

Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero



Care for women victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity

Cuidar de las mujeres en situación de violencia: fortalecimiento de la enfermería en la búsqueda de la equidad de género

Laura Ferreira Cortes^a
 Stela Maris de Mello Padoin^b
 Letícia Becker Vieira^c
 Maria Celeste Landerdahl^b
 Jaqueline Arboit^a

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>

RESUMO

Objetivos: Conhecer as ações de cuidar de mulheres em situação de violência por enfermeiras em serviços de urgência e emergência e analisar as ações que busquem o empoderamento de mulheres para a equidade de gênero.

Métodos: Estudo qualitativo, descritivo, realizado mediante entrevistas com 10 enfermeiras trabalhadoras do Centro Obstétrico e Pronto Socorro de um Hospital Universitário do Sul do Brasil e Pronto Atendimento Municipal, de janeiro a abril de 2013. Realizou-se Análise de Conteúdo Temática, adotando-se gênero como categoria analítica.

Resultados: Elementos do cuidado clínico: remetem-se aos procedimentos e técnicas de enfermagem. Elementos de cuidado não clínico: remetem-se a conversa, escuta e orientação às mulheres e familiares.

Conclusões: Desvelar tais ações torna-se relevante a fim de qualificar a assistência de enfermagem junto aos demais profissionais de saúde e os serviços de atenção às mulheres em situação de violência.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Gênero e saúde. Identidade de gênero. Assistência à saúde. Enfermagem. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

ABSTRACT

Objectives: To study the care of women victims of violence provided by nurses in emergency services and to analyse the practices that target the empowerment of women and gender equity.

Methods: A qualitative, descriptive study conducted by means of interviews with 10 nurses of an emergency and obstetrics unit of a university hospital and local emergency service of a city in southern Brazil from January to April 2013. We used thematic content analysis and defined gender as the analytical category.

Results: Clinical elements refer to nursing procedures and techniques. Non-clinical elements refer to conversation, listening and orientation to the women and their families.

Conclusion: Revealing these actions is important to qualify nursing care in relation to the other health professionals and care services for women victims of violence.

Keywords: Violence against women. Gender and health. Gender identity. Delivery of healthcare. Nursing. Millennium Development Goals.

RESUMEN

Objetivos: conocer las acciones de cuidado de las enfermeras en servicios de urgencia y emergencias y analizar las acciones que buscan el empoderamiento de las mujeres para la equidad de género.

Métodos: estudio cualitativo, descriptivo, realizado a través de entrevistas con 10 trabajadores del centro obstétrico y sala de urgencias de un Hospital Universitario en el sur de Brasil y Servicio de Urgencia, de enero a abril de 2013. Se utilizó la técnica de análisis de contenido temático, adoptando la categoría analítica de género.

Resultados: Elementos clínicos: relacionados con procedimientos y técnicas de enfermería. Elementos que no son clínicos: la conversación, escucha y orientación a las mujeres y familias.

Conclusión: Revelar tales acciones es relevante para calificar la atención de enfermería con otros profesionales de la salud y atención servicios a mujeres en situación de violencia.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Género y salud. Identidad de género. Prestación de Atención de salud. Enfermería. Objetivos de Desarrollo del Milenio.

^a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres (VCM) vem sendo tratada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização das Nações Unidas como uma das maiores problemáticas de saúde pública e uma das violações dos direitos humanos mais sistematicamente praticada no mundo. Apresenta inúmeras repercussões para a saúde e qualidade de vida das mulheres e suas famílias, dentre as quais se podem citar a morbidade e perdas potenciais quanto aos aspectos pessoais, sociais, afetivos e econômicos⁽¹⁾. Diante disso, é evidente o custo econômico e social que se tem, para a vida das mulheres em primeiro lugar, mas também para o desenvolvimento das nações.

Trata-se de uma problemática cujas raízes se encontram na naturalização das disparidades entre os sexos, alicerçada em categorias hierárquicas, construídas ao longo da história, enquanto um dos mecanismos ideológicos que legitima o status quo, dentre os quais se tem as classificações sociais, e a classificação pautada nas diferenças entre os sexos. Essa acaba colocando as mulheres em uma posição de subalternidade nas relações de gênero, desqualificando-as como inferiores, porque biologicamente diferentes⁽²⁾. Nesse sentido, uma das inúmeras conquistas para as mulheres no Brasil e no mundo foi a inclusão da perspectiva de gênero como um importante determinante da saúde feminina.

Compreende-se gênero como as relações sociais entre mulheres e homens, de caráter histórico e cultural que definem modelos de ser de cada um, delimitando seu corpo e campo de atuação⁽³⁾. No que diz respeito à extrema manifestação das desigualdades entre homens e mulheres, a esse tipo de violência passa a ser incluído como importante determinante social da saúde e da vida das mulheres, demandando investimentos governamentais e o debate ampliado incluindo múltiplos setores sociais.

O fenômeno se tornou ponto indispensável da pauta das questões de gênero. Nessa direção a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu representantes e chefes de Estado e de governo de 191 países na reunião Cúpula do Milênio e traçou oito "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)". Reflexo da crescente preocupação com a sustentabilidade do planeta e com os graves problemas que afetavam a humanidade, a comunidade internacional estabeleceu objetivos dirigidos a áreas prioritárias para melhorar as condições de saúde, de educação, bem como eliminar a extrema pobreza e desigualdades nas nações⁽⁴⁾. Dentre esses objetivos, destaca-se 3º ODM visa promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.

A meta proposta pela Cúpula para o 3º ODM estabelece o acesso igualitário de homens e mulheres a todos os níveis de ensino até 2015. No entanto, os grandes entraves à promoção da igualdade de gênero e à autonomia femini-

na não se encontram no acesso ao ensino, mas em outros aspectos como a inserção no mercado de trabalho, na vida política e principalmente, na vulnerabilidade e exposição à violência doméstica e sexual⁽⁵⁾.

Nas últimas três décadas, no Brasil, aumentaram significativamente os serviços voltados para as mulheres em situação de violência, construção permeada por intenso movimento pelos direitos humanos das mulheres, produção científica sobre o tema, surgimento de Conselhos e Coordenadorias da Mulher, Delegacias e serviços Especializados e legislação específica sobre o tema. Além do compromisso do país na adesão a diversas Conferências Internacionais de combate à violência contra as mulheres, com destaque também para o cumprimento dos ODM. Apesar do avanço representado por tais iniciativas, há muitas dificuldades no que diz respeito à qualidade da assistência e quanto à articulação dos serviços entre si⁽⁶⁾.

No âmbito da saúde, se por um lado avançou-se em considerar a VCM como um problema passível de intervenção, devido às suas inúmeras consequências físicas e psicológicas, as dificuldades estão relacionadas principalmente ao fato de na prática profissional trabalhar-se com o foco nos sinais e sintomas do adoecimento físico.

Em diferentes serviços, unidades de saúde ou pronto-socorros, muitas situações que nem sempre se caracterizam como adoecimentos, ainda que potenciais danos à saúde, representam obstáculos de comunicação, uma vez que expressas como várias queixas, dores imprecisas ou sem correspondência patológica conhecida. Sendo assim, as demandas trazidas pelas mulheres em situação de violência são frequentemente assumidas como situações assistenciais destinadas ao insucesso. Dessa forma, deve-se refletir acerca de uma reorientação quanto ao gerenciamento e as práticas profissionais⁽⁶⁾.

No que diz respeito ao cuidado de Enfermagem, as/os enfermeiras/os também são consideradas/os elementos chave para atingir os ODM, uma vez que se formam para compreender a natureza complexa do conceito de saúde e bem estar, assim como o impacto dos fatores psicossociais e socioeconômicos tais como pobreza, etnicidade e gênero⁽⁴⁾. Assim, o empoderamento das mulheres e defesa dos direitos humanos perpassam o compromisso desta profissão, que no cotidiano dos serviços de saúde e espaços sociais luta para promover a diminuição das desigualdades que dificultam o acesso aos serviços e ao cuidado à saúde de qualidade.

A partir das reflexões sobre o tema compõe-se como questão orientadora deste estudo: Quais as ações desenvolvidas por profissionais enfermeiras ao cuidar de mulheres em situação de violência? Para tanto, tem-se como objetivos: conhecer as ações de cuidar de mulheres em situação de violência por enfermeiras em serviços de urgência e emergência e analisar as ações que busquem o empoderamento de mulheres para a equidade de gênero.

■ MÉTODO

Estudo qualitativo exploratório-descritivo, oriundo de dissertação⁽⁷⁾, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 2014. O mesmo foi realizado com 10 enfermeiras trabalhadoras do Centro Obstétrico e Pronto Socorro de um Hospital Universitário, e Brasil e Pronto Atendimento Municipal do Sul do Brasil. A escolha dessas profissionais deveu-se ao fato de os serviços serem referência em assistência terciária e secundária, respectivamente, para os casos de mulheres em situação de violência na região e no município do estudo. Foi adotado como critério de inclusão: ser enfermeira/o trabalhador/a desses locais e ter atendido pelo menos alguma vez uma mulher em situação de violência. O critério de exclusão foi estar em férias ou em afastamento do trabalho no período da produção de dados. O número de participantes não foi pré-determinado uma vez que o número de entrevistas foi determinado pela saturação teórica⁽⁸⁾, a partir da convergência dos achados ao objetivo proposto no estudo.

Realizou-se entrevistas semi-estruturadas, mediante compreensão de todos os aspectos éticos da pesquisa e assinatura do TCLE pelas participantes. Esse foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para a pesquisadora e outra para a entrevistada. Os questionamentos versavam sobre ações realizadas no cotidiano de trabalho com mulheres em situação de violência. As mesmas foram previamente agendadas e realizadas em salas disponibilizadas nos referidos serviços, as quais garantiam a privacidade das participantes que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. O período da produção de dados foi de janeiro a abril de 2013.

As informações produzidas foram submetidas à análise de conteúdo temática composta pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos⁽⁹⁾. Na pré-análise, realizou-se leitura flutuante das entrevistas. Durante a exploração do material identificou-se os núcleos de sentido, acerca das ações desenvolvidas pelas profissionais. Foi realizado agrupamento das ideias em comum e um recorte das respostas à questão central, sendo realizada codificação cromática dos achados, com o intuito categorizá-los. Para análise final, articulou-se o material estruturado à literatura especializada, visando responder às questões da pesquisa com base no objetivo.

Adotou-se gênero como categoria de análise, uma vez que essa tem fundamentado os estudos na temática da violência contra as mulheres, sendo resultado de um processo de discussão, ancorado pelo movimento feminista⁽¹⁰⁾ que entende as iniquidades geradas por padrões hegemônicos entre homens e mulheres como substrato das relações violentas.

Os aspectos éticos que envolvem investigação com seres humanos foram respeitados durante todo o trâmite da

pesquisa, atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob parecer nº CAAE: 12224212.2.0000.5346. O anonimato das participantes foi garantido por meio da utilização da letra "E", inicial de enfermeira, seguida de um numeral.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as experiências e vivências no cuidado às mulheres em situação de violência que integram o cotidiano das enfermeiras foram descritas as ações de cuidado à saúde, desenvolvidas por essas profissionais. Os resultados demonstram que as ações pautam-se em elementos clínicos e não clínicos. Os clínicos remetem-se aos procedimentos e técnicas de enfermagem; os não clínicos englobam o diálogo, a escuta e as orientações; encaminhamentos, ou não, da mulher e articulações em equipe.

Elementos do cuidado clínico

A gente praticamente faz só o que está prescrito. Se tem lesão se faz curativo, raio x, tomo, ultrassom, faz os exames[...] o controle de DST, AIDS e hepatite [...] e no que ela está estável ela é liberada. (E1)

A parte da implementação terapêutica mesmo, [...] em relação à medicação. (E3)

O que ela tá sentindo no momento, o que ela tem de clínica, ou dor, ou lesão aberta que tenha que fazer curativos, cuidados de enfermagem. (E8)

É um trabalho mais mecânico, cuidado com o corpo dela, com a saúde dela, com a evolução do quadro, recuperar o trauma que ela sofreu. (E9)

As enfermeiras na sua prática assistencial às mulheres em situação de violência realizam o cuidado inicial das lesões e do trauma que são consequências da violência. O cuidado realizado é técnico, por vezes, protocolado no serviço, um cuidado considerado pela fala das participantes como "normal", muitas vezes restrito às questões biológicas. Assim, a administração das medicações e aferição dos sinais vitais foi referida pelas profissionais, que também referiram examinar a lesão decorrente da violência sofrida, além de encaminharem para exames clínicos, conversar sobre os sintomas, fazer curativos, administrar as medicações de acordo com o tipo de violência e com o protocolo estabelecido, nos casos de violência sexual, ou com a prescrição médica. Em um segundo momento, desenvolvem

elementos de cuidado não clínicos: conversam, escutam e orientam as mulheres e familiares.

Sabe-se que a busca pelo serviço de saúde é determinada, muitas vezes, pelas lesões físicas decorrentes da violência⁽¹¹⁾. Sendo assim, o cuidado clínico é um meio que possibilita a identificação e o reconhecimento da violência. Embora não deva ser a única finalidade desse atendimento, atua como importante momento de contato com a mulher para que ela possa ser inserida na rede de atendimento. Nesse sentido, ambos os elementos de cuidado, clínicos e não clínicos, são importantes e necessários na ação profissional do/a enfermeiro/a ao cuidar das mulheres, uma vez que um complementa o outro.

No entanto, ao descreverem o contexto do cuidado referem um lugar no qual a enfermeira é muito requisitada, a demanda de trabalho é grande e muitas vezes não há tempo para o diálogo, demonstrando que o atendimento realizado é pontual, focado nos procedimentos e técnicas. O cuidado técnico é referido na fala das profissionais como cuidado “mecânico”, é protocolar no serviço de saúde, é fazer o que está prescrito. Dessa forma, o cuidado às mulheres em situação de violência, muitas vezes, encontra-se permeado pela valorização do saber técnico. Esse achado converge com outros estudos da área da saúde nos quais os profissionais limitam-se a tratar as lesões físicas⁽¹¹⁾.

Assim, as dificuldades encontradas nos serviços de saúde decorrem da redução do problema às suas manifestações no corpo entendido na perspectiva biomédica. Processo concebido como medicalização que reduz a patologias problemas que são também sociais⁽¹²⁻¹³⁾. Isso pode ser atribuído à formação em saúde que ainda apresenta fragilidades para lidar com problemas sociais que contrariariam o que é tradicionalmente apreendido, a racionalidade dos diagnósticos e tratamentos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A necessidade de abordagem pelos profissionais para além do enfoque biológico é apontada pelas próprias mulheres quando demonstram querer o interesse dos profissionais não só nos seus corpos; necessitam de informações sobre serviços disponíveis e aconselhamento⁽¹⁵⁾. Para tanto, os profissionais não devem atuar somente como intervencionistas nos agravos físicos, mas como agentes de promoção da saúde, constituintes de uma rede de serviços que buscam enfrentar as sequelas e disseminação de uma cultura de violência⁽¹⁶⁾.

O contexto da violência vivida pelas mulheres quase não é abordado, a não ser que elas declarem a situação. Destaca-se a invisibilidade da violência nos serviços de saúde, ou seja, se as mulheres não declararem a violência sofrida, as enfermeiras, muitas vezes, não questionam. Em outros estudos^(12,14,17), também apresenta-se como uma situação ainda velada.

Frente a isso, torna-se fundamental desvelar a violência no interior dos serviços de saúde, a fim de que a situação

possa ser compreendida nas suas dimensões clínica e social, e que possam ser desenvolvidas práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, visando um cuidado integral. Este processo resultaria na aproximação da saúde com os direitos humanos e empoderamento das mulheres, para se recuperar esses direitos, restabelecendo a ética nas relações interpessoais, e tratando de forma integrada os agravos à saúde recorrentes. Uma estratégia para identificação é a abordagem da violência para as usuárias, fazendo-se necessário registrar adequadamente, estimular o trabalho em equipe, garantir sigilo e privacidade, bem como o acionamento da rede intersetorial existente, garantindo-se o não julgamento e o respeito às decisões da mulher^(12,18).

É preciso considerar que a violência possui como substrato as relações desiguais de gênero. Para isso, faz-se imprescindível a inclusão da temática da VCM e das desigualdades de gênero transversalmente na formação profissional.

Elementos de cuidado não clínicos

Fazer as orientações necessárias. Orientar o que ela tem que fazer. E até o que pode acontecer se ela não quiser fazer o exame, tem que explicar o risco que ela corre. (E1)

Eu pergunto se ela vai denunciar [...] se ela diz que vai registrar, a gente até dá uma orientação que procure a delegacia pra fazer o registro. (E2)

Procuo mostrar a elas que não precisam passar por aquilo [...] Que ela pode e tem alternativas, outras coisas que ela pode fazer da vida dela, que ela pode ir procurar um serviço, um juiz, ela pode ficar livre daquele parceiro, se ela não estiver bem ali naquela situação, que pode ter um trabalho [...] Eu procuro mostrar pra ela que ela é uma pessoa, que ela tem direito de ser feliz. (E3)

Eu gosto mais de ouvir do que falar. [...] é uma escuta pra poder ajudá-la, no sentido de ver o quê que seria melhor pra ela, naquele momento. (E4)

Eu tento conversar com elas pra que elas despertem que elas não são obrigadas a passar por isso [agressão pelo companheiro], pra buscar... tem ajuda, tem a delegacia da mulher, tem outros serviços de ajuda [...] pra que elas tenham visão assim dos seus direitos. Eu tento conversar com ela [...] e com a família [...]. (E7)

A escuta e o diálogo com as mulheres permeiam suas ações de cuidado, com foco na orientação sobre a importância da denúncia da situação vivenciada. Além disso, esperam, por meio de ações como a escuta e as orientações, poder con-

tribuir para amenizar e tranquilizar a mulher. Expressam também a preocupação em reduzir as possíveis consequências e prevenir agravos decorrentes da violência sofrida, como gestação indesejada e doenças sexualmente transmissíveis para que as mulheres se sintam mais seguras, nos casos de violência sexual. A escuta realizada revela-se como um momento de desabafo no qual a mulher pode aliviar seu sofrimento.

Ao identificarem o caso de violência cometida pelo companheiro, muitas profissionais conversam, escutam e orientam as mulheres a fim de que elas tomem consciência da situação vivida e a percebam como uma relação violenta, não natural. Esperam assim, que as mulheres rompam com a violência. Muitas vezes, se a mulher não relata a situação, isso não acontece e essas ações ainda se restringem à disponibilidade pessoal de cada profissional, sendo permeadas por questões estruturais e organizacionais do serviço e também ancoradas, por vezes, em concepções tradicionais de gênero que podem levar à culpabilização das mulheres que sofreram violência.

Esse resultado apontou para a necessidade de reconhecimento na área da saúde e, no cotidiano dos serviços, da violência como uma demanda assistencial e social das mulheres. Considera-se que, na prática em saúde, para se reconhecer e atender às necessidades das mulheres que vivenciam violência se pressupõe desnaturalizar desigualdades de gênero e promover o empoderamento das mulheres. Ser ouvida e acolhida a partir da vinculação com a equipe é uma necessidade apontada pelas mulheres⁽¹³⁾, que valorizam o momento da consulta em serviços de saúde. Expressam ainda a importância do acompanhamento de sua saúde e família⁽¹⁵⁾.

Quando a relação profissional-usuária é permeada por elementos que transcendem a abordagem estritamente clínica, configura-se uma possibilidade de cuidado às mulheres em situação de violência uma vez que a vivência dessas passa a ser visualizada pelo profissional em suas dimensões subjetivas. Quando escutam, conversam e orientam compartilham do mesmo tempo e espaço com as mulheres, entendem o contexto de vida dessas mulheres, as compreendem como seres humanos dotados de direitos, em especial a viver uma vida sem violência. Orientam suas ações a partir do entendimento que para as mulheres saírem da situação precisam tomar consciência do problema.

O cuidado pode ser ampliado para além do bem-estar físico o que pode resultar no empoderamento e autonomia dessas mulheres sobre suas tomadas de decisões, suas vidas, bem como do cuidado singularizado. Estudo aponta que autonomia se relaciona à mulher como sujeito de suas decisões tanto nas práticas em saúde, quanto de instrumentalização para seu fortalecimento, sendo premente a inclusão da perspectiva de gênero horizontalmente nas políticas de saúde e nas práticas cotidianas de trabalho⁽²⁾.

O acolhimento é uma possibilidade, que exige condições de acessibilidade, privacidade e escuta empática do profissional. Compreende-se que a atenção não pode se restringir ao cumprimento de rotinas e procedimentos, deve-se garantir o não julgamento e respeito às decisões da mulher. A escuta precisa produzir uma narrativa que permita identificar elementos com potenciais de transformar a situação de violência. As mulheres alteram o uso do serviço de saúde após seus atendimentos com técnicas de escuta, diminuindo suas demandas de pronto-atendimento e voltando-se mais a modalidades assistenciais programadas⁽¹²⁾.

Nesse sentido, aponta-se a escuta qualificada às mulheres em situação de violência como uma estratégia de cuidado que pode servir de elo para aliar o cuidado clínico, biológico, que se mostra importante e também é uma necessidade de saúde das mulheres com o cuidado ampliado. Ao passo que as enfermeiras ao se utilizarem de elementos clínicos e não clínicos para o cuidado proporcionam ou busquem proporcionar o empoderamento destas mulheres. O que converge com a proposta das diretrizes políticas, para que a partir da busca de ajuda haja investimento para além da necessidade pontual apresentada (lesão física) e, as mulheres encontrem espaço para falar sobre essa vivência receber orientações sobre outros serviços e o direito de uma vida livre de violência e assim possam desnaturalizar as situações vivenciadas.

Para isso, os profissionais de saúde precisam agir com atitude de interesse, de não julgamento ou vitimização e sim de apoio à mulher. Embora a escuta qualificada seja muito importante, não é o suficiente; é necessário entender as demandas e oferecer alternativas de assistência às mulheres e suas famílias, redes (grupos, contracepção adequada, psicoterapia, atendimento para abuso de substâncias). Também com outros setores assistenciais (Delegacia e Defensoria da Mulher, serviços de assistência social, trabalho e moradia), o que exige reconhecimento da rede de serviços⁽⁶⁾.

Por vezes, as profissionais também conversaram com as mulheres e acompanhantes para que elas possam despertar sobre seus direitos como mulheres, saibam sobre a possibilidade de ficarem livres do parceiro que agride e ter um trabalho. Esperam o fortalecimento das mulheres para que elas não continuem naquela situação. Apontaram a possibilidade da busca de ajuda em serviços de apoio, como a Delegacia Especializada no Atendimento da Mulher e a Casa de Passagem. Reconheceram que os familiares precisam ajudar as mulheres e conversam a fim de que elas também possam procurar ajuda com a família ou com alguém de sua rede de relacionamentos. No entanto, esses momentos de cuidados não clínicos nem sempre constituem a realidade das práticas profissionais. Algumas referiram que o ambiente de pronto atendimento é atribulado e por isso o atendimento seria pontual.

Na emergência não tem esse sistema de ficar batendo papo, sempre tem uma coisa e outra pra fazer, se faz o que está prescrito, de forma rápida. (E1)

O contato nosso é muito pouco, às vezes, a gente nem fica sabendo que chegou uma agressão porque o pronto atendimento é sempre um corre-corre, tu tá envolvida, a gente se envolve com os leitos do fundo, com a urgência e emergência, sala de procedimentos. Não tem um momento que tu possa ter uma escuta, ou conversar. (E5)

As falas foram permeadas pelo entendimento que o contexto da violência é complexo, principalmente em função da dependência econômica e emocional das mulheres dos seus companheiros, o que pode acarretar em submissão das mulheres. Reconheceram que para superar a situação é necessário que tenham apoio de familiares e também atividades que proporcionem independência financeira. Conversaram sobre trabalho, busca por instâncias judiciais e de segurança pública, o apoio da família e sobre o direito de não sofrer a violência, com a finalidade de fortalecer as mulheres para que se evitem possíveis agravos da violência e que as mesmas consigam sair do ambiente violento. Constata-se assim que apoio emocional, informações sobre os recursos legais disponíveis, confidencialidade e o estímulo da autonomia das mulheres são elementos fundamentais no atendimento em saúde⁽¹⁸⁾.

As enfermeiras apontaram ainda a necessidade de realizarem encaminhamentos a outros profissionais como: psicólogo, assistente social e, em abordagens já realizadas no território da Estratégia de Saúde da Família, com agentes comunitários de saúde. Também a outros serviços como Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Casa de Passagem e Centro Obstétrico, para os casos de violência sexual. Algumas demonstraram procurar o não envolvimento com a situação, por considerar que esse seria um trabalho para um profissional especialista, médico psiquiatra, psicólogo ou assistente social.

Encaminha para o psicólogo. (E1)

Ela é encaminhada para o apoio psicológico e depois ela segue no ambulatório de doenças infectocontagiosas, se precisa, se ela quiser para o Departamento Médico Legal. Tem também a Casa de Passagem. Eu não estou muito envolvida com isso aí [...]. Eu esperava assim [...] que eu pudesse ter uma rede que acolhesse aquela mulher [...] eu não sei como é que tá funcionando essa rede [...]. O ideal seria que tivesse uma coisa que eu dissesse assim: agora tu sai daqui, tu vai pra esse lugar lá vai ter gente te esperando que vai dá esse apoio pra dar uma continuidade, pra ti poder fazer alguma coisa na tua vida daqui pra frente. (E3)

Assim, constatou-se a necessidade das profissionais de encaminhar “ao outro”, profissionais e possíveis serviços que atendam as mulheres em situação de violência. Com esses encaminhamentos, esperam o apoio e a continuidade do cuidado, a fim de que as mulheres possam construir uma perspectiva de vida sem violência. Estudos evidenciaram que a continuidade da atenção é um importante fator a ser incluído para o desenvolvimento do cuidado a essas mulheres^(12,18).

Em alguns casos, contaram com parcerias instituídas no serviço ambulatorial de doenças infectocontagiosas do hospital. Em situações vivenciadas na comunidade articularam-se com médico, agente comunitária de saúde, assistente social, técnico de enfermagem, psicólogos e outros serviços como Casa de Passagem. No Centro Obstétrico, as enfermeiras obtiveram o apoio dos profissionais de psicologia e serviço social e contam com os encaminhamentos realizados por esses profissionais. Já no Pronto Socorro, na ausência desses profissionais, reconheceram a falta de treinamento para realizarem encaminhamentos a outros serviços e delegaram aos psicólogos, assistentes sociais e médicos essa função.

Outras também referiram dificuldades em realizar os encaminhamentos, a articulação e acompanhamento das mulheres nos outros serviços e até mesmo da inexistência de serviços articulados em rede de cuidado. Seus depoimentos remeteram à necessidade de instrumentalização para atuar frente aos casos de violência contra as mulheres.

Encaminhar não é problema, o problema assim é para aonde e quem vai receber. Mandamos embora, não encaminhamos pra lugar nenhum. (E2)

Um encaminhamento para o Centro de Referência Especializada em Assistência Social, que eu não sei te dizer se elas vão até lá, não sei se chegam, porque não tem esse sistema de contrarreferência. (E4).

Eu penso que num serviço de emergência, a gente deveria ter um treinamento, ou um serviço mais especializado. Não tem um psicólogo também pra nos ajudar aqui, até pra encaminhar de forma correta essa paciente depois. Algumas ficam aqui no Pronto Socorro e dão alta daqui mesmo, voltam pra casa. (E7)

A parte psicológica, eu não cheguei a me envolver. Assim, esse tratamento eu acho que não era comigo. Tipo assim, o quê que aconteceu, orientar sobre a denúncia [...] deixar mais pro lado de quem realmente tem que fazer o trabalho, a assistente social ou psicólogo, quem é especialista nisso, um médico. (E9)

Numa consulta de enfermagem a gente conseguia diagnosticar, mas não eu sozinha, às vezes vinha pra médica

e a médica passava a situação pra mim, a gente passava pra agente de saúde que observava melhor [...] e tentava orientar pra grupos específicos de saúde da mulher[...] passava pra assistente social, pra Casa de Passagem da Mulher, a gente encaminhava [...]. A gente discutiu em equipe. Essa situação, tanto hospitalar como em unidade Sanitária, tem que ter ação multiprofissional [...]. (E10)

Estes resultados convergiram para duas perspectivas: revelam que as profissionais compreendem a complexidade da violência e suas repercussões na vida e saúde das mulheres, sendo uma questão social e não só do âmbito da saúde, o que demonstra suas limitações em serem resolutivas com o problema. Assim, optaram em somente fazer o que está ao seu alcance no cenário da emergência e, quando encaminharam para outro profissional criou-se a falsa ideia de resolutividade, diminuindo a responsabilidade do profissional sob uma questão que é complexa e transcende o serviço de saúde. Isso converge com estudo que mostrou que a existência de uma marca visível da violência prioriza o atendimento, em função da suposta especificidade, no caso do serviço hospitalar, o tratar das lesões graves. A compreensão sobre o encaminhamento a locais específicos pode aludir à ideia que a violência exercida contra mulheres é algo que deve ser deixado longe, onde apenas os profissionais que optaram por lidar com o problema são os responsáveis⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, as profissionais reconheceram a necessidade do cuidado multiprofissional e articulado com outros serviços, no entanto, tem expectativas que exista uma rede, um serviço especializado, que acolha as mulheres em situação de violência. Embora pouco se mobilizem para que exista esse encaminhamento, ou continuidade do cuidado. O que aponta para pouca interação e inserção do setor saúde nas redes de apoio às mulheres. Quanto aos serviços já existentes referem dificuldade no acompanhamento e comunicação entre eles.

Esse resultado converge com estudo realizado sobre as rotas críticas das mulheres na busca por ajuda, onde a rede é vista como fragmentada e distante da realidade vivida pelas mulheres. Essas apontaram como limitadores a dificuldade de compreender as orientações e processos, a fragmentação e a ausência de um centro no qual recebessem atenção integral. No entanto, alguns profissionais relataram vontade de transformar as formas de intervenção, com vistas a criar mecanismos de aproximação de atores e organização de fluxos⁽¹⁰⁾.

Na possibilidade de integrar os serviços de atenção de forma a estruturar de fato uma rede, faz-se necessário compreender que os determinantes da ocorrência e permanência na relação de violência estão inseridos numa dinâmica social complexa, que precisa da interação dos serviços. Coloca-se também o desafio de valorizar as relações das

mulheres, suas redes sociais. Neste sentido, é preciso incorporar novos modos de conformação da rede de apoio às mulheres, possibilitando um fluxo entre os serviços, instituições e atores significativos na vida dessas pessoas⁽²⁰⁾. Ressalta-se que a violência contra as mulheres, para além de uma questão de polícia e de agravos de saúde, exige a garantia do acesso dessas mulheres em serviços da atenção primária em saúde e o atendimento por uma equipe multiprofissional. A fim de que esses serviços possam realizar o acolhimento e garantirem a continuidade do cuidado necessitam comprometer-se com essas pessoas e suas famílias.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as ações, permeadas por elementos clínicos e não clínicos, revelou-se útil uma vez que as enfermeiras desenvolvem suas ações de cuidar com objetivos e intencionalidades que precisam ser desveladas, a fim de qualificar a assistência de enfermagem junto aos demais profissionais de saúde e serviços de atenção às mulheres em situação de violência.

As ações de cuidado clínico mostraram-se como uma possibilidade de o cuidado às mulheres, por meio do acolhimento e da escuta qualificada que podem iniciar a partir da entrada nesse serviço. No entanto, para que sua continuidade seja garantida, aponta-se a necessidade de ampliar o foco do cuidado para a mulher em suas necessidades singulares, ou seja, para além do seu corpo físico. Reforçando a premência de se englobar os determinantes de saúde que permeiam a vida das mulheres tais como, suas relações sociais com o companheiro, filhos, familiares, vizinhos e mesmo na presença da fragilidade dessas relações. Questões essas permeadas por papéis tradicionais de gênero, relativas à renda, moradia, direcionando para a articulação com outros serviços, na tentativa de as mulheres minimizarem os danos da violência vivida ou romperem com a situação.

As enfermeiras demonstraram o quanto o processo de trabalho em um setor de urgência e emergência é focado nas manifestações da doença, em detrimento das mulheres como sujeitos. Entende-se que esses são desafios a serem superados na própria organização do serviço a fim de romper com a fragmentação do cuidado e a frágil ou inexistente articulação com os demais serviços da rede de atenção. Em razão da característica típica dos locais de estudo emergiu também a necessidade de implementar o acolhimento, pautado na classificação de risco para acolher e avaliar o grau de vulnerabilidade física e de sofrimento psíquico das mulheres e familiares. Nesse sentido, a enfermeira junto com outros profissionais pode estar à frente dessa tecnologia para (re) organizar o acesso das mulheres no serviço de urgência e emergência.

Para desenvolvê-los é imprescindível que as enfermeiras se coloquem numa postura de estar junto com as mulheres compreendendo suas necessidades de cuidado e se comprometendo com elas. Isso exige que se apropriem desse cuidado, compartilhem responsabilidades com as mulheres, familiares e com outros profissionais a fim de refletirem sobre as possibilidades de enfrentamento à violência e iniquidades de gênero. A continuidade do cuidado ainda é um desafio, uma vez que o cuidado é permeado pela herança sociocultural do modelo biomédico. No entanto, os motivos que levaram as enfermeiras a agir configuram-se como possibilidades de reinventar o cotidiano de cuidado e se colocarem como co-responsáveis pela horizontalização do cuidado e articulação com outros serviços. Esses apontamentos exigem das enfermeiras o reconhecimento da sua subjetividade, o empoderamento como mulheres, a fim de que a relação com as usuárias seja permeada pelo diálogo em uma construção permanente. Para tanto, é imprescindível que utilizem a comunicação e o seu papel social na equipe de saúde.

Por fim, destacamos a contribuição do estudo para a Enfermagem no desenvolvimento de ações de cuidado e empoderamento feminino no cumprimento do terceiro ODM. O estudo demonstra que é preciso buscar constantemente o desenvolvimento de competências tanto na prática clínica, por meio de protocolos assistenciais e disseminação de evidências que contribuam para avanços nos direitos e autonomia das mulheres; quanto na dimensão de educação, social e de gênero a fim de concretizar políticas voltadas para a integralidade.

Este estudo apresenta algumas limitações características de estudos qualitativos, como ser delimitado no cenário hospitalar e pronto atendimento. No entanto, sua contribuição está no aprofundamento do tema estudado, o que justifica a importância da abordagem utilizada.

■ REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC; 2002.
2. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(Esp. 2):1731-5.
3. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Dabatt CR, Ávila MB, tradutoras. Recife: SOS Corpo, 1989.

■ Endereço do autor:

Laura Ferreira Cortes
Rua Barão do Triunfo, 1621/102, Nossa Senhora de Fátima
97015-070 Santa Maria – RS
E-mail: lferreiracortes@gmail.com

4. Conselho Internacional de Enfermeiros (CH). Combater a desigualdade: objetivos de desenvolvimento do milênio 8,7,6,5,4,3,2,1 [Internet]. Genebra; 2013 [citado 2015 abr 5]. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2013.pdf.
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília; 2005.
6. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Med (São Paulo)*. 2013;92(2):134-40.
7. Cortes LF. Intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2014.
8. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389-94.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collazoli 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;7(4):743-52.
11. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(3):1943-52.
12. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1037-50.
13. Oliveira RNG, Fonseca RMGS. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(2):299-306.
14. Vieira EM, Ford NJ, De Ferran FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(3):681-90.
15. Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Fam Pract*. 2012;29(5):593-600.
16. Vieira LB, Padoin SMM, Sousa IEO, Paula CC. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):678-85.
17. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):180-6.
18. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the health care system in domestic violence: what women want. *Ann Fam Med*. 2012;10(3):213-20.
19. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc*. 2011;20(1):113-23.
20. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(5):1293-1304.

Recebido: 18.07.2015

Aprovado: 03.12.2015