pouco tempo, mas não participei.”
(Enfermeiro 04).

“Não realiza, nunca tive, somente orientações, papéis, documentos, para realizar esse atendimento.” (Enfermeiro 03).

“Não me recordo, não sei se tem. Eu sei que tem algumas palestras no outubro rosa [...]” (Enfermeiro 07).

Em 2004, o Ministério da Saúde preconizou a Política da Educação Permanente em Saúde, com a finalidade de transformar e qualificar as ações e serviços no setor de saúde. Atualmente, a educação permanente em saúde tem sido

considerada um instrumento importante na construção da competência profissional e contribui com a organização do trabalho (PUGGINA *et al*, 2016).

Vista como uma estratégica capaz de promover mudanças nos processos de trabalho, a educação permanente ainda permite que o trabalhador que participa se veja e se posicione de modo mais ativo e participativo nos processos e proporciona uma gestão mais compartilhada, com poder horizontalizado nas instituições (PEREIRA; BARBOSA; VERNASQUE, 2014).

No entanto, um estudo realizado com os profissionais da área, aponta que existem grandes dificuldades na realização das ações educativas, entre elas, a falta de tempo para reunir as equipes e a falta de organização para que essas ações sejam realizadas (PUGGINA *et al*, 2016).

Dessa forma, a EPS precisa ser vista como prioridade nos serviços de saúde, propiciando o aumento do conhecimento de cada profissional, além de permitir a socialização dos saberes, visando melhorar o atendimento ao usuário do sistema de saúde (PUGGINA *et al*, 2016).

A partir da análise realizada, foi possível identificar certa carência na realização das ações de educação permanente em saúde e, que, mesmo quando realizada pela instituição, os profissionais não demonstram interesse suficiente na participação. Como demonstrado nos estudos supracitados, é necessário que as ações de educação permanente sejam vistas como prioridades e que se encontrem maneiras de perpassar pelas dificuldades que interferem diretamente na realização dessas ações e na qualidade da realização das mesmas.

4.1.3 Percepções dos profissionais enfermeiros acerca do acolhimento e seus sentimentos perante a mulher vítima de violência

4.1.3.1 O acolhimento como dimensão do cuidado

O conceito de acolhimento apresentou entre a grande maioria dos entrevistados, asserção em comum em partes, descrevendo-o como recepcionar o paciente, realizar escuta qualificada, analisar suas demandas e realizar intervenções, como descrevem as seguintes falas:

“No geral é receber o paciente, escutá-lo, ver quais são suas necessidades, acomodar [...]. E também realizar intervenções.” (Enfermeiro 01).

“Acolhimento é receber o paciente, escutá-lo... É a primeira escuta, é a porta de entrada do paciente, onde vai ter o primeiro contato com o profissional, que vai receber as primeiras informações e a demanda que ele vem trazendo, seja uma violência, uma dor, qualquer coisa do tipo.” (Enfermeiro 02).

No entanto, alguns profissionais ainda mencionaram a humanização como elemento necessário no acolhimento e na prestação de cuidados aos pacientes que utilizam os serviços de saúde, mas, na verdade, o acolhimento é um dispositivo da humanização.

“O acolhimento é atender bem o paciente, dar atenção. É tratar o paciente com dignidade, com respeito, com humanização.” (Enfermeiro 05).

“Vem desde a recepção [...]. É a forma como você escuta e trata o paciente, como indaga esse paciente, como devemos conversar. É toda essa integração, para que o acolhimento seja feito de forma humanizada.” (Enfermeiro 08).

Resultados de um estudo realizado no ano de 2014 apontam que os profissionais de saúde referem que o acolhimento é a ação inicial na atenção aos pacientes, porém, limitam-se ao acolhimento apenas como recepcionar estes pacientes e ouvir suas queixas. (PORTO; BISPO JUNIOR; LIMA, 2014).

A Política Nacional de Humanização, lançada em 2003, busca aplicar nos serviços de saúde os princípios do SUS e produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar. Nesse contexto, apresenta o acolhimento como o reconhecimento do que o usuário traz como necessidade de saúde em sua legitimidade e singularidade, construído de forma coletiva, objetivando estabelecer vínculo, relações de confiança e compromisso entre equipes e serviços de saúde e usuários (BRASIL, 2013a).

Observou-se que alguns profissionais entrevistados restringem-se à prática do acolhimento apenas como receber e ouvir a demandas dos pacientes. Pode-se afirmar que a receptividade e a escuta qualificada é o que possibilita o conhecimento das demandas dos sujeitos que buscam por atendimento nos serviços

de saúde e que esta escuta é fundamental para o processo de acolher, mas, de forma geral, este processo não deve limitar-se apenas estas ações.

4.1.3.2 O processo da assistência de enfermagem

Os resultados obtidos acerca do processo de assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência mostraram que dos 9 entrevistados, 5 realizam o mesmo processo de atendimento, que consiste em receber a vítima, realizar notificação de violência, solicitar atendimento do serviço social e psicólogo, acionar da polícia e o atender as demandas necessárias em cada caso.

“Recebe a vítima, é realizado a notificação da violência, entramos em contato com a delegacia da mulher e lançamos um alerta no sistema para a assistente social e psicólogo. [...] São feitos os segmentos de acordo com a necessidade da paciente” (Enfermeiro 01).

“Além do atendimento médico-hospitalar, é realizada a notificação, acionado a polícia civil, acionado o serviço social e psicólogo, dependendo do tipo de violência vamos dando prosseguimento à vítima.” (Enfermeiro 05).

Foram identificadas falas incoerentes às demais, demonstrando que apesar da existência de um processo de enfermagem e que este deve ser seguido, alguns profissionais não o realizam, de acordo com as seguintes falas:

“Não há uma rotina, um jeito certo ou um passo a passo, cada um faz da forma que acha adequado.” (Enfermeiro 07).

“Ela é acolhida, é verificado sinais vitais, aí depende do tipo de violência que ocorreu pra prosseguir com o atendimento.” (Enfermeiro 04).

O cuidado de enfermagem prestado às vítimas de violência deve ser planejado de maneira a promover acolhimento, respeito, segurança e resolutividade das suas necessidades individuais. É fundamental que este planejamento seja pautado nos instrumentos básicos de enfermagem, nas políticas públicas e legislação vigente, visando a proteção das vítimas e a prevenção de futuros agravos (FERRAZ, 2009).

Conforme descrito no estudo realizado por Ferraz (2009), alguns passos podem ser seguidos para integrar as ações de enfermagem e dos demais profissionais de saúde. Estes passos envolvem o acolhimento e o apoio por parte da equipe de saúde; diálogo com a vítima de forma a expor opções existentes para lidar com o problema, permitindo que a mesma faça suas escolhas e fortaleça sua autoestima; apoiar a vítima que deseja realizar denúncia; realizar os encaminhamentos a outros órgãos competentes; incentivar a construção de vínculo com as redes de assistência; prestar assistência clínica e ofertar atendimento social e psicológico.

De acordo com a Lei nº 10.778/2003 estabelece-se a notificação compulsória em todo o território nacional, dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, sendo eles públicos ou privados (BRASIL, 2003b).

Ainda, o decreto nº 7.958/2013 estabelece diretrizes para os atendimentos a mulheres vítimas de violência sexual por profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS e tem como objetivo padronizar o atendimento às mulheres que sofreram vítima de violência e acabam por procurar os serviços de saúde pública. O atendimento a essas mulheres pelos profissionais de saúde compreende os seguintes procedimentos:

- I-acolhimento, anamnese e realização de exames clínicos e laboratoriais;
- II - preenchimento de prontuário com as seguintes informações:
 - a) data e hora do atendimento;
 - b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;
 - c) exame físico completo, inclusive o exame ginecológico, se for necessário;
 - d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;
 - e) descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame; e
 - f) identificação dos profissionais que atenderam a vítima;
- III - preenchimento do Termo de Relato Circunstanciado e Termo de Consentimento Informado, assinado pela vítima ou responsável legal;
- IV - coleta de vestígios para, assegurada a cadeia de custódia, encaminhamento à perícia oficial, com a cópia do Termo de Consentimento Informado;
- V - assistência farmacêutica e de outros insumos e acompanhamento multiprofissional, de acordo com a necessidade;
- VI - preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências; e
- VII - orientação à vítima ou ao seu responsável a respeito de seus direitos e sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência sexual. (BRASIL, 2013b).

Identificou-se que, segundo a legislação, é obrigatória a realização dos profissionais de saúde de notificação de caso de violência contra a mulher, independente de sua tipologia. E que ainda, em casos de violência sexual, há procedimentos a serem seguidos, para garantir a padronização e idoneidade dos atendimentos. No entanto, observou-se que há uma carência de conhecimento por parte de alguns profissionais enfermeiros entrevistados, que sequer citaram a notificação e a padronização dos atendimentos como parte do processo de enfermagem na assistência a mulheres vítimas de violência no serviço de saúde.

4.1.3.3 O sentimento do profissional frente à violência praticada contra a mulher

Analisando o sentimento do profissional enfermeiro no atendimento à mulher nos casos de violência, destacou-se uma diversidade de sentimentos, de acordo com a experiência profissional e pessoal de cada indivíduo. O sentimento de tristeza, impotência e revolta foram observados em alguns casos.

“[...] Me sinto emocionalmente frustrada e triste; sinto empatia pela vítima.” (Enfermeiro 02).

“Eu sou um pouco emotivo em relação a isso, sou bem indignado com essa situação, ainda mais agora que tenho uma filha mulher em casa.” (Enfermeiro 05).

“O sentimento é de revolta, de impotência, mas não podemos transparecer isso para a vítima.” (Enfermeiro 07).

“Sendo mulher, é um sentimento de impotência, de fragilidade [...] É um sentimento de incapacidade.” (Enfermeiro 08).

Frente aos casos de violência, os sentimentos despertados nos profissionais de saúde permeiam as relações que envolvem esses profissionais e a vítima. São despertadas emoções diferentes em todos os envolvidos, direta ou indiretamente. Neste sentido, os enfermeiros, assim como outros profissionais, vivenciam a experiência de sentimentos negativos, predominando a revolta, impotência, tristeza e raiva (MELO *et al*, 2016).

É necessário ter a sensibilidade de que não se deve deixar que somente o emocional conduza e direcione as condutas profissionais, considerando que ética e profissionalismo favorecem a efetividade das ações e que ainda, posturas de julgamento e juízo de valores diante das situações devem ser evitadas, para que a assistência seja prestada de forma efetiva (MELO *et al*, 2016).

Entre todos os entrevistados, apenas um relatou não sentir-se abalado emocionalmente ao prestar assistência de enfermagem.

“Não que eu seja frio, mas eu não me sinto abalado. Eu presto atendimento humanizado, de acordo com o que ela precisa, mas não levo isso pra mim. [...]” (Enfermeiro 09).

A violência contra a mulher tem tomado grandes proporções nos últimos anos e, atualmente, é um assunto em ascensão no que se refere a discussões e que desperta diversos sentimentos em quem vivencia, direta ou indiretamente, essa situação. Portanto, é necessário considerar fatores emocionais não apenas das vítimas, mas também dos profissionais que estão em contato, prestando atendimento, preparando-os e também os protegendo emocionalmente, visto que são estes profissionais que estão presentes na porta de entrada do serviço hospitalar.

4.1.4 Dificuldades encontradas pelos profissionais na assistência prestada

Os profissionais entrevistados, quando questionados acerca das dificuldades encontradas durante a prestação da assistência às mulheres vítimas de violência, verbalizaram principalmente dificuldades de interlocução com outros serviços que precisam ser envolvidos na assistência, mencionada por 4, dos 9 entrevistados; e também, o medo da vítima em relatar os fatos e realizar a denúncia ao agressor, também mencionado por 4 profissionais, como demonstram as falas a seguir:

“[...] A interlocução com os outros serviços também dificulta o atendimento; às vezes os serviços demoram a atender ao chamado.” (Enfermeiro 01).

“[...] A comunicação com os serviços às vezes é bem complicada, fazendo a vítima ficar esperando por muito tempo.” (Enfermeiro 06).

Um único serviço de saúde, quando atua isoladamente a outros, não é capaz de dar uma resposta satisfatória ao problema; o trabalho quando realizado em rede, com recursos e serviços articulados, promove abordagem multiprofissional e interinstitucional, revelando-se como estratégia de enfrentamento e prevenção da violência contra a mulher (GOMES *et al*, 2012).

“Temos bastante dificuldade muitas vezes com a própria vítima com relação ao acionamento da polícia, às vezes ela mesma não quer que seja acionado a polícia por medo, ou não quer denunciar o agressor por ser o próprio marido.” (Enfermeiro 05).

“Às vezes acontece de a mulher não querer expor o problema, fala uma coisa na triagem e outra no atendimento médico; elas têm medo, vergonha, de contar o que aconteceu.” (Enfermeiro 09).

Estudos apontam que estes sentimentos podem estar relacionados com a dependência financeira e psicológica dessas mulheres para com os seus parceiros. Os mesmos estudos também apontam que apenas de 2 a 3% das mulheres em situação de violência tem o desejo de separação conjugal para que se dê continuidade no processo de denúncia do agressor e culmine na prisão do mesmo. Ainda, é possível observar que algumas mulheres mantem seu relacionamento, pois veem a separação como algo contraditório às suas crenças e consideram difícil refazerem a própria vida (LEITE; MOURA; PENNA, 2013).

Uma pesquisa fenomenológica indica que para as mulheres, o agressor é um ser manipulador que as consomem em sua integridade, e gerador do sentimento de medo, que, muitas vezes, paralisa as ações e impede a mulher de transformar o cotidiano vivido, levando a violência a um estado de cronicidade e transformando as vítimas em constantes reféns da violência (OLIVEIRA *et al*, 2015).

Ressaltou-se a menção feita referente ao preconceito ainda existente por parte dos profissionais de saúde no atendimento a essas mulheres, evidenciado também no decorrer das entrevistas, a partir da fala de um profissional, como demonstrado a seguir:

“Também tem o fato do preconceito de alguns colegas, não só de médicos, mas também de enfermeiros e técnicos de enfermagem.” (Enfermeiro 01).

“Me revolta quando a mulher aceita a violência, não quer denunciar porque é o marido, depende dele, não trabalha. [...] Não estamos aqui para julgar, estamos aqui para prestar o atendimento... Eu sempre digo, eu não fiz direito, fiz enfermagem... Mas a gente atende e elas voltam para o agressor, não denunciam. O que adianta?” (Enfermeiro 04).

Um estudo elaborado frente às percepções do profissional enfermeiro no atendimento às mulheres vítimas de violência aponta que estes, bem como outros profissionais de saúde apresentam dificuldades e se veem envolvidos em conflitos culturais, éticos e morais, levando à compreensão de que há a necessidade de conhecimento técnicos, éticos e também da legislação para que a assistência prestada à vítima seja efetiva (PERUCCI *et al*, 2019).

Uma pesquisa elaborada acerca das dimensões representacionais de discentes de enfermagem demonstra que sentimentos carregados de pré-conceitos e julgamentos diante do tema exposto, centralizados na vítima, os acompanham desde a academia. Ainda, enfatizaram que a mulher pode ser impotente para romper com a situação ou aceita por escolha (SILVA; GOMES, 2018).

Sabe-se da importância da graduação na formação profissional dos acadêmicos. Tendo isso em vista, Barreto *et al* (2015) expõe a importância da problematização da temática na academia, pois, desta forma, favorece a construção dos saberes teórico-práticos, possibilitando aos futuros profissionais o discernimento para prestar a assistência congruente à vítima.

Os profissionais de saúde, reconhecendo a dimensão humana e exercendo a reciprocidade, mais que curar, são responsáveis por cuidar e, este cuidado é um processo de relações, onde a experiência vivida adquire sentido a partir do olhar para si e para o outro. Portanto, estes profissionais, ao tomarem atitudes inadequadas, reproduzem os preconceitos e as posturas sexistas que perpassam pelas relações sociais e disseminam as desigualdades entre homens e mulheres, reforçando o sentimento de vulnerabilidade nas mulheres agredidas, criando um círculo vicioso entre violência interpessoal e institucional, impedindo que

os serviços cumpram com o seu dever de interromper a cadeia de produção de violência (VILLELA *et al*, 2011).

4.1.5 Ações julgadas como necessárias para lidar com as dificuldades encontradas

Entre os participantes, constatou-se que a maioria acredita que para um melhor enfrentamento das dificuldades encontradas é necessário que se tenha uma maior participação da equipe multidisciplinar, com enfoque em assistentes sociais e psicólogos, para um atendimento qualificado e eficaz às mulheres em situação de violência.

“Acho que deveria ter um profissional psicólogo ou assistente social que ficasse responsável para atender esses casos. [...] Porque nós da enfermagem temos muitas atribuições, às vezes não conseguimos dar atenção necessária a essa mulher.” (Enfermeiro 03).

“Deveria ter profissionais psicólogos ou assistentes sociais para auxiliar nesses casos.” (Enfermeiro 05).

“Psicólogo e assistente social sobre aviso, para atender esses pacientes em específico.” (Enfermeiro 06).

O Assistente Social atua no âmbito das relações humanas e deve contribuir para que os direitos dos indivíduos sejam garantidos e, seu objeto, é a questão social e suas expressões sociais nas diversas áreas. Nos casos de violência contra a mulher, este profissional utiliza de instrumentos e técnicas que visam minimizar os impactos sofridos pela vítima, fazendo com que ela seja orientada e respaldada de seus direitos como mulher e cidadã, para então conseguir modificar a situação vivida (CZAPSKI, 2014).

No que diz respeito à violência contra a mulher, salientamos a importância da atuação dos profissionais da psicologia. Estes profissionais tem um olhar sensível às desigualdades de gênero e uma prática ampla baseada no respeito e na

possibilidade de escuta tanto das vítimas, quanto dos agressores (PORTO; BUCHER-MALUSCHKE, 2012).

O trabalho realizado por psicólogos fundamenta-se na escuta qualificada, na atenção e cuidado ao sofrimento psíquico e com foco nas questões subjetivas, considerando também aspectos sociais e culturais envolvidos (PORTO; BUCHER-MALUSCHKE, 2012).

Na área da saúde, a atuação multidisciplinar possibilita uma assistência integral, não fragmentada, evitando intervenções pontuais e individualistas, que, podem levar a naturalização da violência contra a mulher. A multidisciplinaridade integra conhecimento ao contexto educacional e cultural que compreende que as relações de gênero são inerentes às situações de violência contra a mulher (TAVARES, 2018).

As respostas obtidas, relacionadas à necessidade de profissionais corroboram com os estudos supracitados e evidenciam a percepção dos enfermeiros acerca da importância da interinstitucionalidade e multidisciplinaridade no âmbito da saúde, compreendendo que a assistência se dá por completa quando realizada de forma integral, articulada com outros profissionais e serviços, possibilitando o compartilhamento de experiências, conhecimento e objetivos em comum.

Ainda, entre as respostas, foram citados melhor interlocução com os serviços da rede e local adequado para o atendimento, sendo também considerados aspectos importantes para o enfrentamento das adversidades que permeiam o atendimento às vítimas.

“Melhorar a interlocução com os outros serviços seria primordial.”
(Enfermeiro 01).

“Ter um local específico para acolher essas mulheres, o que temos hoje não considero que seja adequado, sempre tem pessoas por perto.” (Enfermeiro 02).

“Mudar a rotina do setor, começando pela triagem, o lugar é inadequado, sempre tem pessoas ao redor.” (Enfermeiro 07).

O cuidado prestado às mulheres vítimas de violência, quando desarticulado com outros serviços disponíveis na rede, torna-se fragmentado e com

a perspectiva individual do prestador. O desconhecimento dos serviços, de suas competências e atribuições resulta em uma assistência sem fluxo, impedindo que a vítima seja acompanhada adequadamente (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

Um conjunto de serviços distintos que acolham as vítimas e que atuam de acordo com suas competências, mas que entre si, não se reconheçam, acabam por não garantir ações que favoreçam que a saída da mulher da situação de violência (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

Desta forma, para que todas as etapas do processo de cuidar sejam realizadas de maneira efetiva e resolutiva, é importante que todos estes serviços estejam disponíveis durante todo o dia e noite, principalmente nos períodos de maior ocorrência de violência contra a mulher, englobando finais de semana, noites e madrugadas (COSTA; SERAFIM; NASCIMENTO, 2015).

No que concerne ao local adequado para realizar o atendimento às vítimas, estudos mencionam que o espaço físico onde as equipes atuam não favorece o acolhimento, tornando-se um problema, visto que a privacidade, conforto, segurança e sigilo, quando associado à escuta qualificada, são imprescindíveis na organização de práticas de ações de saúde que se aproximam da integralidade e acolhimento como diretrizes da humanização (MARTINS *et al*, 2016).

Diante do exposto, pode-se concluir que para que haja a construção de uma assistência eficaz é necessária uma comunicação clara e efetiva, um reconhecimento dos serviços e setores entre si, e também, aliado a esses fatores, que haja um local adequado, reservado, respeitando os preceitos de ética e sigilo, de modo que o cuidado seja realizado com diligência, capaz de atender às demandas e expectativas das mulheres que buscam amparo nos serviços de saúde, conclusão esta que fortalece as respostas obtidas no estudo.

5 CONCLUSÃO

Explorar a percepção do profissional enfermeiro acerca do acolhimento à mulher vítima de violência se faz relevante para a promoção de discussões e indicadores que permitam compreender e delinear o quadro atual, visando a promoção de ações que possibilitem modificar a sua realidade.

Diante do exposto, comprova-se a necessidade de mais estudos referentes à violência contra a mulher voltados para a atuação e assistência de enfermagem, visto que o tema é de grande relevância no cenário atual, por tratar-se de uma problemática considerada de saúde pública.

Os dados que caracterizaram o perfil dos profissionais encontrados nos setores de pesquisa evidenciaram a prevalência do sexo feminino na profissão, achado que corrobora com o atual quadro de profissionais atuantes da enfermagem.

Foi possível constatar que a grande maioria dos enfermeiros não possui capacitação frente à temática abordada, o que confirma, parcialmente, a hipótese formulada anteriormente.

Destacaram-se nas respostas percepções restritas e limitadas dos profissionais no que tange ao acolhimento, dada à recorrência de que acolher é, em sua essência, a recepção e a escuta qualificada, quando, na verdade, deveriam compreendê-lo como responsabilidade e fazê-lo de forma a ser resolutivo e contínuo em outros serviços por meio do encaminhamento quando necessário.

Com base em outros estudos e nos resultados obtidos, constatou-se que o protocolo pode ser um instrumento importante na construção do cuidado, dado o grande número de profissionais de enfermagem na saúde, porém, com baixo índice de profissionais capacitados para prestar assistência a mulheres que sofrem violência.

No entanto, o uso de protocolos assistenciais só garantirá o mínimo de qualidade no atendimento, desde que haja conhecimento de sua existência por parte de todos os profissionais, fato evidenciado na pesquisa, que este seja reformulado sempre que necessário, evitando sua defasagem e a perda de qualidade no atendimento oferecido e ainda, haja a consciência dos profissionais da necessidade de segui-lo.

Dada a análise realizada a respeito das ações de educação permanente em saúde, identificou-se uma carência na realização dessas ações e mesmo quando

realizadas, há uma insuficiência na participação dos profissionais, o que sugere que há pouco interesse dos mesmos acerca da temática abordada, quando, na verdade, há a necessidade que essas ações sejam vistas como prioridades, visto que são elas que contribuirão diretamente com o avanço de melhorias no cuidado prestado à mulheres em situação de violência.

Entrelaçando as questões relacionadas às dificuldades encontradas e quais ações poderiam auxiliar na superação dessas dificuldades, destacaram-se respostas voltadas à difícil comunicação intersetorial e a necessidade imediata de melhorá-la para que o processo de cuidado seja feito de maneira ágil e satisfatória e a necessidade de um aumento no número de profissionais de diferentes áreas que participem ativa e diretamente no processo de cuidar, a fim de garantir um atendimento integral e não fragmentado, que possa suprir todas as demandas encontradas e atender às expectativas das mulheres em situação de violência, que muitas vezes buscam o serviço de saúde como uma referência para modificar o cotidiano vivido.

Desta forma, comprova-se que o profissional de enfermagem entende que o seu cuidado é apenas parte do processo de um atendimento integralizado e compreende a importância e a necessidade da atuação de equipes multidisciplinares, de diferentes espaços e serviços, para que não somente mulheres vítimas de violência, mas todo e qualquer usuário, seja atendido considerando sua singularidade o fator norteador para a prestação do cuidado.

Mediante todos os resultados analisados, concluiu-se que a enfermagem tem papel fundamental no cuidado e acolhimento às mulheres em situação de violência, visto que essas ações, quando prestadas com qualidade, podem ser o início da resolução do problema, contribuindo para a redução do ciclo de violência e evitando que os alguns casos se tornem mais graves.

6 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE NETTO, Leônidas de *et al.* Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, 2014.

ARAUJO, Rosângela Pereira de *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico da violência sexual contra as mulheres em Teresina/Piauí. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 4, p. 739-750, 2014. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14519>. Acesso em 21 de novembro de 2019.

BARRETO, Tays Matheus *et al.* A violência contra a mulher sob a percepção de acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 4, n. 2, p. 52-66, 2015. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2528>. Acesso em 19 de novembro de 2019.

BECK, Carmen Lúcia Colomé; MINUZI, Daniele. Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: Uma Análise Bibliográfica. **Saúde, Santa Maria**, 34^a(1-2), p. 37-43, 2008.

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos avançados**, v. 17, n. 49, p. 87-98, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 19 maio 2019.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Belém, 09 de junho de 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em 16 maio 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013**. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1. 14 mar 2013b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em 20 de novembro de 2019.

BRASIL. **Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília, 07 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em 01 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Brasília, 24 nov 2003b. Seção 1, p.11-12. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em 19 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização/ Ministério da Saúde, Secretaria – Executiva, Nucleo Tecnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acessado em 18 de mai de 2019.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Dados sobre feminicídio**. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/agosto/ligue-180-recebe-e-encaminha-denuncias-de-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em 01 maio 2019.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DEZEMBRO DE 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ministério da Saúde. Brasília, 2013a. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em 18 de maio 2019.

Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher. Brasília(DF); 2011

BROCH, Daiane; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira; RIQUELMO, Deise Lisboa. Reflexões acerca da violência contra a mulher na ótica de Madeleine Leininger. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, vol. 11, n. 12, p. 5079-5084, 2017. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/173368> .Acesso em 23 de novembro de 2019.

CAMPOS, Carmen Hein de (Org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. 396 p.

CASIQUE, Leticia; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 6, p. 950-956, Dec. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 maio 2019.

COSTA, Milena Silva; SERAFIM, Márcia Luana Firmino; NASCIMENTO, Aissa Romina Silva do. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 551-558, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300551&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 de novembro de 2019.

COSTA, Paula Cristina Pereira da; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 25, n. 1, e4550015, 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100324&lng=en&nrm=iso . Acesso em 21 maio 2019.

CZAPSKI, Alessandra Ruita Santos. O assistente social no atendimento à violência doméstica contra a mulher. **Travessias**, v. 6, n. 1, 2014. Disponível em http://www.esedh.pr.gov.br/modules/inscrit_quest/uploads/8/23032016160341_AS_POSSIVEIS_INTERVENCOES_PROFISSIONAIS_NAS_QUESTOES_DA_VIOLENCIA_DOMESTICA_CONTRA_MULHER.pdf. Acesso em 21 de novembro de 2019.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

ELIAS, Elayne Arantes et al. Modos de ser de profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto-atendimento. **Revista Enfermagem Uerj**. Vol. 24, n. 1, p. e11726, 2016. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/148865>. Acesso em 19 de novembro de 2019.

FERRAZ, Maria Isabel Raimondo et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 755-759, 2009. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648977022.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Metodologia de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed São Paulo: Editora Atlas, 2002. 175 p.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 173-178, out. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4035>. Acesso em 11 de novembro de 2019.

GUEDES, Dorgival. Violência Doméstica contra a mulher: uma retrospectiva histórica e jurídica com análises relevantes. **Projeção, Direito e Sociedade**, v. 2, n. 2, p. 406-411, 2011.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira em Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 66, p.31-37, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a05.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

HASSE, Mariana; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 482-493, 2014.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; PENNA, Lucia Helena Garcia. Percepções das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa da literatura. **Avances en Enfermería**, v. 31, n. 2, p. 136-143, 2013. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a14.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2019.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002. 294p.

LIMA, Claudia Araújo de; DESLANDES, Suely Ferreira. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 787-800, 2014. Disponível em https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010412902014000300787&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 18 de novembro de 2019.

MACHADO, Maria Helena et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 9-14, 2016a. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/0>. Acesso em 14 de novembro de 2019.

MACHADO, Maria Helena et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. **Enfermagem em foco**, v. 7, n. ESP, p. 15-34, 2016b. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/687>. Acesso em 14 de novembro de 2019.

MARINHEIRO, André Luis Valentini; VIEIRA, Elisabeth Meloni; SOUZA, Luiz de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 604-610, 2006. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500008. Acesso em 26 de novembro de 2019.

MARTINS, Lidiane de Cassia Amaral et al. Violência contra mulher: acolhimento na Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude [Internet]**, p. 507-14, 2016.

MELO, Rosana Alves de et al. Violência doméstica na percepção de enfermeiros de serviço de emergência. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 2, n. 3, p. 221-228, 2016. Disponível em <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/117> . Acesso em 14 de novembro de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde**. Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 3, p. 513-531, Nov. 1997 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2019.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago da. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 60, n. 155, p.155-159, mar. 2010

OLIVEIRA, Patrícia Peres de et al . Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 196-203, Mar. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100196&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de novembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Convenção Interamericana para Prevenir, e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. “Convenção de Belém do Para”, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**, 1979.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 124-135, 2011.

PEREIRA, Franciele Malavazi; BARBOSA, Vanessa Baliego de Andrade; VERNASQUE, Juliana Ribeiro da Silva. A experiência da educação permanente como estratégia de gestão com os auxiliares de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 228-242, 2014. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/921>. Acesso em 20 de novembro de 2019.

PERUCCI, Melissa et al. Percepções de enfermeiros sobre o atendimento à vítimas de violência sexual. **Enfermagem Revista**, v. 22, n. 1, p. 68-78, 2019. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/20186>. Acesso em 18 de novembro de 2019.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais enfermagem/COREN-SP**. São Paulo COREN-SP, 2015. Disponível em <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2019.

PORTO, Madge; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia. Atendimento psicológico e a secretaria de políticas para as mulheres. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 567-576, 2012. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/b777/18e22e45f0f4980f033cde4bc976e6eb291d.pdf>. Acesso em 21 de novembro de 2019.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JÚNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. 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. Disponível em <https://www.scielo.org/article/physis/2014.v24n3/787-807>. Acesso em 18 de novembro de 2019.

PUGGINA, Cindi Costa et al. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Espaço para Saúde**, v. 16, n. 4, p. 87-97, 2016. Disponível em <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/386>. Acesso em 18 de novembro de 2019.

RATTNER, Daphne. Da saúde materno infantil ao PAISM. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 103-108, 2014.

RIBEIRO, Cristiane Galvão; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, 2011.

SANTOS, Joselito. et al. Conhecimento De Enfermeiras Em Unidades De Saúde Sobre a Assistência À Mulher Vítima Da Violência. **Revista Baiana de Enfermagem, [s. l.]**, v. 28, n. 3, p. 260–270, 2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=108762901&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em 28 de outubro de 2019.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia PL; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde pública**, v. 40, p. 112-120, 2006.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000100249&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em 18 de novembro de 2019.

SILVA, Camila Daiane; GOMES, Vera Lucia de Oliveira. Violência contra a mulher: dimensões representacionais de discentes de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 8, 2018. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2528>. Acesso em 19 de novembro de 2019.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da, et al. Atendimento do enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica. *Journal of Nursing UFPE*. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 6, 2014.

SILVESTRE NETO Juarez et al. Violência contra a mulher no contexto de saúde pública. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 13, n. 2, p. 60-65, 2015. Disponível em <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Violencia-contra-a-mulher-PRONTO.pdf>. Acesso em 26 de novembro de 2019.

TAVARES, David. Saúde, multidisciplinaridade e sociedade. **Saúde & Tecnologia**, n. 18, p. 5-10, 2018. Disponível em <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/2031>. Acesso em 22 de novembro de 2019.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3957-3965, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016001203957&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 de novembro de 2019.

VILLELA, Wilza Vieira et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, Mar. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 de novembro de 2019.

VIOLA, Regina Coeli. Políticas de atenção à saúde da mulher e os 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. **Saúde Brasil**, v. 20, 2008.

7. APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: A percepção do acolhimento como uma dimensão do cuidado e o sentimento do profissional enfermeiro em ambiente hospitalar à mulher vítima de violência.

Objetivo: Conhecer a percepção e sentimento do profissional enfermeiro sobre o acolhimento como uma dimensão do cuidado à mulher vítima de violência, em um Hospital de Alta Complexidade do Sul de Santa Catarina.

Período da coleta de dados: 26/08/2019 à 18/10/2019

Tempo estimado para cada coleta: aproximadamente 30 minutos.

Local da coleta: Sociedade Literária e Caritativa Santo Agostinho – Hospital São José. Setores de Pronto-Socorro e Urgência e Emergência.

Pesquisador/Orientador: Rozilda Lopes de Souza

Telefone: (48) 99811 6930

Pesquisador/Acadêmico 01: Bruna Borges Paes

Telefone: (48) 99916 5951

Pesquisador/Acadêmico 02: Pamela Cristina de Bastos Cardoso

Telefone: (48) 99836 0059

10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim

(participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. A entrevista será do tipo semiestruturada, realizada com aproximadamente 08 profissionais enfermeiros dos setores de Pronto-Socorro e Urgência e Emergência. O tempo estimado para aplicação é de 30 minutos, sendo realizada em local que mantenha a privacidade e sigilo de informações. As entrevistas serão transcritas no momento da pesquisa. A análise dos dados será realizada a partir da análise de conteúdo e da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

RISCOS

Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

BENEFÍCIOS

O presente projeto visa à reflexão sobre o papel do enfermeiro no acolhimento das mulheres vítimas de violência. Visa também buscar e entender as percepções destes profissionais diante das situações de violência e seus sentimentos acerca da assistência prestada. Espera-se que com o este projeto evidencie-se a importância do acolhimento e da humanização frente a temática abordada e que seja possível identificar as principais dificuldades e ações necessárias para garantir o atendimento integral e qualificado que é exigido frente às situações de violência.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas

que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).


Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com as pesquisadoras Bruna Borges Paes, pelo telefone (48) 99916 5951 e/ou e-mail bruna.bp_@hotmail.com ou Pamela Cristina de Bastos Cardoso, pelo telefone (48) 99863 0059 e/ou pelo e-mail pamelabastosc22@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS		
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador Responsável 01	Pesquisador Responsável 02
_____	_____	_____
Assinatura	Assinatura	Assinatura
Nome:	Nome:	Nome:
_____	_____	_____
CPF: _____._____._____ - _____	CPF: _____._____._____ - _____	CPF: _____._____._____._____

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semiestruturada

	Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC	
Entrevista semiestruturada com o profissional enfermeiro do setor de urgência/ emergência		
Enfermeiro(a):		
Perfil do(a) enfermeiro(a) entrevistado(a)		
Sexo: () Feminino () Masculino	Idade:	
Há quanto tempo é formado?		
Trabalha no setor de Pronto-Socorro / Urgência e Emergência há quanto tempo?		
Possui alguma especialização?		
Acolhimento e atendimento à mulher vítima de violência		
Você recebeu formação/capacitação frente à temática violência contra a mulher?		
Em sua concepção o que é o acolhimento?		
Como ocorre a assistência de enfermagem no processo de acolhimento à mulher vítima de violência?		
Você se sente preparado para prestar assistência à mulher vítima de violência?		
Qual o seu sentimento perante à violência contra a mulher?		
Quais são as dificuldades encontradas na assistência prestada à essas mulheres?		
A instituição possui protocolo de assistência e os devidos segmentos à mulher vítima de violência?		
A instituição realiza Educação Permanente em Saúde (EPS) voltado ao tema mulher vítima de violência?		
Quanto tempo faz que você participou de EPS voltado ao tema mulher vítima de violência na atual instituição?		
Em sua percepção quais as ações julgadas como necessárias para lidar com as dificuldades encontradas?		

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO UMA DIMENSÃO DO CUIDADO E O SENTIMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM AMBIENTE HOSPITALAR À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Pesquisador: ROZILDA LOPES DE SOUZA RODOLFO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15974619.1.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.422.684

Apresentação do Projeto:

de acordo

Objetivo da Pesquisa:

de acordo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

proteção perante a apresentação do TCLE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

anexado a carta de aceite que estava faltando

Recomendações:

de acordo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

de acordo

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.805-000

UF: SC **Município:** CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

BRUNA BORGES PAES
PAMELA CRISTINA DE BASTOS CARDOSO

**A PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO UMA DIMENSÃO DO CUIDADO E O
SENTIMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM AMBIENTE HOSPITALAR
À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado pela Banca Examinadora para
obtenção do grau Bacharel no Curso de
Enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Criciúma, 03 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Rozilda Lopes de Souza – Mestre – Orientadora

Prof.(a) Msc. Susane Raquel Perico Pavei – Especialista

Prof.(a) Msc. Ana Regina da Silva Losso - Mestre