

# PERCEPÇÕES DO ATENDIMENTO EM SAÚDE NO CONTEXTO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

---

## HEALTH CARE PERCEPTIONS IN THE MARITAL VIOLENCE CONTEXT

---

## PERCEPCIONES DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL CONTEXTO DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

Rafaela Guimarães Freitas<sup>1</sup>  
Larissa Nascimento de Souza<sup>2</sup>  
Everton da Silva Santos<sup>3</sup>  
Eliene Almeida Santos<sup>4</sup>  
Milca Ramaiane da Silva Carvalho<sup>5</sup>

**Como citar esse artigo:** Freitas RG, Souza LN, Santos ES, Santos EA, Carvalho MRS. Percepções do atendimento em saúde no contexto de violência conjugal. Rev baiana enferm. 2020;34:e36884.

**Objetivo:** conhecer as percepções de mulheres sobre o atendimento em saúde no contexto de violência conjugal. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido com oito mulheres em situação de violência conjugal assistidas em uma Unidade de Saúde da Família. Dados coletados em entrevista e análise dos dados fundamentada na Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. **Resultados:** evidenciou-se vivência de assimetrias em relação às percepções atribuídas à assistência recebida nos serviços de saúde, indo desde a percepção de um bom atendimento, permeado pela atenção, respeito e qualidade na comunicação, até a vivência de atendimento inadequado, assim percebido em decorrência da não investigação e não abordagem da violência por parte dos profissionais de saúde. **Conclusão:** as mulheres em situação de violência conjugal revelaram que, frente ao adoecimento físico e mental oriundo da vivência de violência conjugal, procuravam o suporte da rede de atenção à saúde.

**Descritores:** Violência de Gênero. Violência por Parceiro Íntimo. Mulheres. Serviços de Saúde. Saúde da Mulher. Assistência Integral à Saúde.

*Objective: to know women's perceptions of health care in the marital violence context. Method: qualitative, descriptive study, developed with eight women in marital violence assisted in a Family Health Unit. Data collected in interview and data analysis based on thematic content analysis proposed by Bardin. Results: there was an experience of asymmetries in relation to the perceptions attributed to the care received in health services, ranging from the perception of good care, permeated by attention, respect and quality in communication, to the experience of inadequate care, thus perceived as a result of non-investigation and non-approach of violence by health professionals. Conclusion: women in situations of marital violence revealed that, in view of the physical and mental illness resulting from the experience of marital violence, they sought the support of the health care network.*

*Descriptors: Gender-Based Violence. Intimate Partner Violence. Women. Health Services. Women's Health. Comprehensive Health Care.*

---

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia, Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1112-3917>.

<sup>2</sup> Graduanda em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia, Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2630-7655>.

<sup>3</sup> Graduando em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia, Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2144-0016>.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora Substituta da Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7561-8775>.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. [mrs Carvalho@uneb.br](mailto:mrs Carvalho@uneb.br). <https://orcid.org/0000-0002-6571-3437>.

*Objetivo: conocer las percepciones de las mujeres sobre la atención sanitaria en el contexto de la violencia conyugal. Método: estudio cualitativo y descriptivo, desarrollado con ocho mujeres en violencia conyugal asistidas en una Unidad de Salud Familiar. Datos recogidos en entrevistas y análisis de datos basado en análisis temático de contenido propuesto por Bardin. Resultados: hubo una experiencia de asimetrías en relación con las percepciones atribuidas a la atención recibida en los servicios de salud, que van desde la percepción de una buena atención, impregnada de atención, respeto y calidad en la comunicación, hasta la experiencia de una atención inadecuada, percibida así como resultado de la no investigación y la no abordaje a la violencia por parte de los profesionales de la salud. Conclusión: las mujeres en situaciones de violencia conyugal revelaron que, en vista de las enfermedades físicas y mentales resultantes de la experiencia de violencia conyugal, buscaban el apoyo de la red de atención médica.*

*Descriptor: Violencia de Género. Violencia de Pareja Íntima. Mujeres. Servicios de Salud. Salud de la Mujer. Atención Integral de Salud.*

## Introdução

A violência conjugal é um problema mundial de saúde pública que demanda estratégias articuladas com o intuito de prevenir e enfrentar o agravo. Considera-se função dos profissionais que atuam nos Serviços de saúde o adequado manejo das repercussões em saúde nas mulheres e nos familiares.

Ao revelar que 33% das mulheres experienciam a violência conjugal em alguma fase da vida, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece enquanto uma “pandemia mundial”<sup>(1)</sup>. Ressalta-se que essa proporção pode aumentar, a depender do país e do grupo estudado. Pesquisa realizada na Etiópia Ocidental identificou uma prevalência de 44,5% de violência conjugal durante a gestação<sup>(2)</sup>. Ademais, frente à dificuldade que permeia a identificação do agravo, estima-se que essas taxas possam ser ainda maiores.

A violência conjugal repercute negativamente na integridade biopsicossocial das mulheres. Estudos nacionais e internacionais revelam que essa violência demarca o aparecimento de consequências significativas na saúde física, sexual e psicológica, que se apresentam por meio de baixa estima, isolamento, medo, ansiedade, pensamento e comportamento suicida, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, infecções sexualmente transmissíveis, distúrbios gastrintestinais, diabetes, hipertensão, asma e lesões, a exemplo de hematomas e fraturas<sup>(3-5,7)</sup>.

Consequentemente, do adoecimento oriundo da violência conjugal emerge a procura por atendimento nos serviços de saúde<sup>(6)</sup>. Pesquisas

realizadas no Brasil e na Suécia reconhecem que, por estarem mais próximos das mulheres em situação de violência conjugal, os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) devem estar preparados para acolher e direcionar mulheres que vivenciam violência perpetrada pelo parceiro íntimo ao restabelecimento da saúde e ao rompimento das relações abusivas<sup>(8-9)</sup>.

Frente às amplas repercussões na saúde decorrentes da violência conjugal e a necessidade de uma atenção em saúde enquanto potencializadora do empoderamento feminino, sobretudo no âmbito da APS, é necessário que o cuidado prestado proporcione acolhimento, respeito, segurança e satisfação das necessidades individuais das mulheres<sup>(10)</sup>. Questiona-se, diante do exposto: Como ocorre o atendimento à saúde na Unidade de Saúde da Família no contexto da violência conjugal?

O objetivo deste estudo é conhecer as percepções de mulheres sobre o atendimento em saúde no contexto de violência conjugal.

## Método

Trata-se de pesquisa descritiva e com abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia, conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 55253116.5.0000.0057 e Parecer consubstanciado nº 1.731.629.

A pesquisa foi realizada na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município do interior do estado da Bahia, Brasil. A aproximação com a comunidade deu-se por meio da inserção das pesquisadoras na equipe de atenção à saúde, com o desenvolvimento sistemático de atividades de educação em saúde no serviço. Considerou-se a necessidade do desenvolvimento de atividades educativas para construção de uma vinculação entre pesquisadoras e entrevistadas, visando permitir confiabilidade às últimas para o compartilhamento das vivências.

Deste modo, as possíveis colaboradoras foram identificadas e abordadas por meio de ações educativas extensionistas na USF sobre as temáticas: gênero, violência conjugal, saúde da mulher, saúde mental e uso/abuso de álcool e outras drogas. Durante as atividades extensionistas, evidenciou-se que muitas, mesmo referindo contextos concernentes às expressões física, psicológica, moral, patrimonial e sexual na relação conjugal, não reconheciam o agravo ou negavam-no por medo ou vergonha de socializar informações consideradas de foro íntimo. Destaca-se que o medo de compartilhar a vivência esteve presente mesmo diante do cuidado das pesquisadoras em realizarem, de forma acolhedora, a ambientação, estratégia oportuna para vinculação com as possíveis colaboradoras.

Consideraram-se critérios de inclusão mulheres que residiam na área de abrangência da USF, tinham idade igual ou superior a 18 anos e possuíam história de violência conjugal. Não se encaixavam as que apresentavam indícios de instabilidade emocional, manifestada por meio de estados de angústia, sofrimento, depressão, agonia, nostalgia, alterações cardíacas e aflição. A investigação de tais sinais foi realizada por três discentes do curso superior em enfermagem, sob a supervisão de uma docente, sendo esta a equipe executora da pesquisa. Após a avaliação dos critérios da pesquisa, duas mulheres foram excluídas, por apresentarem indícios de instabilidade emocional. Todas as convidadas aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por fim, oito

mulheres cumpriram os critérios de inclusão e exclusão e participaram do estudo. Este número de colaboradoras ocorreu por meio da saturação dos dados.

A coleta de dados, realizada pela equipe executora, ocorreu no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, em momento único e individual, numa sala fechada da USF. Foi precedida por quatro meses de capacitações temáticas e metodológicas com a equipe executora. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, técnica que permite à entrevistada contribuir no processo de investigação com liberdade e espontaneidade, sem perder a objetividade. Para além disso, admite ainda a exploração de temas sociais com riqueza de informações e detalhamento de percepções e vivências, contexto essencial para o desenvolvimento do estudo. O resgate da memória de mulheres sobre o atendimento em saúde no contexto de violência conjugal ocorreu com apoio de um formulário que investigou informações sociodemográficas e o atendimento em saúde. Para este último, utilizou-se a questão norteadora: Fale como se deu o seu atendimento na unidade de saúde, no contexto da violência conjugal.

As entrevistas individuais, com duração média de 25 minutos, foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra no *software Microsoft Office Word 2016*. Visando garantir a privacidade das colaboradoras, optou-se pela identificação das entrevistas por meio do nome de flores (Orquídea, Girassol, Hortênsia...).

O material empírico, previamente transcrito na íntegra, foi analisado sob a perspectiva da análise de conteúdo proposta por Bardin. Cumpriram-se as três fases, de forma sequencial: pré-análise, que se refere à etapa de aproximação do material, por meio da leitura flutuante e posterior organização; exploração do material, que diz respeito ao período de codificação e categorização; e tratamento dos resultados, ocasião de concretização da síntese da seleção dos resultados com vistas à construção de conhecimento científico sobre o objeto estudado<sup>(11)</sup>. Os resultados foram analisados à luz das temáticas violência conjugal e atendimento em saúde.

## Resultados

As oito colaboradoras da pesquisa tinham de 34 a 81 anos de idade. A maioria era parda, católica, com primeiro grau incompleto, doméstica, renda de até meio salário mínimo, solteira, com um a três filhos e fazia consumo ocasional ou sugestivo de abuso para maconha, hipnóticos/sedativos e bebidas alcoólicas. No que tange à violência conjugal, três mulheres revelaram a vivência associada de todas as formas de expressão nos últimos três meses, a saber: física, sexual, psicológica, moral e patrimonial. Para o mesmo período, as demais colaboradoras (cinco) informaram a vivência associada da violência física, psicológica e sexual.

O relato das mulheres permitiu conhecer as percepções de mulheres sobre o atendimento em saúde no contexto de violência conjugal, as quais foram organizadas em duas categorias científicas: Reconhecimento de um atendimento adequado e Identificação de um atendimento inadequado. Desvela-se que alguns elementos que norteiam a primeira categoria também perpassam pela segunda, a exemplo da vivência de violência conjugal enquanto impulsionadora da busca pelo atendimento em saúde.

### *Reconhecimento de um atendimento adequado*

As mulheres, ao desvelar o bom atendimento nos serviços de saúde, elencaram a experiência de uma atenção comunicativa, respeitosa, atenciosa e paciente, definida enquanto acolhedora e impulsionadora do compartilhamento da vivência da violência conjugal com a equipe de saúde. Esses aspectos podem ser evidenciados nas falas a seguir:

*Adoeci devido às agressões perpetradas pelo meu marido e, por isso, busquei o serviço de saúde. Lá a médica me atendeu super bem, passou remédios para dormir, mas explicou que os remédios não irão fazer meus problemas conjugais desaparecerem e que precisaria de acompanhamento. Na psicóloga também me sinto bem, conversei e com a ajuda dela estou tendo forças para suportar a vida com meu marido. (Orquídea, 34 anos).*

*Sempre procuro ajuda no posto de saúde por causa da violência do meu marido. Lá a recepcionista sempre me*

*trata bem e do atendimento das enfermeiras também não tenho o que reclamar. A médica também me atende super bem e, até quando pedi, ela explicou ao meu marido que a diabetes e a menopausa afetavam o líquido para lubrificar a vagina e que, por isso, ele tinha que ter cuidado na relação sexual, porque acabava me machucando. (Hortênsia, 40 anos).*

*Fiquei com a autoestima baixa e entristecida, porque meu marido não me respeita e acabei procurando um psicólogo. Impressionante o quanto gostei do atendimento dele e senti isso porque, pela primeira vez, pude falar sobre a convivência com meu marido. (Rosa, 81 anos).*

### *Identificação de um atendimento inadequado*

No conjunto das falas das participantes do estudo, observou-se ainda que as mulheres em situação de violência conjugal experienciaram a não investigação e a não abordagem da violência por parte dos profissionais de saúde, sendo essas experiências atribuídas a um desqualificado atendimento.

*Por viver sofrendo de relação sexual forçada a tentativa de estrangulamento vivo doente e em busca de atendimento. O pior é que ainda sofro muito. Até para conseguir atendimento no posto, é quase impossível. Até mesmo a agente de saúde, que deveria fazer visita, deixa a desejar, porque quase não passa na minha casa. (Lírio, 35 anos).*

*As profissionais do posto sabem das ignorâncias do meu marido, que ele me bate e que vivo subindo a pressão e tomando injeção por este motivo. Mesmo assim, eles nunca chegaram a perguntar da minha relação [conjugal] ou o motivo da minha pressão sempre aumentar. (Girassol, 43 anos).*

## Discussão

O estudo desvela que a vivência de violência na relação conjugal, conforme experienciado pelas colaboradoras deste estudo, direciona para o adoecimento, cenário impulsionador da busca de atendimento nos serviços de saúde. No que tange às percepções sobre o atendimento em saúde no contexto de violência conjugal, os relatos alertam para a vivência de assimetrias.

As percepções atribuídas ao atendimento inadequado foram experienciadas frente aos episódios de não investigação e/ou de não abordagem da violência de gênero por parte dos profissionais de saúde, comportamento propício para não identificação dos sinais e indícios sutis

e/ou evidentes de violência e suas repercussões. Sinaliza-se que o ato de não esmiuçar o contexto conjugal da mulher é também uma realidade compartilhada em outros âmbitos da assistência, com destaque para os setores de saúde, segurança pública e assistência social<sup>(12)</sup>.

Importante mencionar os aspectos estruturais dos serviços que se encontram entre os motivos que dificultam os profissionais de saúde a investigar e/ou abordar a violência conjugal. Muitas vezes, o espaço físico dos equipamentos da rede não permite um ambiente acolhedor, o que inibe o compartilhamento de questões íntimas entre a cliente e o profissional. A este fato soma-se a limitação no quantitativo de profissionais, realidade que repercute na indisponibilidade da assistência para a mulher ou na sobrecarga de trabalho para o servidor, conforme assinalam pesquisas desenvolvidas no Brasil, Suécia e Arábia Saudita<sup>(8,13-14)</sup>.

Para além dos fatores estruturais que impulsionam a não investigação da violência inserem-se também, e com igual valor, os aspectos individuais intrínsecos aos profissionais, a exemplo de: medo de ser confrontado pelo autor da violência; naturalização da relação de superioridade estabelecida pelo homem sobre a mulher, especialmente no âmbito da conjugalidade; ou, ainda, não vislumbrar a violência conjugal enquanto objeto a ser identificado e manejado nos serviços de saúde<sup>(12,15-17)</sup>.

Diante de tais aspectos e com base na vivência das colaboradoras deste estudo, é notória a fragilidade da assistência dispensada por alguns profissionais de saúde às mulheres em situação de violência conjugal. Ao não olhar o contexto no qual a mulher está inserida e ao desconsiderar a vivência de violência conjugal como um dos determinantes sociais de saúde, os profissionais que atuam no âmbito da saúde concorrem para a solidificação de uma rede frágil e ineficaz. Para além disso, ao negar o direito a uma assistência acolhedora, qualificada e resolutiva, a rede de atenção favorece a permanência da mulher na relação conjugal com interações violentas<sup>(18)</sup>.

A não investigação e a não abordagem pelos profissionais de saúde ressoam também na

subnotificação dos casos de violência conjugal, o que propicia a minimização dos indicadores e, conseqüentemente, dos investimentos. Acerca da notificação, estudo realizado no Rio Grande do Sul, Brasil, com 53 profissionais de saúde, constatou que pouco menos da metade dos profissionais compreende a importância da ação<sup>(10)</sup>, fato que concorre para a não valorização dos registros. Pesquisas no âmbito nacional e internacional reconhecem que esta ação é imprescindível no processo de enfrentamento da violência contra a mulher, uma vez que fornece subsídios para o direcionamento do cuidado integral às necessidades e a elaboração de políticas de saúde<sup>(8-10,19)</sup>.

Em oposição à urgência de uma atenção qualificada e resolutiva, a fragilidade do cuidado recebido pelas colaboradoras induziu-as a pensar que os profissionais são desqualificados para assistir às demandas oriundas da violência conjugal. Frente à percepção de uma rede ineficiente no que tange ao atendimento das repercussões da violência de gênero é cabível que as mulheres não mais busquem a assistência nos serviços de saúde para assistir demandas oriundas de relações com interações violentas. Este entendimento é revelado em estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, com 21 mulheres em situação de violência conjugal e 25 operadores das áreas da saúde, jurídica, ação social, policial e organizações não governamentais, abordando o percurso efetuado pelas mulheres quando decidem buscar ajuda<sup>(20)</sup>. Pode-se destacar, assim, a ruptura de um dos elos de suporte que elas necessitam para o enfrentamento da violência conjugal, isto é, a rede de apoio entre a mulher e o serviço de saúde, o que expande as vulnerabilidades vivenciadas e obstaculiza o rompimento do ciclo da violência<sup>(21)</sup>.

Este contexto destaca a necessidade de um atendimento qualificado, pautado, inclusive, na confiança e na busca de resolução para o problema original. Por isso, é imprescindível que a rede tenha subsídios para assistir com qualidade às mulheres em situação de violência conjugal. Tais achados são corroborados em pesquisas desenvolvidas no Brasil e na Espanha,

que acrescentam a necessidade de os profissionais construírem uma relação de confiança com as clientes e, por meio de um suporte qualificado, manejarem adequadamente os problemas provenientes da violência conjugal inerentes ao seu campo de atuação<sup>(10,22)</sup>.

Neste estudo, as mulheres apontaram como características relacionadas ao bom atendimento: aquele que proporcionou a escuta, a terapia medicamentosa e a recomendação de romper a relação conjugal com interações violentas. Percebe-se, pois, que as mulheres em situação de violência conjugal legitimaram uma visão reduzida do conceito de resolutividade da atenção.

O entendimento compartilhado no discurso das colaboradoras sobre o bom atendimento é limitado a um modelo biomédico centrado em duas estratégias, a saber: manejo das queixas em saúde, por meio da terapia medicamentosa; e concordância acerca da responsabilização isolada da mulher pela saída da violência conjugal. Esta última ocorre por meio do julgamento profissional que, frente ao risco de feminicídio, orienta o imediato rompimento da relação conjugal pela mulher e ainda sua saída da residência enquanto estratégia de sobrevivência.

Esta imposição verticalizada demonstra o afastamento do ideal de acolhimento, imaginário necessário ao modelo humanizador, que orienta ser construído de forma coletiva com vistas a fortalecer relações de confiança, vínculo e compromisso entre usuárias e profissionais dos setores de saúde. Estes aspectos são fundamentais para a formação e a atuação de uma clínica ampliada com a finalidade de abordar a complexidade do processo saúde-doença frente à singularidade do paciente/cliente no contexto de violência<sup>(10,23)</sup>.

Nesse sentido, é medular a consolidação dos serviços de saúde enquanto espaços saudáveis de fomentação do diálogo qualificado, a fim de garantir o acesso oportuno e a efetividade das práticas de saúde. Assim, estimula-se o Sistema Único de Saúde (SUS) a ser mais ágil e resolutivo no atendimento à mulher em situação de violência conjugal. A necessidade da atenção com olhar para o fenômeno em sua totalidade e globalidade atrela-se também à não compreensão

feminina da relação existente entre a violência conjugal e o adoecimento, despertar que, nestes casos, deve ocorrer por meio da intervenção profissional.

Há que se destacar a necessidade de educação permanente sobre a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, para tornar os trabalhadores mais sensíveis para relacionar as demandas de saúde com a violência conjugal. Entretanto, estudos no âmbito nacional e internacional revelam que se está longe desse ideal e que se convive com as dificuldades dos profissionais em suspeitar e/ou identificar as repercussões psicológicas e físicas da violência conjugal, fragilidade presente desde a formação. É notório também o desconhecimento ou receio desses de fazer encaminhamentos para a rede de apoio<sup>(16,24)</sup>.

Alguns estudos já apontam possíveis intervenções educativas com os profissionais de saúde. A exemplo disso, ação realizada no Rio Grande do Sul, Brasil, com 38 profissionais da atenção básica de saúde, mostrou que o desenvolvimento de oficinas pedagógicas possibilita refletir sobre práticas de escuta e vínculo com as mulheres em situação de violência. Tal conjuntura permite qualificar o conhecimento e aplicá-lo no cotidiano de trabalho<sup>(25)</sup>. Para além da intervenção pontual, a preparação do profissional para amparar as demandas oriundas da violência conjugal deve ter início ainda na formação, com uma característica continuada, seja ela em cursos técnicos e universitários, seja na preparação para concursos e, inclusive, na capacitação contínua dos profissionais dos serviços de saúde<sup>(14)</sup>.

Ainda que a formação continuada dos profissionais de saúde seja, atualmente, basilar para o cuidado às mulheres em relações conjugais com interações de violência, esta realidade é ainda embrionária em âmbito mundial, conforme reconhece a ONU<sup>(1)</sup>. Corroboram esta afirmação pesquisas realizadas no Brasil, Chile, Arábia Saudita e Espanha, ao identificarem que a maioria dos profissionais de saúde reconhece não ter recebido treinamento relacionado à violência conjugal durante a graduação e/ou agir profissional, além da interface com o despreparo no agir diante desse contexto<sup>(3,13,22-23)</sup>.

Importante salientar o papel ativo da mulher nesse processo. É necessária a reconstrução do ideal de acolhimento, para que ela não aceite nem compreenda como suficiente simplesmente uma escuta paliativa seguida de uma intervenção ineficiente. Contudo, é preciso compreender que, devido à fragilidade do estado de saúde física e psicológica e aos conflitos emocionais em que geralmente se encontra a mulher em situação de violência conjugal, dificilmente ela conseguirá julgar racionalmente a atenção dispensada. Este fato faz com que ela valorize até mesmo o cuidado inócuo que parte dos profissionais dispensa-lhe.

Constituíram-se em limitações para o estudo, as peculiaridades locais e o número de colaboradoras, mas, apesar disso, a pesquisa contribuiu para elucidar o atendimento em saúde recebido por mulheres em situação de violência conjugal. Ao permitir o descortinamento dessa lacuna do conhecimento, alerta para a necessidade de qualificação da assistência na rede de atenção, principalmente no que tange à não investigação do agravo e ao não acesso ao serviço.

## **Conclusão**

As mulheres em situação de violência conjugal revelaram que, frente ao adoecimento físico e mental oriundo da vivência de violência conjugal, procuravam o suporte da rede de atenção à saúde. Nos serviços que compõem esta rede, elas experienciavam assimetrias quanto ao atendimento recebido. Este, para umas, é norteado por uma atenção comunicativa, atenciosa, respeitosa e paciente. Em referência ao atendimento inadequado, despontou a não investigação da violência conjugal por parte dos profissionais de saúde.

Por representar um espaço potencial para o cuidado em saúde, é imprescindível que os equipamentos que compõem a rede de atenção estejam instrumentalizados para acolher essa demanda e os profissionais sejam preparados para investigar, reconhecer e trabalhar o agravo, suas repercussões e as necessidades apresentadas pelas mulheres. Cabe inferir que essa aptidão

deve ser construída desde a formação profissional, processo que deve ser continuado nos serviços, com o objetivo de sensibilizar e preparar esses profissionais para o adequado manejo do fenômeno.

Por último, mas igualmente importante, deve-se reiterar que os serviços de saúde não conseguem englobar cabalmente todas as demandas oriundas das mulheres em situação de violência conjugal e que é preciso esforços para que os municípios organizem redes que integrem os diversos equipamentos nas áreas da educação, assistência social, saúde, segurança pública e justiça.

## **Colaborações:**

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Rafaela Guimarães Freitas, Larissa Nascimento de Souza, Everton da Silva Santos e Milca Ramaiane da Silva Carvalho;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Rafaela Guimarães Freitas, Larissa Nascimento de Souza, Everton da Silva Santos, Eliene Almeida Santos e Milca Ramaiane da Silva Carvalho;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Eliene Almeida Santos e Milca Ramaiane da Silva Carvalho.

## **Referências**

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva; 2013 [cited 2019 Aug 5]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
2. Abate BA, Wossen BA, Degfie TT. Determinants of intimate partner violence during pregnancy among married women in Abay Chomen district, Western Ethiopia: a community based cross sectional study. *BMC Womens Health*. 2016;16:16. DOI: 10.1186/s12905-016-0294-6
3. Rojas P, Pérez I, Valladares C, Rada P, Rain C. Responsabilidad médica frente a casos de violencia al interior de las familias. *Una mirada*

- desde una perspectiva ética y legal. *ARS Medica*. 2018;43(3):77-85. DOI:10.11565/arsmed
4. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PloS Med*. 2014;11(1):e1001581. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001581
  5. Oh SS, Woorim K, Sung-In J, Eun-Cheol P. The association between intimate partner violence onset and gender-specific depression: a longitudinal study of a nationally representative sample. *J affect disord*. 2019;250(1):79-84. DOI: 10.1016/j.jad.2019.02.065
  6. Viana AL, Lira MOSC, Vieira MCA, Sarmiento SS, Souza APL. Violence against women. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(4):923-9. DOI: 1981-8963-v12i4a110273p923-929-2018
  7. Donnelly EA, Oehme K, Melvin R. What do ems personnel think about domestic violence? An exploration of attitudes and experiences after participation in training. *J Forensic Leg Med*. 2016;38:64-9. DOI:10.1016/j.jflm.2015.11.020
  8. Sundborg E, Törnkvist L, Wändell P, Saleh-Stattin N. Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scand J Caring Sci*. 2017;32(2):902-13. DOI:10.1111/scs.12521
  9. Carvalho MRS, Oliveira JF, Gomes NP, Campos LM, Almeida LCG, Santos LR. Coping strategies for domestic violence: Testimony of women involved with drugs. *Esc Anna Nery* 2019;23(2):e20180291. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN- 2018-0291
  10. Martins LCA, Silva EB, Dilélio AS, Costa MC, Colomé ICS, Arboit J. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0030. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0030
  11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
  12. Vieira EM, Hasse M. Perceptions of professionals in an intersectorial network about the assistance of women in situation of violence. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(60):51-62. DOI: 10.1590/1807-57622015.0357
  13. Alhalal E. Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *Int Nurs Rev*. 2020;67(2):265-74. DOI: 10.1111/inr.12584
  14. Souza EG, Tavares R, Lopes JG, Magalhães MAN, Melo EM. Attitudes and opinions of professionals involved in the care to women in violence situation in 10 Brazilian cities. *Saúde debate*. 2018;42(spe4):13-29. DOI: 10.1590/0103-11042018s401
  15. Arazais DO, Ashley SC. Does Emotion Regulation Mediate the Relation Between Family-of-Origin Violence and Intimate Partner Violence? *J Interpers Violence*. 2019;886260519867146. DOI: 10.1177/0886260519867146
  16. Sundborg E, Törnkvist L, Saleh-Stattin N, Wandell P, Hylander I. To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *J clin nurs*. 2015;26(15-16):2256-65. DOI: 10.1111/jocn.12992
  17. Vieira LB, Souza IEO, Tocantins FR, Pina-Roche F. Support to women who denounce experiences of violence based on her social network. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5):865-73. DOI: 10.1590/0104-1169.0457.2625
  18. Sehnem GD, Lopes EB, Tier CG, Ribeiro AC, Maciel VQS, Castilhos L. Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(e62):1-19. DOI: 10.5902/2179769235061
  19. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(9):2929-38. DOI: 10.1590/1413-81232017229.12712017
  20. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):743-52. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000400013
  21. Rolim KI, Falcke D. Violência Conjugal, Políticas Públicas e Rede de Atendimento: Percepção de Psicólogos(as). *Psicol cienc prof*. 2017;37(4):939-55. DOI: 10.1590/1982-3703003332016
  22. Briones-Vozmediano E, Castellanos-Torres E, Goicolea I, Vives-Cases C. Challenges to Detecting and Addressing Intimate Partner Violence Among Roma Women in Spain: Perspectives of Primary

- Care Providers. *J Interpers Violence*. 2019;1-20. DOI:10.1177/0886260519872299
23. Rodrigues WFG, Rodrigues RFG, Ferreira FA. Violence against women within a biopsychosocial context: a challenge for the nursing professional. *J Nurs UFPE on line*. 2017 Apr;11(4):1752-8. DOI: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201725
24. Pereira-Gomes N, Erdmann AL, Rebouças-Gomes N, Silva-Monteiro D, Santos RM, Menezes-Couto T. Apoio social à mulher em situação de
- violência conjugal. *Rev saúde pública (Online)*. 2015;17(6):823-35. DOI: 10.15446/rsap.v17n6.36022
25. Heisler ED, Silva EB, Costa MC, Arboit J, Honnef F, Marques KA. Mulheres em situação de violência: (re)pensando a escuta, vínculo e visita. *Rev enferm UFPE on line*. 2018;12(1):265-72. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i01a230504p265-272-2018

Recebido: 19 de maio de 2020

Aprovado: 4 de julho de 2020

Publicado: 5 de outubro de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.