

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
CURSO DE ENFERMAGEM

Joanna Vendruscolo Dalberto

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: ASSISTÊNCIA MUNICIPAL E AÇÕES DOS
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Santa Cruz do Sul

2018

Joanna Vendruscolo Dalberto

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: ASSISTÊNCIA MUNICIPAL E AÇÕES DOS
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Dra. Luciane Schmidt Alves

Santa Cruz do Sul

2018

Joanna Vendruscolo Dalberto

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: ASSISTÊNCIA MUNICIPAL E AÇÕES DOS
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora da Universidade de Santa Cruz do Sul como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Luciane Schmidt Alves
Prof^ª. Orientadora

Prof. Ms. Nestor Pedro Roos

Prof. Ms. Janine Koepp

AGRADECIMENTOS

Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência e perseverança para chegar até aqui. Nada disso eu conseguiria sozinha. Minha eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Agradeço a Deus por ter me fortalecido a ponto de conseguir superar as dificuldades e, também, por toda saúde que me deu, que me permitiu alcançar esta etapa tão importante da minha vida.

Agradeço aos meus pais, Celito e Nilva, e ao meu irmão, Vinicius, meus maiores exemplos. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor. Ao meu namorado, Henrique, por todo amor, carinho, paciência e compreensão durante esses cinco anos.

Agradeço a todos os professores pela orientação repleta de conhecimento, sabedoria e paciência. Em especial, à professora Luciane Alves, que, com muita paciência e atenção, dedicou do seu valioso tempo para me orientar em cada passo deste trabalho.

À minha família e amigos, quero deixar uma palavra de gratidão por terem acreditado nas minhas capacidades e por não me deixarem desistir. Agradeço a todos que fizeram parte desta caminhada ao meu lado!

RESUMO

Este estudo versa sobre a violência contra a mulher. Os dados de 2017, divulgado pelo 12º anuário Brasileiro de Segurança Pública, mostram que 193 mil mulheres registraram queixas de violência doméstica no Brasil. Além disso, uma média de 530 mulheres aciona a lei Maria da Penha por dia, ou seja, 22 mulheres por hora. O Brasil registrou 63.880 mil casos, no ano de 2017, de violência contra a mulher seguida de morte. Este estudo tem como objetivo conhecer a incidência dos casos de violência contra a mulher no município de Sobradinho (RS), analisando os programas e as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. O método utilizado para esta pesquisa foi do tipo exploratório-descritivo, quantiquantitativo. Primeiramente, foi realizado um levantamento de dados para verificar a incidência dos casos de violência contra a mulher, com coleta de dados baseada no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Em seguida, realizou-se uma entrevista com seis enfermeiros que atuam na rede de Atenção Primária à saúde. Os dados foram coletados no mês de maio de 2015 a maio de 2018. Como resultados, o estudo apontou dificuldades no preenchimento do SINAN, falha no encaminhamento das vítimas e a falta de um fluxograma para a condução dos casos.

Palavras-chaves: Saúde da mulher. Violência. Atenção primária à saúde. Município.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil das mulheres, vítimas de violência, no período estudado.....	25
Quadro 2 – Dados da Ocorrência do ato da violência contra mulher no período estudado	26
Quadro 3 – Encaminhamento dos casos de violência contra a mulher no período estudado ...	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AMCSSERRA	Associação dos municípios da Região Centro Serra
APS	Atenção primaria em saúde
CEDM	Concelho Estadual dos direitos da mulher
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CRAM Calixto	Centro de referencia em atendimento a mulher vitima de violência Marcia
CRDH	Centro de referencia em direitos humanos
CRMVAM	Centro de referencia a mulher Vania Araújo Machado
DEAMS	Delegacia especializada de atendimento a mulher
ESF	Estratégia saúde da família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IGP	Instituto geral de pericias
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de assistência Integral a saúde da mulher
RS	Rio grande do Sul
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação
SPM	Secretaria de politica para mulher
TCE	Tribunal de contas do estado
UBS	unidades básicas de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
2.1 Contextualizando sobre violência contra a mulher	10
2.2 Ações a serem desenvolvidas a níveis Federal, Estadual e Municipal para proteção as mulheres vítimas de violência	12
2.3 A atenção primária á saúde e as ações desenvolvidas pelo enfermeiro nos casos violência contra mulher	16
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 Tipo de pesquisa	20
3.2 Local de pesquisa	21
3.3 Sujeitos do estudo	22
3.4 Instrumento para coleta de dados.....	22
3.5 Riscos e benefícios da pesquisa.....	23
3.6 Procedimentos	23
3.7 Análise dos dados.....	24
4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	25
5 DISCUSSÃO DOS DADOS	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A - Casos de violência contra mulher notificados.....	34
APÊNDICE B – Entrevista	41
APÊNDICE C – Carta de aceite.....	42
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	43
APENDICE E - Fluxograma de atendimento à mulher vítima de violência.....	45
ANEXO A – Parecer substanciado do CEP	47

1 INTRODUÇÃO

A violência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como qualquer ato de agressão ou negligência à pessoa, que produz ou pode produzir dano psicológico, sofrimento físico ou sexual, incluindo ameaças ou privação de liberdade. A violência acomete toda a sociedade, sem distinção de raça, sexo, idade, educação, religião ou condição socioeconômica (OMS, 2013).

A violência contra mulheres constitui-se um grande problema de saúde pública, levando à violação de direitos humanos. Em 2015, 4.621 mulheres foram assassinadas no Brasil, o que corresponde a uma taxa de 4,5 mortes para cada 100 mil mulheres (CERQUEIRA et al., 2017). Dentre as formas mais generalizadas de violência contra a mulher, destacam-se a violência física praticada por parceiro íntimo e a violência sexual (ELIAS et al., 2016).

Sabe-se que a violência contra as mulheres é algo existente há milênios, desde a época dos gregos antigos, onde já existia desigualdade (LIMA, 2017). Desde então, as mulheres eram consideradas inferiores aos homens, submetendo-se às ordens e à humilhação que a cultura lhe continha, vistas apenas como mulheres do lar. A partir do século XIX, com a Revolução Industrial, as mulheres saíram de seus lares e passaram a trabalhar em fábricas, constituindo este um momento inovador para as mulheres, que, até então, eram totalmente subordinadas aos maridos, desenvolvendo trabalhos domésticos, como cuidar dos filhos e realizar os serviços da casa (LIMA, 2017).

Na década de 1970, o movimento feminista colocou em uma das pautas prioritárias de sua agenda a reivindicação pela luta do reconhecimento da violência contra a mulher, almejando que a situação fosse entendida como um problema social e não como um problema doméstico (LIMA, 2017). Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção.

Este programa também inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, ações preventivas quanto ao câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2017a).

Para desenvolver o PAISM, os profissionais da saúde tendem a elaborar um trabalho em equipe buscando a consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, com preocupação em melhorar a atenção obstétrica, o acesso ao planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual, por meio de ações educativas e preventivas (BRASIL, 2015).

A Lei n. 7.498 (BRASIL, 1986), em seu art. 11, inciso II, determina que o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde no programa PAISM, deve participar do planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, desenvolvendo funções administrativas, assistenciais e educacionais (FEBRASGO, 2010).

Além disso, segundo Firmino (2016), o enfermeiro desenvolve ações tanto na unidade de saúde como na comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de saúde e de vida do indivíduo (FIRMINO et al., 2016). No âmbito de Atenção Primária à Saúde, o enfermeiro é responsável por inúmeros processos e serviços que necessitam de sua atenção, dentre eles a violência sexual e/ou doméstica. Nesse sentido, o enfermeiro encontra-se próximo da comunidade, possibilitando ao profissional o estabelecimento de vínculos com as mulheres que procuram o serviço de saúde. Sendo que essa proximidade pode representar a oportunidade da abordagem sobre a violência, possibilitando a notificação compulsória (BRASIL, 2017b).

Voltando a destacar os índices de violência contra as mulheres, os casos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade vem aumentando desde 1980. Desde este período até 2013, houve um ritmo crescente de mortes, totalizando 106.093 casos de mulheres vítimas de homicídio (WAISELFISZ, 2015).

Com o aumento dos índices de violência contra a mulher, a Secretaria Especial de Políticas buscou desenvolver medidas para reverter esta situação, criando o projeto de Lei nº 7371/14, que se refere ao “Pacto Nacional pelo Enfrentamento a Violência Contra as Mulheres”, que visa desenvolver ações de apoio e acolhimento e combate à violência, através de ações punitivas e do cumprimento da Lei Maria da Penha¹, que é aderido tanto a nível federal como a nível estadual (BRASIL, 2014).

Para alcançar ao máximo tal objetivo, a legislação traz uma série de princípios, procedimentos e medidas protetivas em relação às várias formas de violência que elenca em

¹Lei 11.340/06 (Lei Maria da Penha) foi promulgada, sob pressão internacional, em 2006 seu objetivo, contemplado em seu artigo 1º, “é coibir e prevenir a violência de gênero no âmbito doméstico, familiar ou de uma relação íntima de afeto.”

seu artigo 7º, como a criação de políticas públicas de proteção para enfrentar essa violência (LOPES, 2016).

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres desenvolve políticas direcionadas, prioritariamente, às mulheres em situação de violência. É conferida atenção especial às mulheres rurais, negras e indígenas, em função da situação de dupla ou tripla discriminação a que estão submetidas e em virtude de sua maior vulnerabilidade social (LOPES, 2016).

Em relação às ações e programas sociais, destacam-se a Bolsa Família, que estimula a independência da mulher, o programa “Minha Casa Minha Vida”, a central de atendimento (ligue 180), número de utilidade pública, que pode ser acessado gratuitamente por mulheres de todo o país e representa, portanto, um importante avanço na divulgação dos serviços da rede de atendimento e à garantia de acesso das mulheres à rede (DIAS, 2011).

Hoje, o RS está integrado às políticas do governo federal e articulado com os municípios e com diferentes órgãos e entidades no enfrentamento desse problema, combatendo os atos de agressão, dando assistência às mulheres vítimas da violência e criando política de prevenção e reeducação cultural, aderindo aos programas do governo do estado (ARNT, 2014).

Diante da situação apresentada, questiona-se: como é desenvolvida a assistência municipal e as ações dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em relação aos casos de violência contra a mulher no município de Sobradinho (RS)? Para buscar resposta a esta questão, o estudo tem como objetivo geral analisar a assistência municipal e as ações dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em relação à violência contra a mulher. Como objetivos específicos, tem-se: conhecer a incidência dos casos de violência contra a mulher no município; conhecer os programas e as ações desenvolvidas pelo município no que se refere à violência contra a mulher; analisar as ações realizadas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde deste município nos casos de violência contra mulher.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Contextualizando sobre violência contra a mulher

A violência é um fenômeno extremamente complexo, cuja definição não pode ter exatidão científica, já que é influenciada pela cultura e submetida a uma contínua revisão, na medida em que os valores e as normas sociais evoluem (CASIQUE; FUREGATO, 2016).

A violência de gênero é aquela praticada pelos homens contra as mulheres, em que o agressor e a vítima estão intimamente unidos à explicação desta violência. Desta forma, a violência permanece entre os homens, mantendo o controle e o domínio sobre as mulheres (CASIQUE; FUREGATO, 2016). O tema "violência contra a mulher" é um fenômeno bastante antigo, que foi silenciado por muito tempo e que passou a ser relatado há poucos anos.

Durante um longo período da história, as mulheres tinham uma vida privada, na qual deviam atender exclusivamente aos cuidados do marido, filhos e do lar. Somente com o evento das duas Guerras Mundiais que as mulheres foram conquistando espaço, assumindo cargos que antes eram ocupados por homens, mesmo que remuneradas diferentemente, além de conquistarem o direito ao voto e a participação na política (BRASÃO; DIAS, 2016).

Na década de 1970, o movimento feminista colocou, em uma das pautas prioritárias de sua agenda, a reinvenção pela luta do reconhecimento da violência contra a mulher, defendendo que a situação fosse entendida como um problema social e não como um problema doméstico (LIMA, 2017).

Surgiram, no Brasil, na década de 1980, inúmeras organizações de apoio à mulher vítima de violência, sendo a primeira delas o *SOS Mulher*, inaugurado no Rio de Janeiro em 1981, que tinha como objetivo constituir um espaço de atendimento para mulheres em situação de violência, além de ser um espaço de reflexão, acolhimento e de mudança das condições de vida. Os casos de violência contra as mulheres continuam ocorrendo em todo mundo e, mesmo diante do rigor da Lei Maria da Penha, elas estão submetidas aos maus tratos constantemente pela sociedade (LIMA, 2017).

O artigo 7º da Lei nº 11.340 (BRASIL, 2006) define como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, o uso da força física, psicológica ou intelectual, violência sexual, patrimonial e moral (BRASÃO; DIAS, 2016).

Conforme a lei (BRASÃO; DIAS, p. 125):

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

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

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

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

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASÃO; DIAS, p. 125).

A violência pode ser compreendida enquanto uma forma de restrição à liberdade de uma pessoa. É um meio de ameaça, de submeter ao domínio do agressor, é uma violação dos direitos humanos.

Pelos registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade, entre 1980 e 2013, houve um ritmo crescente ao longo do tempo, tendo um total de mortes de 106.093 mulheres vítimas de homicídio. Efetivamente, o número de vítimas passou de 1.353 mulheres, em 1980, para 4.762, em 2013, um aumento de 252%. A taxa, que em 1980 era de 2,3 vítimas por 100 mil, passa para 4,8, em 2013, um aumento de 111,1% (WAISELFISZ, 2015).

Entre 2003 e 2013, o número de vítimas do sexo feminino passou de 3.937 para 4.762, incremento de 21,0% na década. Essas 4.762 mortes, em 2013, representam 13 homicídios femininos diários (WAISELFISZ, 2015).

A maior parte dos aumentos da violência contra a mulher aconteceu quando a Lei Maria da Penha já estava em vigor, tendo um aumento de 18,4% nos números e 12,5% nas taxas, entre 2006 e 2013 (WAISELFISZ, 2015).

Com sua taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, o Brasil, em um grupo de 83 países com dados homogêneos, fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, ocupa uma pouco recomendável 5ª posição, evidenciando que os índices locais excedem em muito os encontrados na maior parte dos países do mundo (WAISELFISZ, 2015).

2.2 Ações a serem desenvolvidas a níveis Federal, Estadual e Municipal para proteção as mulheres vítimas de violência

Até 2003, os atendimentos disponibilizados pelos governos (Federal, estaduais e municipais) às mulheres que sofriam violência eram as Casas-Abrigo e as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) (DIAS, 2011).

Com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres/Presidência da República, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram ampliadas e passaram a incluir ações de prevenção, de garantia de direitos e inclusive de responsabilização dos agressores (combate) com o advento da Lei Maria da Penha (DIAS, 2011, p. 15).

Os dados, divulgados pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, reforçam a importância de medidas para reverter a violência contra a mulher. O Projeto de Lei 7371/17, cria o Fundo Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2017a).

O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (DIAS, 2011).

Segundo o artigo da lei 7371/17:

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2017a).

Os recursos do Fundo permitirão a continuidade de ações de apoio e acolhimento das mulheres vítimas de violência, como a “Casa da Mulher Brasileira” e casas abrigo. Está prevista também a implementação de medidas para reeducação e responsabilização do autor de violência, entre outras iniciativas (BRASIL, 2017a).

Desde 2003, o Brasil vem aderindo à campanha “16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência Contra Mulher”. A Campanha tem como objetivo promover o debate e denunciar as várias formas de violência contra as mulheres (SANTOS, 2016).

Em relação a programas sociais, pode-se citar a Bolsa Família, que estimula a independência financeira da mulher, uma vez que elas são 92,1% dos beneficiários. O

programa “Minha Casa Minha Vida” tem efeito parecido, ao dar preferência à mulher (especialmente às mães) no registro das escrituras dos imóveis (BRASIL, 2017a).

Por se tratar de uma norma jurídica, a previsão de criação de serviços especializados reforça a responsabilidade de os governos (em especial, estaduais e municipais) implantarem políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres e formaliza a necessidade de uma rede articulada e inter setorial de atendimento à mulher em situação de violência (LIMA, 2017).

A Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), por sua vez, foi criada em 2005, pela Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), com o objetivo de orientar as mulheres em situação de violência sobre seus direitos e sobre os serviços disponíveis para o atendimento de suas demandas (LIMA, 2017).

A Central é um número de utilidade pública, que pode ser acessado gratuitamente por mulheres de todo o país e representa, portanto, um importante avanço na divulgação dos serviços da rede de atendimento e à garantia de acesso das mulheres à rede (LIMA, 2017).

Segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência (2011) contra as Mulheres: “cabe à Central o encaminhamento da mulher para os serviços da rede de atendimento mais próxima, assim como prestar informações sobre os demais serviços disponíveis para o enfrentamento à violência”.

Na área educacional e profissional, o desenvolvimento da população feminina é viabilizado por meio de iniciativas como o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) (BRASIL, 2017a).

O Rio Grande do Sul é um dos estados que adere o programa Pronatec, mobilizando mulheres em todas as regiões. Em 2012, das 40 mil vagas oferecidas, 70% foram preenchidas por mulheres (ARNT, 2014).

O governo de Tarso Genro foi o primeiro a enfrentar o tema da violência contra as mulheres com políticas públicas. O RS está integrado às políticas do governo federal e articulado com os municípios e com diferentes órgãos e entidades no enfrentamento desse problema, dando assistência às mulheres vítimas da violência e criando políticas de prevenção e reeducação cultural. Em 2011, o governo de Tarso Genro assinou o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (ARNT, 2014).

O Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDM) foi reativado em 2011, ao tornar-se vinculado à Secretaria de Políticas para as Mulheres do Estado do Rio Grande do Sul e, em 2015, após a reorganização da estrutura do Estado, passou a estar vinculado ao

Departamento de Políticas para as Mulheres, da Secretaria do Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos (ARNT, 2014).

O estado do Rio Grande do Sul conta com uma rede de serviços especializados à mulher em situação de violência, que abrange desde atendimentos em Centros de Referência até uma Vara especializada na comarca (ZERBIELLI, 2016).

No âmbito dos serviços estaduais, há o Centro de Referência à Mulher Vânia Araújo Machado (CRMVAM), o Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH) e o Núcleo de Violência Doméstica e Familiar do Juizado (aplicação integral da Lei 11.340/06), no âmbito da Segurança Pública. A rede conta com uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), com a Patrulha Maria da Penha (Polícia Militar) e com o Instituto Geral de Perícia (IGP), com atendimento às mulheres na Sala Lilás. No âmbito do Poder Judiciário, a comarca de Porto Alegre conta, hoje, com dois Juizados da Vara de Violência Doméstica e Familiar. Dentre os serviços municipais que compõem a rede, estão o Hospital Presidente Vargas, a casa abrigo Viva Maria e o Centro de Referência em Atendimento à Mulher Vítima de Violência Márcia Calixto (CRAM) (ZERBIELLI, 2016).

O Centro Estadual de Referência da Mulher "Vânia Araújo Machado" (CRMVAM) é uma rede estadual de acolhimento às mulheres, vinculado ao Departamento de Políticas para as Mulheres. Entre suas funções, realiza assistência sistemática às mulheres, com o apoio de Juizados e Delegacias, e monitoramento de conselhos e de coordenadorias de políticas para as mulheres (ARNT, 2014).

O Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH-DPE/RS) é uma unidade da Defensoria Pública do Rio Grande do Sul, criada em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e apoiada por diferentes entidades da sociedade civil, que atua na construção de estratégias para enfrentamento e superação da violência e afirmação dos Direitos Humanos (ZERBIELLI, 2016).

No âmbito das ações de proteção às mulheres vítimas de violência, o destaque é da Patrulha Maria da Penha, serviço realizado pela Brigada Militar e a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher, a Polícia Civil e o Instituto Geral de Perícias, para fiscalizar o cumprimento das medidas protetivas que proíbem o agressor de aproximar-se da vítima (ARNT, 2014).

O Telefone Lilás é mais um serviço de acolhimento seguro às mulheres em situação de violência e tem como objetivo realizar o acolhimento, através de linhas telefônicas. Busca acolher, escutar, avaliar cada situação e referenciar à rede de atendimento do município no

qual a mulher reside, de maneira a promover seu empoderamento para que acesse os equipamentos de atendimento, garantindo seus direitos fundamentais (ARNT, 2014).

A casa de apoio Viva Maria é um abrigo protegido para mulheres em situação de violência doméstica e sexual, em risco de vida ou de novos episódios de violência. Pertence ao grupo de albergues para mulheres vítimas de agressões graves. Desenvolve atenção psicológica, jurídico, orientações para trabalho e atenção de enfermagem, sendo que tanto as mulheres quanto seus filhos menores em situação de violência recebem esse atendimento (DAGORT, 2013).

O Centro de Referência em Atendimento à Mulher Vítima de Violência Márcia Calixto (CRAM.) tem como objetivo o atendimento às mulheres em situação de violência e o resgate da autoestima, dignidade e cidadania. Este Centro trabalha prestando acolhimento e acompanhamento psicológico, social e jurídico. O atendimento ocorre com uma equipe multidisciplinar com profissionais da área administrativa, psicológica, jurídica e da assistência social (ZERBIELLI, 2016).

Os centros de referência são estruturas essenciais do programa de prevenção à violência contra mulher, uma vez que visam promover a ruptura da situação de violência e a construção de cidadania por meio de ações globais e de atendimento interdisciplinar (psicológica, social, jurídico e de orientação e informação) à mulher em situação de violência (ZERBIELLI, 2016, p. 20).

O Rio Grande do Sul, assim como todos os estados brasileiros, recebeu duas unidades móveis de atendimento às mulheres do campo, parte do programa “Mulher, Viver sem Violência” (ARNT, 2014).

As unidades móveis são ônibus especialmente desenvolvidos para deslocamento fora da zona urbana, adaptados para o atendimento às mulheres do campo e da floresta (ARNT, 2014).

O Tribunal de Contas do Estado (TCE-RS) fez um levantamento que mostra que a maioria das cidades gaúchas não possui política pública, não conta com estrutura administrativa específica para tratar dos temas relacionados aos direitos das mulheres ou com serviços capazes de acolher e proteger as que são vítimas de violência (BUENO, 2017).

De acordo com a pesquisa, 76,3% dos municípios ainda não possuem Conselho dos Direitos da Mulher e 57,8% não dispõem de estrutura administrativa responsável pela política para as mulheres. Os dados foram colhidos em 417 prefeituras, o que significa 83,9% das cidades gaúchas (BUENO, 2017).

Entre as cidades que contam com alguma estrutura administrativa responsável pelo tema, 42,6% das unidades não possuem orçamento próprio e 48,3% delas não têm quadro exclusivo de servidores. Dos municípios, apenas 6,7% possuem centros de atendimento integral e multidisciplinar às mulheres os outros 6,7% contam com casas-abrigo. Somente duas cidades possuem serviços de saúde especializados, o que corresponde a 7,2% (BUENO, 2017).

No Brasil, os municípios que não possuem programas ou campanhas para enfrentamento da violência doméstica e familiar correspondem a 64,5% e, das prefeituras municipais que não contam com nenhum registro de atendimento realizados a mulheres vítimas de violência doméstica, somam 55,6% (BUENO, 2017).

2.3 A atenção primária á saúde e as ações desenvolvidas pelo enfermeiro nos casos violência contra mulher

Ao longo do tempo, a atenção primária em saúde (APS) se estabeleceu como organização dos serviços, sendo amplamente atribuída a função de primeiro contato para o cuidado e proporcionar o acesso integrado a outros recursos no sistema de serviços de saúde (HEIMANN et al., 2011).

Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (HEIMANN et al., 2011).

No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (ELIAS et al., 2016).

A saúde da família é a estratégia criada pelo Ministério da Saúde para reorganizar o modelo assistencial. Sua criação foi iniciada em 1991, com a implementação de agentes comunitários de saúde (ACS) (COSTA; CARBONE, 2004).

A saúde da família tem por objetivo realizar atenção continuada nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional, que desenvolve as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção. Humaniza as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população (COSTA; CARBONE, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (1997), a ESF proposta pelo governo elege a família como núcleo social alvo em um território definido e agrega ainda os princípios da responsabilidade social, interdisciplinar e Inter setorial além da vigilância em saúde.

As unidades de saúde funcionam conforme algumas diretrizes, cada estratégia em saúde da família é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a uma área. Cada estratégia pode atuar com uma ou mais equipes, conforme o número de famílias que estão vinculadas à mesma. Uma equipe pode ser responsável por 600 a 1.000 famílias, com um limite máximo de 4.500 pessoas (COSTA; CARBONE, 2004).

Toda população adscrita deve estar vinculada à rede de serviço, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e às famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra referência para níveis superiores de complexidade (COSTA; CARBONE, 2004).

As ESF têm como atribuições identificar a realidade social e epidemiológica de cada família vinculada e os fatores que desencadeiam o processo saúde-doença, reconhecer os riscos e problemas prevalentes aos quais a população está exposta, atender a população programada e espontânea, utilizar o sistema de referência e contra referência e promover educação em saúde (COSTA; CARBONE, 2004).

A equipe de atenção primária é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Os profissionais dentistas, assistente social e psicólogo podem ser incorporados na equipe como equipe de apoio (COSTA; CARBONE, 2004).

Já as UBS contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Há também a presença de médicos de diversas especialidades (dentre os quais oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas), distribuídos irregularmente pelas unidades. A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços. Neste caso, não há adstrição de clientela e a delimitação da área de abrangência se refere exclusivamente às ações de vigilância à saúde (ELIAS et al., 2016).

Além de muitas políticas a serem seguidas pela equipe de Atenção Primária à saúde, destacam-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi elaborada pelo Ministério da Saúde em 1984 (BRASIL, 2014).

A política tem como objetivo ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecologia, estimular a implantação da assistência em planejamento familiar, promover a atenção obstétrica e neonatal, promover atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência

doméstica e sexual, estimular prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros (BRASIL, 2014).

As atribuições do enfermeiro são as de executar ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e à terceira idade. Também deve atuar como instrutor/supervisor dos agentes comunitários de saúde, no gerenciamento do pessoal de enfermagem e da Unidade de Saúde, além de participar do Conselho de Saúde do município (FIRMINO et al., 2016).

Ao enfermeiro de Atenção Primária à saúde cabe a gerência da assistência de enfermagem, devendo o enfermeiro ser o gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades. Além disso, a assistência de enfermagem prestada às famílias deve ser coerente com as condições socioeconômicas, culturais e ambientais da família e comunidade. Também cabe ao enfermeiro realizar notificações compulsórias que ocorrem nas áreas adscrita da ESF (FIRMINO et al., 2016).

O Ministério da Saúde do Brasil define a notificação compulsória como a comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados na Portaria emitida pelo Ministério, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes (SOUSA et al., 2012).

A atenção básica assume um importante papel na notificação compulsória de doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, visto que é um espaço privilegiado para a captação de informações em tempo oportuno sobre de enfermidades de interesse sanitário (SOUSA et al., 2012).

As notificações são realizadas por meio de fichas de notificação individuais, que possuem campos para preenchimento essenciais. Possuem fundamental importância para que sejam estabelecidas estratégias de trabalho. O enfermeiro é um profissional essencial, devido à sua função de gerente, líder e supervisor da equipe de enfermagem (SOUSA et al., 2012).

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas exigem dos profissionais e dos gestores da saúde uma postura ética e cuidadosa em relação à pessoa que vivencia situação de violência e à sua família. Ela não pode ser feita a partir de uma lógica burocrática. Ao contrário, notificar os casos de violências implica compromisso com a pessoa que está em sofrimento e que necessita de proteção e cuidado (BRASIL, 2017b).

Segundo a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que foram atendidos

em serviços de saúde públicos ou privados. Conforme destaca o artigo 3º e o seu respectivo parágrafo único, a notificação deve ser feita em caráter sigiloso, sendo a identidade da vítima revelada apenas em caso excepcional e com seu prévio conhecimento. “Art. 3º – A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido” (BRAIL, 2003).

A notificação aplica-se a qualquer tipo de violência, seja ela física, sexual ou psicológica, e que tenha ocorrido no ambiente doméstico, intrafamiliar, na comunidade, ou seja, perpetrada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra (BRASIL, 2017b).

A notificação vai servir para que o Estado (federal, estadual e municipal) planeje ações de erradicação da violência contra a mulher, a partir da realidade brasileira: onde acontece, que tipo de violência ocorre com mais frequência, quem comete a violência, quem é a mulher que sofre a violência (sua cor, idade, classe social etc.), a fim de que essas informações subsidiem o planejamento e implementação de políticas públicas (BRASIL, 2017b).

3 METODOLOGIA

A metodologia, segundo Leopardi (2002), é o modo de dirigir uma investigação, chegando ao que se deseja pesquisar. É através da metodologia que se chega à essência da descoberta e do fazer científico a fim de alcançar os objetivos propostos. Para Minayo (2010, p. 44), “a metodologia ocupa lugar central no interior da sociologia do conhecimento, uma vez que ela faz parte intrínseca da visão social do mundo, vinculada na teoria”.

3.1 Tipo de pesquisa

O tipo de pesquisa é exploratória-descritiva, quantitativa, qualitativa e documental. O estudo exploratório objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2012).

Gil (2012) afirma que pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está relacionada à utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistêmica (GIL, 2012).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os que adotam a abordagem qualitativa recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GERHARDI; SILVEIRA, 2016).

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados e o estudo é centrado na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (GERHARDI; SILVEIRA, 2016).

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes/Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza

fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental baseia-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2012).

Segundo Minayo (2010), em uma primeira dimensão, Triangulação é utilizada para avaliação aplicada a programas, projetos, disciplinas, etc. No processo avaliativo, sua conceituação torna-se abrangente e complexa, abarcando diferentes variáveis, dentre elas, a necessidade de se ter presente avaliadores externos, além dos internos, e que, preferencialmente, sejam de formações distintas, possibilitando “combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista” (MINAYO, 2010, p. 29).

3.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Município de Sobradinho, que conta com uma população estimada, em 2012 (IBGE), de 15.018 habitantes, situada na região Centro Serra e integra a Associação dos Municípios da Região Centro Serra (AMCSERRA). Sobradinho faz divisa ao norte com o município de Arroio do Tigre, ao sul com Lagoa Bonita do Sul, ao leste com Passa Sete e Segredo e ao oeste com Ibarama. A altitude do município de Sobradinho em sua sede é de 427 metros, longitude -53,029, latitudes -29,421 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRADINHO, 2017).

A Secretaria Municipal de Saúde de Sobradinho em suas atribuições básicas baseia-se no programa de saúde da família e na medicina preventiva, tais como: tarefas relativas à vigilância sanitária, atividades técnicas da área da saúde, controle dos postos e ambulatório municipal, dar suporte administrativo às atividades da secretaria, exercer controle sobre as questões de planejando, organização e direção, auxiliar na elaboração do plano de metas, proceder no preenchimento do fichário, coordenar o ambulatório municipal, promover as ações comunitárias de base nas diversas modalidades de saúde, estabelecer o plano de metas, manter o arquivo, delegar e centralizar (PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRADINHO, 2017).

O funcionamento da Atenção primária em saúde acontece com atendimento livre à demanda, com alguns agendamentos que são solicitados. São realizados grupos de convivência (hipertensão, diabetes, dependência química e gestantes) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRADINHO, 2017).

A rede é constituída de três Estratégias Saúde da Família, denominadas ESF 1, ESF2 e ESF 3, contam com atendimento médico da família, equipe de enfermagem, odontólogo,

agentes comunitários da saúde e a realização de grupos de diabéticos, hipertensos e gestantes. Também possui três Unidades de Atenção Básica que engloba ambulatório municipal, posto de saúde Vila Gramado e posto de saúde central, contam com médico da família, equipe de enfermagem, odontólogo, psicóloga e atendimento à saúde mental e grupos coletivos de dependência química e oficina terapêutica. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRADINHO, 2017).

O serviço ainda conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que desenvolve todos os programas básicos do Ministério da Saúde, dando apoio matricial para as equipes da atenção primária à saúde com profissionais da área de assistência social, psicológica, educador físico, fisioterapeuta e nutricionista (PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRADINHO, 2017).

3.3 Sujeitos do estudo

No primeiro momento, foi realizado um estudo para verificar a incidência dos casos de violência contra mulheres ocorridas neste município. A coleta de dados foi realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde, localizada no ambulatório central, baseada no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). No segundo momento, foram convidados sete enfermeiros que atuam junto à atenção primária à saúde do município, porém um deles não participou do estudo, pelo fato de troca de função.

3.4 Instrumento para coleta de dados

Para realizar o levantamento de dados dessa pesquisa foram utilizados dois instrumentos. Os dados secundários trouxeram informações que indicam a incidência de casos de violência contra a mulher. Para a coleta destes, foi criado um instrumento com as seguintes variáveis: Dados gerais da pessoa atendida, dados da ocorrência e evolução e encaminhamento (APÊNDICE A).

Para coleta de dados junto aos enfermeiros da atenção primária à saúde, foi realizada uma entrevista que seguiu um roteiro de questões, que permitiu compreender como e quais as ações são desenvolvidas pelos enfermeiros, seguindo os blocos temáticos: dados de identificação, casos de violência contra a mulher e ações realizadas pelos enfermeiros nos casos confirmados de violência contra a mulher (APÊNDICE B).

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações sobre determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. Trata-se de um procedimento utilizado na investigação social, para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. Sendo que é um importante instrumento de trabalho em vários campos das ciências sociais ou de outros setores de atividades (GOMES, 2016).

3.5 Riscos e benefícios da pesquisa

Quanto aos benefícios, pode-se dizer que o desenvolvimento desta pesquisa poderá contribuir na qualificação do desenvolvimento das ações assistenciais, gerenciais e educacionais dos profissionais que atendem os casos de violência contra a mulher no município, promovendo reflexos positivos para a população atendida.

Os riscos desta pesquisa podem estar relacionados a possíveis constrangimentos dos profissionais entrevistados, referentes às perguntas a serem realizadas. Para tanto, os participantes foram comunicados que poderiam retirar-se do estudo se assim desejassem, a qualquer momento.

3.6 Procedimentos

Foi realizado contato com a Secretaria Municipal da Saúde do município de Sobradinho (cenário da pesquisa), solicitando autorização para realizar a pesquisa junto aos serviços de saúde do município (APÊNDICE C).

Em seguida, a pesquisa foi submetida para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul. Após aprovação do CEP, que emitiu o parecer favorável, segundo numero 2.809.309, iniciou-se as coletas dos dados.

Com o apoio do gestor municipal, obteve-se acesso aos dados secundários (SINAN) e contato com os enfermeiros da atenção primária à saúde para apresentar os objetivos da pesquisa e solicitar sua participação no estudo através de uma entrevista, que seguiu um roteiro prévio. As entrevistas com os enfermeiros foram agendadas previamente.

Após o contato com os sujeitos, foi apresentado a estes o documento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) que foi assinado em duas vias, conforme recomenda a Resolução de nº 466/12 do Conselho de Pesquisa e do Ministério da Saúde, ficando uma cópia com o sujeito e outra com a pesquisadora. Para manter sigilo e cumprir os preceitos éticos e legais, os sujeitos não foram identificados, sendo que após o

término da análise de dados, a pesquisadora guardará os instrumentos de coleta de dados em local seguro por cinco anos e após serão destruídos. Os dados foram utilizados exclusivamente para fins de pesquisa.

3.7 Análise dos dados

Para analisar os dados relacionados ao número de casos de violência contra a mulher, foi realizado um estudo de incidência, que mede o número de casos novos de uma doença, episódios ou eventos na população dentro de um período definido de tempo (dia, semana, mês, ano). É um dos melhores indicadores para avaliar se uma condição está diminuindo, aumentando ou se permanece estável, pois indica o número de pessoas da população que passou de um estado de não-doente para doente. O coeficiente de incidência é a razão entre o número de casos novos de uma doença que ocorre em uma comunidade, em um intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir essa doença no mesmo período. A incidência é útil para medir a frequência da doença (PORTELLA, 2010).

Fórmula:

$$\frac{CI}{P} \times 100$$

Onde:

CI: N° de casos **novos** (iniciados) na população em determinada área e período;

P: População residente exposta ao risco na mesma área e período

Os dados secundários (protocolos, decretos, leis municipais serão somente descritos).

Já os dados qualitativos foram analisados através da análise temática, segundo Minayo (2010). A análise temática está organizada em suas três etapas, a primeira é chamada de “pré-análise”, a segunda etapa é a “exploração do material” e a última é o “tratamento dos resultados obtidos e interpretação”. Na pré-análise, inicialmente se procederá na transcrição do material coletado. Após, será realizada uma leitura intensa do material coletado sempre se reportando aos objetivos do estudo. Na segunda etapa, serão identificados os temas que emergirão dos relatos dos entrevistados. Na terceira e última etapa, se procederá à análise propriamente dita, tendo por base a fundamentação teórica do trabalho (MINAYO, 2010, p. 316).

4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os resultados estão apresentados, primeiramente, com o número de casos notificados no SINAN, que foram disponibilizados pela secretaria de saúde do município no período de 01/05/2015 a 01/05/2018. Das notificações realizadas neste período, foram encontrados dezoito casos, sendo que quatro deles envolveram adolescentes. Esses dados revelaram que a incidência de casos notificados no município estudado, no período indicado acima, representa 0,28% das mulheres que sofrem violência. O município conta com uma população total de 15.018 habitantes sendo 6.264 mulheres com idades entre 13 a 79 anos.

$$\text{Cálculo de incidência: } \frac{18}{6264} \times 100 = 0,28\%$$

Apresenta-se a seguir (Quadro 1), a descrição do perfil das mulheres que sofreram violência. Conforme os resultados demonstrados, as mulheres com idade entre 29 a 39 anos (33,33%) foram as que mais sofreram violência, prevaleceu a etnia branca (77,77%), com baixa escolaridade, sendo que (72,22%) das vítimas tem ensino fundamental incompleto. A situação conjugal da maioria é casada (66,66%), tendo como moradia a zona urbana (72,22%).

Quadro 1 – Perfil das mulheres, vítimas de violência, no período estudado

Variáveis		Percentual (%)
Idade	Adolescente 13 a 16 anos	22,22%
	18 a 28 anos	11,11%
	29 a 39 anos	33,33%
	51 a 79 anos	16,66%
Etnia	Branca	77,77%
	Parda	16,66%
	Ignorada	5,55%
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	72,22%
	Ensino médio Incompleto	16,66%
	Ensino médio completo	5,55%
	Ignorado	5,55%
Ocupação	Costureira	5,55%
	Dona de casa	22,22%
	Aposentada	5,55%
	Professora	5,55%
	Estudante	11,11%
	Ignorado	50%
Situação conjugal	Solteira	22,22%
	Viúva	11,11%
	Casada	66,66%
Zona de moradia	Rural	27,77%
	Urbana	72,22%

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

No Quadro 2, abaixo, destacam-se os dados das ocorrências sofridas pelas mulheres vítimas de violência. A maioria das notificações consta que o agressor é o cônjuge da vítima (38,88%), o ciclo de vida do agressor ficou entre 25 a 59 anos (38,88%), tendo como local de ocorrência a residência (66,66%). O motivo da violência não consta no registro de notificações (83,33%). O tipo de violência mais sofrida pelas mulheres foi a física (88,88%), por meio de força corporal (83,33%). A hora da ocorrência foi no período entre as 22h00min às 05h00min (27,77%). Os profissionais registraram que a maioria das vítimas mencionou ser a primeira vez que aconteceu a violência (72,22%).

Quadro 2 – Dados da Ocorrência do ato da violência contra mulher no período estudado

Variáveis		Percentual (%)
Local da ocorrência	Residência	66,66%
	Via publica	33,33%
Aconteceu outras vezes	Primeira vez	72,22%
	Não foi a primeira vez	22,22%
Tipo da violência	Física	88,88%
	Sexual	11,11%
	Psicológica	66,66%
Característica da agressão	Força corporal	83,33%
	Ameaça por arma branca	16,66%
	Ameaça por objeto contundente	11,11%
Relação do agressor com a vítima	Cônjuge	38,88%
	Vizinho	16,66%
	Desconhecido	16,66%
	Amigo	11,11%
	Ex. cônjuge	5,55%
	Filho	5,55%
	Amigo da família	5,55%
Motivo da ocorrência	Ignorado	83,33%
	Conflito geracional	11,11%
	Situação de rua	5,55%
Hora da ocorrência	22h00min às 05h00min	27,77%
	Manha	22,22%
	Tarde	16,66%
	Ignorado	5,55%
Ciclo de vida do agressor	10 a 19 anos	5,55%
	20 a 24 anos	33,33%
	25 a 59 anos	38,88%
	60 anos ou mais	5,55%

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

OBS: Não ocorreu nenhum tipo de violência com mulheres com deficiência e com gestantes. Somente um agressor fez uso de álcool.

O município estudado não possui sua rotina pré-estabelecida para atendimento nos casos de violência. Diante disso, os encaminhamentos ficam por conta de quem notifica a violência. O Quadro 3 apresenta os encaminhamentos que foram realizados com as vítimas que sofreram violência.

Quadro 3 – Encaminhamento dos casos de violência contra a mulher no período estudado

Rede de saúde (hospital, ESF, UBS).	72,22%
Delegacia com atendimento à mulher	66,66%
Conselho tutelar	16,66%
Sem encaminhamento	5,55%

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Os resultados da segunda parte do estudo buscaram compreender como e quais as ações desenvolvidas pelos enfermeiros em relação aos casos de violência contra mulher. Para tanto, foram entrevistados seis enfermeiros, atuantes na atenção primária à saúde do município, apenas um enfermeiro não foi entrevistado, pelo fato de troca de cargo. As entrevistas seguiram um roteiro organizado em três blocos temáticos, o primeiro contemplou os dados de identificação dos entrevistados; o segundo, a identificação dos casos de violências contra a mulher; e o terceiro, as ações realizadas pelos enfermeiros nos casos confirmados de violência contra a mulher.

Quanto aos dados de identificação dos entrevistados, todos os participantes eram do sexo feminino, com idades que variaram de 32 a 56 anos, sendo a grande maioria na faixa etária entre 32 a 37 anos.

A maioria das enfermeiras não é natural do município que atuam e, quanto ao tempo de atividade no serviço de saúde, três atuam de um a sete anos, uma atua menos de um ano e duas há mais de vinte anos.

No que se refere ao tempo de formação, apenas uma enfermeira possui somente graduações, as demais são pós-graduadas, inclusive com mais de uma especialização, nas áreas de gerenciamento em enfermagem, saúde coletiva, saúde do trabalhador, gestão em serviços de saúde e habilitação para docência e pós-graduação em urgência e emergência. Somente uma enfermeira possui especialização em saúde da família.

No que se refere à identificação dos casos de violência contra a mulher, a maioria dos enfermeiros desatacam não ser uma situação comum, somente duas enfermeiras identificaram

essa situação com frequência. Assim, as enfermeiras tiveram dificuldades para apresentar dados de violência confirmados e suspeitos que realizam nas suas unidades de saúde. Os profissionais que identificam casos de violência salientam que as mulheres apresentam sinais de sofrimento, ansiedade, medo e, quando buscam apoio no serviço de saúde, demonstram dificuldades para relatar o ocorrido.

Em relação às ações realizadas pelos enfermeiros em casos confirmados de violência contra mulher, destacam seguir uma rotina para atendimento, buscando acolher a vítima, fazendo uma escuta qualificada e, em seguida, registrar o caso, utilizando os dados de identificação, descrição do caso e possíveis encaminhamentos. A maioria dos casos é encaminhado para a delegacia com atendimento à mulher, assistência psicológica e social. O acompanhamento da vítima se dá pelo trabalho realizado pelos agentes comunitários de saúde, que comumente realizam visitas domiciliares mensais a todos os usuários da sua área de atuação.

Ressaltaram também a importância da notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência, porém destacam dificuldades para preencher a ficha de notificação SINAN, bem como a realização de ações adequadas para cada caso. A falta de um fluxograma e de capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento das mesmas também foi citado como fatores dificultadores nesta área de atuação.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

A atenção à mulher em situação de violência requer uma abordagem inter setorial, multiprofissional e interdisciplinar. O setor saúde constitui-se uma das portas de entrada das mulheres vítimas de violência (RIBEIRO, 2016). Dentre os inúmeros cuidados que o profissional da saúde deve ter com a mulher vítima de violência, destaca-se a notificação desse agravo, que é uma ferramenta no qual se pode tomar conhecimento do evento sofrido pela vítima, os tipos de violências prevalentes, ambiente de ocorrência, possível autor da agressão, além de permitir conhecer a realidade em torno da questão (RIBEIRO, 2016).

O Ministério da Saúde (2017) destaca que a notificação contra mulher é fruto de uma luta contínua, pela qual se deve compreender a situação epidemiológica desse agravo, a notificação possibilita o planejamento e a execução de políticas públicas integradas e inter setoriais para a redução da morbimortalidade decorrente das violências e efetivamente promover a saúde e a qualidade de vida (MINISTERIO DA SAUDE, 2017).

Os dados coletados e analisados neste estudo revelaram, a partir do cálculo de incidência, que os casos de violência contra a mulher no município estudado podem estar sendo subnotificados, pois corresponde a menos de 1% das mulheres. O município notificou 18 casos em três anos, sendo que quatro deles aconteceram com adolescentes.

Comparando com um estudo realizado por Scott e Oliveira (2018) por uma pesquisa documental com o nome *Violência contra a mulher e saúde pública no Brasil*, relatam que a notificação deve ser realizada de forma universal, contínua e compulsória, nas situações de suspeita ou confirmação de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Essa notificação deve ser realizada pelo gestor de saúde do SUS, mediante o preenchimento de uma ficha de notificação específica. Argumentam ainda que o Brasil apresenta problemas de cobertura, pois nem todos os locais notificam a violência contra a mulher, assim ocorrendo a subnotificação dos casos (SCOTT; OLIVEIRA, 2018)

O Ministério da Saúde (2018) traz segundo uma pesquisa dos estados do Brasil, segundo a qual a partir das notificações no SINAN registrados em 2016 referentes a um grupo de 100 mil mulheres, observa-se que o problema de subnotificação desses registros parece ser mais grave nos estados com taxas inferiores, como é o caso de Sergipe, Rio Grande do Norte, Paraíba, Maranhão, Ceará, Rondônia e Amapá e Rio Grande do Sul. Estes estados contam com dificuldades de notificação e baixa adesão de preenchimento do SINAN (MINISTERIO DA SAUDE, 2018).

No que diz respeito às idades das vítimas, ficou entre 29 a 39 anos (33,33%), e a etnia que mais prevaleceu foi a etnia branca, com 77,77%. Com base no estudo realizado no estado de Minas Gerais, nos anos de 2011 e 2012, sobre os indicadores da violência contra mulher, as pesquisas apontaram que a idade de mais vulnerabilidade das vítimas é de 20 a 29 anos (36,90%) e a etnia que prevaleceu foi a branca (37,90%) (ANDRADE et al., 2016).

As mulheres do estudo apresentaram baixa escolaridade, sendo 72,22% com ensino fundamental incompleto. Comparando com estudo de Zart e Scortegagna (2015), realizado em um município do estado do Rio Grande do Sul, a baixa escolaridade também foi uma dos pontos citados pelos autores, onde 40,84% das vítimas tinham ensino fundamental incompleto, se igualando com esta pesquisa (ZART; SCORTEGAGNA, 2015).

Dentre as vítimas do estudo, é possível perceber que as mulheres em situação conjugal casada são as que mais sofrem violência (66,66%), tendo como agressor o cônjuge (38,88), com idade em média de 25 a 59 anos (38,88), o local de ocorrência sendo a residência (66,66%) e zona de moradia a urbana (72,22%). Citando novamente o estudo feito no estado de Minas Gerais, nos anos de 2011 e 2012, o artigo e o estudo se igualam quanto aos resultados (ANDRADE et al., 2016).

O tipo de violência mais sofrido pelas mulheres no município estudado foi violência física (88,88%), tendo como característica da agressão força corporal e espancamento (83,33%). As vítimas do estudo tiveram como encaminhamento rede de saúde (ESF, UBS e Hospital) (72,22%), seguido de delegacia com atendimento à mulher (66,66%), conselho tutelar (16,66%) e apenas 5,55% não tiveram nenhum encaminhamento.

No estudo de Zart e Scortegagna (2015), realizado em um município do estado do Rio Grande do Sul, o tipo de violência mais sofrido foi violência psicológica (80,28%), seguido da violência física (64,78%). No estudo realizado em Minas Gerais, nos anos de 2011 e 2012, sobre os indicadores da violência contra mulher dos casos notificados, somente a metade dos casos foi encaminhada para ambulatórios (ZART; SCORTEGAGNA, 2015).

Os dados da segunda parte do estudo mostram o perfil e atuação dos enfermeiros que prestam assistência às vítimas de violência contra mulher. No que se refere ao perfil dos entrevistados, todos os entrevistados são do sexo feminino, a faixa etária que mais prevaleceu de 32 a 37 anos. A grande maioria não é natural do município. Quanto ao tempo de formação, apenas uma possui somente graduação, as demais com pós-graduação, apenas uma das entrevistadas tem pós-graduação em saúde da família.

Comparando com o estudo realizado em Minas Gerais, subnotificação e invisibilidade da violência contra mulher (2016), percebe-se que quanto ao perfil dos enfermeiros que

prestam assistência às vítimas de violência, prevalece sexo feminino (75,2%), tendo como faixa etária 20 a 39 anos (66,1%). A maioria das entrevistadas possui pós-graduação (77,2%) e atua há mais de três anos na atenção primária à saúde (52,6%) (ALCANTARA et al., 2016)

As enfermeiras do estudo salientam que identificam a situação de violência contra mulher através dos sinais como: sofrimento, ansiedade, medo, silêncio e a busca pelo serviço. Conforme estudo realizado por Guimarães e Pedroza (2015), *Violência contra mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas*, os sinais sinalizados pelos enfermeiros do artigo foram: vergonha, culpa, insegurança, medo e entre outros (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

No município onde ocorreram as entrevistas, as enfermeiras relataram que realizam uma rotina para atendimento da mulher vítima de violência, como identificação da vítima, acolhimento e os possíveis encaminhamentos, onde os mais citados foram a delegacia com atendimento à mulher, psicólogo, assistência social. Após, são realizadas visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde para as vítimas com um acompanhamento mensal.

O estudo de Aguiar (2013), *O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica*, traz os direitos, como planejamento e implementação de redes de apoio através da Lei nº 11.340, que traz programas de saúde para cuidar das vítimas de violência e a execução correta de atendimento a esse público alvo. Conforme a lei:

Alguns passos que podem integrar as ações de cuidado de enfermagem e dos demais profissionais de saúde são: o acolhimento e a possibilidade de apoio por parte da equipe, auxiliar a vítima a estabelecer vínculo de confiança, individual e institucional, para poder avaliar o histórico da violência e as possibilidades de mobilizar recursos sociais e familiares, dialogar com a mulher sobre as opções de lidar com o problema, permitindo-lhe fazer escolhas e fortalecer sua autoestima, apoiar a vítima que deseja fazer registro policial do fato ocorrido, fazer encaminhamentos a outros órgãos competentes quando necessário (delegacias da mulher e instituto médico-legal), incentivar a construção de vínculo com as redes de assistência, acompanhamento, proteção e redes de apoio, encaminhar para atendimento clínico os casos de lesões graves com necessidade de reabilitação que não puderem ser atendidos na unidade, sugerir à vítima atendimento para o casal ou família no caso de continuidade da relação, propor acompanhamento psicológico, e fazer visitas domiciliares constantes para cuidar e acompanhar a família (AGUIAR, 2013, p. 729).

Por fim, as enfermeiras do estudo destacam a dificuldade de preencher a ficha de notificação, bem como falta de capacitação dos profissionais para o atendimento das vítimas e falta de fluxograma para um encaminhamento correto e para uma tomada de decisão dos casos.

Conforme o artigo *Subnotificação e invisibilidade da violência contra mulher* (2016), 90,2% dos profissionais enfermeiros relataram que não tiveram capacitação de abordagem da violência ou tiveram de forma insuficiente na graduação. Relatam também a dificuldade de preenchimento da ficha de notificação com 40,9% dos casos, citam que a ficha é extensa, e com isso falta tempo de preencher durante a consulta, tem dificuldade em alguns itens que são pedidos para o preenchimento (ALCANTARA et al., 2016).

O autor Amaral (2014) cita em seu trabalho *Elaboração de um protocolo de atendimento as mulheres vitimas de violência no município de Ouro Preto/MG*, que a importância da criação de protocolos (fluxograma) de atendimento permite estabelecer mecanismos de detecção dos tipos de violência, eleger procedimentos assistenciais viáveis e regulamentados por lei e definir encaminhamentos, contribuindo para que os cuidados de saúde e a defesa de direitos sejam prestados o mais breve possível, com segurança da conduta do profissional (AMARAL, 2014).

As subnotificações comprometem o planejamento das ações de prevenção e controle epidemiológico, em função das estimativas das magnitudes das doenças se basearem em dados não fidedignos da realidade epidemiológica (MELO et al., 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou conhecer a incidência dos casos de violência contra a mulher no município de Sobradinho, analisando a assistência municipal e as ações dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

Os resultados quantitativos mostram que menos de 1% das mulheres residentes no município estudado, no período de 01/05/2015 a 01/05/2018, sofreram violência. Das notificações realizadas neste período, foram encontrados dezoito casos de violência contra a mulher, sendo que quatro deles envolveram adolescentes. Em relação aos registros no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os enfermeiros relatam dificuldades, o que leva a pesquisadora a questionar os resultados deste estudo, que podem não ser fidedignos. Os enfermeiros justificaram a baixa adesão para o preenchimento das fichas de notificação pela falta de tempo e dificuldades no preenchimento.

Mediante análise das entrevistas realizadas com os enfermeiros da rede de saúde, pôde-se perceber que o município também não conta com um fluxo de atendimento à mulher, dificultando os encaminhamentos adequados e a tomada de decisão dos profissionais. Destacam a falta de um fluxograma e de capacitações aos profissionais de saúde para o atendimento das vítimas.

Diante da realidade analisada, sugerem-se ações de educação permanente junto aos profissionais da rede de saúde, para que os enfermeiros possam conhecer melhor a gravidade deste tema, levantando as dificuldades para a notificação e condução dos casos. A partir dos dados coletados, criou-se um fluxograma para atendimento das vítimas de violência contra a mulher, a fim de organizar e uniformizar as condutas dos profissionais dentro de uma rede de saúde já consolidada. O fluxograma foi elaborado com serviços que são disponibilizados pelo município, como atenção primária à saúde, delegacia com atendimento à mulher, hospitais, assistência social e psicológica e secretaria da mulher (APENDICE E).

Por fim, este estudo também serviu para evidenciar que o cuidado com a saúde da mulher está além das questões biomédicas e que, na maioria das vezes, é silenciado pelos próprios profissionais de saúde quando banalizam as notificações.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, M. et al. Subnotificação e invisibilidade da violência contra a mulher. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo horizonte, v. 26, n. 8, p. 313-317, jan./jan. 2016. Disponível em: <rmmg.org/exportar-pdf/2170/v26s8a59.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

AGUIAR, R. S. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro (RECON)**, Brasília, mai./ago. 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/O-cuidado-de-enfermagem-a-mulher-de-violencia-domestica.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

AMARAL, A. P. **Elaboração de um protocolo de atendimento às mulheres vítimas de violência no município de Ouro Preto/MG**. 2014. 32 f. Monografia (Especialização em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172921/ALVARINA%20PIRES%20AMARAL-EMG-TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 out. 2018.

ANDRADE, J. et al. Indicadores da violência contra a mulher provenientes das notificações dos serviços de saúde de Minas Gerais-Brasil **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016.

ARNT, O. Mulheres. **Rio Grande do Sul que faz a diferença**. Rio Grande do Sul, p. 13, abr. 2014. Disponível em: <http://www.ptsul.com.br/m/24/12288_mulheres-web.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

BRASÃO, H. J. P.; DIAS, A. L. A violência contra a mulher visto como um aspecto cultural. **Cadernos da FUCAMP**, v. 15, n. 23, p. 120-128, 2016. Disponível: <<http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/867>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. **Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: 1986.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: 2003.

BRASIL. **Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Centro de documentação do Ministério da Saúde. **Assistência integral a saúde da mulher**: bases de ações programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Fundo de enfrentamento à violência contra a mulher está pronto para ser votado.** 2017a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2017/03/fundo-de-enfrentamento-a-violencia-contr-a-mulher-esta-pronto-para-ser-votado>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/-cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018.

BUENO, A. L. M. **A geoepidemiologia e o lugar:** espaços de sentido para as violências contra mulheres rurais do Rio Grande do Sul. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2017. Disponível: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/159117>>. Acesso: 10 abr. 2018.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexão teórica. **Revista Latino americano enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 6, dez./dez. 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000600018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 11 abr. 2018.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência**. Fórum brasileira de segurança publica, Rio de janeiro, n.11, p. 2-75, jun. 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7956/1/atlas%20da%20viol%C3%Aancia_2017.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2018.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família:** uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

DAGORT, A. L. L. **Viva Maria, dez anos.** 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3851/000393928.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

DIAS, M. R. A. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Enfrentamento à violência contra as mulheres**, Brasília, 2011. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entendaaviolencia/pdfs/rededeenfrentamento-a-violencia-contr-a-mulheres>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

ELIAS, P. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre psf e ubs por estrato de exclusão social no município de são Paulo. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, n. 11, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

FEBRASGO- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia- **Projeto Diretrizes:** assistência Pré-Natal, 2011.

FIRMINO, A. A. et al. Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de minas gerais. **Revista do Centro de ciências em saúde UFSM**, Santa Maria RS, v. 42, n. 1, p. 49-58, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/18694>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

GERHARDI, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, v. 1, p.1-120, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadserie/derad005.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

GIL, A. C. **Como classificar as pesquisas**. São Paulo: Atlas, 2012. Disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_ela_borar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

GOMES, M. C.; OLIVEIRA, A. A.; ALCARÁ, A. R. Entrevista: um relato de aplicação da técnica. **Seminário em ciência da informação**, Londrina, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/cinf/index.php/secin2016/secin2016/paper/view/359/175>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Revista Psico e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 256-266, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

HEIMANN, L. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n.6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413812320110000025&lng=en>. Acesso em: 06 mai. 2018.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LIMA, C. B. **Violência domestica contra a mulher um olhar etnográfico das praticas jurídicas fórum bandeirantes**. Monografia (Graduação em Direito), Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/235/11214>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

LOPES, A. Lei Maria da penha: a importância das políticas públicas de abrigamento no contexto do enfrentamento às violências contra as mulheres. **Revista Direitos humanos e democracia**, Santa Catarina, v. 4, n. 7, p.172-199, jun. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.21527/2317-5389.2016.7.172-199>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

MELO, M. et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no sistema nacional de agravos de notificação. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 71, 2018. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/104/153>>. Acesso em: 06 out. 2018.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MINISTERIO DA SAUDE. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_-_interpessoais_autoprovocadas.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018.

MINISTERIO DA SAUDE. **Violência contra a mulher**. 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Respondendo a violência sexual e violência física entre os parceiros contra as mulheres**. Diretrizes clínicas e políticas. Genebra (CH): OMS, 2013.

PORTELLA, A. Abordagem social sobre a violência e saúde das mulheres. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 22, p.17-19, 2010. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/-/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/jornal/009.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRADINHO RS. **Inventário turístico e cultural Sobradinho**. 2017. Disponível em: <<http://www.sobradinho.rs.gov.br/site/index.php/en/municipio1/historia>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

RIBEIRO, A. C. P. **Notificação de violência: praticas dos profissionais da rede publica que atendem a mulher em situação de violência**. Belo Horizonte: 2016. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-ABZN52/defesa_final_adriana_perini.pdf?sequence=1>. Acesso em: 05 out. 2018.

SANTOS, C. R. Movimento social no enfrentamento da violência contra a mulher: a experiência de um grupo de trabalho em salvador e região metropolitana, BA. **Revista feminismo**, São Paulo, v. 4, n. 1, jan./abr. 2016.

SCOTT, J.; OLIVEIRA, I. Violência contra a mulher e saúde pública no Brasil. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 12, Lisboa, p. 493-501, jan. 2018. **Anais...** 2018. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400-12/6210/1/12congnacsau493.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2018.

SOUSA, S. et al. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil - 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.3, p.465-474, 2012.

ZART, L.; SCORTEGAGNA, S. Perfil sócio demográfico de mulheres vítimas de violência doméstica e circunstâncias do crime. **Revista Perspectiva**, v. 39, n. 148, p. 85-93, dez. 2015. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/148_536.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

ZERBIELLI, Daiana. **Construção de um protocolo de monitoramento para as usuárias do centro de referência em atendimento à mulher vítima de violência de porto alegre**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/149357/001005748.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. Caderno complementar 1: Homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2015. Disponível em: <<http://bibspi.planejamento.gov.br/handle/iditem/284>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

APÊNDICE A - Casos de violência contra mulher notificados**Dados gerais da pessoa atendida:**

Data da notificação: ___ \ ___ \ ___

Data da ocorrência: ___ \ ___ \ ___

Hora da ocorrência: ___ hs

Idade da vítima: _____

Cor: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Situação conjugal: _____

Gestante: () sim () não

Possui algum tipo de deficiência: _____

Zona de moradia: _____

Dados da ocorrência:

Local da ocorrência: _____

Zona da ocorrência: _____

Quantas vezes ocorreram: _____

Meio de agressão: _____

Tipo de violência: _____

Numero de envolvidos: _____

Relação com a pessoa atendida: _____

Sexo provável do autor da agressão: _____

Suspeita de uso de álcool: () sim () não

Consequência da ocorrência detectada no momento da notificação: _____

Evolução e encaminhamento:

Quais as medidas tomadas e encaminhamentos foram feito para a pessoa atendida:

APÊNDICE B – Entrevista**Dados de identificação:**

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____

Natural do município: () sim () não

Tempo de formação: _____

Possui Especialização em saúde da família: () sim () não

Quanto tempo você realiza sua atividade ocupacional na esf? _____

Casos de violência contra a mulher:

É comum violência contra mulher na sua área adscrita? () sim () não

Quais os sinais que você identifica nas mulheres que sofrem violência? _____

Números de notificações suspeitas e confirmadas desde que você trabalha neste local? _____

Ações realizadas pelos enfermeiros nos casos confirmados de violência contra a mulher:

Números de casos confirmados no ultimo ano? _____

Tipo de acompanhamento realizado? _____

Ações de cuidados para estas vitimam? _____

APÊNDICE C – Carta de aceite

Carta de aceite

Santa Cruz do Sul, 18 de junho de 2018.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC.

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: "Violência contra mulher: assistência municipal e ações dos enfermeiros da atenção primária à saúde", desenvolvido pelo(a) acadêmico(a) Joanna Vendruscolo Dalberto do Curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação do(a) professor(a) Luciane Alves, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no(a) rede de serviço Atenção Primária à Saúde.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,


Secretaria Municipal de Saúde
Nilza A. Wietzke
Secretário

Assinatura e carimbo (ou dados funcionais) do responsável institucional
(legíveis)

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Violência contra mulher: assistência municipal e ações dos enfermeiros da atenção primária à saúde

Prezado senhor/Prezada senhora

O senhor/A senhora está sendo convidado(a) para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado Violência contra mulher: assistência municipal e ações dos enfermeiros da atenção primária à saúde. Esse projeto é desenvolvido pela acadêmica Joanna Vendruscolo Dalberto, tendo como orientadora Prof. Enf. Luciane Schmidt Alves, do curso de enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, a pesquisa é importante porque pretende analisar a assistência municipal e as ações dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em relação à violência contra a mulher. Para que isso se concretize, o senhor/a senhora será contatado(a) pelos pesquisadores para responder a uma entrevista que terá duração de aproximadamente trinta minutos. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, desenvolver possíveis constrangimentos, referentes às perguntas a serem realizadas, podendo o participante retirar-se a qualquer momento. Por outro lado, se o senhor/a senhora aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da Enfermagem, poderão acontecer, tais como: poderão contribuir para melhor execução do trabalho do enfermeiro e assim colaborando com o município na elaboração de ações referente à violência contra a mulher. Para participar dessa pesquisa o senhor/a senhora não terão nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado(a):

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,

f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa de trabalho de conclusão de curso Prof. Enf. Luciane Schmidt Alves. (Fone: 01551996040306).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

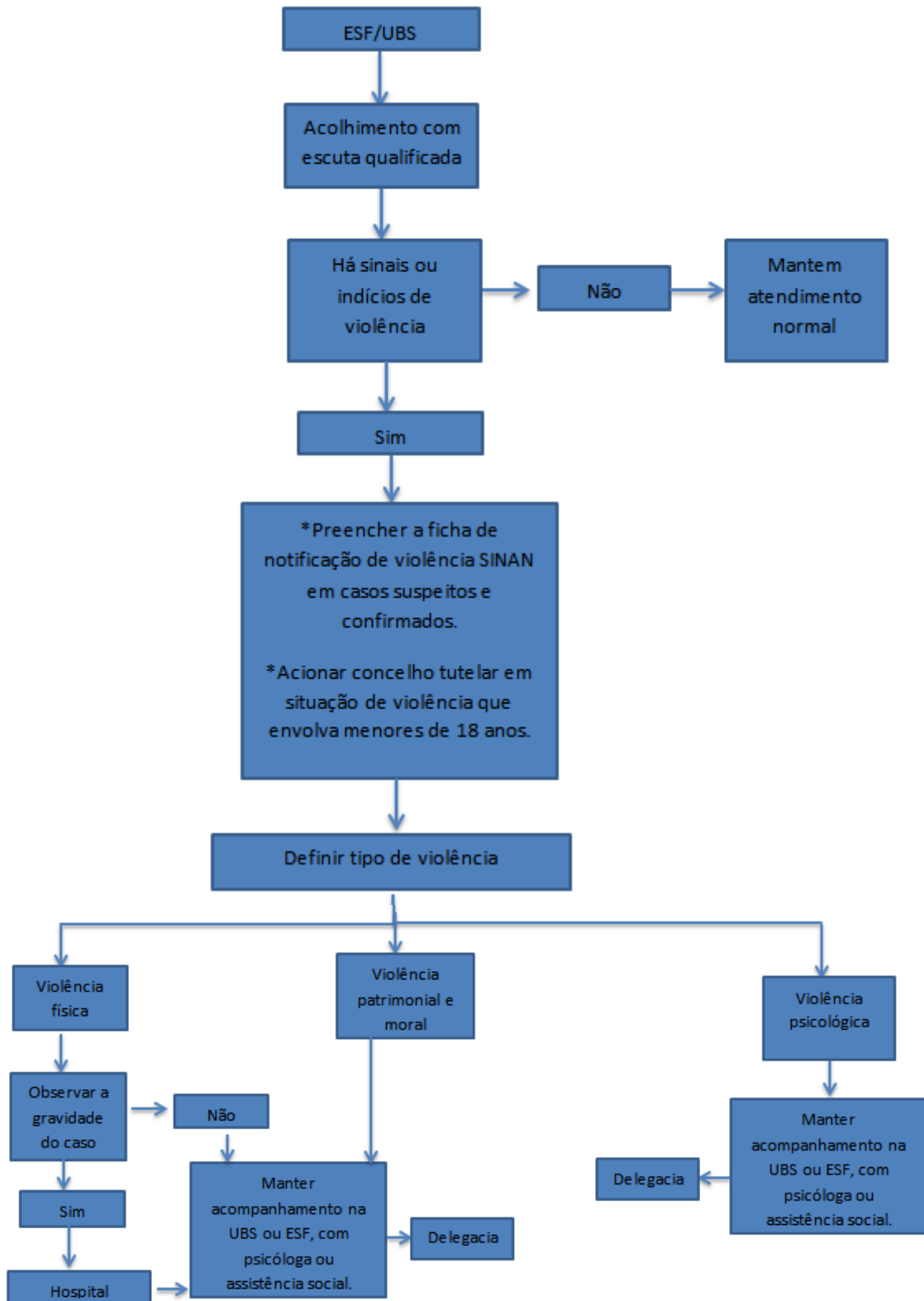
Data ___ / ___ / ____

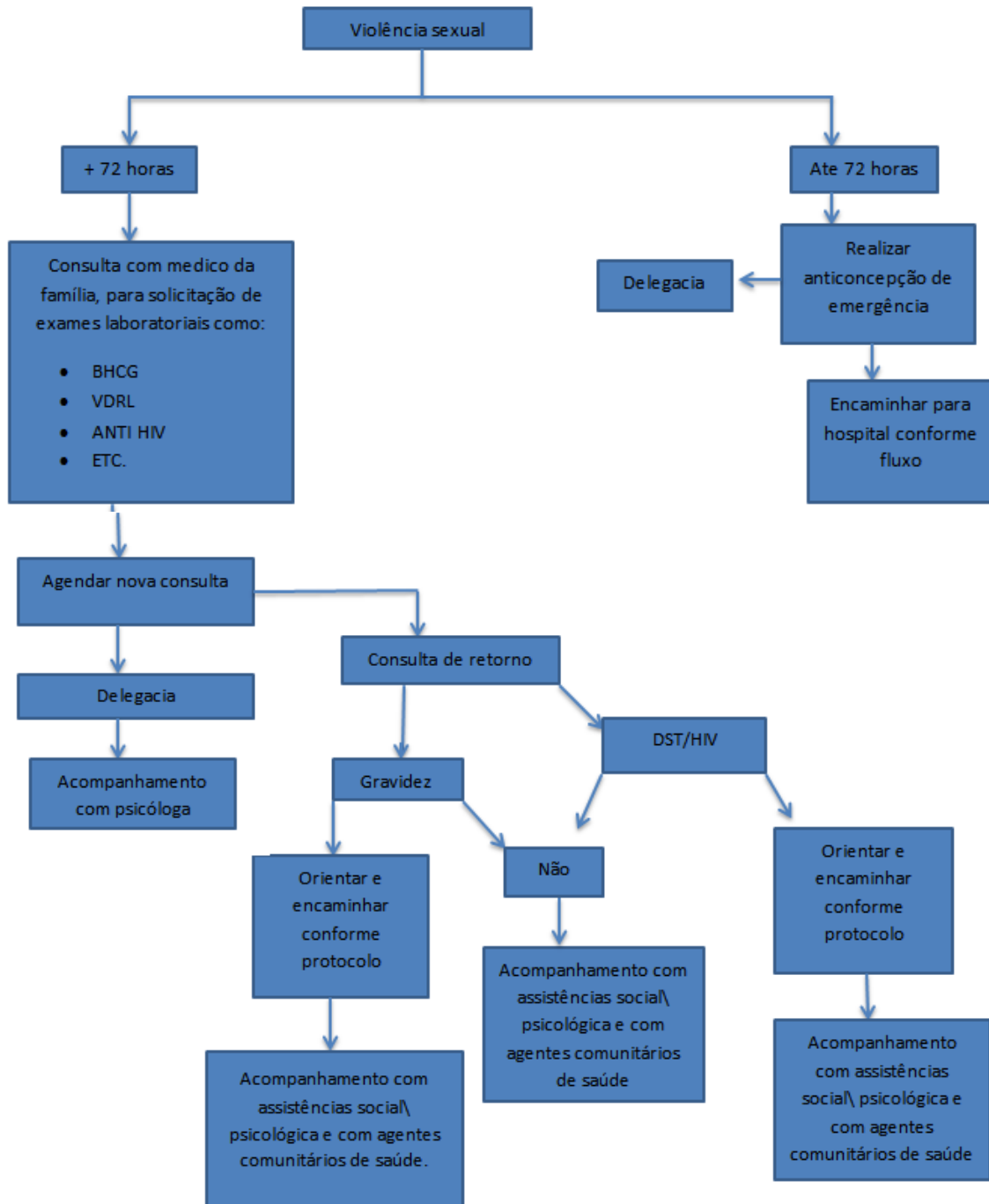
Local: _____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

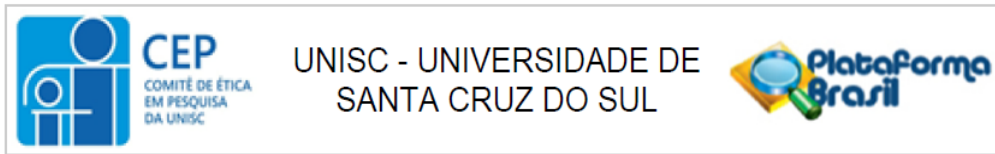
APENDICE E - Fluxograma de atendimento à mulher vítima de violência





Fonte: Dados da pesquisa (2018).

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: ASSISTÊNCIA MUNICIPAL E AÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Luciane Maria Schmidt Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94910618.6.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

estudo para verificar a incidência dos casos de violência contra mulheres a coleta de dados baseada no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e uma entrevista com sete enfermeiros que trabalham na rede de Atenção Primária à saúde do município. Para analisar os dados relacionados ao número de casos de violência contra a mulher será realizado um estudo de incidência. Já os dados qualitativos serão analisados através da análise temática segundo Minayo (2007).

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br