

# PREPARO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS PARA O CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

## PREPARATION OF NURSES AND DOCTORS FOR THE CARE OF WOMEN IN SITUATIONS OF DOMESTIC VIOLENCE

## PREPARACIÓN DE ENFERMEROS Y MÉDICOS PARA EL CUIDADO DE LAS MUJERES EN SITUACIONES DE VIOLENCIA CONYUGAL

Nadirlene Gomes<sup>1</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>2</sup>  
Giovana Dorneles Callegaro Higashi<sup>3</sup>  
Kamylla Santos Cunha<sup>4</sup>  
Rosana Santos Mota<sup>5</sup>  
Normélia Maria Freire Diniz<sup>6</sup>

O Brasil ocupa a 7ª posição no mundo de homicídios de mulheres, sendo o crime passional uma das principais causas. Estudo qualitativo ancorado na *Grounded Theory*, com o objetivo de compreender o preparo de enfermeiros e médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal. Trata-se de um recorte do projeto de doutoramento, com 52 profissionais de 16 equipes de saúde em um município de Santa Catarina, Brasil. O estudo sinaliza para o despreparo profissional na abordagem e cuidado à mulher em situação de violência conjugal, atribuindo tal dificuldade à formação na graduação. O estudo oferece elementos que contribuem para o (re)pensar acerca da organização da estrutura curricular, a fim de que se contemplem problemas sociais e de saúde frequentes na realidade, como é o caso da violência doméstica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência contra a mulher. Violência na família. Enfermagem. Educação em Enfermagem.

*Brazil occupies the 7th position in the world of women's murders, being the crime of passion one of the most important causes. Qualitative study, anchored in the Grounded Theory in order to understand the preparation of nurses and doctors working in the Family Health Strategy for the care of women in situations of domestic violence. This is an excerpt of the doctoral project, with 52 professional teams of 16 health in a municipality of Santa Catarina, Brazil. The study points to the lack of professionalism and attention to women in situations of domestic violence, attributing this difficulty to the training and graduation. The study provides elements that contribute to (re)think about the*

<sup>1</sup> Enfermeira. Docente Adjunta da Escola de Enfermagem (EE), Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Enfermagem. Pós-doutoranda pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). nadirlenegomes@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Filosofia de Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora IA do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (Gepades). alacoque@newsite.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC). Integrante do Gepades. gio.enfermagem@gmail.com

<sup>4</sup> Graduanda em Enfermagem pela UFSC. Bolsista voluntária do Programa de Iniciação Científica da UFSC. Membro do Grupo do Gepades do PEN/UFSC. kamyllacunha@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira Assistencial da Maternidade Tysila Balbino. Mestre em Saúde da Mulher. rosana17santos@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem. Docente Associada da EE/UFBA. normelia@lognet.com.br

*organization of the curriculum in order to contemplate the social and health problems common in reality as in the case of domestic violence.*

**KEY WORDS:** *Violence against women. Violence in the family. Nursing. Nursing Education.*

*Brasil ocupa la 7ª posición en el mundo por asesinatos de mujeres, siendo que el crimen pasional es una de sus principales causas. Estudio de enfoque cualitativo, anclado en la Grounded Theory, con el objetivo para comprender la preparación de enfermeros y médicos que actúan en la Estrategia de Salud Familiar para la atención a mujeres en situación de violencia conyugal. Este es un extracto de la tesis de doctoramiento, con 52 profesionales de 16 equipos de salud en un municipio de Santa Catarina, Brasil. El estudio apunta para la falta de profesionalismo a la hora del abordaje y cuidado a la mujer en situación de violencia conyugal, atribuyendo dicha dificultad a los estudios de grado. El estudio aporta elementos que contribuyen a (re)pensar sobre la organización y estructura del plan de estudios, con el fin de contemplar los problemas sociales y de salud comunes en la realidad, como es el caso de la violencia doméstica.*

**PALABRAS-CLAVE:** *Violencia contra la mujer. Violencia en la familia. Enfermería. Educación en Enfermería.*

## INTRODUÇÃO

Em nossa sociedade, a violência doméstica configura-se como processo de dominação e demonstração de poder que emerge na dinâmica familiar, sendo a população feminina um dos grupos mais vulneráveis. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher define violência contra a mulher como toda e qualquer ação baseada na desigualdade de gênero, que gere sofrimento psicológico, físico e/ou sexual à mulher, podendo, inclusive, levá-la a morte (WAISELFISZ, 2012).

A magnitude dessa problemática é visualizada pela incidência dos casos de violência contra as mulheres, bem como pelos danos que surgem em decorrência desta para a saúde e qualidade de vida, pois afeta o bem-estar físico, psicológico, emocional e social das mulheres, estando associada ao absenteísmo no trabalho, homicídios e suicídios. De acordo com o Banco Mundial, a violência doméstica atinge entre 25% a 50% das mulheres na América Latina, ocasionando a perda de um ano de vida saudável a cada cinco anos (BANCO MUNDIAL, 2006). No caso do Brasil, nos últimos 30 anos, foram assassinadas 91 mil mulheres. Só na última década, esse número foi de 43,5 mil. Ainda no que tange ao homicídio de mulheres, o país ocupa a 7ª posição no mundo, com uma taxa de 4,4 homicídios em 100 mil mulheres, sendo o crime passional uma das principais causas

desses assassinatos. A morbidade em decorrência da violência contra a mulher também comprova a magnitude do agravo. No ano de 2011, foram registrados 73.633 atendimentos relativos à violência doméstica no país; destes, em 65,4% dos casos, as vítimas eram mulheres (WAISELFISZ, 2012).

Os danos da vivência de violência para a saúde das mulheres são múltiplos – mutilações, fraturas, dificuldades ligadas à sexualidade, complicações obstétricas e sequelas psicológicas, tais como ansiedade, depressão, tentativa de suicídio e síndrome do estresse pós-traumático (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011) – e levam as mulheres aos serviços de saúde.

Embora a violência doméstica contra as mulheres seja um problema recorrente nos serviços de saúde, por sua complexidade, não vem sendo reconhecida, sendo também de difícil abordagem. Por tal razão, os serviços não apresentam condições técnicas de atender esta demanda específica e os profissionais de saúde sentem-se impotentes para enfrentar tais situações (ANDRADE; FONSECA, 2008; LETTIERE; NAKANO, 2011).

Vale salientar que o despreparo profissional possui estreita relação com o déficit na formação durante a graduação, sendo essencial a incorporação da abordagem sobre violência, sobretudo por sua interdisciplinaridade nas áreas da saúde pública e da saúde coletiva (GOMES et al., 2009;

LETTIERE; NAKANO, 2011; SANTI et al., 2010; TOMAZ et al., 2008). Sabe-se que os serviços de atenção primária à saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), constituem-se como porta de entrada dos casos de violência geral, sobretudo, da doméstica (GOMES; PINHEIRO, 2005). Destarte, os profissionais que atuam nas equipes de saúde têm como desafio a adoção de uma postura construtora de vínculo, o que viabilizaria a identificação de agravos como a violência conjugal.

Considerando a proposta da ESF, que preconiza a promoção da saúde e a intersetorialidade como eixos condutores de suas ações, questiona-se: Quais os significados atribuídos por profissionais que atuam na ESF sobre o preparo de enfermeiros e médicos para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal?

Buscando responder tais inquietações, delineou-se como objeto de estudo o preparo dos enfermeiros e médicos para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal. Desse modo, objetivou-se compreender o preparo de enfermeiros e médicos que atuam na ESF para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um recorte do projeto de pós-doutoramento intitulado “Mulheres em situação de violência conjugal: construindo práticas de cuidado de enfermagem e saúde na ESF”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb).

Estudo qualitativo ancorado nos pressupostos da *Grounded Theory*, conhecida como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), cujo método possibilita explorar a diversidade, pluralidade e singularidade da experiência humana que direcionarão a construção de conceitos, hipóteses, gerando teorias substantivas que favorecem a compreensão acerca do fenômeno vivido, constituindo-se como guias para a ação (SILVA et al., 2011).

O estudo foi realizado em um município do estado de Santa Catarina, Brasil, organizado em

cinco distritos sanitários. Elegeram-se um dos distritos para cenário do estudo. A escolha decorreu do fato de as unidades de saúde deste distrito estarem inseridas em comunidades com contextos socioeconômicos heterogêneos, permitindo maior aprofundamento acerca do preparo da equipe de saúde para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal.

A coleta de dados foi realizada entre maio e agosto de 2012, mediada pela técnica de entrevista aberta. Com base na TFD, os sujeitos são constituídos ao longo do estudo por meio da amostragem teórica, que direciona a inserção de novos sujeitos à pesquisa. Considerando que o distrito em questão é constituído por cinco unidades de saúde que integram 16 equipes de saúde, definiu-se o primeiro grupo amostral: técnicos de enfermagem (17), enfermeiros (13) e médicos (12) de todas as equipes do distrito escolhido, totalizando 42 entrevistas.

A análise deu-se de forma concomitante à coleta e mostrou que, diante da suspeita ou do reconhecimento da violência conjugal, as mulheres são referenciadas para psiquiatras (2), psicólogos (2) e assistente social (1) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais constituíram o segundo grupo amostral. O NASF é constituído por profissionais de diversas áreas de conhecimento, que atuam em conjunto com as equipes de referência no intuito de ampliar a abrangência das ações de saúde e garantir maior resolutividade.

A análise dos dados viabilizou a compreensão acerca do cuidado à mulher com base na interação de enfermeiros e médicos que integram a equipe de referência com profissionais do NASF e apontou as dificuldades de reconhecimento do agravo e atendimento à mulher. Esse contexto sinalizava para o despreparo das equipes do distrito sanitário no cuidado à mulher em situação de violência conjugal. Respeitando a condução metodológica da TFD, delineou-se o terceiro grupo amostral: os coordenadores das unidades de saúde (5). Salienta-se que os todos os coordenadores entrevistados são enfermeiros. Considerando os três grupos amostrais, foram realizadas 52 entrevistas.

As entrevistas foram concedidas pelos participantes mediante explanação do objetivo da pesquisa e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Este documento continha os aspectos éticos a serem respeitados, conforme prevê a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), dentre os quais o direito ao anonimato. Os participantes foram identificados pela letra inicial maiúscula indicativa da categoria profissional, ou a letra C, no caso dos coordenadores, seguida de um algarismo arábico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob Parecer n. 21560/12.

A coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente, seguindo as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva. Inicialmente, na etapa de codificação aberta, os dados foram analisados e transformados em códigos preliminares; na codificação axial, os conceitos já organizados foram desenvolvidos pelo pesquisador, com vistas a encontrar a explicação do(s) fenômeno(s). A codificação seletiva, por sua vez, possibilitou o reagrupamento entre conceitos para definição do fenômeno central (BAGGIO; ERDMANN, 2011). A categorização ocorreu com o apoio do *software* NVIVO®.

Na análise dos dados, foi utilizado esquema organizacional que ajuda a reunir e ordenar sistematicamente os dados, denominado paradigma ou modelo paradigmático. Desse modo, o modelo estabelece a inter-relação entre as subcategorias e categorias com base nos seguintes componentes: fenômeno, contexto, condições causais e intervenientes, estratégias e consequências (BACKES et al., 2011). O modelo paradigmático permitiu desvelar o fenômeno “Reconhecendo a violência conjugal como problema de saúde pública e a necessidade de gestão do cuidado à mulher”. A validação do modelo foi realizada com profissionais de saúde que atuam em unidades entrevistadas e com dez pesquisadores com expertise em TFD.

Considerando os três grupos amostrais, totalizou-se 52 entrevistas, das quais 31 foram realizadas junto a enfermeiros ou médicos, profissionais de nível superior que integram a equipe de referência na ESF. Diante da importância

de tais profissionais no modelo de APS, serão apresentadas neste manuscrito as categorias relacionadas ao preparo de enfermeiros e médicos para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal.

## RESULTADOS

O modelo paradigmático referente ao fenômeno “Reconhecendo a violência conjugal como problema de saúde pública e a necessidade de gestão do cuidado à mulher” age sobre as condições intervenientes, influenciando as condições causais e sinalizando estratégias para a mudança do contexto que permite o surgimento e desenvolvimento do fenômeno. No que tange ao preparo de enfermeiros e médicos para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal, o modelo paradigmático revelou as seguintes categorias: dificuldade de identificação e atendimento à mulher em situação de violência conjugal; inclusão do cuidado à saúde na violência conjugal durante a formação profissional.

### **Dificuldade de identificação e atendimento à mulher em situação de violência conjugal**

O estudo sinaliza a dificuldade dos profissionais que atuam na ESF em reconhecer a violência conjugal como agravo à saúde da mulher e também em saber como agir diante desses casos. As subcategorias – Sentimento de despreparo para identificar a situação de violência conjugal e Sentimento de despreparo para atender a mulher – ilustram tais dificuldades:

#### *Sentimento de despreparo para identificar a situação de violência conjugal*

Muitos profissionais de saúde não se sentem preparados para reconhecer as mulheres em situação de violência conjugal, condição que contribui para a invisibilidade do problema.

“Eu acho que é um problema muito comum, mas que a gente acaba não sabendo. Os profissionais de saúde acabam sabendo pouco

que isso acontece [...] reconhecer, eu acho que tá aí a grande questão, porque nem sempre a gente consegue ir atrás quando a pessoa não traz essa queixa.” (M-2).

“Realmente, os profissionais não sabem trabalhar com a violência [...] às vezes, a gente não tem esse olhar e não identifica e com certeza a gente deixa passar muita coisa em branco.” (C-3).

O despreparo profissional para o reconhecimento do agravo vulnerabiliza ainda mais a mulher, uma vez que aumentam as chances de permanecer na situação e, conseqüentemente, intensificar os danos à saúde, fazendo com que recorra mais vezes ao serviço de saúde, conforme pode ser visualizado nos relatos a seguir:

“Nós não estamos preparados para reconhecer. Tanto é que ela teve que vir diversas vezes em acolhimento, para daí a gente desconfiar de alguma coisa e perguntar. Porque também é uma questão delicada para a gente entrar e abordar assim, eu acho.” (E-3).

“No dia a dia, a gente não diagnostica isso. A gente diagnostica depressão, dores e não sei o quê. Na verdade, a gente suspeita um pouco [...] e não dedica muito tempo para descobrir até onde tem violência ou não [...] a pessoa vai vir com uma queixa de dor de cabeça, ela vem com uma depressão e você vai tratando dos sintomas sem investigar a verdadeira causa.” (M-5).

#### *Sentimento de despreparo para atender a mulher*

Emergiu dos discursos dos profissionais de saúde a falta de preparo para o atendimento a mulher em situação de violência. Assim, quando a mulher revela estar nesta situação ou quando o profissional consegue identificar, falta o preparo para atender. Os profissionais de saúde sentem-se impotentes, coagidos e acreditam prestar uma

assistência deficiente a mulher, conforme expõem as falas:

“[...] quando acontece, que tem algum tipo de violência, a gente fica um pouco coagida; não sabe muito como fazer, como tratar esse paciente que fica na sua frente.” (E-13).

“[...] como amparar essa mulher e dar um suporte para ela, a gente não sabe. Às vezes, eu sinto que deixo um pouco a desejar nesse sentindo. Eu acho que poderia oferecer um pouco mais [...] porque fica meio subjetivo e a gente vai saber lhe dar na hora e não é bem assim, é bem complexa a situação.” (E-1).

O despreparo para lidar com a situação leva os profissionais de saúde a não investigarem possíveis vivências de violência conjugal pelas mulheres atendidas. A fala a seguir revela que o sentimento de incapacidade para o atendimento faz o profissional calar-se, mesmo tendo sinais claros de vivência de violência.

“[...] às vezes nem pergunta se está acontecendo algo, porque se justamente começar a chorar na frente dela, ela vai ter que dar conta, e às vezes pensam: ‘eu não vou conseguir dar conta, então nem vou perguntar o que aconteceu’. [...] aí não investiga, porque o receio que o próprio profissional tem, é que se ele for investigar, ele vai ter que dar conta.” (C-4).

#### **Inclusão do cuidado à saúde na violência conjugal durante a formação profissional**

A dificuldade para o reconhecimento da situação de violência conjugal e para o atendimento à mulher vitimada foi associada ao fato da temática ter sido pouco, ou nada, contemplada durante a graduação dos profissionais de saúde. As subcategorias – Temática não contemplada na formação, Reconhecimento da importância da temática na graduação e Experiência do cuidado à mulher em situação de violência conjugal – retratam tais considerações:

### *Temática não contemplada na formação*

Alguns profissionais referem que, durante a graduação profissional, a temática violência doméstica não fora abordada. As falas a seguir deixam claro que, para os participantes, a ausência de discussão sobre a temática na formação acadêmica compromete o reconhecimento do agravo e a assistência disponibilizada a mulher:

“Na realidade, na graduação, a gente não tem nada específico sobre o assunto [...] não tem, e eu me formei não faz muito tempo.” (E-4).

“A gente não tem no currículo. Até nisso falta! [...] por falta desse olhar, às vezes, a pessoa chega ali e você não percebe [...] às vezes, tem uma demanda grande de pessoas que não relatam que seja violência [...] eu acredito que a demanda é bem maior do que tem na unidade.” (E-5).

A falta de preparo profissional, para os depoentes, guarda relação com a formação alicerçada no modelo biomédico, centrada na patologia, que suprime do seu currículo discussões de temáticas essenciais para um atendimento humanizado e integral, como é a temática em questão. “A gente não tem uma estrutura sobre isso porque a gente aprende sobre patologia. A gente não dá conta, por causa da formação que a gente tem.” (Pq-2).

Mesmo quando contemplada durante a formação acadêmica, os profissionais entrevistados referiram que a temática foi abordada de forma superficial, com discussões pontuais que não garantiram uma formação adequada diante da magnitude da problemática. Seguem falas que ilustram tais colocações:

“Na formação, trabalhei, mas de forma bem pontual.” (E-1).

“[...] na minha época não tinha um curso, uma área específica, uma disciplina específica. Na ginecologia, o paciente que viesse com alguma agressão, alguma coisa, talvez a gente investigasse, mas era uma coisa bem pontual.” (M-12).

Durante a formação, a gente não tem muita coisa. Como atender ou coisa do tipo, se teve foi bem pouco? Coisas bem pontuais de atendimento. Mas, lidar com violência doméstica, acho que não [...] o que tem na formação não é suficiente.” (M-1).

### *Reconhecimento da importância da temática na graduação*

Para os profissionais entrevistados, a inclusão da temática na graduação proporcionaria melhor compreensão acerca do fenômeno e direcionamento para o agir diante dos casos identificados. Emerge das falas dos profissionais de saúde a necessidade de inclusão da discussão da temática violência conjugal durante a formação na graduação. Seguem falas ilustrativas acerca da importância de tal inclusão:

“Eu acho que é bem importante esse assunto na formação, de lidar com isso [...] de não tomar atitudes que no final vão piorar a situação. De aprender como agir nessas situações [...] saber como lidar, como encaminhar e saber como abordar também [...] a gente não sabe muito o que falar e como reagir. Não lembro de ter discutido isso na faculdade, acho que não.” (E-3).

“Acredito que desde os primeiros momentos da formação, nos primeiros semestres, o problema da violência deveria ser exposto, com o mesmo vigor com que são ensinadas as questões de doenças. Embora a violência não venha a se enquadrar em uma situação clássica de qualquer patologia, ela é um problema e um dos problemas mais importantes, de maior magnitude e transcendência que a gente tem. Então, poderia ter essa maior sensibilização da violência: não só conjugal, mas violência geral.” (M-7).

“[...] o currículo não nos prepara para o atendimento nesses casos. Com certeza não. Estar preparado daria um pouco mais de certeza do

que fazer. Eu acho que não seria a garantia do tratamento, do andamento correto, mas direcionária para quem encaminhar, como levar. E isso eu não sei.” (E-9).

### *Experiência do cuidado à mulher em situação de violência conjugal*

Além da necessidade de inclusão da discussão da temática durante a formação, os profissionais entrevistados acreditam que é de igual modo importante uma vivência que permita aos alunos experienciar o cuidado às mulheres em situação de violência. Para os entrevistados, a prática durante a formação, possibilitada pelas visitas a centro de referências, assim como os estágios que contemplem atendimento a mulheres em tal situação, é de fundamental importância para o preparo dos futuros profissionais de saúde. As seguintes falas detalham tais sugestões:

“[...] teria que ter uma vivência nesse tema para você ter uma experiência para abordar e tratar melhor isso e identificar [...] seria, de repente, uma visita ao centro de referência da mulher em situação de violência. De repente, esse seria um caminho, mas que o curso de graduação não contempla. É preciso um olhar para sair mais preparado e ter um aprofundamento [...] É uma situação muito delicada, muita especificidade.” (C-2).

“Eu acho que na minha formação deveria ter tido mais atenção na vivência mesmo dessas situações, porque uma coisa é você orientar como a pessoa deve se comportar, outra coisa é você estar diante de um caso. Eu acho que uma vivência supervisionada de caso, talvez um estágio que aborde exclusivamente esse caso, para poder vivenciar de fato, não só na teoria [...] eu me sentiria mais segura, talvez um pouco mais embasada.” (M-9).

“Eu acho importante estudar isso na formação, principalmente na parte prática. Tem que ter mais a parte de vivência: de vir nas unidades, de atender na comunidade, de fazer

visita, andar com assistentes sociais, ver como é a comunidade, vivenciar o atendimento junto e dentro da unidade. Eu acho que é importante para saber o que está te esperando na realidade. [...] daria um direcionamento melhor [...] para poder lidar e para identificar, porque, às vezes, as pessoas não falam nada.” (M-3).

## DISCUSSÃO

A ocorrência de violência conjugal em mulheres interfere diretamente nas dimensões laborais, familiares, sociais, fisiológicas, físicas e afetivas, o que, por sua vez, acaba diminuindo substancialmente a qualidade de vida dos envolvidos (RIBEIRO; COUTINHO, 2011). Considerando que a identificação precoce da vivência pela mulher pode reduzir esses agravos, a atenção básica de saúde, por meio das unidades de saúde da família, pode ser uma eficaz porta de entrada para mulheres nessa situação, e os profissionais que atuam nas equipes de referência, agentes estratégicos para tal identificação.

No entanto, o estudo revela a dificuldade de reconhecimento de mulheres em situação de violência conjugal no âmbito da ESF por parte de enfermeiros e médicos que atuam nas equipes de referência. Muitas mulheres não revelam sua história para os profissionais de saúde, apresentando apenas queixas vagas. Agrava-se o fato de que os profissionais, arraigados na formação biologicista, fragmentada e voltada para a doença, não direcionarem o olhar para a investigação das causas associadas à busca da mulher aos serviços de saúde. Assim, o profissional centra-se nos aspectos clínicos e nas queixas apresentadas, o que contribui para a invisibilidade do fenômeno (ANDRADE; COSTA, 2011; GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Nessa direção, uma pesquisa realizada em um ambulatório no Rio de Janeiro revela que a violência doméstica dificilmente é percebida por meio das abordagens rotineiramente empregadas em serviços de saúde, que tendem a uma perspectiva assistencialista baseada em práticas curativas

fundamentadas, preferencialmente, na observação de sinais e sintomas de quadros clínicos. Desta forma, os casos graves e explosivos em sua apresentação podem, eventualmente, até ser captados e referidos, no entanto, o mesmo não ocorre nas situações menos evidentes. São estas as oportunidades perdidas, os quadros latentes de conflito familiar que deixam de ser identificados em consultas regulares (MOURA; REICHEENHEIM, 2005).

Diante do contexto do silêncio da mulher e da falta de preparo profissional para reconhecer a violência conjugal como causa associada ao problema de saúde apresentado, as mulheres tornam-se mais vulneráveis aos agravos decorrentes desta problemática, aumentando a demanda pelos serviços de saúde. Todavia, o reconhecimento da violência conjugal, seja ela expressa psicológica, física ou sexualmente nas unidades de atenção primária, é bastante inexpressivo (D'OLIVEIRA et al., 2009). Mesmo com a identificação dos casos de violência conjugal, sobretudo pela revelação das próprias mulheres, os profissionais não se sentem preparados para lidar com essa situação (GOMES et al., 2009; GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009). Pesquisa realizada com profissionais de saúde que atendem mulheres em situação de violência conjugal mostrou que esses restringem o cuidado à mulher ao tratamento das lesões físicas e ao encaminhamento para o setor policial (MENEGHEL et al., 2011).

Conforme significam os enfermeiros e médicos entrevistados, essa dificuldade em reconhecer o agravo e lidar com a mulher nesse contexto relaciona-se com a pouca ou nenhuma abordagem da temática nos currículos da graduação. Assim sendo, embora consista em um agravo frequente e de grande magnitude, e ser uma realidade nos serviços de saúde, a formação profissional, muitas vezes, não contempla a discussão da temática. Estudo com o objetivo de analisar a inserção do tema violência intrafamiliar nos currículos de graduação em enfermagem e medicina constatou que ainda é limitada a preocupação dos órgãos formadores com a inserção do tema em seus currículos (SOUZA et al., 2008).

Observa-se que o processo de ensino e aprendizagem acerca da violência contra a mulher

durante a graduação ainda se configura como incipiente. Desse modo, poderá refletir diretamente na atuação. Por tal razão, é necessário que os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, apropriem-se de novos saberes, de diversas áreas do conhecimento, exercitando a interdisciplinaridade e a intersectorialidade, a fim de subsidiar sua prática profissional e garantir o princípio da integralidade da assistência à saúde (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Tendo em vista que a violência contra a mulher tem sua raiz no poder patriarcal responsável pela naturalização da dominação masculina sobre o feminino (LAMOGLIA; MINAYO, 2009), considera-se essenciais os espaços de discussões de questões de gênero no processo de formação, conforme preconiza nacionalmente a Lei n. 11.340, de 2006 (BRASIL, 2006, p.2) ao recomendar: "IX – o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher."

Nessa perspectiva, estudos apontam a necessidade de o currículo incorporar a abordagem acerca da violência nas disciplinas da saúde da mulher, sob o enfoque da perspectiva de gênero (LETTIERE; NAKANO, 2011). A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica defende que, para enfrentar a violência de gênero, não basta normatizar procedimentos. Vale ressaltar a necessidade de se refletir, discutir e propor ações sobre o tema, em prol de afinar conhecimentos com marcos políticos nacionais e internacionais vigentes e com as estratégias e ações de enfrentamento à violência contra as mulheres adotadas pelo país (BRASIL, 2012b).

É importante que a graduação oportunize espaços para que o futuro profissional possa compreender o aspecto relacional que permeia a situação de violência (NUNES et al., 2009), a fim de que possa oferecer à mulher um cuidado que supere os aspectos fisiopatológicos. Para os profissionais entrevistados, a inclusão da temática na graduação, por meio de estágios de vivência, lhes proporcionaria melhor compreensão acerca do

fenômeno e direcionamento de como agir diante dos casos identificados. A realização deste estudo revelou que essa prática inovadora de educação viabiliza uma formação profissional que capacite o sujeito para atuar sobre os problemas do SUS (CANONICO; BRÊTAS, 2008). Desse modo, a incorporação curricular da temática violência doméstica favorecerá uma abordagem acerca das condições de saúde e de vida das mulheres, o que viabiliza a identificação de suas demandas e a realização de planejamentos da assistência de saúde e de enfermagem de qualidade (LETTIERE; NAKANO, 2011).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sinaliza para a dificuldade de enfermeiros e médicos que atuam na ESF de reconhecer a mulher em situação de violência conjugal, bem como de prestar-lhe atendimento, já que muitos referem despreparo para a abordagem e não saber o que fazer diante da situação.

Os profissionais atribuem tal dificuldade à formação profissional na graduação, referindo a pouca ou nenhuma observação sobre a temática, e defendem sua inclusão nos currículos mínimos da graduação. Nesta perspectiva, o estudo oferece elementos que contribuem para o (re)pensar acerca da organização da estrutura curricular, sobretudo dos cursos de enfermagem e medicina cujos profissionais integram a equipe de referência, a fim de que se contemplem problemas sociais e de saúde frequentes na realidade, como é o caso da violência doméstica.

Como estratégias de inclusão, os profissionais que atuam na ESF propõem-se espaços de vivência em que os discentes possam experienciar o atendimento à mulher, que envolve suspeita e identificação da vivência de violência doméstica, levantamento de necessidades, acolhimento, notificação, encaminhamentos e articulações intersetoriais. Embora o estudo limite-se às especificidades dos sujeitos entrevistados, acredita-se que a aplicabilidade das estratégias sinalizadas orientará o processo de mudança da formação profissional na direção da promoção do cuidado à mulher em situação de violência.

Embora seja essencial o olhar durante a formação profissional para a problemática da violência contra a mulher, não se pode deixar de contemplar os profissionais que hoje atuam nos mais diversos cenários do setor saúde, não apenas na APS, e que também apresentam dificuldade de reconhecimento do agravo e de encaminhamento. Deve-se refletir ainda que a formação não se esgota na graduação, sendo essencial o espaço de educação continuada em serviço sobre temáticas consideradas de relevância social e para a saúde. São necessárias, portanto, ações direcionadas à capacitação desses profissionais, sobretudo sobre a discussão acerca da construção social de gênero que respalda a desigualdade entre homens e mulheres, permitindo a naturalização da violência contra a mulher.

Ressaltam-se as diversas necessidades apresentadas por mulheres com história de violência conjugal, que não se limita a área da saúde, demandando também atenção social, política, jurídica, entre outros serviços, possibilitando entender-se a complexidade que permeia a temática. Neste sentido, urge uma gestão que priorize em suas ações não só o preparo profissional para o reconhecimento do agravo, como também para acolhimento à mulher e encaminhamentos necessários.

Acredita-se que as equipes de saúde da família têm função diferenciada nesse processo, uma vez que a ESF tem como premissa o vínculo e a atenção centrada na família, que é por onde se dá o primeiro contato da mulher com o profissional da rede de saúde. Além disso, a APS é responsável pela coordenação da assistência, devendo os profissionais conhecerem a rede de apoio, conduzirem as mulheres e acompanhá-las, a fim de garantir a continuidade e integralidade da atenção. Nesta perspectiva, a APS encontra-se em posição de destaque para promover a articulação intersetorial junto aos demais níveis de atenção à saúde e outras áreas de atenção, bem como estratégias de educação continuada em serviço sobre a temática violência contra a mulher, buscando assegurar seu papel de coordenação do cuidado ao usuário.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Clara J.M.; FONSECA, Rosa M.G.S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.42, n.3, p.591-605, set. 2008.
- ANDRADE, Zannis B.; COSTA, Heloniza O.G. O currículo de enfermagem da UFBA e o SUS. *Rev. Baiana Enferm.*, Salvador, v.25, n.1, p.13-22, jan./abr. 2011.
- BACKES, Marli T.S. et al. Development and validation of the theory based on data about the environment of the intensive care unit. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.769-775, out./dec. 2011.
- BAGGIO, Maria A; ERDMANN, Alacoque L. Theory based on the data or Grounded theory and its use in nursing research in Brazil. *Referência*, Granada, ES, v.3, n.3, p.177-185, 2011.
- BANCO MUNDIAL *Violência contra a mulher*. Washington, DC, 2006. Disponível em: <<http://www.bancomundial.com>>. Acesso em: 7 mar. 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Norma Técnica 3ª edição atualizada e ampliada 1ª reimpressão Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 6. Brasília, DF, 2012.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2007.
- CANONICO, Rhavana P.; BRÊTAS, Ana Cristina P. Meaning of the experience and training program in the reality of the single health system for professional health education. *Acta paul. Enferm.*, São Paulo, v.21, n.2, p.256-261, 2008.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia P.L. et al. Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation – an alternative to primary health care. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1037-1050, jul./ago. 2009.
- GOMES, Márcia C.P.A.; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comunic., Saúde, Educ.*, São Paulo, v.9, n.17, p.287-301, mar./ago. 2005.
- GOMES, Nadirlene P. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p.14-17, 2009.
- GUEDES, Rebeca N.; SILVA, Ana T.M.C.; FONSECA, Rosa M.G.S. The violence of gender and health-disease process of women. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.625-631, jul./set. 2009.
- LAMOGLIA, Cláudia V.A.; MINAYO, Maria C.S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.595-604, 2009.
- LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana M.S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v.19, n.6, nov./dez. 2011.
- MENEGHEL, Stela N. et al. Critical trajectories of female victims of gender violence: discourse analysis of women and staff professionals in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.743-752, 2011.
- MOURA, Anna T.M.S.; REICHEENHEIM, Michael E. Are we really detecting violence in families of children visiting our health services? The experience of a public health service in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1124-1133, jul./ago. 2005.
- NASCIMENTO, Mirlene G.; XAVIER, Patrícia F.; SÁ, Rafaella D.P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.41-47, out./dez. 2011.
- NUNES, Cristina B. et al. Health care professionals approaches to address family violence against children and teenagers. *Acta paul. Enferm.*, São Paulo, v.22, p.903-908, 2009.

- RIBEIRO, Cristiane G.; COUTINHO, Maria P.L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v.3, n.1, p.52-59, jan./jun. 2011.
- SANTI, Liliane N. et al. Domestically abused Brazilian women's perceptions about support and received support in its social. *Texto e Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.19, n.3, p.417-424, jul./set. 2010.
- SILVA, Marcelle M. et al. The Grounded Theory in Brazilian nursing post-graduation studies. *Rev. Eletr. Enf. Goiânia*, v.1, n.4, p.671-679, 2011.
- SOUZA, Edinilsa R. et al. Domestic violence in the conception of health professionals trainers. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.13-19. nov./dez. 2008.
- TOMAZ, Simone N.M. et al. Physical violence against women from the perspective of health professionals. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.6, p.1053-1059, 2008.
- WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2012*. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.mapa-daviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012\\_mulher.pdf](http://www.mapa-daviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

Submetido: 13/12/2012

Aceito: 2/9/2013