

Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes



Strategies for identification and coping with the violence situation by intimate partners of pregnant women

Estrategias para identificar y enfrentar situaciones de violencia de parte de la pareja en mujeres gestantes

Samara Silva Marques^a
Deise Lisboa Riquinho^b
Maxuel Cruz dos Santos^c
Letícia Becker Vieira^b

Como citar este artigo:

Marques SS, Riquinho DL, Santos MC, Vieira LB. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(3):e67593. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67593>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67593>

RESUMO

Objetivo: Conhecer as estratégias utilizadas por enfermeiros de Unidades de Estratégias de Saúde da Família para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes.

Método: Estudo descritivo com abordagem qualitativa, com entrevista semiestruturada direcionada a 23 enfermeiros da atenção básica, no período de setembro de 2015 a abril de 2016. Utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temática.

Resultados: Emergiu a categoria: “É bem complexo” – ações de identificação e enfrentamento da violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. As lesões físicas foram o principal indicativo de violência identificada na consulta pré-natal. As estratégias de enfrentamento foram os encaminhamentos a serviços especializados e discussão conjunta com a equipe de saúde.

Conclusão: Aponta-se a necessidade de organização de um protocolo de enfermagem que auxilie na identificação e classificação de risco à exposição à violência, educação permanente destes profissionais e fortalecimento das ações intersetoriais.

Palavras-chave: Enfermagem. Violência contra a mulher. Gestantes. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To know the strategies used by nurses of Units of Family Health Strategies to identify and cope with the violence situation by intimate partners of pregnant women.

Method: Descriptive study with a qualitative approach, in which semi-structured interviews were conducted with 23 primary care nurses from September 2015 to April 2016. Thematic content analysis was used.

Results: The category “It’s very complex” has emerged – actions to identify and cope with the violence situation by intimate partners of pregnant women. Physical injuries were the main violence indicative identified at prenatal care. The coping strategies were the referrals to specialized services and joint discussion with healthcare team.

Conclusion: There’s a need to organize a nursing protocol that helps in the identification and classification of risk exposure to violence, permanent education of these professionals and strengthening of intersectoral actions.

Keywords: Nursing. Violence against women. Pregnant women. Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las estrategias utilizadas por enfermeros de Unidades de Estrategias de Salud de la Familia para identificación y enfrentamiento de situación de violencia por compañero íntimo en mujeres gestantes.

Método: Estudio descriptivo con abordaje cualitativo, con entrevista semiestruturada dirigida a 23 enfermeros de la atención primaria, en el periodo de septiembre de 2015 a abril de 2016. Se utilizó el análisis de contenido del tipo temático.

Resultados: Surgió la categoría: “Es muy complejo” – acciones de identificación y enfrentamiento de la violencia de parte del compañero íntimo en mujeres gestantes. Las lesiones físicas fueron el principal indicativo de violencia identificada en la consulta prenatal. Las estrategias de enfrentamiento fueron los encaminhamentos a servicios especializados y discusión junto al equipo de salud.

Conclusión: Se apunta la necesidad de organización de un protocolo de enfermería que auxilie en la identificación y clasificación de riesgo a la exposición a la violencia, educación permanente de estos profesionales y fortalecimiento de acciones intersectoriales.

Palabras clave: Enfermería. Violencia contra la mujer. Mujeres gestantes. Atención primaria a la salud.

^a Hospital Nossa Senhora das Graças. Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

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

■ INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é amplamente reconhecida como grave problema de saúde pública. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência por parceiro íntimo (VPI) define-se como um comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores, e essa definição vale tanto para cônjuges como para parceiros atuais ou passados⁽¹⁾.

Em todas as etapas do crescimento e desenvolvimento das mulheres encontram-se relatos de violência, todavia, durante a gestação os atos de violência podem diminuir, sendo um fator de proteção, ou intensificar sendo um fator de risco para saúde do binômio mãe-bebê⁽²⁾. No que tange a intensificação deste ato, as mulheres com maior número de gestações estão ainda mais suscetíveis à violência. Os agravos provenientes dessas agressões podem ocasionar diversas repercussões na saúde e qualidade de vida do binômio mãe-bebê, tais como: trabalho de parto prematuro, hemorragias, baixo peso ao nascer, abortamento, ruptura prematura de membranas, morte materna⁽³⁻⁴⁾.

Tais agravos repercutem na saúde física e mental das mulheres e podem gerar maior procura pelos serviços de saúde. Neste sentido, os profissionais possuem importante papel no acolhimento e escuta das mulheres, sendo estratégicos para o auxílio no enfrentamento da violência⁽⁴⁻⁵⁾.

No Brasil, no ano de 2007, como estratégia de gestão para a orientação e execução de políticas de enfrentamento à violência contra mulheres, no sentido de garantir a prevenção e o combate à violência, a assistência e a garantia de direitos às mulheres lançou-se o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. Este acordo federativo entre o governo federal, os governos dos estados e dos municípios brasileiros subsidiou o planejamento de ações que consolidassem a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, de 2008, por meio da implementação de políticas públicas integradas⁽⁶⁾.

Tal dispositivo político reafirma a necessidade de ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão, como a área da saúde, segurança pública, justiça, educação, entre outros, para propor ações que desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres, bem como interferir nos padrões machistas da sociedade brasileira e garantir um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência⁽⁶⁾.

Na composição dos serviços da área da saúde na rede de enfrentamento à violência contra as mulheres destaca-se a Atenção Básica de Saúde (AB) com potencial para tor-

nar-se a porta de entrada para as mulheres que vivenciam relações violentas de gênero. A participação dos profissionais da AB e a inserção na comunidade, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), podem favorecer a identificação antecipada dos fatores de risco para a violência e a intervenção nas situações de vulnerabilidade⁽⁷⁾.

Estudos sinalizam a importância de aprofundar investigações sobre a violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos uma vez que se encontra uma escassa literatura dada a severas repercussões na vida e saúde do binômio mãe-bebê. No que tange a atuação da enfermagem no cuidado a essas mulheres, percebe-se uma lacuna na produção deste conhecimento⁽⁷⁻⁹⁾.

Visto que a enfermeira da AB, por estar próximo da vida das pessoas, desenvolve a escuta e o acolhimento de mulheres no período pré-conceptivo e parturitivo e atenta para suas necessidades de cuidado, buscou-se responder a seguinte questão norteadora: Quais as estratégias utilizadas para identificação e enfrentamento da violência por parceiros íntimos de mulheres gestantes atendidas por enfermeiros que atuam em ESF?

O objetivo do presente estudo foi conhecer as estratégias utilizadas por enfermeiros de Unidades de Estratégias de Saúde da Família para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo de mulheres gestantes.

■ MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Esta abordagem baseia-se nas percepções e interpretações humanas acerca de suas vivências e sentimentos⁽¹⁰⁾. O cenário do estudo constituiu-se de 20 Unidades de Saúde da Família do município de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, localizadas em territórios de maior vulnerabilidade social e violência. Os distritos sanitários onde ocorreram a pesquisa caracterizam-se por apresentar coeficiente geral de mortalidade para o grupo causas externas (acidentes e violências) mais elevados do município. Os participantes foram 23 enfermeiros/as. Considerou-se como critérios de inclusão: estar atuando nesta atividade laboral há mais de seis meses e executar atividades programáticas voltadas a assistência à mulher no pré-natal e como exclusão estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza durante o período estabelecido para geração de dados.

Como técnica de geração de dados foi empregada a entrevista semiestruturada. Esta foi realizada no serviço no qual os participantes trabalhavam em sala reservada, mediante agendamento prévio. Ainda, foram realizadas individualmente, tendo duração média de 30 minutos e gravadas em MP3 (áudio). Para a entrevista empregou-se

um roteiro contendo questões relativas a dados sociodemográficos e de formação acadêmica, e referentes as estratégias de identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo de mulheres gestantes.

A geração de dados ocorreu no período de setembro de 2015 a abril de 2016, sendo encerrada mediante o critério de saturação de dados. Este se trata da interrupção da inclusão de novos participantes quando os dados, na análise do pesquisador, passarem a apresentar certa repetição, não sendo pertinente dar seguimento ao processo de geração de dados⁽¹⁰⁾.

Os dados obtidos por meio da entrevista foram sistematizados e analisados através da análise de conteúdo, em suas três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Inicialmente, os dados oriundos das gravações das entrevistas semiestruturadas foram transcritos na íntegra em programa editor de textos, compondo o *corpus* do estudo. Na pré-análise, o software NVivo 10 auxiliou na codificação e tratamento do material. Em seguida, a partir de leituras exaustivas, as ideias análogas presentes nos trechos das falas dos participantes foram destacadas.

A fase de exploração do material possibilitou o recorte de elementos comuns dos depoimentos transcritos, constituindo-se categorias. Para tanto, elencou-se as unidades de registro, que consistem em palavras, frase e expressões que dão sentido ao conteúdo dos depoimentos e amparam a determinação *das categorias*⁽¹⁰⁾. Assim, nesta fase, primeiramente foram buscados os temas que constituíram as unidades de registro. Após encontrar estas unidades, determinou a categoria temática. A categorização compreende a redução do texto a palavras e expressões mais significantes dentro do *corpus* de análise.

Na última fase, tratamento dos dados obtidos e interpretação, buscou-se propor inferências e interpretações acerca dos resultados, retomando o objetivo do estudo. Assim, os recortes anteriores foram analisados com base na literatura correlata.

Destaca-se que antes do início da etapa de geração de dados, os participantes foram informados acerca dos objetivos e procedimentos metodológicos do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os que concordaram em participar assinaram este termo em duas vias, ficando uma com cada participante e a outra com a pesquisadora. Tendo em vista a garantia do anonimato dos participantes, estes foram identificados mediante o uso da letra E referente à enfermeiro/a, seguida do número ordinal conforme a ordem de realização das entrevistas (ex: E1, E2...E23).

O estudo obteve aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do

Sul e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre CAAE: 38025914.8.30015338/2015.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os participantes da pesquisa, 20 são do sexo feminino e três masculino; o estado civil mais frequente foi solteiro (17). A idade dos participantes variou entre 27 e 58 anos, raça autodeclarada parda (1), negra (3) e branca (19). O tempo de formação está entre três e 34 anos e o trabalho em AB varia de seis meses a 12 anos de serviço. Todos os entrevistados possuem algum tipo de especialização sendo as principais na área da saúde pública, terapia intensiva e urgência e emergência.

Os resultados são apresentados na categoria temática constituída a partir das falas dos enfermeiros a respeito das estratégias utilizadas para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes.

“É bem complexo”: ações de identificação e enfrentamento da VPI em mulheres gestantes

Os depoimentos dos entrevistados evidenciam que a maioria já atendeu mulheres em situação de violência. No entanto, quando se trata de gestantes poucos a identificaram no cotidiano de suas práticas de cuidado. A identificação das situações de violência foi descrita como um fenômeno complexo, pois a gestação é um período em que as emoções estão mais exacerbadas, e o choro e a tristeza podem mascarar a ocorrência da violência. Foi enfatizado, ainda, que quando há a verbalização ou a presença de sinais físicos como hematomas e lesões, a identificação ocorre com mais facilidade principalmente no momento da consulta pré-natal.

Qualquer coisa que aconteça com ela nesse período (gestacional) vai ser muito maior o impacto pela questão hormonal. Assim, é difícil mais perceber uma violência na gestante do que contra uma mulher que não esteja gestando. (E7)

Ela estava com o braço engessado então não tinha como não ver, mas ela não referiu o que tinha acontecido, foi depois, em outra consulta, que contou tudo o que tinha acontecido. (E16)

Na primeira consulta de pré-natal estava com marcas e hematomas no braço. A mulher e o marido são usuários de crack e cocaína, e ela se prostituía para manter o vício de ambos, senão ele batia nela. (E22)

A violência, considerada um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, continua sendo um tabu para as mulheres e muitas vezes também para os prestadores de serviços de saúde, por ser um caso íntimo e doloroso que deve ser resolvido na esfera doméstica. Essa postura indica que os serviços de saúde estão se afastando da responsabilidade de enfrentar a problemática e as mulheres gestantes se apresentam ainda mais vulneráveis diante da fragilidade demonstrada por esses serviços⁽⁷⁾.

A violência é entendida como um fenômeno complexo e múltiplo. Pode ser compreendida a partir de fatores sociais, históricos, culturais e subjetivos, mas não deve ser limitado a nenhum deles. A discussão acerca do tema deve abarcar dois aspectos fundamentais: as conceituações de violência que permitam a identificação da experiência violenta e as perspectivas daqueles que estão envolvidos nessa situação violenta, dado que a forma como uma experiência é percebida se relaciona à maneira com que é sentida e identificada⁽¹¹⁾. A valorização da dimensão subjetiva e social na abordagem as mulheres em VPI pelos enfermeiros faz-se necessária, uma vez que só a dimensão objetiva do cuidado limita sua atuação frente à situação, baseando-se apenas em sinais e sintomas objetivos, com enfoque curativo e pouco resolutivo as demandas sociais e de saúde dessas mulheres.

A assistência pré-natal constitui um momento apropriado para reconhecimento e identificação dos casos de violência, uma vez que é neste período que as visitas aos serviços de saúde são mais frequentes. No entanto, quando não há evidência de marcas físicas resultantes das agressões há dificuldades de tal constatação, sendo, portanto, necessário uma atenção maior por parte das equipes de saúde e um acompanhamento atento a cada caso⁽¹²⁾. Um estudo de revisão sistemática aponta que os profissionais de saúde sabem dos benefícios de um pré-natal que abranja a VPI, mas não conseguem realizar essas consultas específicas de forma rotineira, porque o parceiro está presente, o tempo é muito variável, ou não sabem como abordar o tema e como encaminhar a situação⁽¹³⁾. Estabelecer uma relação de confiança e conseguir compreender o que o usuário de saúde não verbaliza, mas expressa em seu corpo e comportamento, foram os meios que os profissionais de saúde conseguiram encontrar para facilitar a identificação da VPI⁽¹³⁾.

A presença mais frequente da mulher nos serviços pode gerar um vínculo maior com a equipe de saúde e favorecer a identificação dos casos de violência. Entretanto, a maior parte dos casos não é registrada, constituindo a invisibilidade da situação. No que tange a atuação do enfermeiro na assistência pré-natal, estudo recomenda a adoção de um plano de intervenção com questionamen-

tos nos registros da equipe, com perguntas diretas à todas as usuárias, indagando se elas enfrentam ou sofrem algum tipo de violência⁽²⁾.

Considerando que a violência raramente se inicia durante a gestação, uma vez que a frequência se configura um padrão regular e sistemático de relacionamento do casal, é fundamental que o tema seja abordado desde a primeira consulta nos serviços de saúde, buscando-se identificar as famílias que vivenciaram conflitos conjugais, mesmo antes da atual gestação⁽¹⁴⁾.

Os/as enfermeiros/as relatam a ocorrência de manifestações que auxiliam na identificação e no entendimento de que a violência se repetia na gestação atual, tais como: como a ausência nas consultas de pré-natal por motivo de alteração de endereço, relato de morar em momentos com o companheiro e outros com familiares, aliado a verbalização direta da ocorrência de violência na gestação anterior.

Ela apanhava do marido na gestação, por isso ela separava e voltava várias vezes. Uma hora estava sendo atendida por nossa unidade outra hora ia para outra unidade. Descobrimos que ela ia ora para casa do marido, ora para casa da mãe, conforme ele batesse e brigasse com ela. (E11)

A gestante era relapsa no seu pré-natal, não comparecia as atividades (consulta e grupo), morava pouco em cada lugar[...]. Talvez ela não quisesse essa gestação dessa relação com o companheiro que usa droga, bate nela e no outro filho, fica preso. (E15)

Um pré-natal de boa qualidade pode reduzir as agressões físicas às mulheres durante a gestação, todavia as consultas devem abranger a saúde da gestante de forma integral, incluindo os aspectos psicossociais, configurando-se tais ações fundamentais para o desenvolvimento do cuidado e proteção do binômio mãe – bebê⁽¹⁴⁾.

Verifica-se que o acesso inadequado ou tardio da mulher à assistência pré-natal pode originar-se da proibição pelo companheiro para essa procura ou pelo intenso estresse psicológico vivenciado pela mulher durante a gravidez como resultado do seu abuso. Outro aspecto a ser considerado refere-se à vergonha e o medo de ser descoberta pelos profissionais da saúde. Assim, ela vai se afastando da assistência adequada e se tornando mais exposta à violência pelo agressor^(4,7).

Os achados deste estudo revelam, na perspectiva do enfermeiro, o afastamento da gestante das ações de cuidado no pré-natal, implicando na descontinuidade do cuidado e na dificuldade de ajuda no enfrentamento da violência.

Foi feita toda orientação para essa mulher, mas ela mudou de posto de saúde e nunca mais veio para cá (E4).

Só após a gestação que a paciente me contou que sofreu agressão durante a sua gravidez, segundo só naquele período. Mas parou de frequentar o pré-natal, saiu do território da nossa abrangência, ficou difícil de ajudá-la. (E18)

O acolhimento da gestante e o desenvolvimento de uma escuta **“interessada”** foi indicada como uma ferramenta potente para identificação da violência:

Foi durante o acolhimento, após identificar que a paciente tinha o semblante muito triste. No acolhimento, o profissional tem que estar aberto para escutar, porque no geral as mulheres têm vergonha de falar, elas se sentem culpadas. (E1)

O que deve ser feito mesmo é ter um olhar para essa pessoa, valorizar ela enquanto pessoa, valorizar ela enquanto mulher. Para que ela se revele em todas as suas facetas. Se você for muito superficial ou só olhar para o corpo da gestante, provavelmente ela não vai se sentir à vontade para revelar a sobre a vida dela se a outra pessoa não está demonstrando o menor interesse de ouvir. (E8)

A mulher tem que ter confiança em ti e vir buscar um auxílio, criar um vínculo com nossa UBS, ser ouvida. (E17)

Neste sentido, o acolhimento dos profissionais de saúde configura-se como uma oportunidade de responsabilização na escuta dos relatos e queixas das mulheres, permitindo a livre expressão de suas preocupações e angústias⁽²⁾. A escuta comprometida dos profissionais de saúde é um elemento que viabilizam o reconhecimento da VPI em gestantes, por isto é necessário que a equipe esteja preparada para estabelecer uma relação de cuidado que gere a conquista da confiança da paciente⁽¹⁵⁾.

Como dificuldade da identificação da violência foi mencionado o vínculo frágil da mulher com o serviço e com os profissionais, o que pode ser justificada pela alta rotatividade dos profissionais dos serviços da Atenção Primária à Saúde na realidade local da pesquisa, aliado ao medo de represália. Além da dificuldade de revelação da situação de violência pela mulher ao profissional, percebia pela vergonha da mesma em expor a vivência da violência, a dependência emocional e financeira do companheiro. Tais elementos configuram-se os desafios no enfrentamento da violência, uma vez os enfermeiros compreendem que a falta de autonomia financeira da mulher gestante gera dificuldades para a mesma romper com o contexto da violên-

cia além de fragilizá-las no que se refere à sua autoestima e saúde mental.

A dependência financeira e emocional como motivação/justificativa de algumas mulheres permanecerem em situação de violência está sustentada em questões constitutivas das relações de gênero que trazem para a mulher a responsabilidade de manutenção do casamento⁽¹⁶⁾, e no estudo em tela reforçada pela perspectiva de constituição familiar por meio da gestação e criação dos filhos ao lado da figura paterna.

Mesmo sofrendo violência grávidas elas levam o relacionamento adiante, pois no pensamento delas engravidou tem que seguir junto, na lógica de manter a família. (E3)

Percebo o medo, a vergonha e a culpa sentido pela gestante, e a necessidade de se manter com este homem, por várias questões. (E12)

Fiz a ficha de notificação, orientei buscar a Delegacia da Mulher, encaminhei para serviço social e psicóloga, ajudei a conseguir Bolsa Família, mas por fim ela me disse: “Eu não posso sair de casa agora, não posso fazer nada, eu dependo dele, então o quê que eu vou fazer com esse bebê pra nascer?”(E15)

Ao serem questionados sobre formas de enfrentamento das situações de VPI às gestantes, os enfermeiros entrevistados relatam o encaminhamento a um serviço especializado no âmbito da atenção terciária à saúde. Com destaque também encaminhamentos para as demandas relativas à saúde mental. Além da discussão dos casos e condutas no âmbito da equipe de saúde.

A primeira providência seria abordar os aspectos psicológicos. Depois encaminhá-la para assistente social e psicóloga. (E9)

Discuto com minha equipe de saúde, quando suspeito ou identifico, os agentes comunitários que conhecem muito aquela situação, para tomar decisões conjuntas. (E14)

Encaminhar para hospital de referência. (E21)

Desse modo, o encaminhamento a outros serviços foi algo recorrente nas falas denotando que a ESF em casos de VPI tem limitação em assistir e acompanhar a gestante em situação de violência. Ao transferir a responsabilidade deste cuidado a outro serviço/profissional, e muitas vezes, não tomar conhecimento dos desdobramentos desta ação,

gera um cuidado em rede com pouca comunicação entre os pontos, e por vezes não resolutivo.

A construção de práticas e condutas locais adequadas e sensíveis se dá por meio de encaminhamento para serviços especializados de forma comprometida com comunicação efetiva com vistas à otimização dos recursos e serviços disponíveis, à agilização dos encaminhamentos e, conseqüentemente, a um atendimento mais qualificado e humanizado às mulheres. Cabe, assim, a esses profissionais a atenção à saúde do binômio mãe-bebê, a vigilância e monitoramento, e a prevenção e promoção da saúde considerando a articulação intersetorial.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi mencionado por alguns enfermeiros como uma estratégia de enfrentamento aos casos de violência, já que a proposição deste núcleo de compartilhar as práticas e saberes em saúde permite ampliar o escopo das ações da atenção básica no que se refere o enfrentamento da violência, bem como sua resolubilidade. Além disso, para os enfermeiros, o apoio oferecido pelo NASF no que tange o aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades sociais e de saúde destas mulheres gestantes supriria lacunas da formação/capacitação sobre o tema.

A ajuda do NASF, também, por causa da preocupação com a saúde mental dessa mulher, de como levar adiante essa gestação. (E10)

Gostaria de mais capacitação e que a gente tivesse mais profissionais no NASF para poder discutir os casos. Somos muito carentes de orientação sobre o assunto. (E5)

Estudo aponta que as estratégias para se lidar com a mulher em situação de VPI englobam a criação de vínculo e valorização da fala da mulher; institucionalização de espaços para discussões sobre a temática, envolvimento dos profissionais da equipe de referência do NASF e conhecimento acerca dos serviços que integram a rede de atenção à mulher em situação de violência e encaminhamentos, como os mais importantes⁽¹⁵⁾. Tais aspectos corroboram com os achados do estudo em tela.

A notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher gestante é compreendida como um dispositivo que permite visibilidade da problemática em tela. Denota o comprometimento do Estado com o diagnóstico da violência contra as mulheres a partir de construção de estatísticas oficiais. A notificação deve ser realizada em todos os serviços de saúde, incluindo a ESF, e desse modo também torna-se um respaldo para o profissional, no sentido que o mesmo agiu frente a tal situação.

A notificação, denúncia e os encaminhamentos internos trazem proteção para o profissional também, já que tem outros dispositivos envolvidos. Então eu encaminharia para a rede, mesmo sabendo que não funciona como deveria, mas é uma proteção para o profissional isso não ficar apenas dentro da unidade. (E20)

Primeira coisa a ser fazer é a notificação, notificar esse caso para a vigilância. E procurar todo o apoio, como o NASF, consulta psicológica, psiquiátrica. Tentar envolver essa mulher em toda uma rede de atendimento facilitadora para que ela possa de alguma forma resolver isso. Mas o principal é notificação e fazer ela entrar nessa rede de ajuda psicossocial. (E23)

Os registros realizados pelos profissionais de saúde na AB foram examinados em um estudo e demonstraram a ocorrência de violência não descrita com clareza nos prontuários, por falta de dados, em sua maioria não contém registros de dados socioeconômicos, nem da história de vida da usuária, demonstrando lacunas para compreensão do contexto no qual a violência ocorre. As ações são voltadas para as conseqüências, físicas ou psíquicas, da violência na saúde da mulher⁽²⁾.

Apesar de verbalizarem de forma pontual sobre a rede de atenção, os encaminhamentos realizados e a notificação como possibilidades de enfrentamento da violência, externalizam pouca capacitação/formação voltada ao tema e conhecimento dos dispositivos para pautarem suas ações.

Eu teria que ter mais propriedade para saber onde encaminhar. Se tu encaminha para o lugar errado, fica naquele bate e volta o tempo todo, e acaba-se desacreditando na situação da mulher. (E2)

A continuidade do cuidado a essa mulher grávida (...) esbarra na falta de capacitação e de uma rede de serviços com boa comunicação. (E13).

Carecemos de preparo para atender e ter uma rede de serviços para nos dar esse respaldo (E19).

Os profissionais não estão capacitados para atender esse tipo de situação na ESF, grande parte por conta da ausência do assunto na formação acadêmica de enfermeiros e demais profissionais da saúde. É notório o receio que o profissional sente ao atuar quando o assunto é a violência contra as mulheres, por não se perceber capacitado para cuidar nessas situações, a atitude tomada se resume muitas vezes no afastamento ou negação^(7,17). Faz-se necessá-

rio um movimento por parte dos profissionais para saírem da impotência e se tornarem novos agentes de mudança social, capazes de dar uma direção para as mulheres que vivem em situação de violência⁽¹⁷⁾.

Os enfermeiros externam preocupação em atuar em um território em que a violência e o tráfico de drogas estão presentes, e que atuar de forma propositiva e responsável no enfrentamento da violência contra as mulheres requer espaços mais seguros e protetivos aos próprios profissionais da saúde.

Muitos profissionais tem medo de fazer a notificação, tem a questão da identificação, que a gente sabe que não é uma coisa que precise se identificar. Tem também a questão do tráfico de drogas, da violência e que a gente sabe que os profissionais que estão envolvidos tem quer ter todo o cuidado para tratar desse tipo de situação, seja violência contra mulher, idoso ou criança. Qualquer tipo de violência a gente teria que ter mais segurança como profissional. (E06)

Atuamos em territórios de vulnerabilidade social, violência, tráfico, enfim.... Isso expõe nossos usuários e também a nós. (E08)

A violência no trabalho está presente em todos os setores, entretanto é mais frequente nos serviços que predominam mulheres, como o setor de saúde e serviços sociais. No geral, é mais frequente nos serviços de saúde, pois o trabalhador exerce uma relação muito próxima com seu objeto de trabalho que são as necessidades de saúde do paciente. Neste setor a violência é invisibilizada e que qualquer medida adotada para formação de políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador, terá repercussão na qualidade da assistência prestada à população⁽¹⁸⁾.

Os profissionais envolvidos na atenção a esta clientela percebem a complexidade e intensidade da violência vivenciada, que, por vezes, mobilizam questões pessoais de cada um. Há também dificuldade no estabelecimento de estratégias para lidar com as repercussões da violência na saúde e no cotidiano dos profissionais, principalmente diante da escassez e fragilidade de uma rede de apoio para o enfrentamento dessas situações⁽¹⁹⁾.

Desse modo, se reconhece que, para a identificação e enfrentamento da violência por parceiro íntimo em mulheres grávidas, é necessário uma rede de apoio que vai além dos serviços básicos de saúde. De forma a garantir o atendimento humanizado e qualificado àquelas em situação de violência por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados

e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento⁽⁶⁾.

Igualmente se reforça que para os profissionais atuarem na ESF sendo uma posição estratégica e privilegiada para a detecção da violência contra as mulheres grávidas os mesmos devem estar aptos e capacitados para atuar neste contexto, garantindo a esses recursos e suportes⁽²⁰⁾. Mas para isso se operacionalizar há imediata necessidade de se desenvolver as competências dos profissionais e modificar os processos de trabalho para o enfrentamento da violência⁽⁷⁾.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sinalizou para potencialidades e fragilidades no papel do enfermeiro para identificação e enfrentamento da VPI. Em relação às estratégias de identificação o acolhimento foi apontado como ferramenta para identificação das necessidades sociais e/ou de saúde das mulheres gestantes por meio de uma escuta atenta e sensível ao sofrimento decorrente da violência. Por outro, de maneira ambivalente, o vínculo frágil com o serviço e com os profissionais, o medo, a vergonha e a dependência financeira e emocional do agressor, apareceram como fatores que dificultam o processo de revelação da situação e consequentemente a identificação.

As formas de enfrentamento evidenciam a necessidade dos enfermeiros em compartilhar as experiências ao atenderem mulheres em situação de VPI, com a equipe de saúde, por meio de encaminhamentos a serviços especializados ou ainda por meio de dispositivos como o NASF. A preocupação com o encaminhamento de forma pontual e pouco comunicativa com demais pontos estratégicos da rede indica um despreparo dos profissionais em trabalhar com tais demandas. Quando e como notificar desvelam os medos e inseguranças desses profissionais na AB.

Observou-se que a identificação e enfrentamento da VPI necessitam de ações pontuais, como introdução de um protocolo de assistência pré-natal que abarque a especificidade da violência neste grupo vulnerável, e amplas em conjunto com os enfermeiros e demais membros da ESF, especialmente no que tange a educação permanente das equipes, enfocando aspectos de responsabilidade de cada profissional e do coletivo, espaço para escuta das inseguranças e medos dos profissionais, assim como ações intersetoriais que garantam o cumprimento do Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Visando a organização das ações do enfermeiro na assistência pré-natal no contexto do enfrentamento da violência na AB, destaca-se a estratégia de incluir no protocolo de enfermagem, no roteiro de entrevista da primeira e/ou consultas subsequentes questionamentos as gestantes que auxiliem o profissional na identificação e classificação de risco a exposição à violência.

Registra-se que este estudo apresentou as ações de identificação e estratégias dos enfermeiros de ESFs no enfrentamento da violência havendo, contudo, outros atores envolvidos na assistência à saúde da mulher gestante, a exemplo dos demais profissionais da equipe de saúde que também devem ter suas percepções avaliadas na produção do conhecimento, abrindo-se assim espaço para novos estudos referentes à temática em questão. Ademais, esta é uma pesquisa qualitativa, sujeita a limitações próprias desse tipo de estudo. Embora os resultados não permitam generalizações mais amplas, pondera-se que os mesmos fornecem um panorama dos desafios e limitações cotidianas dos enfermeiros no contexto da violência por parceiro íntimo.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Oliveira LCQ, Fonseca-Machado MO, Stefanello J, Gomes-Sponholz FA. Intimate partner violence in pregnancy: identification of women victims of their partners. *Rev Gaucha Enferm.* 2015;36(spe):233-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57320>.
3. Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov;12;(11):CD009414. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009414.pub3>.
4. Mauri EM, Nespoli A, Persico G, ZobbiVF. Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery.* 2015;31(5):498-504. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.002>.
5. Bezerra IMP, Nascimento WL, Machado CA, Machado MFAS. Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente à violência conjugal: analisando o processo de trabalho em saúde. *Saude Transf Soc.* 2013;3(2):67-74.
6. Presidência da República (BR), Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF): 2011 [citado 2017 mar 06]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>.
7. Salcedo-Barrientos DM, Miura PO, Macedo VD, Egry EY. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014 [citado 2015 abr 01];22(3):448-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300448.
8. Rodrigues DP, Gomes-Sponholz FA, Stefanello J, Nakano MAS, Monteiro JCS. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. *Rev Esc Enferm USP.* 2014 [citado 2015 abr 01];48(2):206-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200206.
9. Fonseca-Machado MO, Alves LC, Freitas PC, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Saúde mental da mulher vítima de violência por parceiro íntimo durante a gestação. *Invest. Educ Enferm.* 2014 [citado 2015 abr 01];32(2):291-305. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200012.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Guimarães MC, Pedroza RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicol Soc.* 2015;27(2):256-66.
12. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
13. Lo Giudice JA. Prenatal screening for intimate partner violence: a qualitative meta-synthesis. *Appl Nurs Res.* 2015 Feb;28(1):2-9.
14. Viellas EF, Gama SG, Carvalho ML, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr.* 2013;89(1):83-90.
15. Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identification of violence in the conjugal relationship based on the Family Health Strategy. *Texto Contexto Enferm.* 2013 Sep [cited 2016 Aug 26];22(3):789-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300027&lng=en.
16. Porto M, Bucher-Maluschke, JSNF. A permanência de mulheres em situações de violência: considerações de psicólogas. *Psic Teor Pesq.* 2014;30(3):267-76.
17. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface (Botucatu).* 2011;15(37):409-24.
18. Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(10):2112-22.
19. Porto RTS, Bispo Júnior JP, Lima EC. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis.* 2014 [citado 2016 set 24];24(3):787-807. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300787&lng=en.
20. Coutinho E, Almeida F, Duarte J, Chaves C, Nelas P, Amaral O. Factors related to domestic violence in pregnant women. *Procedia Soc Beh Sci.* 2015;171:1280-7.

■ Autor correspondente:

Letícia Becker Vieira

E-mail: lebvieira@hotmail.com

Recebido: 29.09.2016

Aprovado: 08.05.2017