



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Cuidado à mulher em situação de violência conjugal: teoria fundamentada nos dados

Nadirlene Pereira Gomes¹, Alacoque Lorenzini Erdmann², José Luís Guedes dos Santos², Rosana Santos Mota¹, Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira³, Betina Hörner Schlindwein Meirelles²

¹ Universidade Federal da Bahia

² Universidade Federal de Santa Catarina

³ Universidade Federal do Vale do São Francisco

RESUMO

Objetivo: Compreender os significados atribuídos por profissionais de saúde sobre a gestão do cuidado à mulher em situação de violência conjugal no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** Pesquisa qualitativa com o método da Teoria Fundamentada nos Dados. Entrevistaram-se 52 profissionais de unidades de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Resultados:** A gestão da ESF para o cuidado à mulher deve valorizar a fala das usuárias, a formação de vínculo, a criação de espaços de discussão sobre a temática e a articulação intersetorial e com a universidade. **Discussão:** Os profissionais de saúde devem dar resposta aos problemas da população e, para tanto, precisam de conhecimento sobre violência doméstica, onde se insere a violência conjugal. **Conclusão:** Enquanto ciência preocupada em articular saberes e práticas, a Enfermagem é essencial no processo de organização das unidades de saúde, sobretudo por integrar a equipe e ocupar cargos de gestão no âmbito da ESF.

Descritores: Violência contra a Mulher; Violência na Família; Saúde da Família; Gestão em Saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A violência, presente nas relações interpessoais, é uma violação dos direitos humanos, que prejudica a saúde e pode culminar na morte das pessoas envolvidas. Um ato de violência representa, portanto, uma ameaça à vida e pode vir acompanhado do silêncio por parte da vítima. As mulheres, infelizmente, representam um dos grupos mais vulneráveis à este agravo.

A violência contra a mulher é mais frequente no âmbito das relações familiares, a que denominamos violência familiar⁽¹⁾, a qual envolve familiares, independente de onde residam. Quando a violência ocorre no espaço do "lar", conhecida como violência doméstica, ela envolve as pessoas que residem nesse ambiente, não necessariamente familiares, como no caso da empregada doméstica. No caso das mulheres, cujos principais autores da violência são os cônjuges⁽¹⁾, a violência conjugal tanto insere-se na violência doméstica quanto na violência familiar.

Para efeito legal, a violência doméstica e familiar contra a mulher é entendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause dano físico, sexual, psicológico, moral, patrimonial ou mesmo morte⁽²⁾. Além dos problemas sobre a saúde, a violência tem impacto nas condições de trabalho da mulher, tornando-se um importante problema social. Estudo com mulheres que sofreram agressões físicas de seus companheiros mostra que a taxa de incapacitação para o trabalho remunerado é de cerca de 16%⁽³⁾. Além disso, os custos da violência contra a mulher, que se relacionam com o sistema de saúde, com tratamento dos agravos à saúde, com o processo policial e judicial e com as licenças médicas, chegam a 10% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro⁽⁴⁾.

Vale salientar que as mulheres em situação de violência conjugal não costumam revelar

tal vivência, nem mesmo quando recorrem ao serviço de saúde para tratamento dos danos decorrentes desta. Tal situação agrava-se quando os profissionais de saúde têm pouco conhecimento acerca do que fazer nesses casos, sendo esta uma deficiência dos serviços de saúde em geral⁽⁵⁾. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), essa realidade não é diferente, não obstante estudos apontem ser este um cenário privilegiado para o reconhecimento do agravo e cuidado à mulher, sobretudo por conta do vínculo estabelecido com os usuários⁽⁶⁻⁷⁾.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, criou-se o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), cujas equipes são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Estes devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes em saúde⁽⁸⁾.

Busca-se, assim, ampliar a capacidade de intervenção para as ações de promoção de saúde, onde se insere o enfrentamento da violência doméstica. Para tal, é essencial que a equipe de saúde compreenda a violência conjugal, seu impacto sobre as mulheres, a família e a saúde da coletividade e articule-se em busca da prevenção e enfrentamento desse fenômeno nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde⁽⁹⁾.

Diante do exposto, questiona-se: Quais os significados atribuídos por profissionais que atuam na ESF sobre a gestão do cuidado à mulher em situação de violência conjugal? Esta questão derivou da questão principal do estudo: Quais os significados das interações e ações experienciadas pelos profissionais sobre as práticas de cuidado de enfermagem e saúde às mulheres em situação de violência conjugal no âmbito da ESF?

O estudo teve como objetivo compreender os significados atribuídos por profissionais de

saúde à gestão do cuidado à mulher em situação de violência conjugal no âmbito da ESF.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, vinculada a um projeto de pós-doutorado com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Utilizou-se como método, a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Esta metodologia permite descobrir novas hipóteses, conceitos e teorias, embasadas nos dados coletados, ao invés de utilizar informações predeterminadas⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi realizada em um município de Santa Catarina, Brasil, em um dos cinco distritos sanitários, o qual integra 16 equipes de saúde da família. Para seleção dos atores, adotaram-se alguns critérios de inclusão: atuar na ESF; ter no mínimo seis meses de vínculo na unidade e não estar de férias ou em licença no período da coleta de dados. Conforme pressupostos da TDF, foram constituídos os seguintes grupos amostrais: o primeiro foi composto por 17 técnicos de enfermagem, 13 enfermeiros e 12 médicos; o segundo grupo, por dois psiquiatras, dois psicólogos e uma assistente social; e o terceiro grupo, por cinco coordenadores de saúde, totalizando-se 52 atores.

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer nº 21560/2012). Em contato com os profissionais, estes foram esclarecidos quanto à relevância do estudo e convidados a colaborar com o mesmo. Respeitaram-se os aspectos éticos preconizados pela Resolução 196/96, dentre as quais: o direito de decidir participar do estudo e de desistir em qualquer etapa do processo, a garantia da confidencialidade dos dados e anonimato dos atores, os quais foram identificados pela inicial maiúscula

da categoria profissional ou a letra C, precedido de um algarismo arábico. Aceitando participar do estudo, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram agendadas previamente nas unidades e ocorreram entre os meses de maio e agosto de 2012, em uma sala reservada pelo gestor da unidade ou indicada pelo profissional. Os depoimentos foram gravados em um gravador em Áudio Portátil, transcritos na íntegra e seus dados codificados com o apoio do NVIVO 8.0°. A análise dos dados aconteceu concomitantemente à coleta dos mesmos e ocorreu por meio da codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, conforme prescreve a TFD.

A codificação aberta permitiu apreender as categorias preliminares, que constituem os dados conceituais. Na codificação axial, esses códigos foram reagrupados construindo as subcategorias. Na codificação seletiva, as subcategorias continuaram sendo analisadas e relacionadas entre si, a partir dos conceitos estruturais: contexto, condição causal, condição interveniente, estratégias e consequências⁽¹⁰⁾. A partir da utilização desse método, emergiram cinco categorias que integram as subcategorias até então delineadas.

As relações, associações e interações entre essas categorias, representativas dos conceitos estruturais, se deram até se definir a categoria central, também conhecida por teoria substantiva, modelo conceitual explicativo ou matriz de referência, representativa do fenômeno do estudo. O modelo foi validado por profissionais das unidades estudadas e por 10 pesquisadores com experiência em TFD.

RESULTADOS

Emergiram do estudo cinco categorias relacionadas ao contexto, condição causal, condição

interveniente, estratégias e consequências que se articulam com o fenômeno desvelado: Reconhecendo a violência conjugal como problema de saúde pública e a necessidade de gestão do cuidado à mulher (Figura 1).

A partir das interpretações dos significados atribuídos pelos profissionais que atuam na ESF, emergiu o seguinte contexto: “Desvelando a violência conjugal como problema de saúde pública e o cuidado à mulher”. Tal contexto revela que os profissionais entrevistados entendem a magnitude da violência conjugal, apontando agravos à saúde da mulher, com repercussões para toda a família e também sobre a produtividade econômica.

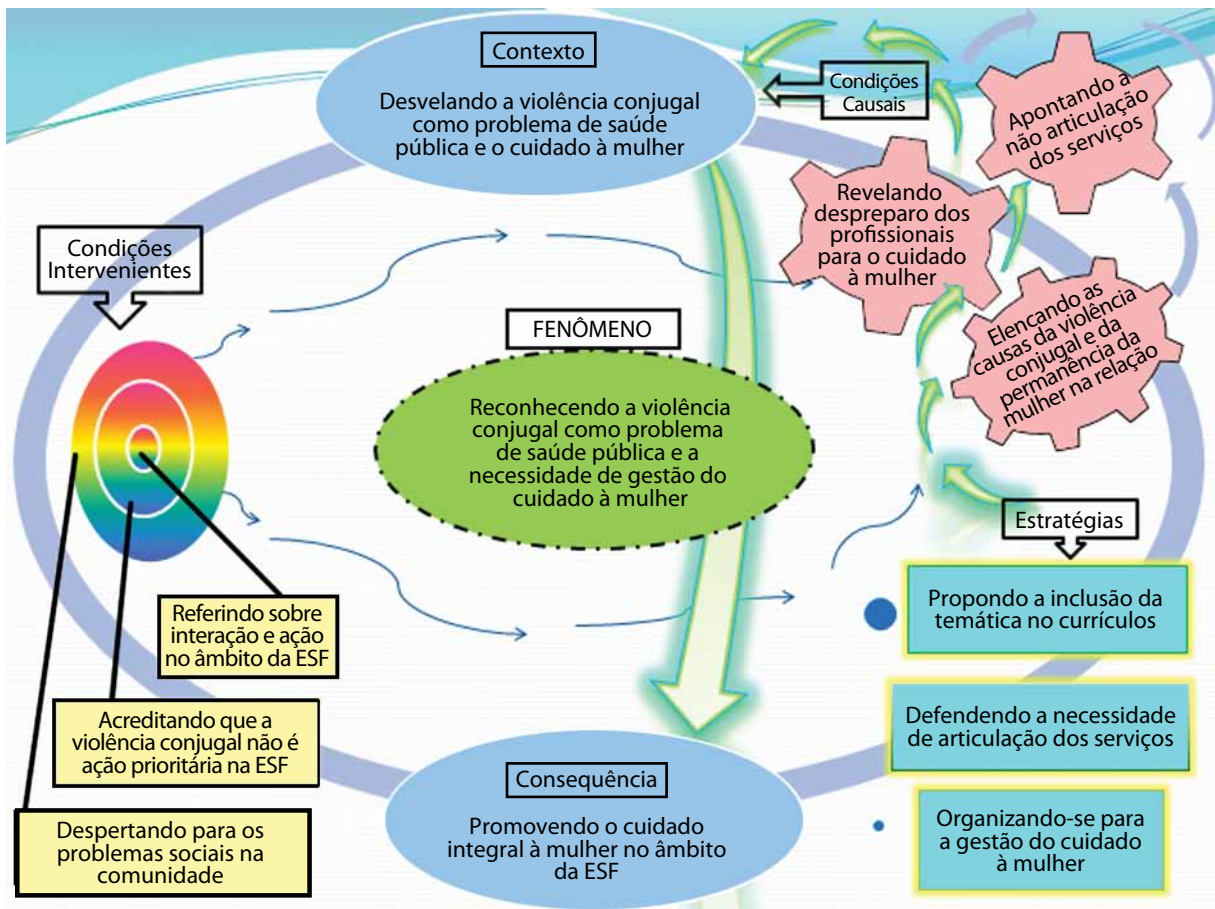
Apresenta-se, a seguir, as categorias e subcategorias relacionadas às condições causais,

condições intervenientes, estratégias e consequências, que transitam pelo modelo teórico e permitem a compreensão de como é realizada a gestão do cuidado à mulher em situação de violência conjugal no âmbito da ESF.

Revelando despreparo dos profissionais para o cuidado à mulher

Os profissionais que atuam na ESF, inclusive os gestores das unidades locais de saúde, sinalizaram situações que comprometem o cuidado à mulher em situação de violência conjugal no âmbito da ESF. Essas situações configuram-se em condições causais do modelo teórico, pois representam eventos que agem sobre o contexto, favorecendo-o ou agravando-o⁽¹¹⁾.

Figura 1. Modelo teórico da Teoria Substantiva



Fonte: elaborada pelos autores.

Percebe-se, nas falas dos entrevistados, o despreparo profissional no sentido de identificar que a violência conjugal encontra-se associada à busca da mulher pelo serviço:

[...] é muito difícil a gente conseguir ver a violência quando a mulher não fala. (E-2)

Provavelmente muita coisa pode passar sem a gente perceber. Elas não chegam falando abertamente. (E-10)

Além da dificuldade para o reconhecimento do agravo, os profissionais da equipe de referência sentem-se despreparados para o atendimento à mulher:

[...] a gente não tem preparo algum em relação a isso: que atitude tomar diante a isso. Somos despreparados [...] a gente não tem muito o que fazer. (TE-10)

[...] se a gente soubesse como lidar, ficaria bem mais fácil para atender um caso desse. É difícil! Não sei se os postos de saúde têm essa visão de atender. Eu acho que não. (TE-7)

Apontando eventos que intervêm no cuidado à mulher

O tempo preestabelecido para as consultas e a frequente rotatividade dos profissionais foram citados como situações que dificultam o cuidado à mulher em situação de violência conjugal. Esses eventos integram uma subcategoria da categoria "Acreditando que a violência conjugal não é ação prioritária na ESF" e configuram-se como condições intervenientes, entendidas como acontecimentos ou eventos que facilitam, restringem ou dificultam as estratégias de ação/interação para mudança do contexto⁽¹¹⁾.

Para os profissionais que integram a equipe de referência, portanto responsável pelo atendimento propriamente dito, o tempo definido para consulta limita a abordagem acerca da violência conjugal, inibindo sua investigação:

[...] a questão é que a gente tem uma estrutura montada que não tem tempo adequado. Se você olhar as consultas, em um dia, você vê que não tem tempo. E uma situação de violência exige mais tempo para a pessoa começar a abrir o jogo. (M-5)

[...] a gente atende absurdamente durante o dia [...] não tem tempo. Talvez se a tua consulta fosse mais demorada, com um tempo maior, tu ias até observar o que está acontecendo. (M-4)

Conforme significam os entrevistados, a dinâmica de trabalho na unidade também sofre influência da rotatividade dos profissionais. As falas a seguir expressam como essa situação compromete o cuidado no âmbito da ESF:

O pior de tudo é a rotatividade: seja pela questão de qualificação dos próprios profissionais, seja por parte da própria unidade ou do distrito ou até mesmo da secretaria. Aí entram os novos, e até que se faça um novo treinamento para qualificar esses profissionais [...] (C-4)

[...] sempre está faltando pessoal na equipe [...] então muitas coisas ficam a desejar, como acompanhamento, às vezes, que não é feito, ou feito de uma forma não tão integral como deveria ser. [...] dificulta nosso trabalho e assim o cuidado dessas mulheres (TE-6)

Organizando-se para a gestão do cuidado à mulher

Considerando estratégias como as interações ou ações realizadas, ou a serem implementadas, no sentido de modificar o contexto⁽¹¹⁾, os profissionais entrevistados mencionaram ações que, se implementadas ou intensificadas nas unidades, favorecerão o cuidado à mulher. Essas estratégias encontram-se organizadas nas seguintes subcategorias:

Apresentando a magnitude da violência conjugal para a equipe

Diante da percepção de um problema de saúde, os profissionais mobilizam-se no sentido de se preparar para o cuidado profissional. Daí a importância da apresentação desse contexto na comunidade para os integrantes das equipes. Segue fala que melhor retrata tal consideração:

Eu acho que em um primeiro momento esse dado de violência deveria ser exposto para a equipe: o quanto isso ocorre, qual é o percentual de mulheres que sofrem violência, quanto isso efetivamente acontece [...] para que em cima desses dados, a gente trabalhe através de educação permanente trazendo elementos para equipe, capacitando melhor a equipe para detectar esse tipo de situação. (C-2)

Valorizando a fala das mulheres nas consultas

A escuta atenta às mulheres, durante as consultas, foi sinalizada como recurso importante para identificação do agravo:

[...] eu sempre tento conversar com

elas, ouvi-las porque, às vezes, a gente percebe que elas têm essa necessidade de falar. (E-8)

Precisamos ouvir a paciente. Acho que isso seria bem importante. (TE-6)

Criando vínculo com a mulher

O vínculo com as mulheres também foi apontado como uma situação que favorece a identificação do agravo e o cuidado à mulher:

[...] tem a consulta para anticoncepcional, as consultas delas mensal, na gestação, então elas acabam criando um vínculo e eu acho que a gente tem que estar preparada para favorecer esse vínculo e assim fica mais fácil identificar se a mulher está passando por algum problema. (E-12)

A gente tem que ter uma abordagem, criar uma situação, um vínculo, para que a pessoa venha a falar. (E-13)

Interagindo com profissionais de outras áreas

A conjuntura multiprofissional da ESF, sobretudo pela presença dos integrantes do NASF, viabiliza o processo de aprendizado, o qual pode ser gerido pela própria equipe. A importância da interação com profissionais de outras áreas de conhecimento pode ser apreendida a partir das seguintes falas:

O profissional do NASF participa da nossa reunião de equipe e nesse dia ou ela leva alguma situação para gente ou nós levamos para ela: são estudos de casos e elaboração de estratégias com relação àquele paciente. [...] aqui recebemos orientação de como lidar. (E-7)

A gente não sentava juntos – todos os profissionais, para discutir. Hoje, o Programa de Saúde da Família tem como sentar e discutir como ajudar aquela paciente. (E-6)

Institucionalizando espaço para discussão da temática

Diante do reconhecimento da dificuldade de identificar a violência como agravo à saúde das mulheres, bem como de prestar-lhe o cuidado direcionado a sua demanda, os profissionais entrevistados, inclusive os gestores das unidades, defenderam a necessidade de se viabilizar espaços de discussão da temática, sobretudo nos momentos de interação entre profissionais da equipe de referência e do NASF. Seguem falas ilustrativas:

[...] a gente começou a reservar um espaço para um grupo que vai falar sobre um tema. (C-5)

[...] isso é uma coisa que a gente vem amadurecendo com a coordenação: de estar proporcionando espaço para essa discussão. (Pc-2)

Preparando-se para os encaminhamentos das mulheres

O cuidado à mulher perpassa pela necessidade de encaminhamentos, que por sua vez requer conhecimento sobre os serviços e a articulação com os mesmos:

[...] uma coisa que ajudaria era a gente ter uma visão de cada órgão. [...] é reforçar um vínculo dessas entidades com o Saúde da Família. (E-2)

Eu acho que o que seria mais importante mesmo é o estabelecimento de

um fluxo que seja confiável e pouco penoso, para que a gente pudesse acionar, nesse caso. (M-7)

Informando à mulher sobre seus direitos e serviços de apoio

Os profissionais consideram ser essencial o conhecimento dos direitos das mulheres em situação de violência, assim como dos serviços que poderão ajudá-las no processo de enfrentamento da violência. As falas revelam que o conhecimento sobre essas questões dão suporte para o profissional no momento do atendimento à mulher e sinalizam a importância da divulgação de tais informações nos espaços da saúde:

[...] gente tem que estar informado sobre o que a gente pode fazer com aquela pessoa em situação de agressão, como a gente tem que falar com ela, de que forma a gente deve conduzi-la [...] para que ela não volte para situação de agressão de novo. (TE-1)

Acho que elas precisam estar mais esclarecidas sobre os seus direitos [...]. De repente também cartazes no posto de saúde, falando sobre isso, com orientações, com os direitos, com os locais onde ela possa procurar. (TE-4)

Estabelecendo parceria com as universidades

Como forma de gerir o processo de formação profissional para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal no âmbito da ESF, os profissionais apontam para a importância da parceria com as universidades, pontuando inclusive para o despertar provocado pela pesquisa:

De repente a pesquisa está fazendo com que eles parem para pensar so-

bre aquela área específica. [...] é bom pesquisas que nos ajudem em nossa prática. (C-4)

Os coordenadores de grupo específicos que existem na secretaria, saúde da mulher, por exemplo, eles poderiam fazer uma parceria com o apoio das universidades, com o apoio das pessoas que estão ali fazendo estudos e aprimorando [...] para ajudar na nossa prática, no nosso dia a dia. (E-1)

Promovendo o cuidado integral à mulher no âmbito da ESF

Consequências consistem nos resultados ou expectativas das estratégias de ação/interação implementadas⁽¹¹⁾. Os profissionais significam que as estratégias elencadas viabilizarão o preparo profissional no sentido de reconhecer o agravo, bem como o cuidado à mulher em vivência de violência conjugal:

Como qualquer assunto, se a gente está mais preparada, a gente perguntaria mais. [...] teria uma abordagem mais proativa no sentido de perguntar, de abordar, ver indícios [...] talvez à incidência fosse maior também. (M-8)

[...] teríamos uma abordagem correta para que ela não saia e nunca mais volte. Se eu abordar de forma errada, ela nunca mais volta aqui. Ela vai continuar sendo abusada e ninguém vai poder ajudar. (E-13)

DISCUSSÃO

Embora os significados atribuídos pelos profissionais que atuam na ESF à violência conjugal sinalizem para compreensão de sua

magnitude, tendo em vista o fenômeno desvelado “Reconhecendo a violência conjugal como problema de saúde pública e a necessidade de gestão do cuidado à mulher”, o estudo mostrou que os profissionais, inclusive os gestores das unidades de saúde e profissionais que integram o NASF, apontam o despreparo profissional para a identificação de mulheres em situação de violência conjugal e para o cuidado adequado.

Esse despreparo se expressa por meio de relatos sobre a dificuldade para reconhecer ou suspeitar que a mulher vivencia a violência na relação conjugal e também do que fazer diante da identificação. Essa situação configura-se como condição causal, que age sobre o contexto, agravando-o, uma vez que o não reconhecimento do agravo vulnerabiliza ainda mais as mulheres para a permanência da relação permeada pela violência.

Pesquisa realizada com 57 mulheres que sofreram traumas faciais corroboram os achados ao reiterar que a vivência de violência desencadeia sérios problemas de saúde, comprometendo a autoestima e o bem estar da mulher. O estudo também confirma que as mulheres dificilmente revelam nos serviços de saúde a vivência de violência doméstica e os profissionais de saúde, por sua vez, apresentam dificuldades para identificar tal agravo. Na visão das pesquisadoras, tal situação guarda relação com a limitada preocupação dos órgãos formadores com a inserção do tema em seus currículos, com destaque para enfermeiros e médicos⁽⁶⁾.

Estudo realizado no âmbito da ESF também evidenciou a falta de preparo frente à violência doméstica, revelando que os profissionais se sentem impotentes diante da mulher nessa situação. Embora reconheçam ser esta uma realidade presente nos serviços, enfermeiras que atuam nas unidades de saúde da família também revelaram que não se sentem preparadas para atender essa clientela⁽⁷⁾.

Considerando que a ESF é uma importante porta de entrada para o reconhecimento do agravo e atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, os profissionais de enfermagem e de saúde, em geral, devem buscar aprimoramento profissional para o cuidado integral às mulheres, o que requer discussões interdisciplinares e ações intersetoriais⁽⁵⁾.

Além do despreparo profissional, os entrevistados sinalizaram para condições intervenientes no âmbito da ESF que também comprometem o processo de cuidado: o limitado tempo de consulta e a rotatividade dos profissionais. Essas situações acabam por interferir nas estratégias de ação/interação pensadas ou desenvolvidas para a transformação do contexto.

Pesquisa realizada com enfermeiros e médicos de 31 equipes de saúde da família de 25 municípios em Rio Grande do Sul, Brasil, confirmou a alta rotatividade destes profissionais. Considerando a multicausalidade que permeia a rotatividade no âmbito da ESF, dentre as quais a fragmentação da formação, precarização do vínculo de trabalho e más condições de trabalho, os autores percebem-no como prejudicial para a efetividade das ações em saúde⁽¹²⁾.

Acerca do tempo de consulta, médicos que atuam na ESF em São Paulo, Brasil, referem ser insuficiente o período destinado para consultas individuais, considerando as necessidades da área de abrangência. Mais da metade dos entrevistados acreditam que o intervalo de tempo estimado para as consultas não é condizente com as diretrizes da Saúde da Família⁽¹³⁾.

Embora signifiquem a alta rotatividade dos profissionais e o tempo limitado das consultas enquanto situações que dificultam o reconhecimento do agravo e assim o cuidado às mulheres, os profissionais defenderam a importância do vínculo estabelecido com a usuária e a valorização das queixas apresentadas. Estas se desvelam enquanto estratégias para a identifica-

ção da vivência de violência conjugal. Assim, o profissional que atua na ESF deve valorizar toda e qualquer oportunidade de contato com as mulheres nas consultas, atividades educativas, visitas domiciliares, etc.

Pesquisa com mulheres atendidas no instituto médico legal, em decorrência de violência doméstica, defende o estabelecimento de vínculo e uma escuta atenta para acolher às mulheres. Essa escuta significa compreender o indivíduo em sua plenitude, ouvi-lo com sensibilidade e solidariedade, o que caracteriza a qualidade do cuidado. O cuidar, a partir de atitude acolhedora que se mostra no ato de receber, ouvir, tocar e tratar, possibilita uma assistência integral⁽⁵⁾. Sendo assim, o interesse do profissional pela saúde, pela vida e pelo cuidado do outro é condição suficiente para mobilizá-lo no sentido de valorizar as falas e os gestos das mulheres e, dessa forma, o reconhecimento do agravo. Tal atitude transcende problemas relacionados à estrutura do sistema de saúde, tal como a questão do tempo limitado para consultas, referenciado por alguns profissionais.

Outra estratégia desvelada pelos profissionais no sentido de favorecer o reconhecimento do agravo e o cuidado à mulher refere-se à compreensão acerca da magnitude da violência conjugal. Na ótica dos entrevistados, conhecer o quadro epidemiológico e as repercussões da violência conjugal mobiliza-os a buscarem respaldo técnico e teórico no sentido de agir diante do fenômeno.

É importante ressaltar que os dados concernentes à violência doméstica confirmam a dimensão desta problemática. Segundo a Secretaria de Políticas para as Mulheres, 38.020 mulheres são agredidas diariamente no Brasil, sendo que em aproximadamente 68% dos casos os agressores são cônjuges ou ex-cônjuges. Em Santa Catarina, Brasil, o número de notificações de violência contra a mulher cresce a cada ano,

umentando de 49 casos em 2009, para 262 no primeiro semestre de 2012⁽¹⁴⁾. No entanto, sabe-se que este número está muito aquém dos casos que de fato acontecem e que são silenciados pelas mulheres e/ou não reconhecidos pelos profissionais, que muitas vezes não os notificam. Tal contexto, portanto, não permite o fidedigno dimensionamento epidemiológico do problema⁽⁶⁾.

No que tange à complexidade do fenômeno, o estudo mostrou que os profissionais de saúde reconhecem a importância do trabalho multidisciplinar para o cuidado à saúde das mulheres. Sua interação, principalmente com os profissionais do NASF, constitui-se em um fortalecedor do processo de trabalho, sendo considerado muito importante para o enriquecimento das discussões da temática, principalmente pelo seu caráter multidisciplinar. Assim, caminha em consonância com sua finalidade de contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde.

Conforme princípios e diretrizes gerais da atenção básica, entre as ações desenvolvidas pelos profissionais dos NASF, encontram-se: discussão de casos, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersectoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras⁽⁸⁾. Daí a importância de institucionalizar espaços de discussão que integre todos os profissionais que atuam no âmbito da ESF. Pesquisa sobre a temática evidencia a necessidade dos profissionais em aprofundar a discussão do tema para uma maior sensibilização e conhecimento das referências existentes tanto do âmbito jurídico, policial, social e psicológico, como também de redes de apoio⁽⁵⁾.

Assim, conhecer a rede de atendimento a mulher em situação de violência é imprescindível para uma assistência com qualidade. Conhecendo os serviços e desenvolvida a habilidade de identificar os casos de violência, é necessário que os serviços se articulem com os centros de referência especializados, dentre os quais as casas-abrigo, delegacias especializadas e outros centros de referência visto que, enquanto unidades de Atenção Primária à Saúde, são responsáveis pelo encaminhamento e acompanhamento da mulher. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres defende a criação de serviços especializados (Casas-Abrigo, Centros de Referência, Centros de Reabilitação e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher); o fortalecimento da Rede de Atendimento; e a formação continuada de agentes públicos e comunitários⁽⁴⁾.

Acerca da necessidade de formação em serviço, chama atenção a necessidade dos profissionais de conhecer a rede de apoio a mulheres em situação de violência, bem como seus direitos, a fim de orientá-la e/ou encaminhá-las, considerando suas demandas. Esses são essenciais para que possam dar continuidade ao cuidado à mulher e assim fortalecê-la na busca de alternativas para solucionar o problema⁽⁵⁾. Os profissionais de saúde, especialmente aqueles inseridos na ESF, devem dar resposta aos problemas de saúde da população, para tanto, precisam deter conhecimentos acerca tanto do aspecto legal, bem como dos tipos e formas de conduzir essa problemática⁽⁷⁾.

Segundo os profissionais entrevistados, tais conhecimentos podem ser viabilizados em parceria com as universidades. A Lei Maria da Penha inclusive já preconizava a necessidade de estudos e pesquisas sobre a temática como estratégia para o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher⁽²⁾, contexto no qual se insere a violência conjugal.

CONCLUSÃO

O estudo sinaliza a necessidade de gestão no âmbito da ESF para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal. Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde revelam a importância do preparo profissional para o reconhecimento de tal agravo e para o cuidado à mulher no sentido de empoderá-la para o rompimento do ciclo de violência.

Dentre as estratégias, encontram-se: a criação de vínculo e valorização da fala da mulher; institucionalização de espaços para discussões sobre a temática, envolvendo profissionais da equipe de referência e do NASF; conhecimento acerca dos serviços que integram a rede de atenção à mulher em situação de violência e encaminhamentos; e parceria com as instituições de ensino superior.

Sinaliza-se a necessidade de gestão do cuidado no âmbito da ESF para possibilitar a criação de espaços de educação permanente em serviço e articulação intersetorial e com órgãos formadores, a fim de garantir a integralidade do cuidado. Para os atores envolvidos no estudo, a incorporação e/ou intensificação de tais estratégias poderá favorecer o cuidado integral à mulher em situação de violência conjugal no âmbito da ESF.

A Enfermagem tem papel fundamental neste processo, enquanto ciência preocupada em articular saberes e práticas necessárias ao cuidado individual e coletivo. Soma-se ainda o fato do enfermeiro integrar a equipe de referência no saúde da família e muitas vezes ocupar cargos de gestão nas unidades de saúde.

Salienta-se que a formação profissional em saúde e os processos de educação permanente devem incluir, entre suas prioridades, a abordagem transversal da violência na efetivação da integralidade enquanto direito humano à saúde, munindo os profissionais de saúde de

competências relacionais e habilidades interpessoais necessárias à valoração das subjetividades inerentes ao cuidado humanizado.

Vale considerar que, como foram ouvidos apenas atores sociais vinculados à ESF, são necessários mais estudos em outros níveis de complexidade do sistema de saúde, e também em outros setores para além da saúde, a fim de melhor compreendermos o processo de enfrentamento da violência conjugal.

REFERÊNCIAS

1. Lima GQ, Werlang BSG. Women who suffer domestic violence: contributions of psychoanalysis. *Psicol estud.* 2011; 16(4): 511-20.
2. Brasil. Lei n. 11340 de 07 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação dos juzizados de violência doméstica e familiar contra a mulher- Lei Maria da Penha. *Diário Oficial da União* 08 ago 2006; Seção 1.
3. Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Life-long domestic violence against women: prevalence and immediate impact on health, work, and family. *Rev panam salud pública.* 2010 Apr; 27(4): 300-8.
4. Superintendência de política para mulheres [homepage in the Internet]. Violência contra a mulher custa 10% do PIB brasileiro [cited 2013 Dec 02]. Available from: http://www.spm.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=405&Itemid=2.
5. Lettiere A, Nakano AMS. Domestic violence: possibilities and limitations in coping. *Rev latinoam enferm.* 2011; 19(6):1421-8.
6. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Domestically abused Brazilian women's perceptions about support and received support in its social context. *Texto & contexto enferm.* 2010; 19(3):417-24.
7. 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. *Sau & Transf. Soc.*, 2012; 3(2): 67-74.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União 29 mar 2006; Seção 1.
9. Moura LBA, Reis PED, Faustino AM, Guilhem D, Bampi LNS, Martins G. Vivências de violência experimentadas por mulheres do Distrito Federal: estudo descritivo. Online braz j nurs [Internet]. 2011 December [Cited 2013 Sep 5] 10 (3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3534>.
10. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113534>
11. Strauss A, Corbin JM. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
14. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. Nurses and doctors turnover: an impasse in the implementation of the Family Health Strategy. Ciênc saúde coletiva. 2010; 15 Suppl 1: 1521-31.
15. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Difficulties of medical working at the family health program. Ciênc saúde coletiva. 2012; 16 Suppl 1: 1497-504.
16. Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação [homepage in the Internet]. Seminário em Florianópolis discute a violência contra a mulher [cited 2012 Dec 22]. Available from: <http://www.sst.sc.gov.br/?idNoticia=542>.

Contribuição dos autores: Concepção e desenho: todos; Análise e interpretação: todos; Escrita do artigo: todos; Revisão crítica e aprovação final do artigo: Alacoque Lorenzini Erdmann.

Recebido: 22/12/2012

Revisado: 15/09/2013

Aprovado: 14/10/2013