

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INTENCIONALIDADE DA AÇÃO DA
ENFERMEIRA AO CUIDAR DE MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Laura Ferreira Cortes

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

INTENCIONALIDADE DA AÇÃO DA ENFERMEIRA AO CUIDAR DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Laura Ferreira Cortes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profª Drª Stela Maris de Mello Padoin

**Santa Maria, RS, Brasil.
2014.**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Ferreira Cortes, Laura

INTENCIONALIDADE DA AÇÃO DA ENFERMEIRA AO CUIDAR DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA / Laura Ferreira Cortes.-2014.

102 p.; 30cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Saúde das Mulheres 2. Violência contra a Mulher
3. Enfermagem 4. Filosofia 5. Pesquisa Qualitativa I. de Mello Padoin, Stela Maris II. Título.

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

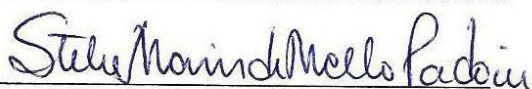
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a dissertação de mestrado:

**INTENCIONALIDADE DA AÇÃO DA ENFERMEIRA AO CUIDAR
DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

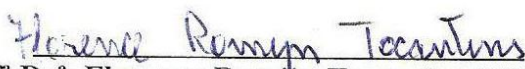
elaborada por
Laura Ferreira Cortes

como requisito para obtenção do grau de
Mestra em Enfermagem.

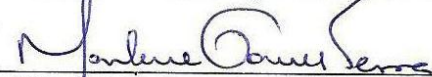
COMISSÃO EXAMINADORA:



Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin (UFSM)
(Presidenta/Orientadora)



Prof^a Dr^a. Florence Romijn Tocantins (UNIRIO)



Prof^a Dr^a. Marlene Gomes Terra (UFSM)

Prof^a Dr^a. Marta Julia Marques Lopes (UFRGS)

Santa Maria, 10 de abril de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação às mulheres em situação de violência, às enfermeiras, aos demais profissionais de saúde, à Enfermagem, à Área da Saúde e ao mundo de conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** e aos **anjos** por iluminarem meu caminho e minhas ações no mundo da vida e me darem coragem para continuar a caminhada.

A minha **mãe** por fazer parte do meu mundo da vida, por me amar, apoiar, por me ensinar valores e me incentivar a lutar com humildade e honestidade. Obrigada por tudo na minha vida!

Ao **Iuri**, pelo amor, companheirismo, apoio, compreensão e por estar ao meu lado me motivando e confortando nos momentos difíceis e acreditando na luta por meus ideais.

Agradeço às **amigas e amigos** por fazerem parte do meu mundo numa relação intersubjetiva e de afeto mútuo, em especial, Carolina, Mariane, Laura, Paulini, Lícia, Cristiane (Tóia), Thaísa, Danilo, Abel e Katiusci.

À **Universidade Federal de Santa Maria** por me receber e participar da minha construção do conhecimento durante a Graduação, a Residência Multiprofissional e o Mestrado, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf).

Ao **Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade-PEFAS** pelos momentos de conhecimento e aprendizado sobre ensino, pesquisa e extensão e por compartilharem comigo a amizade e o mundo de relações sociais de vocês.

Ao **Núcleo de Estudos Mulheres, Gênero e Políticas Públicas (NEMGeP)**, conviver com guerreiras que lutam por um mundo melhor para as mulheres me fortalece a cada momento. Em especial à **Letícia**, pela amizade, parceria e por contribuir com o meu crescimento acadêmico e profissional, mediando o aprendizado na temática e no referencial escolhido.

Agradeço à **profª. Maria Celeste**, exemplo de mulher e enfermeira, amiga, companheira de luta, a qual eu admiro muito e me ensinou a acreditar que eu posso e que sim, as mulheres podem! Inspirei-me em ti para ser a profissional que sou hoje. Estar ao teu lado na luta pelo empoderamento feminino me faz acreditar que somos sujeitos dos nossos sonhos.

Agradeço à **minha orientadora profª. Stela Maris de Mello Padoin**, exemplo de mulher, profissional, pesquisadora e liderança, por ter me acolhido, e proporcionar momentos de aprendizado, de diálogo, de trocas. Por compreender as minhas angústias e inquietações, me ouvir com carinho, amizade e acreditar no meu potencial.

Agradeço também às **demais professoras do PPGEnf** pelos ensinamentos compartilhados, em especial à Cristiane que acompanhou e contribuiu muito com o meu trabalho.

Aos meus **colegas de Mestrado** que compartilharam momentos de trocas e aprendizado mútuo comigo. Em especial à Keity, Tatiane, Tassiana, Letícia e Maressa.

À **Ethel** pela amizade desvelada na integração de atividades acadêmicas durante as idas e vindas de Palmeira, pela possibilidade do aprendizado e discussões.

Agradeço às **professoras** Marlene, em especial pela amizade, amor, carinho e por compartilhar mais este momento comigo; Florence e Marta Júlia por também possibilitarem este momento de

crescimento e aprendizado na construção compartilhada de conhecimento.

Agradeço aos profissionais participantes que me possibilitaram realizar o estudo, compartilhando suas vivências e expectativas no mundo da vida.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES)** pela concessão da bolsa de Mestrado.

*Soy feminista porque no quiero morir indignada. Soy feminista y defenderé hasta dónde puedo hacerlo a las mujeres, a su derecho a una vida libre de violencias. Soy feminista porque creo que hoy día **el feminismo representa uno de los últimos humanismos** en esta tierra desolada [...]. Soy feminista para mover ideas y poner a circular conceptos; para reconstruir viejos discursos y narrativas, para desmontar mitos y estereotipos.*

(Florence Thomas, 2010)

As sementes da descoberta flutuam constantemente à nossa volta, mas só lançam raízes nas mentes bem preparadas para recebê-las.

Joseph Henry

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

INTENCIONALIDADE DA AÇÃO DA ENFERMEIRA AO CUIDAR DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

AUTORA: LAURA FERREIRA CORTES

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. STELA MARIS DE MELLO PADOIN

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 10 de abril de 2014.

Objetivou-se identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras ao cuidar de mulheres em situação de violência e apreender as *motivações* da ação da enfermeira ao cuidar dessas mulheres. Realizou-se pesquisa qualitativa com a abordagem da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz. As participantes foram profissionais enfermeiras que realizam a ação de cuidar de mulheres em situação de violência em três serviços de saúde no município de Santa Maria, RS, Brasil. A geração dos dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2013. Utilizou-se a entrevista fenomenológica que encerrou no 10º encontro empático, quando se percebeu a suficiência de significados. Desvelou-se que as enfermeiras ao realizarem a ação de cuidar dessas mulheres têm em vista inicialmente a recuperação da saúde física, biológica. Têm expectativa de entender a situação; que as mulheres despertem sobre a violência e procurem ajuda com outro profissional para não voltarem na mesma situação. A ação de cuidar desvelou-se pautada no conhecimento acumulado pelas profissionais no curso de suas vidas e no modo típico do papel social de ser enfermeira, alicerçado no modelo biomédico vigente. No entanto, demonstram conversar e escutar as mulheres; objetivam desse modo proporcionar alívio, ajuda e o bem-estar emocional. Há necessidade de encaminhar “ao outro”, profissionais e possíveis serviços que atendam as mulheres, com isso, esperam o apoio e a continuidade do cuidado, a fim de que as mulheres possam construir uma perspectiva de vida sem violência. Embora reconheçam a necessidade do cuidado multiprofissional e em rede, pouco mobilizam para que aconteça a transferência de cuidados. O típico da ação revela a premência de se ampliar o foco do cuidado para o sujeito em sua situação biográfica singular. Reforçando a necessidade de se considerar nas ações de cuidado os Determinantes Sociais de Saúde que compõem o mundo da vida dessas mulheres. Para acolher é imprescindível que as enfermeiras se coloquem numa postura de estar com, numa relação intersubjetiva, compartilhando o mesmo tempo e espaço, na qual compreendem as necessidades de cuidado dessas mulheres e se comprometem com elas. Para tanto, é imprescindível que lancem mão da comunicação e do seu papel social na equipe de saúde. Vislumbra-se o fomento de ações que visem desconstruir as atitudes naturais dos profissionais e das mulheres em relação à violência vivida, bem como implementar uma cultura institucional a fim de visibilizar as situações de violência.

Palavras-chave: Saúde das Mulheres; Violência contra a Mulher; Enfermagem; Filosofia; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Masters Dissertation
Postgraduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

INTENTIONALITY OF THE NURSE ACTION WHILE CARING FOR WOMEN IN A SITUATION OF VIOLENCE

AUTHOR: LAURA FERREIRA CORTES

SUPERVISOR: PROF^a. DR^a. STELA MARIS DE MELLO PADOIN

Date and Location of the Presentation: Santa Maria, April 10th, 2014.

The aim with this paper was to identify the actions developed by nurses while caring for women in a situation of violence and learn the *reasons* the nurse action while taking care of these women. It was conducted a qualitative research using the sociological phenomenology approach of Alfred Schutz. The participants were registered nurses that performed the care to women in a situation of violence in the tree in three health services of the Santa Maria, RS, Brazil. The data generation happened between January and April of 2013. It was used the phenomenological interview which was finished in the 10th empathetic encounter, when it was noticed the meanings' reliance and adequacy. It was unveiled that while the nurses developed the action of caring for these women, the primarily focus was their physical and biological health recovery. It is expected to understand the situation; that the women awake themselves about the violence and seek for help with another professional so they don't go back to the same situation. The action of caring revealed guided in the knowledge gathered by the professionals in their life course and in the typical social role of being a nurse, grounded in the existing biomedical pattern. However, they talk and seem to listen to the women; they aim, in this matter, to provide relief, help and the emotional well-being. There is a need to forward "to someone else" professionals and possible services that serve the women, with this, they hope for support and the continuity in the care, so the women can build a life without the violence perspective. Although they recognize the need for a multiprofessional and networked care, little is done for this care transfer to actually happen. The profiled action reveals the urgency to amplify the focus in the care to the person in its biographical unique situation. Reinforcing the need to consider the Social Determinants of Health that build the world that surrounds this women in the care actions. To shelter it's essential that the nurses put themselves in a join attitude, in a intersubjective relation, sharing the same time and space, in which they understand the needs of care from these women and commit to them. In order for that, it's essential for them to launch the communication and their role as a health team. There is the need to instigate actions that aim to disassemble the natural attitudes from the professionals and the women regarding the violence experienced, as well as, to implement a corporate culture in order to visualize the violence situations.

Keywords: Women's Health; Violence Against Women; Nursing; Philosophy; Qualitative Research

RESÚMEN

Disertación de Maestría
Programa de Postgrado en Enfermería
Universidad Federal de Santa Maria

INTENCIONALIDAD DE ACCIÓN DE LA ENFERMERA PARA EL CUIDADO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

AUTORA: LAURA FERREIRA CORTES

ORIENTACIÓN: PROF. DR. STELA MARIS DE MELLO PADOIN

Fecha y lugar de Defensa: Santa Maria, 10 de abril de 2014.

Este estudio tuvo como objetivo identificar las acciones desarrolladas por las enfermeras a la atención de las mujeres en situación de violencia y para apoderarse de las motivaciones de la acción de las enfermeras para cuidar de las mujeres. Se desarrolló la investigación cualitativa con enfoque de la fenomenología social de Alfred Schutz. Las participantes fueron 10 enfermeras que realizan la acción de cuidar a las mujeres que sufren violencia en el Centro Obstétrico, Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Santa Maria y Servicio Municipal de Urgencias. La generación de datos ocurrió entre enero y abril de 2013. Se utilizó la entrevista fenomenológica que terminó en el décimo encuentro de empatía, cuando se dio cuenta de la suficiencia de los significados. Se reveló que las enfermeras cuando realizan la acción de cuidar de estas mujeres tienen en vista inicialmente la recuperación de la salud física, biológica. Tienen expectativas de comprender la situación; que las mujeres despierten sobre la violencia y encontrar ayuda con otro profesional para no volver en la misma situación. La acción de cuidar se reveló con base en el conocimiento acumulado por las profesionales en el curso de sus vidas y en la manera típica de la función social de ser una enfermera, con base en el modelo biomédico. Sin embargo, demuestran hablar y escuchar a las mujeres; esperan con ello proporcionar alivio, ayuda y bienestar emocional. Hay necesidad de enviar a “los otros”, profesionales y posibles servicios que cuidan las mujeres, así esperan el apoyo y la continuidad de la atención, de modo que las mujeres puedan adquirir una perspectiva de vida sin violencia. Aunque reconociendo la necesidad de atención multidisciplinaria y transferencia en redes, poco se mueven para que ocurra la transferencia de la atención. La acción típica revela la necesidad urgente de ampliar el foco de atención para la persona en su situación biográfica única. Refuerza la necesidad de considerar en las acciones de la atención los Determinantes Sociales de la Salud que conforman el mundo de la vida de estas mujeres. Para acoger es esencial que las enfermeras se ponen en una postura de estar con, una relación intersubjetiva, compartiendo el mismo espacio y tiempo, en la cual incluyen las necesidades de cuidado de las mujeres y se comprometen a ellas. Por lo tanto, es imprescindible que hay disposición para la comunicación y su papel social en el equipo de salud. Se ve que se necesita promover acciones dirigidas a deconstruir las actitudes naturales de los profesionales y las mujeres relativa a violencia que sufren, así como poner en práctica una cultura institucional con el fin de hacer visible la violencia.

Palabras-claves: Salud de la Mujer; Violencia contra la Mujer; Enfermería; Filosofía; Investigación Cualitativa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Apresentação da temática e relevância do estudo	9
1.2 Objeto, questão orientadora e objetivo do estudo	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Violência contra as mulheres do âmbito histórico e familiar a um problema de saúde pública.....	16
2.2 Políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres.....	19
2.3 Cuidado multiprofissional às mulheres em situação de violência nas produções científicas de 1994-2012.....	21
2.3.1 O cuidado às mulheres em situação de violência é permeado por limitações legais, institucionais e de abordagem.....	23
2.3.2 O cuidado às mulheres é comprometido pela compreensão dos profissionais acerca da violência.....	28
2.3.3 O cuidado é desenvolvido de modo positivo quando em conformidade com as demandas femininas	30
2.4 Cuidado de enfermagem às mulheres em situação de violência	33
3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA SOCIOLOGICA DE ALFRED SCHUTZ	36
4 PERCURSO METODOLÓGICO	39
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 Participantes	40
4.3 Cenários.....	40
4.4 Ambientação	41
4.5 Aspectos éticos	42
4.6 Geração das informações.....	43
4.7 Análise das informações.....	48
5 RESULTADOS.....	50
5.1 Situação biográfica das enfermeiras participantes do estudo	50
5.2 Ações desenvolvidas pelas enfermeiras aos cuidados de mulheres em situação de violência	52
5.3 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA: construção das categorias concretas do vivido.....	53
5.4 ANÁLISE COMPREENSIVA DO TÍPICO DA AÇÃO DAS ENFERMEIRAS AO CUIDAR DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	64
6 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA.....	66
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	91
APÊNDICES.....	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação da temática e relevância do estudo

A violência contra as mulheres tem se configurado como um importante condicionante da saúde feminina, bem como um grave problema de saúde pública (WHO, 2005), devido à magnitude dos dados epidemiológicos, impactos sociais e econômicos, na vida das mulheres e demais envolvidos (COSTA, VÍCTORA, 2006). Integra uma construção multifatorial, problema social, político, econômico e de saúde que requer a integração de conhecimentos e serviços de diferentes áreas (GOMES et al, 2009; HESLER et al, 2013).

Considera-se a violência um fenômeno complexo e de difícil conceituação. No entanto, neste estudo utiliza-se o conceito elaborado pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher a qual define a violência contra as mulheres como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhes cause morte, lesão, sofrimento psíquico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial tanto no âmbito público como no privado (OEA, 1994; BRASIL, 2011b). Utiliza-se também a expressão *mulheres em situação de violência* no lugar de vítima de violência, pois a condição de vítima pode reforçar a representação da mulher como passiva e dependente. Já a expressão *violência contra as mulheres* é utilizado no plural, a fim de contemplar às especificidades étnico-raciais, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional existentes entre as mulheres (BRASIL, 2010; VIEIRA, 2011).

Enquanto os homens tendem a sofrer violência, em geral, praticada no espaço público, as mulheres muitas vezes sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares, e na maioria das vezes, praticado por seus companheiros e familiares (GALVÃO, ANDRADE, 2004; KRONBAUER, MENEGHEL, 2005; HERERA, AGOFF, 2006; SCARANTO et al., 2007; DINIZ, et al., 2007; LEÔNCIO, et al., 2008; BRASIL, 2011a).

Esse tipo de violência possui como substrato as relações desiguais de gênero, a construção histórica e social da identidade de homens e mulheres que solidifica as relações de poder entre ambos. Nessas relações, aos homens é delegado o poder, tanto no espaço público quanto no doméstico. Às mulheres cabe a condição de submissão ao

homem, de reprodutora, de cuidadora e de principal responsável pela educação dos filhos, sendo esses papéis naturalizados e reproduzidos. Ao se utilizar de atos violentos os homens reafirmam a dominação do corpo feminino e a opressão das mulheres como fenômenos que passaram a ser vistos como atitudes naturais nas relações sociais e pertencentes ao âmbito doméstico (MOREIRA et al., 2008; LAMOGLIA, MINAYO, 2009; VIEIRA et al, 2011).

Esses papéis tradicionais, em geral, condicionam as mulheres à violência dificultando a ruptura da situação vivenciada (CORTES, et al, 2013). Nesse sentido, a violência contra as mulheres como forma de violência interpessoal nas relações conjugais e sociais está implicada na compreensão de ser um instrumento de poder, decorrente das desigualdades de gênero, classe social, raça, etnia e geração (MOREIRA et al., 2008).

Esse tipo de violência configura-se uma das principais formas de violação aos direitos humanos, atingindo as mulheres em seu direito à vida, saúde e integridade física (BRASIL, 2011a). Dados da ONU Mulheres, entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o poder das Mulheres, revelam que uma a cada três mulheres no mundo será vítima de violência de gênero durante a sua vida, o que deixa evidente que as agressões domésticas devem ser consideradas a partir de uma luta globalizada (ONU MULHERES, 2011).

Em âmbito nacional, a temática passa a ter maior visibilidade a partir dos anos 1980, quando foi amplamente debatida pelo movimento feminista, resultando em grande sensibilização social. Nessa década, foram criados conselhos femininos para lidar com a violência conjugal. Em 1984, foi ratificada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Resultante disso foram criadas delegacias de polícia especializadas em crimes de violência contra as mulheres, as casas-abrigo e os centros de referência no atendimento (SCHRAIBER, 2002, GALVÃO, ANDRADE, 2004; BRUSCHI, PAULA, BORDIN, 2006; MOREIRA et al., 2008; BRASIL, 2011a).

Embora seja um fenômeno reconhecidamente presente na vida de milhões de brasileiras, ainda não existem estatísticas oficiais e sistemáticas que indiquem a magnitude desse fenômeno. Estudo mostra que, aproximadamente, 24% das mulheres sofreram algum tipo de violência doméstica. Quando questionadas, por meio da citação de diferentes formas de agressão, esse percentual sobe para 40% (BRASIL, 2011a).

É um problema cujas raízes não encontram respaldo somente no campo da saúde, em função do seu caráter multidimensional. No entanto, é neste campo que são visualizadas suas consequências e onde, inicialmente, pode-se observar seu grande poder destrutivo (TAQUETTE, 2007).

Esse tipo de violência resulta em graves consequências para a saúde física e mental das mulheres. No que diz respeito à saúde física destacam-se: hematomas, queimaduras, lesões oculares, fadiga crônica, cefaleias, distúrbios gastrointestinais, dentre outras. Os impactos na saúde sexual e reprodutiva são visualizados pela redução da autonomia sexual, infertilidade, doenças inflamatórias pélvicas crônicas, aumento do risco de gravidez indesejada e abortos múltiplos. Na gestação aumenta o risco para o nascimento de bebês com baixo peso, pré-termos, ocorrência de morte fetal, neonatal e materna; afeta a amamentação, e aumenta o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. No que refere à saúde mental, destacam-se transtornos de ansiedade, do sono e depressão que podem levar ao abuso de álcool e outras drogas, bem como aumentos nas taxas de suicídio (HAGUE, MULLENDER, 2006; SARKAR, 2008; VIEIRA, PADOIN, PAULA, 2010; DAHMER et al, 2012).

Devido a essas repercussões há maior procura dessas mulheres pelos serviços de saúde, o que indica que os profissionais nessa área possuem importante papel no acolhimento e na escuta, sendo estratégicos para o enfrentamento da violência (MOREIRA et al, 2008). Nesse sentido, a Área da Saúde tem sido campo pioneiro para a identificação das situações de violência e de produção crítico-reflexiva sobre este fenômeno (MINAYO, DESLANDES, 2009; SHRAIBER et al, 2009; LEAL, LOPES, GASPAR, 2011).

No entanto, nem sempre os serviços de saúde demonstram respostas satisfatórias para lidar com a violência contra as mulheres (LETTIERE, NAKANO, RODRIGUES, 2008). Grande parte dos casos não é identificada pelos profissionais, contribuindo para a invisibilidade do fenômeno. Um dos motivos é a falta de capacitação para detectar situações de violência nas queixas apresentadas pelas mulheres e a compreensão dos profissionais, alicerçada em concepções de gênero e no entendimento de que é uma questão do âmbito privado.

Geralmente, os profissionais ocupam-se somente dos sintomas físicos, desconsiderando os aspectos psicossociais, com forte tendência à medicalização (SAGOT, 2005; HAGUE, MULLENDER, 2006; HERRERA, AGOFF, 2006; DINIZ et

al, 2007; MOREIRA et al, 2008; D'OLIVEIRA et al, 2009; HESLER et al, 2013). A relativa invisibilidade é reforçada pela complexidade da violência, tornando-a um agravo de difícil intervenção. Assim, muitas mulheres não contam e muitos profissionais não perguntam (MOREIRA et al, 2008).

Isso demonstra que o setor saúde ainda não incorporou, em seus modelos assistenciais, problemas da vida das pessoas e que não sejam doenças típicas. A linguagem dos sintomas e os diagnósticos são insuficientes no universo multifatorial da violência (HESLER et al, 2013). Nesse contexto, a violência deixou de ser apenas um problema para os serviços de saúde pelos custos e demandas que representa, para ser objeto de estudo (FRANK, COELHO, BOING, 2010).

Esta fragilidade também é afirmada pelo fato de as mulheres em situação de violência percorrem muitos caminhos, em função de um processo desarticulado dos serviços (SAGOT, 2005; LEÔNCIO, et al, 2008; SANTI, NAKANO, LETTIERE, 2010; MENEGHEL et al, 2011). Considera-se que isso esteja atrelado ao fato de a violência ainda não estar incluída como causa na demanda dos serviços de saúde, sendo considerada, muitas vezes, como uma questão do âmbito privado e não de saúde pública (LEAL, LOPES, GASPAR, 2011).

No entanto, os profissionais da área da Saúde, em geral, realizam os primeiros atendimentos às mulheres em situação de violência, assim necessitam estar apropriados do acolhimento das suas necessidades e demandas. Diante desta realidade, questiona-se o preparo desses profissionais, especialmente os de enfermagem, para atuar nos serviços de atendimento a estas mulheres uma vez que, em geral, o cuidado a elas ocorre de maneira fragmentada e pontual, restrita ao tratamento das lesões físicas, demonstrando um despreparo dos serviços, para desenvolver um atendimento em rede, resolutivo e com vistas à integralidade (VIEIRA, PADOIN, LANDERDAHL, 2009; LEAL, LOPES, GASPAR, 2011). Isto fomenta a necessidade de investigar problemáticas que busquem apreender as ações dos profissionais, em especial das enfermeiras¹ ao cuidar dessas mulheres. Além de englobar os desafios de desenvolver o cuidado articulado com os diferentes serviços e setores que alicerçam a rede de atenção.

As motivações para realizar essa investigação emergiram de um processo que vem sendo construído desde a graduação em Enfermagem na Universidade Federal de

¹ Neste estudo optou-se por utilizar o substantivo feminino, enfermeira, em função do caráter histórico e simbólico das práticas que refletem nos quantitativos profissionais.

Santa Maria/RS (UFSM), quando passei a refletir sobre as desigualdades entre homens e mulheres e atenção à saúde direcionada às mulheres. Tais implicações intensificaram-se a partir da composição do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas (NEMGeP) do Departamento de Enfermagem da UFSM no ano de 2009; e do contato com integrantes deste Núcleo. No mesmo ano, participei da estruturação do fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência de Santa Maria e mais recentemente da construção de materiais de educação continuada para profissionais de saúde, na Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria-RS (SMS).

Os resultados do Trabalho de Conclusão de Curso instigaram-me sobre situações de violência vivenciadas por mulheres nas quais elas apresentaram sintomas físicos, bem como violência psicológica e submissão feminina (CORTES, et al, 2010). Como enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UFSM (2010-2012), observei demandas de cuidado que emergiram de situações de violência contra as mulheres, as quais, geralmente, não eram percebidas pelos profissionais de saúde, não integrando as demandas de cuidado para as enfermeiras e demais profissionais da unidade.

Isto contribuiu significativamente para instigar minhas inquietações acerca dessa temática, bem como o papel da enfermeira frente ao cuidado de mulheres em situação de violência. Assim, justifico a necessidade de buscar aprofundamentos teóricos e conceituais sobre o tema para tanto, me propus a estudar os *motivos para* a ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência.

Destaca-se, que a atuação da enfermagem está alicerçada no cuidar, o qual se traduz na ação humana de assistir alguém (TORRALBA, 2009). Essa tem a finalidade de atender e transformar as necessidades de manutenção à saúde do ser humano, o qual necessita para satisfazê-las, de provisões de conteúdo humano-social (interação, acolhimento, apoio, compreensão) e não apenas material (LEOPARDI, GELBCKE, RAMOS, 2001; SOUZA et al., 2005).

Assim, considerando o cuidar como uma ação, e que quando se desenvolve o cuidado, se tem em vista alguma coisa, essa compreensão vem ao encontro do campo de pensamento de Alfred Schutz, que é pautado pela sociologia da ação, propondo um método de captação da realidade social e do conjunto de ações sociais, a partir das quais é possível compreendê-la. Reconhece-se assim que o significado de uma ação envolve a

subjetividade do agente e é fundamentado em funções de motivação, razões e objetivos (VIEIRA, 2011; SCHUTZ, 2012).

Estudos da produção científica brasileira de Enfermagem revelam que pesquisadores da área tem enfatizado a abordagem qualitativa para compreender a violência a partir das percepções das mulheres (DINIZ et al, 2003; MONTEIRO; SOUZA, 2007; GUZMÁN; TYRREL, 2008; JONG; SADALA; TANAKA, 2008; VIEIRA, 2011). Porém, é necessário ampliar os estudos que busquem compreender esse problema na ótica das profissionais enfermeiras que cuidam dessas mulheres.

Além disso, como enfermeira tenho meu pensar e agir definidos pelas minhas experiências e bagagem de conhecimentos, o que Schutz chama de situação biográfica (SCHUTZ 2012; CAPALBO, 1998). Entretanto, frente ao contexto exposto, é imprescindível para a produção de conhecimentos nesta área que as enfermeiras, que estão no cotidiano dos serviços cuidando de mulheres, em especial em situações de violência, possam descrever suas experiências profissionais e motivações para realizarem o cuidado, a partir do seu mundo da vida.

Evidencia-se assim a relevância desse estudo para o desenvolvimento e fortalecimento do saber nuclear na Área de Enfermagem, bem como para a Área da Saúde e atuação interdisciplinar em conformidade com as Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b). A importância deste estudo ser realizado por uma enfermeira está no sentido de que essa profissional e a equipe de enfermagem, muitas vezes, realizam o primeiro contato com estas mulheres, assim necessitam dispor de conhecimento acerca desse trabalho. A partir da minha experiência em equipe multiprofissional, apreendi o papel da enfermeira como articuladora e facilitadora das trocas dentro da equipe de saúde.

Dessa forma, considero que para realizar um cuidado de enfermagem que vise à integralidade, que sejam apreendidas as motivações para desenvolvê-lo. A fim de que essas possam subsidiar o desenvolvimento de habilidades para a atenção interdisciplinar e intersetorial que visem ao enfrentamento da violência e o entendimento dessa como uma demanda das mulheres e uma questão de saúde pública. Espera-se com esta pesquisa oferecer subsídios para reflexões e articulações dos profissionais envolvidos nos serviços de atenção às mulheres em situação de violência. Isto possibilitará um olhar diferenciado no que tange as relações entre profissionais e as usuárias atendidas.

1.2 Objeto, questão orientadora e objetivo do estudo

Considerando este contexto, formula-se como **objeto de estudo** “o significado da ação profissional da enfermeira que cuida de mulheres em situação de violência”. A partir das reflexões sobre o tema compõe-se a **questão orientadora** deste estudo: Qual a intencionalidade da ação profissional da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência?

Para tanto, toma-se como referencial teórico metodológico a abordagem compreensiva de Alfred Schutz e **objetiva-se:** **1)** identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras ao cuidar de mulheres em situação de violência em serviços de referência para os casos da Região Centro do estado do Rio Grande do Sul; **2)** apreender as motivações da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Violência contra as mulheres do âmbito histórico e familiar a um problema de saúde pública

De acordo com a história, a violência contra as mulheres não é algo novo, uma vez que, desde a Idade Média, os maus-tratos infligidos às mulheres eram tolerados e até enaltecidos como práticas cujos propósitos eram corrigi-las de suas manchas e erros (OLIVEIRA, JORGE, 2007). Configurando-se ainda como uma forma de autoridade patriarcal, na qual o homem possui o domínio, é aceita e naturalizada pela sociedade. Sendo assim, a convivência da mulher com a atitude violenta tornou-se parte da sua vida cotidiana (VIEIRA, PADOIN, PAULA, 2010; VIEIRA, 2011).

A agressão é considerada como comportamento rotineiro nas relações de homens e mulheres, perpetrada pelos companheiros, pais ou empregadores sobre as mulheres, independente de seu meio socioeconômico e cultural. Tal problema ocasiona patologias que “arrastam as mulheres ao poço fundo da depressão” (PORTO, 2008, p. 288).

Estes fatos podem ser justificados pelo entendimento que, de modo geral, a violência contra as mulheres acontece lentamente, em espaços privados, protegidos, chamados de lares, sendo, em geral, praticada pelo companheiro ou ex-companheiro. Assim, a violência contra as mulheres se transforma em uma das principais causas de adoecimento físico, sexual, psíquico e social, sendo considerada como um fator de risco de doenças e eventos prejudiciais à saúde (MONTEIRO, SOUZA, 2007; OLIVEIRA, JORGE, 2007; VIEIRA, PADOIN, PAULA, 2010).

No que diz respeito à luta pelo fim da violência contra as mulheres destaca-se o movimento feminista que vem reivindicando e conquistando o direito à saúde e ao enfrentamento a esse tipo de violência. Ao longo das décadas de 1960, 1970 e 1980 do século passado, feministas, militantes políticas contra a ditadura militar e intelectual, foram se somando à sindicalista e à classe trabalhadora e atuaram cotidianamente em busca de melhores condições de vida e igualdade de direitos entre mulheres e homens. As feministas buscavam no movimento a defesa de suas vidas e a mudança do Código Civil de 1916, que alegava que a mulher deveria ter a autorização do seu marido para

trabalhar e proteger a família mesmo sendo pobre (OLIVEIRA, 2000; BLAY, 2003; CASIQUE, FUREGATO, 2006).

No setor saúde, o tema foi incluído oficialmente como demanda somente em 1990, configurando-se como um tema importante no campo da investigação. Esta valorização se deve ao impacto que tem na vida das pessoas, das famílias e da sociedade devido aos danos físicos, psicológicos e morais, o que implica uma demanda de atenção e cuidado dos serviços de saúde (MINAYO, 2004).

Em toda a América Latina e no Caribe, os diversos tipos de violência contra as mulheres têm saído da invisibilidade, deixando à mostra dados alarmantes. No México, por exemplo, os inúmeros assassinatos de mulheres ocorridos nos últimos dez anos alcançaram uma repercussão que afetou os países vizinhos e atraiu fortemente a atenção pública em nível internacional (LISBOA, 2010).

Apesar da visibilidade que o fenômeno vem alcançando, ainda, no Brasil, parece haver um acirramento da violência contra as mulheres, uma vez que historicamente o patriarcado vem dominando e implantando uma cultura na qual o homem é o centro das coisas e as mulheres, geralmente, encontram-se em segundo plano. O que confere um total desrespeito aos seus direitos, seja no âmbito privado, seja no público (OLIVEIRA, JORGE, 2007).

Dados da realidade brasileira determinam a magnitude e o alcance do problema no país. Em 2009, a cada 1.000 mulheres, 25,9% foram agredidas pelo cônjuge/ex-cônjuge, sendo que na Região Sul num total de 1000 mulheres, 137 mulheres em situação de violência, das quais 28,5% foram agredidas pelo cônjuge/ex-cônjuge. Com relação ao local da agressão 43,1% foram na própria residência (DIEESE, 2011).

Entre 1980 e 2010, os assassinatos de mulheres no Brasil foram mais de 92 000, 43 700 casos somente na última década (WAISELFISZ, 2012). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2011, haviam cerca de 75.000 casos de violência contra as mulheres, física (61,3%), psicológica (24%) ou moral (10,9%), na Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180). Na maioria das informações (74,6%), o autor tinha sido o companheiro, esposo ou noivo da vítima, seguido dos incidentes relacionados com seu ex-namorado ou ex-marido (16,3%). Em 66,1% dos casos registrados na Central, as crianças presenciavam a violência sofrida pela mãe (AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO, 2013).

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde mostram que no ano de 2011, foram registrados 107.572 atendimentos relativos a Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências: 70.285 (65,4%) mulheres e 37.213 (34,6%) homens (74 não tem indicação de sexo da vítima). Praticamente dois em cada três atendimentos nessa área foram de mulheres (WASELFISZ, 2012).

Os custos da violência contra as mulheres são extremamente altos e incluem gastos diretos nos serviços de tratamento, apoio às mulheres violentadas e aos seus filhos, e para levar os culpados à justiça. Os custos indiretos incluem a perda do trabalho e da produtividade, e referentes à dor e ao sofrimento humano (BRASIL, 2013).

Devido à dimensão desse problema, os avanços na implementação de ações de suporte às mulheres tem resultado em significativas alterações no estatuto legal da mulher na família e na sociedade, ampliando seus direitos civis e sociais. Tais avanços foram decisivos para impulsionar ações preventivas e de suporte às mulheres apresentando importante conexão com a saúde (OLIVEIRA, 2000; CASIQUE, FUREGATO, 2006). Em consequência, em âmbito mundial passaram a ser exigidas, nas agendas governamentais, ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres (JONG, SADALA, TANAKA, 2008).

Além disso, este tipo de violência por se constituir um fenômeno de caráter multidimensional, um problema social, político, econômico e de saúde, requer a integração de conhecimentos e serviços de diferentes áreas (GOMES et al, 2009). Isto exige a implementação de políticas públicas amplas e intersetoriais. Para tanto, os esforços dessas devem resultar em ações que desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero. Também se faz necessário interferir nos padrões machistas e sexistas ainda vigentes na cultura e sociedade brasileiras, bem como promover o empoderamento das mulheres (BRASIL, 2010).

Destaca-se assim a urgência da Área da Saúde, em especial, a assistência de enfermagem ser integrada a outros serviços e equipes multiprofissionais e interdisciplinares (VIEIRA, 2011), com a finalidade de que se possa planejar o cuidado integral, bem como contribuir para que a violência possa ganhar visibilidade nos serviços de saúde e na sociedade.

2.2 Políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres

Conquistas e avanços na área da saúde feminina têm impulsionado políticas públicas de atenção à saúde das mulheres. Tais políticas vêm tentando superar a visão biologicista de abordagem à mulher, direcionando para a necessidade de considerar outros condicionantes da vida e saúde feminina (CORTES, et al., 2010).

As recomendações da Convenção da ONU sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (OEA, 1994), a qual o Brasil é signatário fortaleceram os avanços para o enfrentamento da violência contra as mulheres no país (BRASIL, 2011a). Tais avanços surgiram especialmente após a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003.

Até o ano de 2003, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres eram essencialmente constituídas por ações isoladas, referindo-se principalmente às estratégias de capacitar profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e, de criar serviços especializados, tais como: Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2010).

A partir da criação da SPM, as políticas públicas são ampliadas e passam a incluir ações integradas, como: criação de normas de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, projetos educativos e culturais de prevenção à violência. Também, a ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública. Retrata-se a mudança nos diferentes documentos e leis publicados neste período, tais como: as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência (2003); os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (2004; 2008; 2013), a Lei Maria da Penha (2006; 2011), a Política e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2003; 2007), Norma Técnica do Centro de Atendimento à mulher em situação de Violência (2006), entre outros (BRASIL, 2010).

Em 2004, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2007). Esse documento representa uma conquista na área, uma vez que traça diretrizes políticas de Estado na atenção à saúde das mulheres, em especial ações prioritárias de promoção e atenção às mulheres em situação de violência. No mesmo ano, a partir da I Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, é criado o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, documento que estabeleceu como um de

seus eixos estruturantes o enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres. Reconhecendo-se assim o problema como uma questão de saúde pública (BRASIL, 2007).

Além disso, a luta das mulheres por uma legislação que acabasse com a impunidade no cenário nacional de violência doméstica e familiar culminou com a criação da Lei Maria da Penha, em 2006. A qual coíbe e tipifica todas as formas de violência contra as mulheres brasileiras, prevê a criação de Juizados contra a violência, modifica o Código Penal e estabelece medidas de proteção e assistência. (BRASIL, 2011b).

As denúncias de violência aumentaram em 600% em 6 anos (de 2006 até 2012) depois da criação da Lei. O aumento da demanda significa que as mulheres estão acreditando mais na política pública e nos serviços de atenção e acolhida (BRASIL, 2012). No entanto, ainda existem barreiras legais e culturais para a sua real efetividade. Pesquisa indica que em 2011 52% das mulheres pensavam que os juízes e a polícia não davam devida importância ao problema da violência, e o medo seguia sendo a razão principal (68%) para não denunciar os agressores; 60% acredita que a proteção melhorou pelo estabelecimento da Lei e assinalam o conhecimento dessa, que aumentou nos últimos dois anos: 98% disseram ter ouvido falar (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; INSTITUTO AVON, 2011).

A Política Nacional para Combater a Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011a) contempla os âmbitos da luta, prevenção, atenção e garantia dos direitos das mulheres. Recentemente, a Ministra Eleonora Menicucci da SPM apresentou o “Programa Mulher: Viver sem violência” que faz parte desta política. Com isto, o governo federal prevê um investimento de R\$ 265 milhões para atenção integral às mulheres em situação de violência, até o final de 2014. Aos poucos se avança na luta contra a violência, mas ainda tem-se necessidade de consolidação de uma rede (de proteção para a mulher) e também modificar a mentalidade e crenças dos profissionais a fim de que se compreenda que os homens não têm direito de violentar as mulheres.

Tendo em vista a relevância do problema no contexto nacional e internacional, ressalta-se a importância do trabalho intersetorial formando uma rede ampliada de cuidados às mulheres em situação de violência. Assim, a vinculação das equipes de saúde a esta deve acontecer de forma a compor uma rede com ‘nós’, ou seja, serviços, que se conectem, pressupondo comunicações (CECCIM, FERLA, 2006).

Em âmbito municipal, encontra-se em fase de implantação um fluxo de atenção às mulheres em situação de violência. Os serviços que compõem este fluxo são: três Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e dois Centros Regionais Especializados de Assistência Social (CREAS); uma Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres (DEAM), uma Casa Abrigo, um Pronto Atendimento Municipal e um Pronto Socorro regional (PS-HUSM), o qual é referência para os casos de violência física. O Centro Obstétrico deste hospital é referência na região Centro do Estado para casos de violência sexual e violência durante a gestação. Em âmbito primário o município também dispõe de unidades de saúde, a citar: 13 Unidades de Estratégia de Saúde da Família e 16 Unidades Básicas de Saúde. Além destes, existe um ambulatório municipal de saúde mental que atende as demandas, mediante encaminhamentos dos demais serviços.

Considera-se imprescindível às equipes multiprofissionais de saúde, em especial às profissionais enfermeiras, buscarem o conhecimento das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres; bem como, a estruturação dos serviços de forma a compor a rede de atenção a essas pessoas no município de Santa Maria- RS. Isto vai ao encontro de estudo realizado com profissionais de enfermagem e de medicina no HUSM sobre a assistência às mulheres em situação de violência (VIEIRA, PADOIN, LANDERDAHL, 2009). Neste estudo, profissionais relatam fazerem as primeiras orientações e encaminharem as mulheres para alguns serviços: a DEAM e os serviços de apoio psicossocial. Porém, desconhecem o funcionamento dos referidos serviços e inexistem um diálogo ou fluxo formalizado para o atendimento às mulheres.

2.3 Cuidado multiprofissional às mulheres em situação de violência nas produções científicas de 1994-2012

Considerando a necessidade de conhecer as produções científicas no que diz respeito ao cuidado às mulheres em situação de violência pelos profissionais da saúde e de outras áreas desenvolveu-se uma revisão narrativa da literatura (CORTES et al., 2013), cujo objetivo foi compreender como é desenvolvido o cuidado a essas pessoas.

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura

Médica (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - MEDLINE) com os descritores: "violencia domestica" and "saude da mulher", no recorte temporal de 1994 a 2012. A delimitação temporal teve como marco inicial a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, realizada no ano de 1994, em Belém do Pará, a qual representa um marco em conquistas e visibilidade acerca do tema abordado. A estratégia de busca das produções foi: ("violencia domestica") and "saude da mulher" [Descritor de assunto] and "ano de publicação" and "ESPAÑHOL" or "INGLES" or "PORTUGUES" [Idioma]. Isso resultou em 104 produções na base de dados LILACS e 313 na MEDLINE, totalizando-se 417 publicações.

Os critérios de inclusão definidos foram: ser artigo resultante de pesquisa, escrito nos idiomas português ou espanhol ou inglês, disponibilidade do texto completo *online* e responder ao objetivo da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: não apresentar resumo ou resumo incompleto.

As produções foram excluídas a partir da leitura prévia dos títulos e resumos (**Figura 1**). Para acesso ao texto completo, foram usados os recursos: link disponível, diretamente na base de dados LILACS, busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado, busca no portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e buscador Google (CORTES et al., 2013).

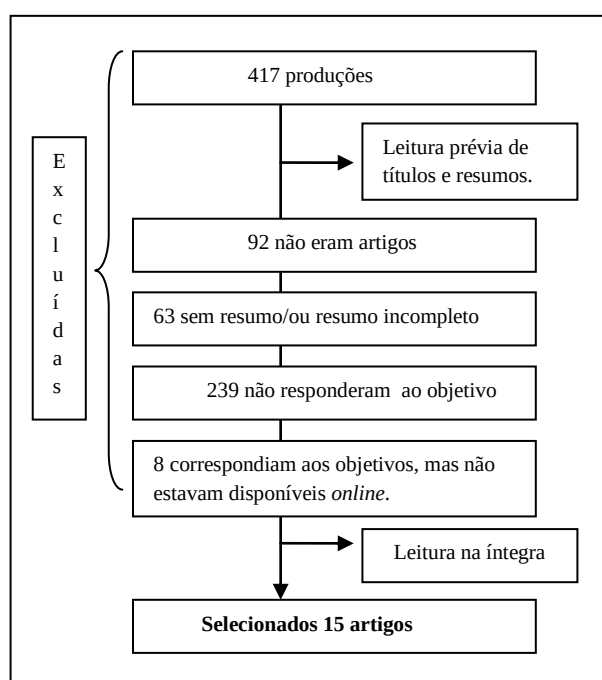


Figura 1 – Diagrama do processo de triagem das produções. Fonte: CORTES et al., 2013.

Da análise de conteúdo realizada com os 15 artigos selecionados, resultaram três categorias empíricas: O cuidado às mulheres em situação de violência é permeado por limitações legais, institucionais e de abordagem; O cuidado às mulheres é comprometido pela compreensão dos profissionais acerca da violência; O cuidado é desenvolvido de modo positivo quando em conformidade com as demandas femininas.

2.3.1 O cuidado às mulheres em situação de violência é permeado por limitações legais, institucionais e de abordagem.

O estudo das produções científicas mostrou que o cuidado às mulheres em situação de violência destaca-se em três setores: de segurança pública, de educação e de saúde.

No setor de segurança pública o cuidado às mulheres em situação de violência é permeado por limitações legais e institucionais. Na América Latina, as instituições do sistema jurídico são as que oferecem as piores respostas para mulheres que procuram ajuda. Leis inadequadas, aplicação incorreta da legislação sobre a violência familiar, excesso de burocracia, procedimentos ineficientes, pouca privacidade no serviço, falta de pessoal especializado e de respostas para enfrentar situações de emergência, exceto em situações extremas, levam as mulheres a percorrerem muitos caminhos. Essas limitações, muitas vezes, resultam na desistência das mulheres em realizarem a denúncia (SAGOT, 2005).

As delegacias da mulher mostraram-se bastante disponíveis, atuando como agências de aconselhamento jurídico e prestação de cuidados para as mulheres em situação de violência. Porém, sua existência não garante atendimento de qualidade para as estas mulheres. A cobertura é insuficiente e tem dificuldade de agir de forma eficaz. Nelas as mulheres encontram estereótipos de gênero e mitos em relação à violência familiar (SAGOT, 2005).

A polícia como instituição, particularmente nas áreas rurais, mostra maior resistência à mudança e ao cumprimento dos procedimentos legais, bem como o desrespeito e a banalização da violência, o que resulta em ineficiência do atendimento (SAGOT, 2005). Nesse sentido, as respostas da polícia à violência doméstica parecem manter-se irregulares (HAGUE, MULLENDER, 2006).

No setor de educação, representado pela escola, em geral, não se entende a violência doméstica como um problema que deva ser visto e acolhido pela instituição.

Embora existam algumas iniciativas como grupos de apoio para as mães em situação de violência (SAGOT, 2005).

No setor de saúde o cuidado às mulheres em situação de violência é permeado por limitações institucionais e de abordagem.

As limitações institucionais se referem à estrutura dos serviços. São destacadas pela inexistência de instrumentos que orientem os profissionais à identificação e ao registro dos casos, a exemplo da inexistência de formulário próprio para notificação compulsória (SCRANTO, BIAZEVIC, MICHEL-CROSATO, 2007). Muitas vezes, os casos de violência são registrados em formulários destinados aos acidentes, o que repercute na ausência de estatísticas para dimensionar a incidência da violência contra as mulheres (GALVÃO, ANDRADE, 2004; SAGOT, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006). Quando os casos de violência são identificados geralmente não há seguimento desses (SILVA, 2003; HERRERA, AGOFF, 2006).

Para o atendimento das mulheres, há falta de locais que garantam a privacidade nos serviços (SILVA, 2003; MINSKY-KELLY et al, 2005). Há dificuldade de acesso aos serviços, em função dos custos, de transportes, mudanças e trocas de profissionais (STENIUS, VEYSEY, 2005). Ainda são poucos os serviços preparados para atender casos de violência contra as mulheres (SAGOT, 2005; HAGUE, MULLENDER, 2006; LEÔNCIO, et al., 2008). Apesar de os serviços de saúde serem os mais procurados pelas mulheres, são os que menos encaminham à continuidade no atendimento (GALVÃO, ANDRADE, 2004; KRONBAUER, MENEGHEL, 2005).

A falta de espaços reservados para o acolhimento implica na falta de privacidade e impessoalidade, parecendo estar implícito que o serviço de saúde não é um lugar para se resolver essas demandas. O acolhimento exige condições de acessibilidade, privacidade e escuta empática do profissional. Compreende-se que a atenção não pode se restringir ao cumprimento de rotinas e procedimentos (VILLELA et al, 2011; D'OLIVEIRA et al, 2009).

Propõe-se o trabalho em equipe, a identificação dos casos nos serviços, a partir de propostas de registro e o acionamento da rede intersetorial existente, a fim de garantir o não julgamento e respeito às decisões da mulher. A escuta precisa produzir uma narrativa que permita identificar elementos com potenciais de transformar a situação de violência (D'OLIVEIRA et al, 2009). Parte-se da premissa que para atender a essas mulheres é necessário o desenvolvimento do vínculo e da confiança, que remete

a sentirem-se seguras frente a quem cuida, uma vez que, por si só o contexto de violência propicia insegurança.

As limitações de abordagem se referem à ênfase clínica (SILVA, 2003; GALVÃO, ANDRADE, 2004; PORTO, LUZ, 2004; SAGOT, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006; DINIZ et al., 2007). Isso é atribuído ao descaso e à falta de sensibilidade de alguns profissionais para acolher essas mulheres, o que dificulta a comunicação entre os profissionais e as usuárias (GALVÃO, ANDRADE, 2004; STENIUS, VEYSEY, 2005). Há justificativas pautadas na grande demanda e o número limitado de profissionais, que impõem o atendimento rápido e focalizado nos sintomas (MOREIRA et al., 2008). Em geral, as situações de violência não são consideradas uma emergência, exceto se a lesão física provocada implicar risco de morte, sequelas ou gravidez indesejada (VILLELA et al., 2011).

O uso ineficaz dos serviços de saúde decorre da redução do problema às suas manifestações no corpo entendido na perspectiva biomédica, e da consequente invisibilidade das situações de violência. Processo concebido como medicalização que reduz a patologias problemas que são também sociais (D'OLIVEIRA et al, 2009). A necessidade de abordagem pelos profissionais para além do enfoque biológico é apontada pelas próprias mulheres quando demonstram sentirem falta de que os próprios médicos mostrassem que não estão apenas interessados em seus corpos. Elas também necessitam de informações sobre outros serviços disponíveis, tais como aconselhamento (NARULA, AGARWAL, MCCARTHY, 2012).

Ao referir-se aos profissionais da área médica, salienta-se que esses tendem a apresentar uma visão mais fragmentada do problema, uma vez que muitos não incorporam uma perspectiva integrada da saúde como um direito humano (SAGOT, 2005). Diante das demandas femininas, há dificuldades dos profissionais lidarem com a subjetividade e com as necessidades das usuárias (STENIUS, VEYSEY, 2005; HAGUE, MULLENDER, 2006), o que é minimizado quando são atendidas por profissionais mulheres (HERRERA, AGOFF, 2006).

Ressalta-se que esse achado significa um entrave a ser superado na área da saúde, pois para se buscar o cuidado que vise à integralidade às mulheres e seus familiares é necessário romper com as barreiras biomédicas e fragmentadas da formação dos profissionais de saúde. Para tanto, é imprescindível superar o processo

essencialmente nuclear da formação e avançarmos para uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar em saúde.

Os profissionais justificam o não envolvimento pela falta de recursos dos serviços para intervenções efetivas diante da complexidade do fenômeno (MOREIRA et al., 2008). Essas limitações contribuem para que não exista pleno reconhecimento da violência como um problema de saúde pública. Em geral as intervenções realizadas são em parte do âmbito da segurança pública, assistência social e psicologia. Alguns profissionais entendem a violência como uma questão da área do direito (GALVÃO, ANDRADE, 2004; PORTO, LUZ, 2004; SAGOT, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006; SCRANTO, BIAZEVIC, MICHEL-CROSATO, 2007; LEÔNCIO, et al., 2008). Nesse sentido, o apoio à mulher está alicerçado na ajuda social, representado pela assistente social e pelo papel de Organizações Não Governamentais (ONG's), o que reforça a exclusão do tema do âmbito da saúde. Assim, as mulheres confrontam-se nos serviços com um conjunto de práticas e sentimentos que pode acarretar no silêncio, seja por vergonha, por culpa ou por, muitas vezes, se sentirem responsáveis pela agressão (LEAL, LOPES, GASPAR, 2011).

Embora esse modelo biomédico de saúde seja dominante, também existem práticas centradas no acolhimento, diálogo e no vínculo como fio condutor, como iniciativas que potencializam a assistência (SIGNORELLI, AUAD, PEREIRA, 2013). Isso mostra que é possível concretizar práticas assistenciais às mulheres em situação de violência nos serviços de saúde. Destaca-se que é importante considerar que essas mulheres têm maior risco de patologias clínicas e mentais, o que deve ser investigado com precaução, como parte do cuidado integral a ser dispensado, ao mesmo tempo em que são aconselhadas e acolhidas em suas situações de violência (D'OLIVEIRA et al, 2009).

Estudos referem que os profissionais de saúde apresentam dificuldades para abordar, identificar ou realizar a triagem dos casos de violência contra as mulheres. Sentem-se sobrecarregados desconfortáveis ou inábeis para lidar com uma situação dolorosa, com falta de conhecimento teórico e muitas vezes isentos desta responsabilidade (GALVÃO, ANDRADE, 2004; PORTO, LUZ, 2004; MINSKY et al, 2005; KRONBAUER, MENEGHEL, 2005; SAGOT, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006; HAGUE, MULLENDER, 2006; DINIZ et al., 2007).

Constata-se o despreparo profissional para lidar com as situações de violência, fato que dificulta o reconhecimento dos casos, a realização de orientações sobre os direitos das mulheres, intervenções efetivas como o encaminhamento e acompanhamento dessas aos demais serviços de apoio. Situação que pode colocar as mulheres em risco. Muitas sofrem duplamente sendo violentadas pelo agressor e também pela equipe de saúde (GALVÃO, ANDRADE, 2004; MINSKY-KELLY et al, 2005; STENIUS, VEYSEY, 2005; KRONBAUER, MENEGHEL, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006; SCRANTO, BIAZEVIC, MICHEL-CROSATO, 2007).

Esse despreparo teórico e técnico dos profissionais aliado ao sentimento de insegurança para trabalhar com o tema converge com estudo em que profissionais de saúde apresentaram dificuldades referentes à identificação, atendimento e encaminhamento dessas mulheres, reforçando a ideia de que os profissionais não se sentem capacitados para lidar com este problema (MOREIRA et al., 2008). Contexto esse que provoca sentimentos de frustração e impotência (VILLELA et al., 2011).

As limitações na organização dos serviços repercutem negativamente na atenção a saúde das mulheres, uma vez que essas ficam à mercê da disponibilidade pessoal do profissional. A inexistência de fluxos específicos obriga as mulheres a aguardarem o agendamento da consulta, o que pode desestimulá-las. É possível realizar um atendimento desburocratizado sem que seja efetivado por fichas de encaminhamento, referência e contrarreferência, e sim voltado para as necessidades das mulheres. No entanto, é necessário repensar o uso de protocolos generalizantes que fragmentam o atendimento com tendência a patologizar e medicalizar o corpo, o que pode levar às mulheres a percorrerem vários serviços (SIGNORELLI, AUAD, PEREIRA, 2013; D'OLIVEIRA et al, 2009).

Apesar das limitações os profissionais dispõem de posição privilegiada para identificar os casos de violência e realizar os devidos encaminhamentos nas situações de violência. É preciso que a equipe preste um atendimento continuado na própria unidade de saúde e tente superar os limites como a ineficiência da rede de atenção (BORSOI, BRANDÃO, CAVALCANTI, 2009).

Para que a violência seja identificada e sejam desenvolvidas ações pelos profissionais de saúde, ainda são necessários, na maioria dos países, investimentos para se criar uma cultura institucional de instrumentalização a fim de que os profissionais possam enfrentar as situações de violência. Isto, exige uma agenda para além dos

atendimentos, responsabilização e comprometimento institucional dos serviços no campo intersetorial, além de constante suporte, teórico e psicológico, aos profissionais de saúde (LEAL, LOPES, GASPAR, 2011).

2.3.2 O cuidado às mulheres é comprometido pela compreensão dos profissionais acerca da violência

A compreensão dos profissionais sobre a violência contra as mulheres está pautada em: concepções de gênero e, em relacioná-la como uma questão de âmbito privado. Os profissionais entendem a violência a partir de valores culturais, crenças de gênero e significados sociais (SAGOT, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006; KIM, MOSTEI, 2002). Assim as práticas profissionais são influenciadas negativamente por fatores como: o julgamento e a culpabilização das mulheres pela violência sofrida, o estigma, o preconceito, a discriminação e a ideia que a violência contra as mulheres é um ato que por si só se justifica (KIM, MOSTEI, 2002; STENIUS, VEYSEY, 2005; SAGOT, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006; HAGUE, MULLENDER, 2006; DINIZ et al., 2007).

Para melhor compreender a ordem social dominante, utiliza-se o conceito de gênero como a construção histórica e social da identidade de homens e mulheres. Gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos (SCOTT, 1979). Essa construção é um aprendizado processual que permeia e solidifica as relações de poder entre feminino e masculino e as hierarquiza, situando os homens em condições sociais superiores às mulheres. Ao se utilizar de atos violentos os homens reafirmam a dominação do corpo feminino e a opressão sobre as mulheres. Esse mecanismo de dominação é legitimado por instituições como a família e o casamento (GALVÃO, ANDRADE, 2004; PORTO, LUZ, 2004; KRONBAUER, MENEGHEL, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006; DINIZ et al., 2007; SCRANTO, BIAZEVIC, MICHEL-CROSATO, 2007; LEÔNCIO, et al., 2008).

Na perspectiva de profissionais enfermeiras, a violência pode ser um problema público (social), que envolve educação, família, leis e ajuda social. Ainda é entendida como um caso de polícia (LEAL, LOPES, GASPAR, 2011). Para ampliar a compreensão dos profissionais é necessário que os formuladores de políticas públicas

ofereçam subsídios aos serviços para identificar a violência e tratá-la como um agravo de natureza social que produz inúmeras consequências (VILLELA et al., 2011).

Tal compreensão é visualizada na fala de profissionais de enfermagem os quais, em geral, naturalizam o ato de agredir como uma necessidade de disciplinar as mulheres. Nesse sentido, o homem que bate exerce o que lhe é de direito, sendo considerado um homem correto. Além disso, determinados comportamentos poderiam colocar a mulher em risco para violência, tais como: atitude desrespeitosa da esposa, infidelidade sexual e a maneira como se veste, no caso da violência sexual. Em relação ao estupro, alguns profissionais homens consideram o ato como tal somente quando é realizado por estranhos, ou seja, para a maioria deles a noção de abuso conjugal não é aceita (KIM, MOSTEI, 2002; HERRERA, AGOFF, 2006).

Profissionais mulheres acreditam que a superação da violência sofrida pelas mulheres seja principalmente em função dos filhos e da harmonia familiar. O que alude ao cumprimento dos papéis tradicionais de gênero. Alguns profissionais consideraram o machismo e a desigualdade de poder entre mulheres e homens a causa da violência, associando também a violência às condições socioeconômicas e culturais (HERRERA, AGOFF, 2006).

A violência contra as mulheres é atribuída pelos profissionais ao âmbito privado, compreensão essa que compromete o cuidado às mulheres e subsidia a ideia equivocada que o problema não é do âmbito da saúde. Isso reforça a invisibilidade da violência, a qual é evidenciada por parte dos profissionais nos serviços de saúde e pelas próprias mulheres. A superação da violência implica uma revisão de valores, crenças e atitudes estabelecidas, uma vez que é naturalizada e normalizada socialmente (KIM, MOSTEI, 2002; SILVA, 2003; GALVÃO, ANDRADE, 2004; KRONBAUER, MENEGHEL, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006; HAGUE, MULLENDER, 2006; DINIZ et al., 2007).

Dessa forma, ampliar a compreensão dos profissionais a fim de que a violência contra as mulheres não seja considerada um fenômeno natural, nem de caráter privado tem exigido dos formuladores de políticas públicas a capacitação dos serviços para identificar a violência e tratá-la como um agravo de natureza social que produz diversas consequências para a vida das mulheres. O reconhecimento da necessidade de capacitação específica que possibilite a compreensão das relações de gênero e dos aspectos da subjetividade humana, de modo que sua intervenção contemple a mulher de forma integral, valorizando seus aspectos físicos, psicológicos e sociais, emergiu como

resultados de pesquisas realizadas com profissionais (MOREIRA et al., 2008; VILLELA et al., 2011).

2.3.3 O cuidado é desenvolvido de modo positivo quando em conformidade com as demandas femininas

As demandas femininas em relação aos serviços apontam para: a necessidade de flexibilização desses; aos tipos de serviços preferidos pelas mulheres e profissionais que se destacam no atendimento feminino.

Não há serviço específico que tenha sido uniformemente identificado como positivo ou não para as mulheres. Assim, o que determina se o serviço é adequado ou não às demandas femininas são as experiências de vida, preferências pessoais e interpessoais. Essas ditam às mulheres quais tipos de serviço utilizar (STENIUS, VEYSEY, 2005). Mesmo porque suas trajetórias na tentativa de se livrarem da violência não são lineares. São processos complexos, ambivalentes e que, portanto, exigem a compreensão e disponibilidade dos profissionais e serviços (SAGOT, 2005).

As mulheres não querem que os profissionais digam-lhes o que fazer ou o que é melhor para elas. Culpar, julgar as suas ideias, ou estigmatizá-las não ajuda. Para elas ser atendida por profissionais mulheres é melhor (STENIUS, VEYSEY, 2005).

A trajetória de sucesso das mulheres nos serviços requer que as instituições funcionem como apoio e instrumentos de facilitação no processo de superação da violência vivida pelas mulheres. Sendo assim, os serviços mais eficazes demonstraram-se livres de intervenções rígidas. A flexibilidade permite que sejam consideradas situações individuais das mulheres, expectativas e suas necessidades (SAGOT, 2005).

Observa-se que em serviços de saúde cujos profissionais são preparados para atender casos de violência contra as mulheres, elas são acolhidas, recebem informações como o direito à denúncia e as redes de suporte que podem ser acionadas. Os profissionais se envolvem nos casos marcando retorno ao serviço de saúde onde ela será acompanhada. Ampliam esses atendimentos aos familiares com o objetivo de incluí-los na rede social de apoio da mulher. As equipes procuram trabalhar as questões afetivas com apoio da psicóloga e as ocupacionais com apoio da assistência social, procurando construir com as mulheres alternativas para sair da situação (BORSOI, BRANDÃO, CAVALCANTI, 2009).

Técnicas específicas de conversa que produzem orientação, mapeando o problema e alternativas de solução construídas junto às mulheres são formas de lidar com a situação de violência que não configura uma única forma para todos os casos. A avaliação, seguindo este caminho, necessita verificar o impacto da atividade no trabalho dos profissionais e nos projetos de vida das mulheres atendidas (D'OLIVEIRA et al, 2009).

As mulheres apreciam serem ouvidas (NARULA, AGARWAL, MCCARTHY, 2012 ; SIGNORELLI, AUAD, PEREIRA, 2013) e valorizam o momento da consulta em serviços de saúde da família como um lugar seguro e confidencial. Expressam ainda a importância do acompanhamento de sua saúde e da sua família. Além de considerarem importante quando seus médicos lhes oferecem suporte, encontrando um alojamento alternativo, fornecendo licença médica e apoio em processos judiciais (NARULA, AGARWAL, MCCARTHY, 2012). Destaca-se o benefício da revelação da situação de violência uma vez que as mulheres demonstram sentirem-se melhor depois de fazê-la. Elas precisam e querem falar sobre a violência de forma privada, sigilosa e sem julgamentos do fato pelo profissional (SIGNORELLI, AUAD, PEREIRA, 2013).

No que se refere aos tipos de serviços que atendem as mulheres em situação de violência, é considerado positivo para elas o trabalho de grupos de apoio, abrigos, assistência social, unidades e postos de ligação com escuta 24 horas (HAGUE, MULLENDER, 2006). Os serviços de base comunitária são úteis, bem como as reuniões dos Alcoólicos Anônimos, uma vez que muitas delas desenvolvem algum tipo de dependência de substâncias psicoativas em decorrência da violência sofrida. Para as mulheres, os resultados no seu cuidado podem melhorar não por um aumento na prestação de serviços, mas a partir de mudanças na atuação e interação por parte dos profissionais com o cuidado às mesmas (STENIUS, VEYSEY, 2005).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) destacam-se no atendimento a essas mulheres. Sendo considerados elos entre o serviço de saúde e às mulheres, uma vez que atuam na comunidade e por isso podem ter o acesso facilitado acolhendo as suas demandas (SCRANTO, BIAZEVIC, MICHEL-CROSATO, 2007).

Destaca-se também a atuação de movimentos ativistas que lutam pelos direitos das mulheres e sobreviventes da violência doméstica e intervém na organização dos serviços. Embora, poucos sejam os serviços e os profissionais que buscam o empoderamento das mulheres em situação de violência. Acredita-se que a participação

dessas nas decisões sobre os serviços e política de violência doméstica possa ser um processo importante a se destacar (HAGUE, MULLENDER, 2006).

Alguns profissionais acompanham as mulheres para realizarem as denúncias buscando que elas adquiram capacidades e liberdades para atuar. Mas, muitas vezes, sentem impotência frente aos poucos resultados obtidos, por falta de apoio institucional e dificuldades das próprias mulheres libertarem-se do ciclo de violência (HERRERA, AGOFF, 2006). Além disso, reitera-se que frente à complexidade da problemática em questão é necessária, para além do apoio e carinho, a utilização de ações técnicas, como o esclarecimento sobre seus direitos, sendo que a articulação dos serviços com centros de referência no atendimento e com ONG's de apoio auxiliam a mulher no enfrentamento do problema (LEAL, LOPES, GASPAR, 2011).

À medida que os profissionais instituem uma relação de confiança com as mulheres a percepção delas sobre o suporte e o acolhimento recebido se transforma, e é possível que criem maior vínculo com o serviço e iniciem um processo para sair da situação de violência (DUTRA et al, 2013). As mulheres alteram o uso do serviço de saúde após seus atendimentos com técnicas de escuta, diminuindo suas demandas de pronto-atendimento e voltando-se mais a modalidades assistenciais programadas (D'OLIVEIRA et al, 2009).

A fim de incorporar a violência contra as mulheres como demanda nos serviços de saúde é fundamental compreender o desenvolvimento de práticas assistenciais e intersetoriais adequadas. O que resultaria no entrosamento da saúde com os direitos humanos (das mulheres), em busca da recuperação dos mesmos, no restabelecimento da ética nas relações interpessoais e do tratamento integrado, e de compromissos políticos que contemplem maior equidade de gênero e social (D'OLIVEIRA et al, 2009; SCHRAIBER et al, 2009).

O grande desafio é de construção de um conhecimento interdisciplinar que resulte em articulação com as práticas do campo de atenção em saúde (SCHRAIBER et al, 2009). Portanto, a capacidade do serviço seja no âmbito da saúde, da assistência social, da segurança pública ou jurídico, em acolher as necessidades dessas mulheres e ter um olhar de resolutividade é que determina a busca da mulher pelo atendimento. O sucesso da intervenção depende também da disponibilidade, qualidade e coordenação dos serviços; das atitudes dos profissionais, do compromisso de apoiar as mulheres, da disposição para defender seus direitos e garantir sua segurança. É necessário que essas

disposições se ampliem para além do atendimento e da escuta; compreendem a capacidade de o profissional implicar-se com a situação vivida pelas mulheres e perceber a necessidade de atuar em equipe a fim de articular os diferentes setores que envolvem o cuidado a essas pessoas.

2.4 Cuidado de enfermagem às mulheres em situação de violência

Cuidar é uma maneira de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais. O cuidar em enfermagem implica realizar esforços de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência (SOUZA et al., 2005). É uma ação vivida individualmente, porém contextualizada no mundo da vida social, sendo significado e ressignificado a partir do tipo de relação estabelecida com o outro. Está pautado na intersubjetividade, no estoque de conhecimentos e na situação biográfica do profissional cuidador. O cuidado profissional agrega ao cuidado factual à dimensão técnico-científica, o diferenciando do que é praticado pelo senso comum (JESUS et al, 2013).

Nesse sentido, a Enfermagem caracteriza-se como uma profissão histórica e culturalmente filosófico-humanista, que potencializa a saúde do cidadão e a própria construção da cidadania. Dessa forma, não pode focalizar-se somente no biológico, uma vez que o cuidado de enfermagem fundamenta-se em ações que se estendem ao longo da construção da cidadania, porque potencializa a expressão do cidadão em sua existência social. A valorização do cuidado pode resultar em maior visibilidade às injustiças sociais (SOUZA et al, 2005).

Esta profissão tem avançado por meio da produção e apropriação do conhecimento a fim de dar visibilidade à violência contra as mulheres nas suas atitudes, práticas e habilidades necessárias para lidar com esse problema de uma forma sensível e competente. Estudos apontam que as profissionais enfermeiras tendem a demonstrar mais sensibilidade com o tema (KIM, MOSTEI, 2002; SAGOT, 2005).

Entretanto, a violência contra as mulheres ainda é representada, na ação de enfermeiras, restrita ao universo consensual, do senso comum, no qual sentimentos como revolta e carinho permeiam o cuidado das mulheres em situação de violência que procuram os serviços de saúde. A representação sobre a violência restringe-se a ideia de

apoiar, não se vinculando ao comprometimento institucional de reconhecer essas mulheres e contemplar os encaminhamentos que envolvem o seu atendimento de saúde. Considera-se importante confortar as mulheres e pautar as ações de cuidado no carinho, porém essas se restringem ao cunho pessoal. O enfrentamento do problema exige a utilização de ações técnicas: esclarecer sobre seus direitos como mulher; articular os demais serviços de referência no atendimento (LEAL, LOPES, GASPAR, 2011).

A enfermagem, em sua prática cotidiana de cuidado nos diferentes serviços de saúde, precisa buscar orientar e conduzir a mulher para que a sua necessidade de justiça em relação à violência seja atendida. Para tanto, deve integrar à assistência a outros serviços, de modo a contemplar a intersetorialidade, fundamentando-se na legislação que coíbe a violência, a fim de proporcionar o amparo legal às mulheres (VIEIRA et al., 2011). A enfermeira escuta o significado objetivo trazido pelas mulheres permeado de subjetividade e intencionalidades, de forma que se relaciona com essas mulheres, a fim de construir possibilidades de cuidado conjunta e reciprocamente, considerando-as como sujeito de sua história. Dessa forma, a ação dessa profissional deve voltar-se às necessidades assistenciais das mulheres (VIEIRA et al., 2011). Nesse sentido, para que possa ocorrer a realização do cuidado de qualidade, é necessário que a enfermeira desenvolva competências, ética, conhecimento técnico-científico e condições para o exercício profissional (CHRIZOSTIMO et al., 2009).

O cuidado às mulheres em situação de violência, muitas vezes, encontra-se permeado pela valorização do saber técnico. Destaca-se assim, a urgência de se incorporar às práticas assistenciais, a ação profissional do enfermeiro junto às mulheres em situação de violência como um processo interativo que precisa ser vivido e compartilhado. A interação transcende a referência a um serviço, implica estabelecer e fortalecer uma relação de familiaridade que almeje a resolutividade de suas necessidades e demandas. Além disso, que permita estratégias de empoderamento das mulheres como sujeito de direitos e promova o acesso à justiça (VIEIRA et al, 2013).

A fim de que o cuidado de enfermagem às mulheres em situação de violência seja desenvolvido em conformidade com as demandas femininas, há necessidade de tencionar a formação das enfermeiras para processos que desencadeiem mudanças no sistema de atenção, de gestão e cuidado em saúde, em especial no que diz respeito à atenção a essa população de mulheres. Nesse sentido, é fundamental que essas profissionais tenham clareza das suas motivações e objetivos para a realização desse

cuidado, uma vez que compreendendo esses poderão ampliar o conhecimento sobre a sua prática profissional, e aprimorar cada vez mais suas ações frente às mulheres em situação de violência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA SOCIOLÓGICA DE ALFRED SCHUTZ

Este estudo está fundamentado nas concepções teórico-metodológicas da fenomenologia, uma vez que esse referencial permite compreender o significado das nossas experiências e ações no mundo. No contexto dessa pesquisa, a ação de cuidar da profissional enfermeira às mulheres em situação de violência.

A fenomenologia ganhou força no final do século XIX e início do século XX, na Alemanha, a partir das ideias Edmund Husserl e identifica-se por assegurar o sentido dado ao fenômeno. Busca desvelar o que se mostra deste, para chegar àquilo que a coisa é. Nessa abordagem filosófica, o pesquisador considera sua vivência no mundo da vida, uma experiência que lhe é própria, permitindo-lhe questionar o fenômeno que deseja compreender (SILVA, LOPES, DINIZ, 2008).

Para a fenomenologia os fenômenos ocorrem em um determinado tempo e espaço, precisando serem mostrados a fim de que se alcance a compreensão da vivência. Isso nos leva a refletir sobre como este modo de pensar pode contribuir para o viver cotidiano, reconhecendo nessa caminhada a essência do ser, da vida e das relações (TERRA et al., 2006).

A fenomenologia sociológica, fundamentada por Alfred Schutz, está alicerçada no vivenciar a experiência, valoriza a vivência que é única, pois, só o sujeito da ação pode dizer o que pretende sentir na relação com a mesma (SCHUTZ, 2012). Visa compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo, ou seja, das relações sociais; propõe analisá-las, a partir do entendimento que constituem relações mútuas que envolvem pessoas. Volta-se ao atendimento das ações sociais, que têm significado contextualizado, configurado no sentido social, e não puramente individual. O interesse foca-se no que se pode contribuir como característica típica de um grupo social que vivencia determinada situação (SCHUTZ, 2012).

Entendendo, o cuidado de enfermagem como um processo fundamentado na motivação, nas razões e nos objetivos (CHRIZOSTIMO et al., 2009), busca-se, a intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar mulheres em situação de violência. Para tanto, toma-se como referência a Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz.

Alfred Schutz (Figura 1) nasceu em Viena em 1899 e morreu em Nova York, em 1959. Estudou Direito e Ciências Sociais, formando suas bases de pensamentos a partir das obras de Edmund Husserl e Max Weber. Como pensador teve o propósito de estabelecer os fundamentos de uma Fenomenologia Sociológica (WAGNER, 1979).



Figura 2 - Imagem de Alfred Schutz. Fonte: Google Imagens (2013).

O campo de ação do pensamento de Schutz, suas ideias e concepções, consistem em cinco principais temas: fundamentos fenomenológicos para o tipo de sociologia que esse visava estruturar; a estrutura e o funcionamento da consciência humana e suas ramificações sociais; a estrutura e o funcionamento do mundo social como um conjunto de construções mentais e suas duplas raízes na experiência individual e nos padrões preestabelecidos de relacionamentos sociais; características de diferentes domínios da experiência humana e os fundamentos teóricos conceituais e metodológicos de uma sociologia de orientação fenomenológica (WAGNER, 1979).

Destaca-se que Schutz analisou as implicações da ação do indivíduo no mundo da vida, o qual é denominado por ele, a partir das ideias de Husserl, como as experiências cotidianas, direções e ações por meio das quais os indivíduos lidam com seus interesses, concebendo e realizando planos. Manifesta-se no sujeito por meio de suas relações (WAGNER, 1979).

Ao investigar os impulsos subjetivos que envolvem a ação humana, Schutz desenvolveu uma teoria subjetiva da ação humana, a teoria da motivação, na qual a ação no mundo da vida é vista como um processo fundamentado em funções de motivação, tais como as razões e objetivos, orientados por antecipações na forma de planejamento e projeções. Conforme essa teoria toda ação intencional tem um significado e o sujeito busca nela atender suas expectativas e necessidades. O significado dessa ação poderá ser desvelado somente pelo próprio sujeito (WAGNER, 1979).

Conforme esse referencial a ação humana é planejada a partir de um projeto que se objetiva realizar, ou seja, cada indivíduo age visando a alguma coisa. Compreende-se seu significado, por meio dos motivos da ação: os *motivos porque* e os *motivos para*. Os primeiros irão determinar o projeto conforme a disponibilidade de conhecimentos do agente da ação, contextualizando a ação. Referem-se ao passado, ou seja, podem ser observados a partir da ação já realizada, portanto sua natureza é objetiva. Os *motivos para* podem ser apreendidos enquanto a ação está em curso e referem-se ao projeto a ser realizado e à motivação para fazê-lo, ou seja, a orientação para a ação futura, o que se pretende ao realizar determinada ação. Referem à finalidade, o que o sujeito tem em vista (WAGNER, 1979; SCHUTZ, 2012).

Nesta pesquisa busca-se apreender o que as enfermeiras têm em vista ao cuidar as mulheres em situação de violência, ou seja, os *motivos para* da ação profissional. Para tanto, opta-se por esse referencial, pois este possibilita compreender o conjunto de ações sociais no mundo da vida e suas motivações, sendo possível apreender o típico da ação de cuidar dessas mulheres.

A atuação da profissional enfermeira frente às mulheres em situação de violência é privilegiada em função de essa profissional estar em contato direto com essas mulheres, nos diferentes locais de trabalho, tanto no âmbito hospitalar, quanto em ambulatorios, unidades de saúde, entre outros. Entende-se que a ação de cuidar dessa profissional não é uma ação individual, pois acontece no mundo com os outros, um mundo com outros profissionais. Portanto, contextualizada em um mundo social.

Para a enfermeira desenvolver ações de cuidado às mulheres em situação de violência é necessário partir do contexto de necessidades dessas mulheres, considerando-as como um todo, contemplando sua situação biográfica, a singularidade e desconstruindo atitudes naturais em relação à violência vivida (VIEIRA, 2011). Para tanto, a enfermeira precisa entender, claramente, sua motivação pessoal e profissional. Assim como as mulheres precisam ser vistas a partir de suas particularidades, o profissional deve ser percebido em seu vivido acadêmico, em seu contexto histórico-social (CHRIZOSTIMO et al., 2009). Nesse sentido, acredita-se que a abordagem da fenomenologia sociológica possibilita, nas diferentes situações de cuidado, agrupar características que permitem às pessoas reconhecê-las como tal, pelo fato de as ter vivenciado preliminarmente (JESUS et al, 2013).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

A fim de apreender os *motivos para* da ação profissional da enfermeira ao cuidar mulheres em situação de violência foi desenvolvido um estudo qualitativo de natureza fenomenológica.

A abordagem qualitativa foi escolhida uma vez que se caracteriza por buscar compreender as experiências humanas vividas pelos sujeitos, o que é possível a partir da descrição da experiência, tal qual ela é definida pelos mesmos (TURATO, 2003). Nesta abordagem é fundamental aprender a observar as interações entre as pessoas, o sistema no qual elas estão inseridas, pois isto revela o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações. Não é somente uma decodificação de dados, pois para a compreensão do objeto de pesquisa necessita-se compreender o contexto ao qual está inserido (MINAYO, 2010).

Todas as ações que o sujeito estabelece, tem um sentido intencional nas quais busca atender suas expectativas e necessidades. O sentido e significado das ações somente o próprio indivíduo pode desvelar. Desse modo, para compreender as ações das outras pessoas é necessário conhecer os *motivos para* ou os motivos porque da ação. Conceitualmente motivo refere-se ao estado de coisas, o fim, em função do qual a ação foi realizada (SCHUTZ, 2012).

Assim, a escolha pela fenomenologia sociológica de Alfred Schutz possibilitou a apreensão da intencionalidade da ação subjetiva da profissional enfermeira ao cuidar mulheres em situação de violência, uma vez que esse referencial possibilita pensar, fundamentar e desenvolver a ação de investigar e cuidar em Enfermagem, embasando-se nas relações sociais estabelecidas no mundo da vida. Ele valoriza a dimensão intersubjetiva do cuidado, traduzindo como a mais originária das relações existentes entre os seres humanos (JESUS et al, 2013).

4.2 Participantes

As participantes desta pesquisa foram profissionais enfermeiras trabalhadoras do Centro Obstétrico do HUSM (CO/HUSM), Pronto Socorro (PS/HUSM) e no Pronto Atendimento Municipal (PAM). A escolha dessas profissionais deve-se ao fato de o CO/HUSM e o PS/HUSM serem referência como porta de entrada de alta-complexidade para os casos de mulheres em situação de violência da região Centro do Estado. E o PAM ser referência para os casos do município. Busquei profissionais enfermeiras principalmente pela necessidade de fortalecimento do saber nuclear dessa profissão para atuar nos casos de violência.

Foi estabelecido o seguinte critério de inclusão: ser enfermeira/o trabalhador/a desses locais e ter atendido pelo menos alguma vez uma mulher em situação de violência. O critério de exclusão foi estar em férias ou em afastamento do trabalho no período da produção de dados.

O número de participantes não foi pré-determinado uma vez que nos estudos fenomenológicos o número de entrevistas a serem realizadas é determinado pela suficiência de significados convergentes aos objetivos da pesquisa (BOEMER, 1994; PAULA et al., 2012), a qual foi possível na décima entrevista.

4.3 Cenários

Os cenários de desenvolvimento da pesquisa foram o Centro Obstétrico, Pronto Socorro do HUSM e o Pronto Atendimento Municipal (PAM). O CO que é considerado referência regional para internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo campo prático para estudantes da graduação, profissionais da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde e Residência Médica. Esse serviço atende urgências e emergências ginecológicas e obstétricas, além de ser referência no atendimento a mulheres em situação de violência sexual. Possui seis leitos de internação para mulheres em trabalho de parto ou pós-parto; quatro leitos para recuperação anestésica; três leitos de observação para o atendimento ginecológico e para mulheres em situação de violência. Conta com a atuação de sete profissionais enfermeiras.

O PS/HUSM atende as emergências e urgências clínicas, cirúrgicas e traumáticas, sendo referência para os casos de violência física. Possui 19 leitos, três

isolamentos e as macas extras, que variam de acordo com a demanda. Conta com a atuação de 11 profissionais enfermeiras da instituição. O PAM também atende as emergências e urgências clínicas e traumáticas, sendo referência para os casos de violência física no município. Neste local atuam oito profissionais enfermeiras.

4.4 Ambientação

A etapa de campo é inaugurada pelo pesquisador, a partir da ambientação desse no cenário de geração dos dados, configurando-se momento essencial para o desenvolvimento da investigação (SIMÕES, SOUZA, 1997). É na aproximação com o cenário de estudo que podem se estabelecer relações com as pessoas, usuárias e profissionais do serviço a fim de se criar um ambiente favorável para desenvolver a entrevista fenomenológica. No movimento da ambientação, considera-se o ambiente, meio, no qual se está sendo pesquisadora e no qual se está vivendo com o outro, ao compartilhar emoções e sentimentos (PADOIN, SOUZA, 2008). Nesse sentido, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (CEP/UFSM), iniciei a aproximação com o cenário do estudo.

Após contato prévio com as enfermeiras responsáveis pelos três serviços, realizei uma visita em cada local, nos quais foi possível conhecer melhor a dinâmica e processo de trabalho de cada serviço, bem como algumas profissionais. Esta aproximação aconteceu no mês de novembro de 2012, quando ficou acordada a utilização de uma sala reservada para a realização das entrevistas. No Pronto Socorro foi a sala de descanso dos profissionais, no Centro Obstétrico e no Pronto-Atendimento foram disponibilizadas as salas de descanso da Enfermagem. Os encontros aconteceram em horários estipulados pela equipe conforme o movimento de trabalho no local, geralmente na metade do turno. Evitaram-se horários de trocas de equipe do plantão de enfermagem.

Durante os contatos percebi que ao falar sobre o tema de pesquisa algumas profissionais apresentaram um estranhamento, referindo que talvez não fosse possível contribuírem muito com a pesquisa naquele cenário, pois era um local onde as mulheres ficavam pouco tempo, como no Centro Obstétrico, referência no município para casos de violência sexual: *“Essa pesquisa deveria ser feita na maternidade”*. Também foi possível perceber a naturalização e banalização da violência contra as mulheres quando

ouvi a fala: *“Pesquisa sobre violência contra a mulher? Pra quê? Essas mulheres merecem apanhar mesmo”*. Nesse primeiro contato foi possível apreender um pouco do estoque de conhecimentos à mão (SCHUTZ, 2012) que algumas profissionais dispõem para lidar com as mulheres em situação de violência.

Foi preciso realizar um movimento, pautado na subjetividade, no qual se percebe a singularidade do outro e exercita-se a escuta, buscando-se o significado da ação. Chegar à atitude fenomenológica, ao encontro com o outro, pressupõe ter clareza das inquietações e do estranhamento causado no sujeito pesquisador de modo a apontar obscuridades inerentes à constituição do objeto de estudo. Assim, necessitei exercitar esse movimento, e por meio do diálogo reconhecer o outro na sua singularidade, inserido num contexto social e cultural. Em alguns momentos inquietei-me com essa escuta e com os sentimentos despertados o que me fez perceber quão árdua seria a tarefa de redução dos pressupostos (NEVES; SOUZA, 2003).

4.5 Aspectos éticos

Quando se fala em ética, refere-se à ação humana que produz consequências em outras pessoas. Deve ser vista como parte importante da pesquisa e levada em conta desde os primeiros momentos de sua concepção. Não diz respeito somente à questão do sigilo, mas sim a questões referentes a normas de conduta correta (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000).

Com a finalidade de cumprir com as considerações éticas dispostas na Resolução Nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) foram realizados os seguintes procedimentos: o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Direção de Ensino Pesquisa e Extensão do HUSM, a fim de obter o aceite para o desenvolvimento da pesquisa; posteriormente foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, bem como na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), seguindo para apreciação do CEP/UFSM. A coleta de dados iniciou-se somente após aprovação pelo CEP/UFSM, sob parecer número 183.567 e CAAE: 12224212.2.0000.5346 (ANEXO A).

Após a aproximação e ambientação nos cenários de pesquisa, em momento oportuno as profissionais foram convidadas pela pesquisadora a participar da pesquisa. A elas foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-

TCLE (APÊNDICE A), o qual foi assinado voluntariamente em duas vias, ficando uma cópia para cada participante e outra para a pesquisadora.

No TCLE estavam descritos os objetivos da pesquisa, justificativa, riscos e benefícios, bem como autonomia no que diz respeito à participação espontânea, direito de desistência das participantes em qualquer etapa da pesquisa; direito à privacidade e anonimato. Outro aspecto que constava no termo é que as informações obtidas seriam de uso exclusivamente científico, com a finalidade de produção de conhecimento para a área de Enfermagem e da Saúde. O anonimato foi garantido por meio da utilização da letra “E”, inicial de enfermeira, seguida de um numeral (E1, E2, E3, E4....). As entrevistas foram realizadas em sala reservada disponibilizada por cada serviço. O tempo foi determinado por cada participante.

O Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B) assegurou que as informações poderiam ser divulgadas somente de forma anônima e que seriam mantidas sob a responsabilidade da pesquisadora em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1336, localizada no terceiro andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por um período de cinco anos. Após esse período o banco de dados será destruído.

Além destes aspectos, em todo o processo de pesquisa foram observados os princípios éticos fundamentais do respeito à pessoa, sendo aplicados às participantes desta pesquisa, a citar: o princípio da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e o da justiça. Os benefícios da pesquisa consistiram em geração de informações a fim de subsidiar a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática. Os riscos consistiram em sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolveu a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. No entanto, essas situações não aconteceram nesta pesquisa.

4.6 Geração das informações

Com vistas a apreender os *motivos para* da ação das enfermeiras foi utilizada a entrevista fenomenológica que consiste em “uma maneira acessível ao cliente de penetrar a verdade mesma do seu existir, seja ela qual for, sem qualquer falseamento ou deslize, sem qualquer preconceito ou impostura” (CARVALHO, 1991, p. 35). Para tanto, exigiu da pesquisadora interesse verdadeiro e autêntico, em desvelar o fenômeno,

descobrir significados, desenvolver compreensão e explorar esse na maior diversidade possível. A realização das entrevistas foi no período de janeiro a abril de 2013.

A entrevista nessa abordagem é considerada um encontro social, no qual são fundamentais a empatia e a intersubjetividade, onde ocorre a penetração mútua de percepções. É colocar-se no lugar do outro (MARTINS, BICUDO, 1989). Conforme esses autores, nesta entrevista, é impossível seguir regras rígidas. Nesse sentido, não se dispõe na literatura de pesquisa fenomenológica a descrição exata, ou os passos a serem seguidos para se chegar às peculiaridades deste tipo de entrevista (SIMÕES, SOUZA, 1997). Não existe uma maneira pronta a ser seguida e os resultados positivos da entrevista dependem de como vai ocorrer o encontro com o outro. Os questionamentos iniciais quanto ao modo de proceder, às inquietações e os pré-julgamentos existem em cada pesquisador que se dispõe a desenvolver estudo na abordagem fenomenológica.

Cabe ao investigador encontrar a melhor forma de aproximação aos participantes da pesquisa, de modo a considerar o alcance dos objetivos propostos e aspectos como o ambiente físico propício ao encontro social, as particularidades da clientela escolhida, a adequação da questão norteadora e da técnica de obtenção dos depoimentos. Estes fatores devidamente interligados e ajustados conduzem a descrições singulares do objeto de estudo proposto e levam a um novo conhecimento, a um desvelar de facetas do fenômeno aos olhos de quem o vivencia (SIMÕES, SOUZA, 1997; MOREIRA, MONTEIRO, 2009).

Ao me aproximar das profissionais para convidá-las a participarem da pesquisa, explicava sobre o tema e importância da realização do estudo para a área da Enfermagem e da Saúde. Duas profissionais convidadas se recusaram a participar e duas foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão. Considerei esse momento de aproximação por vezes crítico, uma vez que mesmo agendando a entrevista, às vezes a dinâmica do serviço fez com que eu precisasse remarcar a entrevista e voltar outro dia. Frente a isso ficava angustiada ao me questionar como iria estabelecer um encontro social, uma relação empática no meio da dinâmica do serviço de urgência e emergência. Ao mesmo tempo foi enriquecedor, pois passei a refletir no desafio de se captar a subjetividade, encontrar o outro naquele ambiente com tantas atribuições profissionais.

Para realizar a entrevista iniciava uma conversa informal, visando propiciar um ambiente de trocas e empatia entre a participante e a pesquisadora (SIMÕES, SOUZA, 1997; MOREIRA, MONTEIRO, 2009). Explicava sobre os objetivos da pesquisa e a

importância de cada uma para a realização da mesma e que eu não estava ali para avaliar o trabalho das profissionais e sim para realizar um estudo que iria contribuir com o conhecimento sobre o tema. Também falava sobre a possibilidade de desistência da participação sem qualquer prejuízo individual, bem como da necessidade de gravar a entrevista. Nesse momento, explicava que o uso do gravador era para eu poder ficar à vontade para escutá-las, sem ter que desviar minha atenção ao anotar, o que facilitaria nossa interação, a compreensão das falas e a observação de gestos e atitudes. Mas que caso elas não autorizassem a gravação isso não impossibilitaria a entrevista. Todas as profissionais autorizaram o uso do gravador. Expliquei que as falas seriam ouvidas somente por mim e minha orientadora e que, após cinco anos, seriam destruídas; também expliquei sobre a escolha do código E, por se a letra inicial da palavra enfermeira, para garantir que suas identidades não seriam reveladas. Reforcei nesse momento a confidencialidade das informações à pesquisadora.

Posicionava-me lado a lado das profissionais e na posição sentada, uma vez que esta postura demonstra disposição para ouvir (SIMÕES, SOUZA, 1997). Além disso, observava para que nada ficasse posicionado entre participante e pesquisadora, nem mesmo o gravador. Esse era colocado ao lado de modo que ficasse em uma posição adequada para captar os sons e não interferisse na interação durante a entrevista (VIEIRA, 2011).

O roteiro da entrevista (APENDICE C) era composto de questões sobre a situação biográfica das profissionais e se já haviam atendido alguma vez mulheres em situação de violência. Realizei essa pergunta a 13 profissionais, no entanto duas participantes relataram não terem atendido nenhuma mulher em situação de violência durante sua trajetória profissional. Isso impossibilitou a realização da entrevista fenomenológica com essas profissionais, uma vez que o objeto de estudo buscava o significado de sua ação. Uma entrevista foi perdida por falhas técnicas no gravador de áudio. Portanto, integraram o corpus da pesquisa 10 entrevistas quando se obteve suficiência de significados convergente com os objetivos do estudo.

Após perguntar se as profissionais haviam atendido alguma vez essas mulheres, eram questionadas sobre as ações de cuidado e era realizada a questão fenomenológica orientadora: *o que você tem em vista quando cuida de mulheres em situação de violência?* Essa questão foi adaptada conforme a necessidade de entendimento das profissionais entrevistadas. As formas de adaptação foram substituir a expressão *O que*

você tem em vista por: o que você espera [...]; o que você pretende [...]; qual a sua intenção [...]; qual sua expectativa [...]; qual seu objetivo quando cuida de mulheres em situação de violência.

O pesquisador/a deve conduzir a entrevista fenomenológica gradativamente, percebendo por onde começar, o que mais incomoda ou impede o prosseguir e o que fazer para superar as dificuldades. Esta trajetória é mais amena quando o/a pesquisador/a tem seu objeto de estudo definido de forma consistente e clara. Destaca-se a importância de se elaborar uma questão norteadora clara para o entendimento dos sujeitos (SIMÕES, SOUZA, 1997). Assim a entrevista necessita ser permeada por questões que evoquem as motivações, que fundamentam e impulsionam a ação (JESUS et al, 2013).

Realizei as entrevistas uma a uma e, após refletia o que poderia aprimorar nas próximas conduções. Na primeira entrevista, frente a minha ansiedade e medo de errar ou induzir as profissionais com os questionamentos, percebi a necessidade de fazer pequenas anotações, apenas o essencial, a fim de retomar o que elas falavam e obter profundidade na entrevista.

Nos momentos iniciais, para amenizar a ansiedade de conduzir esse tipo de entrevista, conversava com minha orientadora a cada entrevista realizada, onde falava sobre minha aflição em limitar-me a falar somente o que cabia à pesquisadora e conter naquele momento minha vontade de intervir, determinada pela minha situação biográfica como mulher, enfermeira, feminista e ativista social. Percebia que estava repleta de pressupostos e pré-conceitos sobre as ações realizadas ou não realizadas pelas profissionais, que isso tudo integrava o que Schutz (2012) chama de bagagem de conhecimentos, ou estoque de conhecimentos adquiridos sobre a temática estudada. Motivada pelos questionamentos da orientadora, refleti e percebi o quanto era necessário que me desapegasse desses pressupostos, a fim de chegar à atitude fenomenológica de suspendê-los para que não impregnassem o estudo.

Esse contexto de ajuda possibilitou que eu realizasse o segundo momento, a imersão na entrevista. Nesse foi possível desenvolver uma escuta atenta, na qual eu me senti mais livre para deixar a profissional à vontade para falar e para entender melhor o mundo da vida dessas profissionais, suas atitudes, os anseios e as expressões. Contexto esse que possibilitou o desenvolvimento da atitude fenomenológica e, também elaborar questões empáticas de acordo com o que se revelava pela fala das enfermeiras.

Destaco também alguns momentos de aprendizado mútuo que aconteceram após ter desligado o gravador e que foram enriquecedores para mim como enfermeira e pesquisadora e para as profissionais. Após ter contemplado os objetivos do estudo com a entrevista, perguntava se as profissionais teriam algo mais a dizer. Nesse momento muitas comentavam sobre a importância do tema abordado e da realização do estudo. Como ilustrado na fala:

É interessante o teu trabalho para mostrar o que seria necessário pra um efetivo acolhimento, um atendimento de referência, porque aqui é um serviço de referência, mas não é um atendimento de referência [...]. [E5]

Após encerrar a entrevista e desligar o gravador, muitas enfermeiras tinham necessidade de fazerem perguntas e comentários sobre a temática e sobre a fragilidade da rede de atenção do município. Nesse momento, como enfermeira implicada com a saúde das mulheres em situação de violência, conversava com vistas a desenvolver um momento educativo junto às profissionais.

Conversávamos sobre o contexto de vida das mulheres em situação de violência, sobre o ciclo da violência e esta como uma demanda de saúde. Também sobre a atuação da enfermeira na abordagem às mulheres, na identificação da violência, sobre a possibilidade de denúncia do agressor e como funcionam os principais trâmites legais para tal ação. Ainda discutíamos sobre que é preconizado pela Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011), sobre a composição da rede de atenção e os serviços especializados existentes em Santa Maria, como a Casa de Passagem que acolhe as mulheres em situação de violência, a Delegacia da Mulher, o CREAS, dentre outros. Também sobre a luta de grupos e coletivos atuantes no enfrentamento da questão; sobre o Programa Viver Mulher sem Violência do governo federal; fluxogramas de atendimento que estão sendo estruturados no município e construção de cartilhas informativas sobre a violência; sobre a necessidade de se ter um Centro de Atendimento às Mulheres em Santa Maria. E, também sobre as possibilidades de devolutiva dos resultados do meu trabalho para os serviços participantes da pesquisa.

Durante a etapa de campo, ia transcrevendo e ouvindo repetidas vezes as entrevistas. Assim, foi possível chegar a uma apreensão dos significados subjetivos da ação de cuidar realizada pelas profissionais, mediada pela entrevista fenomenológica, a qual possibilitou a aproximação com o mundo da vida cotidiana dessas enfermeiras, tendo em vista compreender os objetivos do cuidar em enfermagem.

4.7 Análise das informações

A fim de apreender os *motivos para* da ação das profissionais enfermeiras que cuidam de mulheres em situação de violência, descreve-se a seguir a análise dos dados (Figura 3). Esses passos foram utilizados com base nas sugestões de Tocantins (1993), Tocantins, Souza (1997) e Rosas (2003).

O primeiro passo foi a transcrição atenta das entrevistas; após, foram realizadas leituras e re-leituras das mesmas visando identificar as ações desenvolvidas pelas profissionais (Quadro 1) e captar os *motivos para* da ação das enfermeiras. Para captação dos *motivos para*, foi realizado um recorte das respostas alinhado à questão central do estudo: *o que você tem em vista ao cuidar de mulheres em situação de violência?* Identificadas as ideias comuns refletidas nesses recortes, cada entrevista foi lida e re-lida na íntegra para confirmar se essas ideias expressavam-se ao longo da fala das enfermeiras.

Reitera-se que a leitura cuidadosa e análise crítica do conteúdo dessas falas possibilitaram a identificação e a descrição dos significados da ação, a categorização, com consequente compreensão do fenômeno investigado. As categorias são denominadas concretas por constituírem sínteses objetivas dos diferentes significados da ação emergidas das experiências dos sujeitos (SCHUTZ, 2012; JESUS, et al, 2013).

Ao final, na análise de dados foram identificadas a relação das categorias entre si, obtendo-se assim ao típico da ação profissional, aquilo que representa a essência, o que é comum à enfermeira no cuidar dessas mulheres (NERY, TOCANTINS, 2006; VIEIRA, 2011; JESUS, et al, 2013). Os resultados foram interpretados conforme os fundamentos da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz.



Figura 3 - Fluxograma da análise de dados

5 RESULTADOS

5.1 Situação biográfica das enfermeiras participantes do estudo

O homem coloca-se no mundo da vida diante de situações que constituem episódios de sua vida, experiências já percorridas e que antecedem aquele momento. Tanto o conteúdo quanto a sequência desses acontecimentos são peculiares a sua própria trajetória o que consiste em uma situação biograficamente determinada (SCHUTZ, 2012).

Assim, subjetivamente é impossível que dois indivíduos experimentem a mesma situação da mesma maneira, uma vez que cada um encontra-se na situação a partir de seus propósitos e objetivos, enraizados em seu passado, em sua história de vida singular (SCHUTZ, 2012).

Com esta perspectiva, neste estudo, buscou-se nas falas informações que compusessem a situação biográfica dessas enfermeiras, a partir da sua bagagem de conhecimentos e experiências, as quais as situam no mundo da vida cotidiana e das relações sociais. Algumas informações foram suprimidas devido à possibilidade de quebra de anonimato da identidade das profissionais.

Enfermeira 1 (E1) - 55 anos, graduada há 26 anos, tem mais um emprego. Trabalha no pronto socorro do hospital há 16 anos, atua na classificação de risco em urgência e emergência e na assistência. Já atendeu mulheres em situações de violência, mas referiu serem poucas, lembra de um caso, quando remete à violência sexual, quanto à agressão física entre casais relata que “*seguido aparece*”.

Enfermeira 2 (E2) - 43 anos, graduada há 18 anos. Trabalha no pronto socorro do hospital há 10 anos e também no Pronto Atendimento Municipal, atua no atendimento de emergências. Refere já ter atendido mulheres em situação de violência.

Enfermeira 3 (E3) - 51 anos, graduada em enfermagem há 24 anos. Trabalha no Centro Obstétrico do hospital há 27 anos. Atua no atendimento às mulheres em trabalho de parto, emergências obstétricas e situações de violência sexual, uma vez que o serviço é referência para atendimento desses casos.

Enfermeira 4 (E4) - 42 anos, graduada há 21 anos. Trabalha no Centro Obstétrico há cinco anos. Atua no atendimento às mulheres em trabalho de parto, aos recém-nascidos, emergências obstétricas e situações de violência sexual.

Enfermeira 5 (E5) - 45 anos, graduada há 18 anos. Trabalha no Pronto Atendimento Municipal há 10 anos, no atendimento de urgência e emergência. Relata ter pouco contato com as mulheres em situação de violência em função de que elas chegam até o serviço, geralmente acompanhadas da Brigada Militar, para fazerem o exame de lesões, realizado pelo médico, refere que muitas vezes a mulher nem passa pelo atendimento de enfermagem, *“a não ser que seja um espancamento muito grande”* e somente os casos nos quais é preciso fazer alguma intervenção como sutura ou curativo ou que a mulher precise ficar em observação.

Enfermeira 6 (E6) - 51 anos, graduada há 30 anos. Trabalha no Pronto Atendimento Municipal há 15 anos. Diz que *“difícilmente tem alguma paciente agredida”*, mas que já atendeu essas mulheres.

Enfermeira 7 (E7) - 34 anos, graduada há 13 anos. Trabalha há 10 anos no pronto socorro do hospital, atuando no atendimento das urgências e emergências. Refere que *“a atividade do enfermeiro no Pronto Socorro é muito ampla, a gente atua aqui em todos os setores, desde administração, gerenciamento, atendimento direto ao paciente, [...] familiares e atividades com outras equipes profissionais”*. Já atendeu mulheres em situação de violência, porém refere que o serviço não tem protocolo específico para o atendimento de pessoas vítimas de violência.

Enfermeira 8 (E8) - 52 anos, graduação em enfermagem há 22 anos, trabalha no pronto atendimento há 15 anos. Atua na gerência mas também na assistência de enfermagem em urgência e emergência. Atendeu muito poucas mulheres em situação de violência: *“Vi muito pouco [...] é bastante passageiro assim, chegou com a Brigada, o que houve? É Maria da Penha. E não se envolve muito com isso, mas eu já tive situações que eu conversei com a paciente”*.

Enfermeira 9 (E9) - 32 anos, graduada em enfermagem há oito anos, trabalha no pronto socorro do hospital há sete anos. Atua no atendimento de urgência e emergência. Refere já ter atendido mulheres em situação de violência, em especial, um caso em que a mulher ficou internada no pronto atendimento.

Enfermeira 10 (E10) - 44 anos, graduação há 16 anos, está trabalhando no pronto socorro há três dias, mas trabalha no hospital há um ano, onde atuou no bloco cirúrgico e unidade de internação cirúrgica. Anteriormente trabalhou em Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF). No PS atua no atendimento de urgência e emergência. Refere já ter atendido mulheres em situação de violência, em especial na Unidade cirúrgica e nas UESF.

5.2 Ações desenvolvidas pelas enfermeiras aos cuidados de mulheres em situação de violência

Dentre as experiências e vivências no cuidado às mulheres em situação de violência que integram o mundo da vida das enfermeiras foram descritas as seguintes ações: sete delas conversam com os familiares, seis enfermeiras escutam e conversam com as mulheres, a administração das medicações foi referida por cinco profissionais, aferição dos sinais vitais também foi referida por cinco profissionais; cinco ainda orientam e perguntam sobre a denúncia da violência; quatro examinam a lesão, três delas encaminham para o psicólogo. O registro da agressão física ou sexual é realizado por três profissionais; duas enfermeiras encaminham para exames, duas encaminham para o Ambulatório de Doenças Infectocontagiosas e uma encaminha para o Centro de Referência em Assistência Social. A discussão do caso com outros profissionais da equipe é realizada por duas profissionais. O encaminhamento para o Departamento Médico Legal (DML) e o encaminhamento para o Centro Obstétrico é realizado por uma enfermeira, respectivamente. Ainda uma delas constrange o profissional que pratica a violência obstétrica.

5.3 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA: construção das categorias concretas do vivido

As enfermeiras participantes deste estudo falaram sobre as ações realizadas no seu cotidiano de trabalho com mulheres em situação de violência e, a partir disso a entrevista fenomenológica foi orientada pela questão: *“o que você tem em vista quando cuida de mulheres em situação de violência?”*, a qual permitiu apreender, nas falas das enfermeiras, as categorias concretas do vivido. Em sequência, buscou-se a compreensão dos *motivos para* expressos na vivência das profissionais, tomando-se por base o referencial de Alfred Schutz (2012).

Para Schutz, a categoria concreta do vivido é mediada pela situação biográfica do sujeito (POPIM, BOEMER, 2005), e formulada pelo/a pesquisador/a, a partir dos dados obtidos. Envolve tanto a reflexão dos sujeitos como a visão do/a pesquisador/a. “Os significados que as constituem não são necessariamente excludentes, pois determinados aspectos podem estar presentes em mais de uma categoria, já que são inter-relacionadas na experiência dos sujeitos” (JESUS et al, 2013, p. 740). Neste estudo as categorias concretas permitiram significar as ações de enfermeiras que cuidam de mulheres em situação de violência.

Na busca dos *motivos para*, que expressam a intencionalidade das enfermeiras ao cuidar de mulheres em situação de violência, foram desveladas as categorias:

- ***Esperam inicialmente a recuperação da saúde física e o bem-estar das mulheres;***
- ***Têm expectativa de entender a situação; que as mulheres despertem sobre a violência e procurem ajuda para não voltarem com o mesmo problema.***
- ***Têm em vista minimizar os agravos da violência, confortar, tranquilizar, dar suporte e ajudar as mulheres.***
- ***Desejam que outro profissional atenda para que a mulher saia da situação.***

ESPERAM INICIALMENTE A RECUPERAÇÃO DA SAÚDE FÍSICA E O BEM-ESTAR DAS MULHERES

A primeira coisa é verificar os sinais, daí começa a conversar com a pessoa, pergunto quais os principais sintomas [...]. O principal aqui é o bem-estar físico, mental, clínico e psicológico também, porque é muito bom tu conversar com as pessoas. [...] Quando elas estão internadas a gente praticamente faz só o que está prescrito. Se tem lesão a gente faz curativo, faz raio x, tomo, ultrassom, faz os exames e no que ela está estável ela é liberada. Aí depois a gente não sabe o que acontece, se ela é encaminhada pra um psicólogo, o quê que fazem. [...] eu não tenho esse contato, porque de noite tu só vem, faz o plantão e vai embora [...] às vezes, é pouca lesão foi no outro dia, já é liberada. [...] Ali na emergência [...] não tem esse sistema de ficar batendo papo, sempre tem uma coisa e outra pra fazer, então tu vai lá, faz [o que está prescrito] rápido e tá. [E1]

O meu objetivo nos cuidados é a recuperação do paciente, é que ele melhore e saia daqui bem. [...]Dependendo do caso, se é levezinho, elas chegam mentindo, mentem que caíram duma escada, caiu da moto... [...] A gente desconfia, mas a gente não sabe se realmente é [violência], mas desconfia até pelas atitudes que às vezes até o marido mesmo que vem trazer. E aí [...] tu olha e tu sabes se está mentindo [...] se a pessoa não declara, não diz, aí faz um atendimento normal, caiu da escada, faz um raio x que tem que fazer e tratam o que precisa e o que não precisa vai embora. A gente não encaminha, não. [...] E a gente não tem esse serviço [serviço referência para encaminhamento]. [E2]

Não é um objetivo meu isso [implementação terapêutica e cuidados de enfermagem], é uma coisa assim que foi definida. É um protocolo de atendimento e a gente cumpre o protocolo. [...] [E3]

Eu não fiz nenhum cuidado, eu só fui conversar com ela, ver o que tinha acontecido [...] eu fui ver se ela precisava de alguma coisa, se tava com dor, se tinha alguma queixa, ver sinais, pra poder dar um motivo pra tu chegar também, porque não vou chegar lá especulando ou querendo saber o que aconteceu com ela. [...] Eu atendi, mas não me deu abertura nenhuma de muita conversa, foi verificado os sinais e foi todo o contato que eu tive com ela [...] [E5]

[As mulheres] vem mais pra exame de lesões, então ela chega com a Brigada, na salinha da Brigada [...], é atendida na sala, só o médico vai até ali, então assim, ela nem entra, a gente não vê passando pelos corredores nem nada disso [...]. É feito um exame de lesões pelo médico e se precisa algum curativo, uma sutura, alguma coisa, é passado pro pessoal da enfermagem. Terminou aquele procedimento ela vai embora pra fazer a ocorrência. Dificilmente fica alguém internada aqui, a não ser que seja um espancamento muito grande. [...] O contato nosso é muito pouco, por causa da questão da lesão, que elas vêm com outra intenção aqui, vem pra poder registrar uma ocorrência. [...] às vezes, a gente nem fica sabendo que chegou uma agressão, que é uma Maria da Penha [...] porque o PA é sempre um corre-corre, tu tá envolvida, a gente se envolve com os leitos do fundo, com a urgência e emergência, sala

de procedimentos, mais todo o atendimento de consultas que tem. [...] Não tem um momento que tu possa ter uma escuta, ou conversar. [E5]

Se eles [elas] estão internados é todo cuidado clínico né? [...] toda essa parte de medicação, de curativos, de mudança de decúbito, de sonda né, de tudo isso. Toda essa parte clínica junto e mais a orientação familiar. [...] A gente espera que pelo menos ajude um pouquinho [...] A maioria dos casos são agressões mas não tem consequências assim mais fatais a ponto da pessoa ficar internada, então é mais arranhão, equimose, um corte, uma coisa assim, um braço, às vezes quebrado. Mas aí tu já vai, já encaminha, já põe a tala e coisa e já libera.[...] [E6]

O cuidado inicial, a gente pensa é na parte física do sujeito, da mulher, às vezes tá com ferimento por arma de fogo, aí se tem pneumotórax, se não tem. O início principal, como é característica da emergência é tentar salvar a vida dela, e depois o resto a gente vai trabalhando depois [...] depois se é possível a gente faz a conversa, vê como que ela tá emocionalmente ou não. [E7]

O cuidado é feito normal, é um cuidado que independe [...] quem tá cuidando dessa paciente pode nem saber que ela apanhou. Tem uma lesão [...] se ela interna, ou fica em observação elas vão ficar conversando, elas contam história, aquela coisa toda [...] se ela foi agredida e foi uma lesão que a médica acha que não precisa pra procedimento [...], ela sai dali e vai com a Brigada. [Sobre o cuidado] Atendemos o clínico e o restante não. [...] O que ela tá sentindo no momento, o que ela tem de clínica, dor ou lesão aberta que tenha que fazer curativos, cuidados de enfermagem. [E8]

Quando tu desenvolve é um trabalho mais mecânico [...] De não envolver o lado psicológico dela. Cuidado com ela, com o corpo dela, com a saúde dela, com a evolução do quadro, recuperar o trauma que ela sofreu, pra melhorar, não a parte mental. [...] A parte psicológica, eu não cheguei a me envolver. Assim, esse tratamento eu acho que não era comigo. Tipo assim, o quê que aconteceu, orientar sobre a denúncia [...] deixar mais pro lado de quem realmente tem que fazer o trabalho, a assistente social ou psicólogo, quem é especialista nisso, um médico. [E9]

As enfermeiras ao realizarem a ação de cuidar de mulheres em situação de violência na sua prática assistencial têm em vista realizarem o cuidado inicial das lesões, dos ferimentos, do trauma; esperam o bem-estar clínico das mulheres, ou seja, a sua recuperação física. Demonstram embasar sua intencionalidade no entendimento de saúde condicionado às questões biológicas dos ferimentos, do risco à vida. O cuidado realizado é técnico, por vezes, protocolado no serviço, um cuidado considerado “normal”, muitas vezes restrito às questões biológicas. Num segundo momento, conversam e escutam as mulheres esperando seu bem-estar emocional.

TÊM EXPECTATIVA DE ENTENDER A SITUAÇÃO; QUE AS MULHERES DESPERTEM SOBRE A VIOLÊNCIA E PROCUREM AJUDA PARA NÃO VOLTAREM COM O MESMO PROBLEMA

A gente sempre faz um preconceito. [...] Mas por que ela apanhou? [...] Eu queria saber exatamente o que é que tinha acontecido então eu até conversei com eles lá e perguntei tudo, tava a mãe e a sogra e elas contaram, uma versão um pouquinho mais verdadeira, porque a gente, sempre quando chega a paciente aqui, a gente tem esse preconceito de “o que será que aconteceu?”, [...] “por que ela apanhou?” Será que a culpa era dela ou a culpa era do marido? Entendeu? O marido era agressivo ou não era? A gente sempre imbui isso. [...] Não deve, não interfere no atendimento, lógico, mas a gente sempre pensa, quer saber qual é a história [...] a gente tem curiosidade em saber. [...] Uma situação assim que tu fica imaginando sem exagero o quê que aconteceu pra um homem chegar e fazer aquilo tudo [ênfase] com uma mulher [...] mas até o momento que ela não conversava, tava todo mundo ali não sabia, exatamente o quê que tinha acontecido né, o porquê, o motivo de toda aquela agressão.[E2]

Aqui a gente tenta buscar, como ocorreu, essas coisas, até porque a gente tem que ver se não vai precisar fazer quimioprofilaxia do HIV, do anticoncepcional, todas as sorologias, toda a coisa técnica da coisa, que tem que ser feito [...] uma coisa importante também da escuta é que ajuda a equipe que tá ao redor a não julgar, sabe? Porque tem muita coisa de julgamento também... “ah porque tava de noite, tava lá na festa... mas também tava na festa! Olha, as duas horas da manhã, não, o quê que a mulher quer, numa festa, fazendo isso?” Sabe? Então assim, com a escuta tu ouve mais, não é isso, não é na festa, as duas da manhã fazendo isso. [...] Porque esses casos tem muita curiosidade por parte da equipe, quem tá no plantão. [...] Se tu ouve e daí tu também traz pra equipe entender que não é isso que a violência é uma coisa que vem da questão cultural, da questão do machismo, do homem se impor, sabe? Então essa escuta pra mim serve pra várias coisas. [E4]

A gente tenta conversar com elas pra saber a origem da lesão, da agressão, que a grande maioria delas nega que foi o companheiro, por exemplo, que agrediu, ou o filho. E às vezes é o outro familiar que traz, ou a própria Brigada que nos diz [...], porque muitas delas falam que elas caíram ou porque foi um acidente que aconteceu e ela se machucou. [...] Eu tento assim, conversar com ela pra entender o quê que aconteceu, quem é que foi, quem foi que agrediu ela, se ela tem consciência daquilo que aconteceu porque muitas acham natural, normal, “tanto tempo o fulano me agride”, elas não falam, elas não verbalizam isso. Muito pouco tu consegue essa informação através de outro familiar, ou de outra pessoa que trouxe ela, às vezes nem é da família, é um vizinho [...] [E7]

[sobre casos de mulheres em situação de violência] Vi muito pouco assim chegando com a Brigada, mas comigo assim foram poucas vezes que eu parei assim pra ver realmente, se não é bastante passageiro, chegou com a Brigada o que houve? é Maria da Penha?

e não se envolve muito com isso, mas eu já tive situações que eu conversei com a paciente. Então, achei bastante complicado porque sempre na conversa, e eu vejo o pessoal também comentando, que naquele momento eles tão furiosos, daí querem registrar e tal e depois tão juntos de novo, tanto é que tu vê a Maria da Penha voltando porque foi agredida [...]. [sobre a conversa com a mulher] primeiro a gente queria [...] saber se realmente era Maria da Penha, se tinha apanhado, pra dar alguma coisa de orientação entendeu? Mas ela negou até o final e depois, acabou saindo os dois juntos [...]. [E8]

[sobre a conversa com os familiares] saber a história, o quê que aconteceu com a paciente, tudo. Também porque a gente fica tão sensibilizada, e ainda mais quando é com a mulher. Daí a gente fica chocada quando fica sabendo duma história e aí tu quer saber mais [...] é instinto, sei lá [...]. Claro que saber mais informações, eu acho, tu não precisa, tu tem que fazer o teu cuidado, tu não precisa ficar sabendo o quê aconteceu, por exemplo, entre marido e mulher ali, isso que não é o meu trabalho específico, não é da minha competência. Não sei. [E9]

As profissionais manifestam nessa categoria a necessidade inicial de conhecer a história e entender a situação de violência, exatamente como essa aconteceu; saber da mulher a origem da lesão, da agressão, quem era o agressor, se realmente é um caso de “Maria da Penha”. A intencionalidade disso é pra fazer a quimioprofilaxia do HIV, as sorologias, o uso do anticoncepcional; pra orientar, pra saber se ela tem consciência da agressão, pra ajudar o restante da equipe a entender a situação e não julgar a mulher. Algumas apontam que é por curiosidade, por instinto, por ficar chocada com a situação.

Quando a gente tá disponível, eu pergunto se ela vai denunciar: “e aí tu vai fazer o registro?” Umas dizem que sim, outras que não porque elas têm medo de serem agredidas de novo. [...] Às vezes, quando elas tão sozinhas, ou tão com a mãe ou até muitas com os filhos pequenos junto, difícil! [...] E a maioria também vem com o marido, com o próprio agressor vem ser atendido no Pronto Socorro [...], e aí como é que tu vai perguntar? [...] pra gente fica meio difícil também, embora assim, se a gente tivesse um serviço aí tu chamaria num canto ia lá e dizia: [...] mas nunca... um serviço de encaminhamento. [...] Encaminhar não é problema, o problema assim é para aonde e quem vai receber. [...] A gente manda embora, não encaminhamos pra lugar nenhum. [...] [a finalidade] é saber se ela, que nem eu digo “caiu a ficha”, saber se ela tem intenção de cair fora dessa, de resolver o problema dela. Até porque, se ela diz que vai registrar, a gente até dá uma orientação que procure a delegacia pra fazer o registro, porque aí estando registrado ali já tá com meio caminho andado [...] pra chamar a atenção de que ela pode e que deve procurar um serviço de apoio. [E2]

[...] a gente mais ouve porque cada uma tu vais ter que abordar de uma maneira diferente pra ajudar um pouquinho, pra saber como

vai sair daquilo ali [...] Daí tu conversa com elas, às vezes elas chegam e te colocam aquela situação, daí tu procura mostrar pra elas que elas não precisam passar por aquilo, que não é porque é mulher que ela tem que aceitar esse tipo de coisa, que ela pode, que ela tem alternativas, outras coisas que ela pode fazer da vida dela, ir procurar um serviço, um juiz, ela pode ficar livre daquele parceiro, se ela não tiver bem ali, pode ter um trabalho. A gente sabe que às vezes é difícil pra uma pessoa que não tem nenhuma qualificação. Que muitas vezes elas ficam ali naquela situação porque se ela sair dali ela não vai ter o que comer, não vai ter onde morar. Então é uma coisa muito difícil. Tem umas que tu diz: não, mas tu tem o pai e a mãe, tu podes voltar pra casa deles, tu tens o apoio. [E3]

[...] que ela se esperte um pouco, que elas olhem que existem outras coisas na vida. Que tu pode ter uma vida independente, não é porque agora tu teve um filho ou dois dum cara que tu tem que aguentar aquilo o resto da vida [...]. Eu procuro mostrar pra ela que ela é uma pessoa, que tem direito de ser feliz, não é porque ela fez uma opção errada ou porque teve um filho que ela tem que pagar um preço muito caro o resto da vida. Eu acho que o filho até é uma motivação pra ela querer sair daquilo, pra ela querer ser uma pessoa melhor. [...] A gente quer que elas despertem pra isso, mas nem sempre. [E3]

É uma escuta assim pra poder é ajudá-la, no sentido de ver o quê que seria melhor pra ela, naquele momento, porque tem alguma que pela escuta tu vê que elas não vão procurar ajuda [...] [E4]

A gente conversou bastante com ela, no sentido de ela procurar ajuda com algum familiar, com alguém, retirar primeiro as crianças de casa, pra cessar essa ameaça mais de perto e depois num dia que ele não tivesse ou coisa assim, ela junta um dinheiro, alguma coisa e fugir pra um outro lugar pra conseguir levar as crianças com ela. [...] [E6]

[sobre orientar o familiar] em relação a essa paciente ou essa pessoa não retornar, na mesma [situação], porque geralmente quando começa as agressões consecutivas, acabam em morte. Então a gente explica bem nesse sentido pra evitar que chegue num [...]” [E6]

Eu tento conversar com elas pra que elas despertem pra isso, que elas não são obrigadas a passar por isso, pra buscar... tem ajuda, tem a delegacia da mulher, tem outros serviços de ajuda, às vezes, não muito atuantes aqui [...] Mas que elas podem ser ajudadas pra não continuar desta forma porque aí... eu sempre digo assim pra elas: hoje aconteceu isso, tu estás aqui e tá viva ainda, pode ser que da próxima vez tu não tenha chance de vir pro hospital, por exemplo, pode morrer né, porque às vezes é bem grave mesmo, muitas chegam já em óbito aqui [...] Então eu tento despertar isso, pra que elas tenham visão assim dos seus direitos [...] converso com elas, da importância dela se valorizar como ser humano, como mulher, de não deixar acontecer isso de continuar depois de novo com aquela pessoa, recebendo agressões. [E7]

[sobre a conversa com o familiar]

Se a pessoa que trouxe ela sabia das agressões ou não, se eles ajudavam ela ou não. Precisa do apoio da família muito nesses casos, que elas não tem às vezes. Que os familiares possam ajudar

também, que possam ver, porque às vezes a pessoa tá num momento, pedindo socorro, mas não tem apoio do resto da família [E7]

Dá vontade, de dizer pra pessoa não continuar naquela situação, sabe? A gente não consegue entender por que ela tá, e ao mesmo tempo não entra na questão, mas fica com uma vontade imensa de que a pessoa saia daqui e que ela não vá, que não vá acontecer com ela de novo isso, sabe? Eu acho que a maioria quer isso né? Mas, muitas vezes a gente vê, ou na maioria das vezes, que elas voltam com o mesmo problema.[E8]

Eu esperava que a mulher fosse sair daquele meio [...] mas o que a gente observava, a maioria, é que acabava voltando pra aquele meio, mesmo com a passagem na casa da mulher [casa de passagem] não fazia o efeito que a gente queria [...] por medo, por dependência, pela questão psicológica, aí quando acontecia isso a gente entrava com a psicóloga, já entrava antes, mas pra fortalecer. E a gente pensava que ia dar certo, apostava. [...] teve resultados positivos: o afastamento do agressor, a separação, assumir e conseguir viver sozinha sem aquela dependência. [...] O fortalecimento dessa paciente [...] que abrisse os olhos dessa mulher. Também a questão do vínculo dela com o filho. [E10]

Além disso, conversam com as mulheres e acompanhantes com a finalidade de compreenderem a situação de violência vivida; que elas possam despertar, abrir os olhos, se dar conta que elas podem, de seus direitos como mulher, da importância delas se valorizarem como ser humano, de não deixar acontecer a violência; que elas tem alternativas; que podem ficar livres do parceiro que agride e que podem ter um trabalho. Esperam o fortalecimento da mulher pra que elas não continuem naquela situação, pra que busquem ajuda, e não retornem mais na mesma situação. Apontam a possibilidade da busca de ajuda em serviços de apoio, como a delegacia da mulher, a fim de realizarem a denúncia da violência, a casa de passagem da mulher e outros serviços e profissionais como juízes. Para elas a violência é recorrente e nem sempre a mulher consegue sair da situação. Reconhecem que os familiares precisam ajudar as mulheres e conversam a fim de que elas também possam procurar ajuda com algum familiar ou com alguém.

TÊM EM VISTA MINIMIZAR OS AGRAVOS DA VIOLÊNCIA, CONFORTAR, TRANQUILIZAR, DAR SUPORTE E AJUDAR AS MULHERES

A pessoa sempre já chega aqui com um estresse nível altíssimo. Então tu tens que procurar fazer alguma coisa pela pessoa. [minimizar] o estresse, encaminhar os exames, orientar a pessoa. O

que ela tem que fazer. E até o que pode acontecer se ela não quiser fazer o exame [...], tem que explicar o risco que ela corre [...] fazer as orientações necessárias e até pra ajudar a tranquilizar mais um pouco [E1]

A gente espera que ela não tenha agravos além do que ela já sofreu [...] que apareça aí uma gestação indesejada, DST, AIDS, ou mais alguma consequência [...]. Esse é o objetivo, mas não é um objetivo meu. Isso é um protocolo que a gente segue. [...]Eu cumprio o que tá determinado. Eu sou duma geração que a gente faz o que tem que ser feito entende? [...] Eu espero que ela se sinta um pouco mais segura, que ela realmente não vai sofrer com outras consequências além daquelas que ela já sofreu, que ela se sinta bem, que ela se sinta mais tranquila em relação a tudo. [...] [sobre a escuta] aquele momento ela desabafa [E3]

A quimioprofilaxia é para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a prevenção da gestação [...]. [com a escuta] Primeiramente eu pretendo aliviar ela. [...] É difícil ouvir isso tudo também sem tu se indignar, do que tu tá absorvendo. [...] [com a conversa] A primeira coisa é tentar ajudar pra ela entender que ela não é culpada daquilo, porque elas se culpam também. [...] Se culpam porque [...] é a culpa por ter, ou por que saiu. Mas eu tento fazer ela entender que não é por que ela saiu essa hora, não é por isso. A questão é porque tem uma pessoa que tem mais força que ela e que não tem uma estrutura emocional, mental boa, que usou, da força e tudo, que é um homem e que não é porque ela saiu mais cedo, não é porque ela saiu mais tarde na rua não é por isso, é essa a questão: sempre tem a culpa por alguma coisa [...] a mulher parece que já nasce com culpa, só por ter nascido mulher. [violência obstétrica] A gente tem que fazer é tentar naquele momento ali, tranquilizar, proteger a mulher [...]. [E4]

Eu fui esperando que ela ia reclamar, se queixar, me contar o que tinha acontecido[...] pra ver se eu podia dar alguma ajuda, algum apoio naquele momento, tá chamando alguém, tá pedindo um familiar, porque eu tava achando ela muito sozinha, abandonada o tempo todo e quieta, mas ela não me deu abertura nenhuma. [...] A minha expectativa era de poder tá chegando, tá ouvindo e tentando ajudar em algum momento mas não foi possível, e aí o nosso contato também não é dos maiores, logo tu já tem que virar as costas.[E5]

A gente espera que pelo menos ajude um pouquinho, porque de todo o contexto, se tu conseguir ajudar um pouquinho que seja já vai ter um benefício pra quem tá envolvido, porque resolver é bastante difícil. [E6]

A intencionalidade da ação profissional, mesmo que, por vezes, protocolada no serviço de saúde, exprime também a preocupação em reduzir as possíveis consequências e prevenir agravos decorrentes da violência sofrida, como gestação indesejada e doenças sexualmente transmissíveis para que as mulheres se sintam mais seguras. As profissionais esperam, por meio de ações como a escuta e as orientações, poder

contribuir para amenizar e tranquilizar a mulher frente à situação de violência. A escuta realizada pelo profissional revela-se como um momento de desabafo no qual a mulher pode aliviar-se. Por vezes, também esperam ajudar a mulher a entender que ela não é culpada pela violência que sofreu; proteger, apoiar, chamar alguém, um familiar para ajudar.

ESPERAM QUE OUTRO PROFISSIONAL ATENDA PARA QUE A MULHER SAIA DA SITUAÇÃO.

Ela veio já com a notificação policial, daí ela veio pra exame, por agressão sexual [...] E daí o quê que a gente faz? A gente encaminha pro psicólogo. [E1]

Se a gente tivesse um serviço aí tu chamaria num canto ia lá e dizia: “oh, é assim, assim, assim”, mas nunca, um serviço de encaminhamento, pra onde? [...] Encaminhar não é problema, o problema é para aonde e quem vai receber [...]” [E2]

Mais pro apoio psicológico que ela é encaminhada [...] e depois ela segue na DI [ambatório de doenças infectocontagiosas], se precisa, se ela quiser ou não o DML [Dpto. Médico Legal] [...] cada situação, dependendo do que aconteceu é dado um encaminhamento [...]. Quando começou a Residência Multiprofissional, a gente lança mão desses profissionais que tão aí. Então cada vez que a gente percebe que tem uma situação assim de violência psicológica ou que ela tá sob um estresse em função disso, a gente passa pro serviço de psicologia e aí eles dão os acompanhamentos, se julgarem necessários [...]. Tem muitas que a gente encaminha pro Centro de Atendimento das Mulheres [CREAS] [...] já existe um fluxo montado pra dar atendimento pra essas pacientes. Tem também a Casa de Passagem [...] Eu não to muito envolvida com isso aí, porque como eu te digo, desde que começaram as gurias da psicologia, aí como tem elas que tão acompanhando, elas que dão esse encaminhamento [...] nós temos a assistente social também [...] então eu já to meio preguiçosa nessa parte, eu já to deixando pras gurias. A gente faz mais a parte da implementação terapêutica mesmo, eu oriento em relação à medicação, ao cuidado que ela tem que ter, essa parte mais específica da enfermagem.[...] Eu procuro não me envolver muito, mas como eu te digo, às vezes, elas abrem pra ti, elas abrem toda aquela situação catastrófica, daí tu não tem escapatória, tu tem que ouvir e tem que dar um encaminhamento Mas não é uma opção minha [...] [E3]

Eu esperava assim [...] que eu pudesse ter uma rede que acolhesse aquela mulher, que eu tivesse certeza que se ela largasse, que ela sáisse dessa situação, ia ter um serviço que acolhesse, uma casa que ela pudesse ir com os filhos, um projeto que ela gerasse renda, que ela pudesse se sustentar e se manter, eu teria que ter certeza que tem toda essa rede montada pra ela ter esse atendimento e a partir dali ela ser uma nova mulher, entendeu? Mas eu não sei se isso acontece quando ela sai daqui. Então às vezes tu gera uma perspectiva na cabeça da pessoa e depois ela fica perdida, por isso que eu te disse,

eu não sei como é que tá funcionando essa rede [...]. O ideal seria que tivesse uma coisa que eu dissesse assim: agora tu sai daqui, tu vai pra esse lugar lá vai ter gente te esperando que vai dá esse apoio pra dar uma continuidade, pra ti poder fazer alguma coisa na tua vida daqui pra frente. [E3]

Eu liguei pra ele [médico infectologista], e ele disse assim: “não, pode me mandar agora que eu já faço até os encaminhamentos de ordem psicológica e social”. [...] Eu gostei porque é um médico, bem interessado, porque normalmente eles só atendem a parte ali da medicação, os exames e tal, mas ele enxerga mais que isso [...] eu fiquei bem tranquila com essa questão [...]. Que é a parte mais importante, a emocional, social dessa mulher, o “depois”.

[sobre o encaminhamento] A primeira coisa do serviço, que faça o acolhimento em relação ao que eles têm que atender e que ela procure também, porque, às vezes, eu tenho a sensação que eu faço o encaminhamento e ela não vai buscar, principalmente da parte da parte emocional, por que é como eu te disse, a gente é um serviço de emergência que funciona pra tudo que é tipo de coisa, e isso é só mais um atendimento, só mais uma coisa que veio, não tem essa preocupação toda, com essas questões, se ela realmente está indo lá, se está funcionando ou não. Não se sabe. Eu pretendo com os encaminhamentos é dar suporte pra ela nas outras instâncias. [E4]

A gente fica muito sem, tu não sabe direito como conduzir a situação porque não é uma coisa que a gente lide todo o dia, e a gente não tem um serviço aqui, que tu possa contar, de dizer: “vou ligar e alguém vai vir dá uma orientação melhor”. [E6]

Se tu vê que tem alguma indicação de que ela tenha sido violentada sexualmente pra encaminhar depois pro CO [Centro Obstétrico] pra fazer coleta, análise do material, que às vezes é coletado [...]. E aí se encaminha [...] ou o pessoal do CO vem aqui, às vezes a gente pede pra eles virem. [...]

[sobre a conversa com os familiares] Que os familiares possam ajudar também, que possam ver, porque às vezes a pessoa tá num momento pedindo socorro, mas não tem apoio do resto da família [...]. Eu penso que num serviço de emergência, a gente deveria ter um treinamento, ou um serviço mais especializado, pra que a gente conseguisse, quando esse tipo de paciente chegasse, atender de uma forma diferenciada, que às vezes a gente acaba atendendo e expondo muito a paciente [...]. Penso que falta treinamento, a gente não tem um psicólogo também pra nos ajudar aqui, até pra encaminhar de forma correta essa paciente depois. Algumas ficam aqui no Pronto Socorro e dão alta daqui mesmo, voltam pra casa, não sei pra onde. [E7]

Eu acho que ela teria que ter uma ajuda melhor, com pessoas que tenham essa disponibilidade, que sejam profissionais de repente dessa área, mais voltada, ou a própria enfermagem, mas não dentro de um Pronto Atendimento. Nós podemos iniciar a conversa, mas nós não vamos ficar ali e ela não vai ter retorno e ela não vai ouvir aquilo que a gente falou ali no momento e depois não sei se ela vai seguir ou se não vai seguir. Eu acho que é muito pouco tempo. [E8]

A parte psicológica, eu não cheguei a me envolver. Esse tratamento eu acho que não era comigo. Tipo assim, o quê que aconteceu, orientar sobre a denúncia [...] deixar mais pro lado de quem

realmente tem que fazer o trabalho, a assistente social ou psicólogo, quem é especialista nisso, um médico [...] [E9]

Numa consulta de enfermagem a gente conseguia diagnosticar isso, mas não eu sozinha, também não era só na consulta, às vezes vinha pra médica e a médica passava a situação pra mim, a gente passava pra agente de saúde que observava melhor nessas psicológicas e tentava orientar pra grupos específicos de saúde da mulher [...] a gente até passava pra assistente social, pra Casa de Passagem da Mulher, a gente encaminhava [...] a gente entrava com a psicóloga. E a gente pensava que ia dar certo né, apostava. Mas poucos resultados positivos, na classe baixa assim. Na classe alta que a gente encaminhava não pra assistente social, encaminhava pra fazer uma terapia. [E10]

[No hospital] Elas relatavam e a gente observava, pelo técnico de enfermagem, que tem um tempo maior com esse paciente do que nós, enfermeiros. Então o técnico passava pra gente e nós tentávamos trabalhar e pra quem eu encaminhava? Pra assistente social que [...] dava uma baita força.[...] A gente discutiu em equipe. [...] Essa situação, tanto hospitalar como em unidade Sanitária, tem que ter ação multiprofissional [...], e em unidade básica, eu percebo que nos municípios não tem isso. [E10]

Na ação de cuidar de mulheres em situação de violência, as enfermeiras apontam a necessidade de realizarem encaminhamentos a outros profissionais como: psicólogo, assistente social e agente de saúde. Também a outros serviços como Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Casa de Passagem e Centro Obstétrico, para os casos de violência sexual. Algumas procuram o não envolvimento com a situação, por considerar que esse seria um trabalho para um profissional especialista, médico, psicólogo ou assistente social. A intencionalidade dessas ações é que as mulheres busquem atendimento, que os serviços proporcionem suporte, acolham essas mulheres e nos casos de violência sexual façam a coleta do sêmen. Outra profissional espera na atuação com a equipe e com os outros serviços que a mulher possa se fortalecer e sair do meio violento. Quando conversam com familiares é para que esses também possam ajudar.

5.4 ANÁLISE COMPREENSIVA DO TÍPICO DA AÇÃO DAS ENFERMEIRAS AO CUIDAREM DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A apreensão do típico da ação das enfermeiras ao realizarem a ação de cuidar de mulheres em situação de violência em serviços de emergência possibilitou compreender que o agir profissional é fundamentado em suas intenções, as quais se desvelaram neste estudo a partir da análise compreensiva, ancorada nas concepções da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz. Também foram utilizados ao longo da análise fundamentos científicos relacionados com temática estudada e com o referencial proposto.

Na investigação científica como fundamento para o cuidar profissional, a compreensão do típico da ação é norteadada pelo diálogo entre os resultados da pesquisa, o referencial teórico da fenomenologia sociológica e as evidências científicas relacionadas com temática estudada. Esses três elementos possibilitarão a visão contextualizada e teoricamente embasada do fenômeno estudado, o que contribui para novas perspectivas de se pensar e fazer a Enfermagem (JESUS, et al, 2013).

Destaca-se que para apreender o típico da ação das enfermeiras foi necessário realizar o esforço deliberado de *se colocar entre parênteses*, colocar à parte os juízos sobre a natureza e a essência das coisas e eventos (SCHUTZ, 2012), neste estudo, a temática da violência contra as mulheres. Ressalta-se que esse foi um exercício árduo que permeou a construção do típico da ação e da análise interpretativa, sem o qual não seria possível desvelar o fenômeno estudado.

A fim de compreender a ação das enfermeiras no mundo da vida cotidiana foi necessário apreender os **motivos para**, a finalidade das suas ações, seus projetos aspirações ao desenvolver o cuidado às mulheres. Compreende-se que a ação dessas profissionais é consciente, uma vez que está focada em alguém, no estudo em tela, as mulheres em situação de violência. As profissionais integram um grupo social tipificado que determina seu papel como enfermeiras. Desse modo, desenvolvem a ação de cuidar direcionada às usuárias do serviço de emergência; aspiram à essência desse ato que alude à aproximação do outro, à recuperação, à promoção da saúde fundamentada no conhecimento ético e técnico-científico da profissão (CHRIZOSTIMO et al., 2009).

Na fenomenologia social, a *tipificação* é uma das concepções mais importantes e representativas, a qual oportuniza a apreensão de um conhecimento anônimo e objetivo

do fenômeno estudado, o qual se desvelará a partir das vivências e experiências subjetivas e intersubjetivas. Remete-se a um esquema conceitual o qual reúne as vivências conscientes de um indivíduo ou de um grupo no mundo social; consiste em representação da ação, do indivíduo ou grupo que a torna homogênea, em detrimento das características singulares de cada uma (SCHUTZ, 2012; JESUS, et al, 2013).

Com base no conceito de ***típico da ação***, as enfermeiras desse estudo constituem um grupo de profissionais que vivenciam um mesmo fenômeno: a ação de cuidar de mulheres em situação de violência em serviços de emergência. Assim, a análise das falas desvelou a intencionalidade da ação que culminou em quatro categorias concretas do vivido, a partir das quais foi possível apreender o ***típico da ação de cuidar***. Nesta perspectiva, desvelou-se que **as enfermeiras ao realizarem a ação de cuidar de mulheres em situação de violência têm em vista inicialmente a recuperação da saúde física e o bem-estar das mulheres. Têm expectativa de entender a situação; que as mulheres despertem sobre a violência e procurem ajuda para não voltarem com o mesmo problema. Têm em vista que os agravos da violência possam ser minimizados ou evitados, esperam confortar, tranquilizar, dar suporte e ajudar as mulheres e desejam que outro profissional atenda para que a mulher saia da situação.**

6 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

A interpretação compreensiva das categorias concretas do vivido foi desenvolvida a partir do agrupamento dos *motivos para* da ação das enfermeiras ao cuidarem de mulheres em situação de violência, desvelada em suas falas. Os *motivos para* significam o fim que a ação deve promover. Referem-se àquilo que realmente se pretende com a ação, neste estudo a ação de cuidar. Desvelam-se quando olhamos para o processo da ação acontecendo, portanto aludem à perspectiva de futuro, configurando uma categoria essencialmente subjetiva que se revela ao observador somente se ele indagar ao ator sobre o significado que ele próprio concedeu à ação (SCHUTZ, 2012). No decorrer da interpretação também são descritas as principais ações desenvolvidas pelas enfermeiras ao realizarem esse cuidado. Em sequência apresenta-se a interpretação das categorias concretas do vivido ***“Esperam inicialmente a recuperação da saúde física, o bem-estar das mulheres” e “Têm em vista minimizar os agravos da violência, confortar, tranquilizar, dar suporte e ajudar as mulheres”***.

Ao buscar-se o implícito nas falas, a intencionalidade das enfermeiras ao realizarem a ação de cuidar de mulheres em situação de violência ancora-se na assistência inicial às lesões secundárias à violência, pautada na condição de saúde biológica. Na chegada da mulher ao serviço, as profissionais realizam ações de cuidado como aferir os sinais vitais, conversar sobre os sintomas, encaminhar aos exames de rotina, fazer curativos, administrar as medicações de acordo com o tipo de violência e com o protocolo estabelecido, nos casos de violência sexual, ou com a prescrição médica.

Reitera-se assim que os *motivos para* da ação demonstram que as profissionais esperam inicialmente o bem-estar clínico das mulheres, sua recuperação física. Ao desenvolverem esses cuidados agem conscientemente, uma vez que antes de agirem tem uma representação na mente daquilo que irão fazer, em um projeto preconcebido (SCHUTZ, 2012), com o cuidado físico esperam a recuperação da saúde.

Ao descreverem o contexto do cuidado referem um lugar no qual a enfermeira é muito requisitada, a demanda de trabalho é grande e muitas vezes não há tempo para o diálogo, demonstrando que o atendimento realizado é pontual, focado nos procedimentos clínicos. O cuidado técnico é referido pelas profissionais como o cuidado “normal”, “mecânico”, é protocolar no serviço de saúde, é fazer o que está

prescrito e cumprir o protocolo que está posto. Considerando o conceito de trabalho para Schutz (2012) como a ação mediada por movimentos corporais no mundo externo e trabalho de rotina, cuja função é padronizar e a mecanizar as relações, as profissionais nesse momento não agem racionalmente, uma vez que para o autor, agir mecanicamente opõe-se ao agir racional, o que exigiria evitar o uso de analogias e buscar novas formas para lidar com as situações. No entanto, nem todo ato rotineiro não racional não é conscientemente planejado, uma vez que eles fazem parte dos nossos planos e projetos, podendo até serem instrumentos para realização destes. Assim, as enfermeiras agem rotineiramente, mas projetam o cuidado com base no trabalho técnico.

A intencionalidade da ação das enfermeiras insere-se no contexto do mundo da vida cotidiana dessas profissionais, o qual é um mundo de relações sociais que envolve ações, atitudes pautadas em uma concepção de saúde-doença que visa especialmente à recuperação da saúde física das pessoas. As relações de cuidado nesse mundo são objetivas, focadas no restabelecimento do bem-estar clínico, em especial das mulheres em situação de violência. A referência das ações de cuidar desse mundo está embasada em ações como gerenciar exames, realizar curativos, administrar medicações, realizar mudança de decúbito, cuidados com sondas, com a dor, tentar salvar a vida da pessoa, ou seja, cuidados com o corpo das mulheres e também orientar aos familiares. Declaram *“atender o clínico e o restante não”*, por entender que a saúde mental possa ser de responsabilidade de outro profissional.

O mundo da vida cotidiana é o cenário onde o ser humano vive, considerado um mundo intersubjetivo que já existia antes do seu nascimento e continuará a existir após a sua morte; experimentado e interpretado por outros, nossos antecessores, como um mundo organizado e determinado socioculturalmente. Toda interpretação sobre esse mundo é baseada num estoque de experiências prévias a seu respeito, nossas próprias experiências e aquelas transmitidas a nós sob a forma de um conhecimento a disposição, operam como um sistema de referência. As enfermeiras agem, nesse mundo de cuidados clínicos, ancoradas em sua atitude natural, maneira com a qual o homem se coloca e age no e sobre o mundo da vida, bem como sobre seus semelhantes. Na atitude natural, o mundo não é individual, mas comum a todos nós, um mundo intersubjetivo, compartilhado com meus semelhantes, experienciado e interpretado por outros, cenário e objeto de nossas ações e interações (SCHUTZ, 2012). Capalbo (1998), com base nos estudos de Schutz, afirma que na atitude natural nos opomos à reflexão, uma vez que

estamos totalmente orientados para a finalidade, objeto da ação e não estamos conscientes de nós mesmos.

Ao realizarem o cuidado biológico as profissionais embasam sua ação em seu estoque de conhecimentos adquiridos no mundo da vida cotidiana, que Schutz (2012) denomina como estoque de experiências à mão, ou bagagem, da qual pertencem nosso conhecimento de que o mundo onde vivemos é composto por objetos bem delimitados com qualidades bem definidas. Algo que podemos modificar com nossas ações ou que as modifica. Além disso, as ações das enfermeiras são determinadas pela sua situação biográfica singular que é denominada como a situação na qual eu me encontro no mundo em qualquer momento da minha existência, mundo esse compartilhado por meus semelhantes que são elementos de minha própria situação, assim como eu sou parte da situação deles. Ao agir sobre os outros e ao ser afetado por eles, eu tomo conhecimento dessa relação mútua, e esse conhecimento também implica que eles, os outros, experienciam esse mundo comum de maneira muito parecida (SCHUTZ, 2012).

No cenário do mundo da vida, o cuidado de enfermagem, apesar do entendimento que o conceito de saúde encontra-se com a relação social e que o paradigma sanitário se faz presente no cotidiano das enfermeiras, ainda permanece, na prática, o reflexo do modelo de saúde flexneriano, centrado no biologicismo (CHRIZOSTIMO et al., 2009). Assim, o cuidado às mulheres em situação de violência, muitas vezes, encontra-se permeado pela valorização do saber técnico. Esse achado converge com outros estudos da Área da Saúde nos quais os profissionais limitam-se a tratar as lesões físicas. O que justificam por não se sentirem capazes de prestar um cuidado integral às mulheres em situação de violência (MENEGHEL et al, 2011).

Destaca-se a necessidade de compreender a violência para além do aspecto biológico, das lesões. Para tanto, os profissionais não devem atuar somente como intervencionistas nos agravos físicos, mas como agentes de promoção da saúde, constituintes de uma rede de serviços que buscam enfrentar as sequelas e disseminação de uma cultura de violência (VIEIRA et al., 2011).

As enfermeiras encontram-se inseridas num mundo que está dado, que já existia antes delas, nesse mundo realizam o cuidado a partir do que é prescrito, do que está posto na instituição como cuidado no serviço de emergência. Consideram o cuidado normal, estabelecido culturalmente e focado na saúde física. Quando existem protocolos cumprem o que está definido, fazem o que tem que fazer. Para Schutz (2012) as coisas

que não são questionadas são consideradas como dadas e dadas aparecem a mim tal como eu ou outros em que confio as experienciaram e interpretaram. São as coisas tidas como evidentes. No entanto, o que hoje é considerado evidente pode vir a ser questionado amanhã, se formos induzidos a mudar o foco de nosso interesse.

O contexto da violência vivida pelas mulheres quase não é abordado, a não ser que elas declarem a situação. Destaca-se a invisibilidade da violência nos serviços de saúde, ou seja, se as mulheres não declararem a violência sofrida, as enfermeiras, muitas vezes, não questionam. Em conformidade com outros estudos (D'OLIVEIRA et al, 2009; HESLER et al, 2013), a violência contra as mulheres apresenta-se no serviço como uma situação velada e invisibilizada. Nesse momento, quase não existe relação de familiaridade das mulheres com as enfermeiras, sob a forma de nós. Na perspectiva de Schutz (2012), experienciamos o mundo da vida segundo graus de familiaridade e de anonimato. A relação de familiaridade é vivida sob a forma de relação-do-Nós, na qual um está consciente em relação ao outro e participam um da vida do outro, permitindo a apreensão do outro como único em sua individualidade. No entanto, quando nos afastamos da unicidade e individualidade dos nossos semelhantes, poucos aspectos são considerados relevantes para o problema que se deseja tratar ou resolver, configurando-se como uma relação anônima.

Frente a isso, torna-se fundamental desvelar a violência no interior dos serviços de saúde, a fim de que a situação possa ser compreendida nas suas dimensões clínica e social, e que possam ser desenvolvidas práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, visando um cuidado integral. Este processo resultaria na aproximação da saúde com os direitos humanos, em especial os das mulheres, para se recuperar esses direitos, restabelecendo a ética nas relações interpessoais, e tratando de forma integrada os agravos à saúde recorrentes. Uma estratégia para identificação é a abordagem da violência para todas as usuárias, a partir disso faz-se necessário registrar adequadamente, estimular o trabalho em equipe, garantir sigilo e privacidade, bem como o acionamento da rede intersetorial existente, garantindo-se o não julgamento e o respeito às decisões da mulher (D'OLIVEIRA et al, 2009).

As profissionais também projetam em suas ações a possibilidade de minimizar os danos da violência, confortar, ajudar as mulheres; prevenir o aparecimento de gestação indesejada e DSTs. Por vezes essa ação é protocolar conforme o que está determinado na instituição, assim, referem cumprir o que está posto como rotina.

Inseridas no seu grupo social, desenvolvem o papel social de ser enfermeira, com base no que é padronizado para a profissão. Seguem o sistema de conhecimento adquirido no qual os membros do grupo social aceitam o esquema estandardizado dos padrões culturais prontos transmitidos por seus antecessores. Ao agir conforme esse padrão, qualquer pessoa que queira obter determinado resultado deverá proceder como indicam as instruções prontas para realizar esse propósito. É função dessa padronização cultural evitar investigações que possam ser problemáticas ou questionáveis. Chama-se a esta atitude, pensar como de costume. Agem conforme os costumes do grupo, que constituem a herança social. Tais costumes são socialmente aceitos como formas corretas de lidar com as pessoas e com as coisas. São naturalizados porque foram testados ao longo do tempo e, sendo socialmente aceitos, dispensam explicações ou questionamentos (SCHUTZ, 2012).

O papel de ser enfermeira, construído social e historicamente, é tipificado. Experiências vividas pelos atores na cena social, papéis sociais são denominados de sistema, situação e institucionalização. Constituem-se de elementos que compõem uma rede de tipificações dos seres humanos, dos padrões de seus cursos de ação, de seus motivos e objetivos ou dos produtos socioculturais que surgiram a partir de suas ações. Geralmente esses tipos foram formados por outros, seus predecessores ou contemporâneos, como ferramentas apropriadas para lidar com homens e coisas, e aceitos como tal pelo grupo no qual ele se inseriu. O conhecimento dessas tipificações e de seu uso faz parte da herança sociocultural transmitida a nós por nossos predecessores, pais, professores. Tais tipificações constituem um sistema de referências em termos do qual tanto o mundo físico quanto o mundo sociocultural é experienciado a partir de papéis e relações sociais típicas (SCHUTZ, 2012). Como por exemplo, o papel de mãe, cuidadora, das mulheres em situação de violência e das enfermeiras.

As enfermeiras do serviço de emergência agem de acordo com seu papel típico no grupo social, o de realizar o cuidado clínico, que está instituído pela sociedade. Schutz (2012) denomina que a ordem dos domínios de relevâncias predominante em um grupo social particular, é em si mesma um elemento da concepção de mundo relativamente natural assumida como evidente pelos membros internos do grupo, como um modo de vida inquestionado. Em cada grupo a ordem desses domínios possui sua história particular. É um elemento do conhecimento derivado e aprovado socialmente e frequentemente institucionalizado. Uma das funções do sistema de relevâncias e

tipificações na vida social é que as interações humanas sejam embasadas num esquema de orientação padronizado. Além disso, faz com que as situações privadas dos indivíduos sejam sempre situações dentro de um grupo, seus interesses tomam por referência aqueles do grupo social. Assim, aquele que é incumbido de determinado papel social deve agir conforme o que é típico desse papel.

No mundo da vida das enfermeiras, a ação de cuidar desvelou-se tipificada, pautada no conhecimento acumulado pelas profissionais no curso de suas vidas, embasada nas suas experiências construídas historicamente e na sua formação profissional. Essa tipificação integra um modo típico do papel social de ser enfermeira que ainda é construído e transmitido socialmente como um cuidado biológico, alicerçado no modelo biomédico vigente, pautado na cura da doença e da assistência às situações de adoecimento.

Apesar de o foco do cuidado ser a recuperação física, as enfermeiras demonstram que também conversam e escutam as mulheres. Ao escutar os relatos de violência, por vezes se colocam na situação de indignação, buscam nessa escuta proporcionar o alívio às mulheres. Expressam a necessidade de verificar os sinais vitais, questionar sobre a presença de dor, com a intenção de aproximar-se da mulher, no entanto, se essa não se mostra aberta para falar sobre a violência, o cuidado se restringe à abordagem biológica. Se aproximam a fim de oferecer ajuda e proteção de acordo com a situação que cada mulher vivencia. Também revelam ajudar com a finalidade da mulher entender que ela não é culpada pela violência que sofreu, embora compreendam que não irão resolver a situação. Têm como expectativa nessas ações o bem-estar emocional e psicológico das mulheres. Quando essa interação acontece diz-se que há uma situação face-a-face, que é uma experiência direta entre pessoas, um encontro social comunicativo no qual se compartilha tempo e espaço (CAPALBO, 1998; SCHUTZ, 2012). Esse tipo de relação configura-se como uma possibilidade de cuidado de enfermagem às mulheres em situação de violência uma vez que a vivência dessas passa a ser visualizada pela profissional em suas dimensões subjetivas e assim o cuidado é ampliado para além do bem-estar físico.

Remete-se nesse momento às categorias concretas ***“Têm expectativa de entender a situação; que as mulheres despertem sobre a violência e procurem ajuda para não voltarem com o mesmo problema” e “Desejam que outro profissional atenda para que a mulher saia da situação”***.

Revelou-se como “*motivo com-a-finalidade-de*”, a necessidade inicial de compreender o contexto de ocorrência da violência, o porquê da mulher ter sido agredida. Tais expectativas surgem do vivido dessas profissionais, estruturam seu interesse dominante, algo que é prioritário, o foco no momento presente, dentro de um sistema maior de interesses interdependentes, que determinará o que será pensado e projetado. Sistema esse que não é homogêneo, nem constante uma vez que pode mudar conforme o papel desempenhado pelo sujeito no mundo social e adquirir maior ou menor prioridade de acordo com a situação que é vivenciada (SCHUTZ, 2012). A necessidade de compreender encontra-se ancorada, por vezes, no pré-julgamento da situação e na curiosidade em saber se a mulher havia “provocado” tal ato agressivo, ou até mesmo por “instinto” como referem, por ficarem chocadas com a violência e se colocarem no lugar da mulher que a vivencia. No entanto, compreendem que isso não deva alterar o cuidado prestado, mas necessitam compreender o contexto que a violência ocorreu.

A significação da violência contra as mulheres para essas enfermeiras é permeada pela necessidade de compreender a situação, e as profissionais, por vezes, tentam compreender a situação de violência a partir das suas próprias experiências em serem mulheres, ancoradas nos papéis sociais tradicionais do que é ser mulher e ser homem. Tentam se colocar no lugar das mulheres e acreditam que suas pré-concepções não influenciem no trabalho desenvolvido. Conforme Schutz (2012), toda a compreensão sempre se volta para aquilo que tem significado e somente algo compreendido é que é dotado de significado. O homem em sua atitude natural compreende o mundo ao interpretar as próprias experiências acerca de seus semelhantes e eventos em questão. Desse modo, o que pode ser compreendido é somente uma aproximação do significado pretendido pelo outro. Mostram querer entender o contexto para poder direcionar as ações de cuidado individual como a necessidade de realizar a implementação terapêutica, medicamentosa e laboratorial, nos casos de violência sexual. Também é necessário conhecerem a situação de violência para compartilhar com a equipe plantonista o entendimento de que a violência contra as mulheres tem origem na cultura machista, na qual o homem se impõe; e assim reduzir a possibilidade de julgamento pela equipe.

As enfermeiras esperam ainda identificar a situação de violência conjugal a partir do entendimento de como se originou aquela lesão. Ao identificarem o caso de

violência cometida pelo companheiro, conversam e orientam as mulheres a fim de que elas tomem consciência da situação vivida e a percebam como uma relação violenta, não natural. Esperam assim, que as mulheres rompam com a atitude natural de sofrer violência. Reitera-se que, muitas vezes se a mulher não relata a situação, essa intencionalidade acaba se perdendo.

As falas são permeadas pelo entendimento que o contexto da violência é difícil, principalmente em função da dependência econômica das mulheres aos seus companheiros, pois, muitas vezes, se submetem à violência devido a esse contexto. Reconhecem que para elas superarem a situação é necessário que tenham apoio de familiares e também atividades que proporcionem independência financeira.

Desvela-se a intencionalidade das enfermeiras no cuidado às mulheres pautada no *motivo com-a-finalidade-de* “que as mulheres despertem sobre a violência a fim de procurarem ajuda e não voltarem na mesma situação”. Nesse sentido, com o objetivo de fortalecer as mulheres a fim de que a violência não se repita mais, que consigam sair do ambiente violento e que se evitem os possíveis agravos da violência, como a morte das mulheres, as enfermeiras conversam a respeito das possibilidades que elas têm como o trabalho, a busca por instâncias judiciais, a delegacia da mulher, o apoio da família e sobre o direito de não sofrer a violência, de serem felizes.

Nesse momento, compreendem o contexto do mundo da vida dessas mulheres, as compreendem como seres humanos dotados de direitos, em especial a viver uma vida sem violência. Orientam suas ações a partir do entendimento que para as mulheres saírem da situação precisam tomar consciência do problema. Esta relação de sintonia entre as profissionais e as mulheres é chamada por Schutz (2012) de situação-face-a-face e é orientada-pelo-Tu, uma vez que estão conscientes do outro ser humano, as mulheres, como pessoas que têm vida e consciência. Isso quer dizer que quando se tem uma relação na qual o outro está presente pessoalmente para mim, e eu tenho consciência dessa pessoa como um indivíduo, quando sua experiência está acontecendo ao mesmo tempo que a minha, quando vejo seus pensamentos surgirem nossas experiências estão ao alcance umas das outras. No entanto, nesses momentos as enfermeiras, pautadas nas experiências do seu mundo da vida, revelam não compreender os motivos de as mulheres permanecerem na situação e voltarem ao serviço de saúde com o mesmo problema.

Além disso, quando interagem com perguntas prontas para as mulheres sobre a realização da denúncia, acabam não contextualizando a situação biográfica e o mundo da vida de cada mulher. Nesse momento não há reciprocidade de perspectivas, uma vez que conforme Schutz (2012), esta contemplaria a apreensão de objetos e seus aspectos conhecidos e evidentes para ambos, profissionais e mulheres em situação de violência. No entanto, nem sempre a denúncia é evidente e desejada pelas mulheres.

Precisa ser considerado também o fato de que para algumas mulheres a participação do parceiro no sustento da família e na criação dos filhos, bem como o medo de iniciar uma nova vida, dentre outros fatores, podem fazer com que as mulheres pensem na possibilidade de sair da situação de violência sem necessariamente romper com o parceiro. Assim, a superação da situação de violência não necessariamente acontece pela separação do casal. É importante que as mulheres recebam apoio por meio dos quais possam compreender os mecanismos envolvidos na violência, a fim de construírem estratégias para enfrentá-la no cotidiano e adquirirem maior controle sobre sua vida (DUTRA et al, 2013).

Quando conversam e orientam as mulheres utilizam-se da comunicação oral que conforme Schutz (2012) envolve as relações sociais e é necessariamente fundada sobre atos de trabalho. Para que possamos nos comunicar com as outras pessoas é preciso realizar ações abertas no mundo exterior as quais devem ser interpretadas pelas outras pessoas como signos do que queremos expressar, por meio da fala, de gestos, da escrita. Essas ações convergem com a ideia de que o cuidado de enfermagem pode ser considerado uma ação social, na qual são estabelecidas relações intersubjetivas que devem ser valorizadas pelo enfermeiro nos diversos contextos em que atua. Tal valorização perpassa o reconhecimento da pessoa, considerando o acervo de conhecimentos e as experiências adquiridas ao longo da vida, bem como a situação biográfica em que se encontra no momento do cuidado (JESUS, et al, 2013). Assim, a Enfermagem pode discutir o contexto vivencial das mulheres, sua situação biográfica, bagagem de conhecimentos, seu sistema de relevâncias junto com elas e suscitar a possibilidade de romper com a aceitação da violência, da submissão, encaminhando-as a pensar, projetar e agir a fim de buscar o direito à vida livre de violência (VIEIRA, 2012).

As profissionais demonstram perceber que nem sempre as intervenções trazem resultados positivos. Esse fato ressalta que os momentos de escuta e conversa precisam

ir além da ação de ouvir a queixa da mulher e a encaminhá-la a outros locais, uma vez que isso pode atuar apenas como um paliativo e a usuária repetindo sua história apenas para enviá-la a outro lugar, sem responsabilizarem-se pelo atendimento. Para as mulheres dirigir-se a vários locais, é ter que contar e recontar suas histórias, sofrer procedimentos desnecessários ou duplicadamente. Esse é um ponto crítico do percurso percorrido pelas mulheres na sua tentativa de livrar-se da violência, situação bastante debatida e criticada pelos movimentos sociais de mulheres (MENEGBEL et al, 2011).

Para compreenderem a situação que se apresenta muitas profissionais recorrem às suas experiências anteriores de atendimento a essas mulheres, experiências nas quais, seguidamente, a violência é recorrente. Em conformidade com Schutz (2012), o observador reconhece o outro como um ser humano mediante a interpretação do corpo deste e, compreende o que acontece com base nas suas experiências passadas e pela sua bagagem de conhecimento, e não pelo que se passa na mente da outra pessoa. Assim, a experiência subjetiva que a pessoa tem da sua própria ação é diferente daquela imagem que construímos se estivéssemos na mesma situação.

O cuidado das enfermeiras também é permeado pela necessidade de encaminhar “ao outro”, profissionais e possíveis serviços que atendam as mulheres em situação de violência. Nesses encaminhamentos, essas profissionais esperam o apoio, o suporte, a continuidade do cuidado, a fim de que as mulheres possam construir uma perspectiva de vida sem violência.

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

Este achado converge com estudo que mostrou que a existência de uma marca visível da violência prioriza o atendimento, em função da suposta especificidade, no caso do serviço hospitalar: tratar lesões graves. No entanto, é referido por profissionais que o serviço de emergência não é um lugar para o atendimento das mulheres

violentadas, as quais deveriam buscar um atendimento específico. Isso sugere que as situações de violência não são consideradas uma emergência, exceto se a lesão física provocada implicar risco de morte, sequelas ou gravidez indesejada. A compreensão sobre o encaminhamento a locais específicos alude a ideia que a violência exercida contra mulheres é algo que deve ser deixado longe, onde apenas os profissionais que optaram por lidar com o problema são os responsáveis (VILLELA et al., 2011).

Reconhecem a necessidade do cuidado multiprofissional e articulado com outros serviços, no entanto, tem expectativas que exista uma rede, um serviço especializado, que acolha as mulheres em situação de violência. Quanto aos serviços já existentes referem dificuldade no acompanhamento e implementação da referência e contra referência entre os serviços. Nesse momento, pode-se inferir que para realizarem esse cuidado há possibilidade de intercâmbios de ponto de vista com o outro, uma vez que reconhecem a necessidade da atuação de outros profissionais, com conhecimentos diferentes dos seus, outros pontos de vista.

Conforme Schutz (2012), na atitude natural da vida cotidiana eu assumo como evidente que existem outros seres humanos inteligentes. Assim, os objetos do mundo são em princípio acessíveis também ao seu conhecimento. Mas eu também sei que o mesmo objeto pode significar coisas diferentes para mim e para meu semelhante, pontos de vista diferentes, porque do lugar onde me encontro estou a uma distância diferente do objeto e experiencio outros aspectos como sendo típicos dele. Certos objetos estão somente ao alcance do outro. Além disso, a minha situação biográfica e de meu semelhante diferem de alguma forma, bem como meus propósitos e sistemas de relevância. Quando isso acontece é porque assumo como evidente que para mim e meu semelhante, se trocarmos de lugar eu estarei à mesma distância das coisas e verei as mesmas características típicas que ele vê, e vice-versa. Dessa forma, eu assumo que as diferenças de perspectiva originadas na minha e na sua situação biográfica são irrelevantes para os propósitos em questão para ambos e que nós assumimos que ambos selecionamos e interpretamos os mesmos objetos comuns e suas características de maneira idêntica.

Embora reconheçam a necessidade que outros pontos de vistas são importantes no cuidado e que seria indispensável se ter uma rede de serviços que fosse referência para o encaminhamento das mulheres, pouco de mobilizam para que exista esse encaminhamento, ou transferência de cuidados. Nesse momento como não há intenção

de mobilizar-se em função disso, a ação das enfermeiras é projetada em pensamento, uma vez que esperam que existam serviços, uma rede, mas não se envolvem muito com isso. Para Schutz (2012), essa ação está projetada em pensamento, permanecendo como um devaneio. Isso vai de encontro à Política Nacional de Enfrentamento (BRASIL, 2011a) e às demais políticas públicas dirigidas à saúde das mulheres e superação das desigualdades entre mulheres e homens, uma vez que rompe com a possibilidade de articulação em rede. Destaca-se que no que se refere ao trabalho com pessoas em situação de violência, a rede é o modelo mais aceito pela literatura, e nele, “a entrada pode se dar em qualquer ponto, sendo a circulação dos casos um trançamento entre os diversos pontos desse conjunto (os distintos serviços), entre os quais não há hierarquia de disposição e sim uma colocação horizontal nas relações entre si” (D’OLIVEIRA et al, 2009, p.1048).

Esse resultado converge com estudo realizado sobre as rotas críticas das mulheres na busca por ajuda, neste, mulheres, profissionais e coordenadores de serviços apontam a rede como fragmentada e distante da realidade vivida por elas. Estas apontaram como limitadores a dificuldade de compreender as orientações e processos, a fragmentação e a ausência de um centro no qual recebessem atenção integral. No entanto, alguns profissionais relatam a vontade de transformar as formas de intervenção, com vistas a criar mecanismos de aproximação de atores e organização de fluxos (MENEGHEL et al, 2011).

Na possibilidade de integrar os serviços de atenção de forma a estruturar de fato uma rede, faz-se necessário compreender que os determinantes da ocorrência e permanência na relação de violência estão inseridos numa dinâmica social complexa, que precisa da interação dos serviços. Coloca-se também o desafio de valorizar as relações das mulheres, suas redes sociais. Neste sentido, é preciso incorporar novos modos de conformação da rede de apoio às mulheres, possibilitando um fluxo entre os serviços, instituições e atores significativos na vida dessas pessoas (DUTRA et al, 2013).

Foi possível apreender que as enfermeiras, a partir dos seus interesses à mão, ancoradas na sua situação biográfica e papel social como mulheres, buscam compreender a situação a fim de direcionar ações de cuidado às mulheres, junto à equipe de saúde e também identificar os casos de violência conjugal. Quando conversam e orientam as mulheres projetam que essas possam migrar da atitude natural,

não reflexiva, à atitude reflexiva, a fim de fortalecer as mulheres para que a violência não se repita mais. Com essa postura as profissionais se colocam junto às mulheres em situação de violência em uma relação face-a-face orientada-pelo-Tu. Embora, por vezes, imersas na sua situação biográfica e bagagem de conhecimentos, não compreendam que a violência contra as mulheres integra um ciclo complexo e multidimensional difícil de ser rompido. Dessa forma, exige uma abordagem que considere a situação biográfica de cada mulher no planejamento singular para o cuidado de enfermagem e multiprofissional alicerçado na rede de serviços intersetoriais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou apreender o significado da ação profissional de enfermeiras ao vivenciarem o cuidado de mulheres em situação de violência o que possibilitou ampliar o olhar para a forma como o cuidado é desenvolvido pelas enfermeiras de serviços de urgência e emergência bem como sobre a organização do processo de cuidar das usuárias. Para tanto, ressalta-se a importância de ter desenvolvido a análise compreensiva da Fenomenologia Sociológica uma vez que possibilitou desvelar as motivações e objetivos dessas profissionais com a ação de cuidar. Assim considera-se que o referencial utilizado mostrou relevância na condução de estudos com profissionais, em especial com enfermeiras, uma vez que essas pautam suas ações de cuidar em objetivos e intencionalidades que precisam ser desvelados a fim de que se possa qualificar a assistência de enfermagem junto aos demais profissionais de saúde e às mulheres em situação de violência.

A intencionalidade inicial, *a recuperação da saúde física e o bem-estar das mulheres*, desvelou-se como modo típico de ser enfermeira em um serviço de urgência e emergência. Apontando para a necessidade de se ampliar o foco do cuidado para o sujeito em sua situação biográfica singular, para além do seu corpo físico e biológico. Reforçando a premência de se englobar às ações de cuidado os Determinantes Sociais de Saúde que compõem o mundo da vida dessas mulheres, tais como, suas relações sociais, dimensão intersubjetiva, com o companheiro, com os filhos, familiares, vizinhos, mesmo na fragilidade dessas relações. Questões essas permeadas por papéis tradicionais de gênero, relativas ao trabalho e à renda, à moradia e articulação com outros serviços com os quais as mulheres podem contar na tentativa de minimizarem os danos da violência vivida ou romperem com a situação. Esses apontamentos vão ao encontro do III Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres e da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, documentos que preconizam o desenvolvimento de ações que considerem as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual visando ao empoderamento e ao protagonismo das mulheres e sujeitos envolvidos.

As enfermeiras demonstraram o quanto o processo de trabalho num setor de pronto atendimento ou no centro obstétrico é focado nas manifestações da doença, neste caso, manifestações físicas da violência e não nas mulheres como sujeitos. Entende-se

que esses são desafios a serem superados na própria organização do serviço com vistas a romper com a fragmentação do cuidado, superlotação, consequente sobrecarga dos profissionais e frágil, ou inexistente, articulação com os demais serviços da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Tais considerações nos remetem às diretrizes de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Para acolher essas pessoas é imprescindível que as enfermeiras se coloquem numa postura de estar com, numa relação intersubjetiva com as mulheres, compartilhando o mesmo tempo e espaço, na qual compreendem as necessidades de cuidado dessas mulheres e se comprometem com elas.

Isso exige que as profissionais compartilhem responsabilidades com mulheres, familiares e com outros profissionais a fim de refletirem juntos sobre as possibilidades de enfrentamento à violência nos diferentes “nós” da rede de atenção. Assim numa relação de reciprocidade de perspectivas, para que o cuidado de enfermagem seja contextualizado no mundo da vida dessas mulheres, e tenha em vista suas necessidades assistenciais há necessidade de horizontalizar esse cuidado, de modo a articular com outros profissionais e serviços. Para tanto, é imprescindível que as enfermeiras lancem mão da comunicação e do seu papel social na equipe de saúde, o qual muitas vezes consiste em organizar processos de trabalho e acolher as demandas singulares de cuidado.

Em função da característica típica dos locais de estudo emerge como recomendação desse estudo a necessidade de implementar a classificação de risco para acolher os casos e avaliar o grau de vulnerabilidade física e de sofrimento psíquico das mulheres e familiares. Nesse sentido, a profissional enfermeira junto com outros profissionais pode estar à frente dessa tecnologia para (re) organizar o acesso das mulheres no serviço de urgência e emergência.

O cuidado revelou-se tipificado, no âmbito das coisas dadas, permeado pela herança social e reprodução de hábitos e costumes de ser enfermeira. No entanto, não existem protocolos para identificação dos casos, e há poucos para orientar a ação das profissionais, a qual revelou que muitas vezes a violência se apresenta nos serviços de saúde como uma situação velada e invisibilizada. Nesse sentido, quase não existe relação de familiaridade das enfermeiras com as mulheres, sob a forma de nós. Assim, recomenda-se o fomento de ações que visem desconstruir as atitudes naturais, não reflexivas, das mulheres com relação à violência vivida e dos profissionais em relação

aos casos, bem como implementar uma cultura institucional a fim de visibilizar as situações de violência. Uma possibilidade é o uso de protocolos de identificação de violência para todas as mulheres atendidas.

Por outro lado, quando as enfermeiras escutam, conversam e orientam compartilham do mesmo tempo e espaço com as mulheres. Com essa postura se colocam junto a elas em uma relação face-a-face orientada-pelo-Tu. Compreendem o contexto do mundo da vida dessas mulheres, as compreendem como seres humanos dotados de direitos, em especial a viver uma vida sem violência. Orientam suas ações a partir do entendimento que para as mulheres saírem da situação precisam tomar consciência do problema. No entanto, pouco se mobilizam a fim de articular o cuidado com os demais serviços fora do âmbito hospitalar ou da emergência.

Ressalta-se que a violência contra as mulheres não é somente uma questão de polícia e nem uma questão para ser tratada somente no pronto atendimento. Há necessidade do acolhimento em saúde, da garantia do acesso dessas mulheres em serviços da atenção primária em saúde, por uma equipe multiprofissional. Recomenda-se a reorganização do fluxo de atendimento a partir das demandas das mulheres, a fim de que as necessidades delas integrem os objetivos de cuidado das profissionais.

A fim de que possam desenvolver a articulação com os serviços para além do hospital necessitam comprometer-se em realizar a transferência dessas mulheres conforme suas necessidades. Se o Pronto Socorro é uma das portas de entrada na rede há que se trabalhar com a ideia de que a rede não tem centro, ou seja, parte-se do lugar no qual a pessoa acessa o serviço. Entende-se que realizar a transferência do cuidado ainda é um desafio para os profissionais de saúde, em especial às enfermeiras, uma vez que o cuidado é permeado pela herança sociocultural do modelo biomédico. No entanto, os motivos que levam as enfermeiras a agir/cuidar configuram-se como possibilidades de se reinventar o cotidiano de cuidado às mulheres em situação de violência e se colocarem como co-responsáveis pela horizontalização do cuidado às mulheres em situação de violência. Esses apontamentos exigem das enfermeiras o reconhecimento da sua subjetividade no cuidado, que se empoderarem como mulheres a fim de se colocarem numa relação intersubjetiva com as mulheres na qual o diálogo seja uma construção permanente.

Conhecer o mundo da vida dessas profissionais e sua ação de cuidar ainda ancorada no modelo biomédico apontou a premência de superarmos a formação

estritamente biológica e nuclear em Enfermagem e Saúde, a fim de ampliarmos nossa ação de cuidar e embasá-la nas políticas de atenção à saúde das mulheres. Aponta-se que na formação profissional nessas áreas é necessário que se desenvolvam habilidades como a escuta, o acolhimento, a comunicação para lidar com a subjetividade do outro, implicar-se com as situações de adoecimento que extrapolam as lesões do corpo físico.

Além disso, há que se fomentar que durante a formação “eu possa considerar os diferentes pontos de vistas entre meu colega e eu” e estes dentro da equipe de Saúde, a fim de que eu reconheça que nossas situações biográficas são diferentes, mas que se complementam, e no intercâmbio de pontos de vista, poderemos, planejar um cuidado em equipe e almejar um projeto comum que vá ao encontro das necessidades das mulheres. Assim, ainda na formação poderá se reconhecer que todos os saberes são valorosos para lidar com casos tão complexos, como os de violência.

A contribuição para o desenvolvimento de novas pesquisas consiste em ampliar o estudo para a equipe multidisciplinar, bem como para os gestores em saúde do município, a fim de se apreender as intencionalidades da ação em saúde desses profissionais. Ao final deste estudo pretende-se apresentar os resultados para os profissionais e gestores envolvidos a fim de que seja possível repensar a ação de cuidar de mulheres em situação de violência nos cenários estudados, com vistas a pautar esse atendimento na experiência intersubjetiva, no diálogo, no acolhimento e reconhecimento das mulheres em situação de violência como sujeitos de suas vidas e que tem como direito uma vida sem violência.

Este estudo apresenta algumas limitações características de estudos qualitativos, como ser delimitado no cenário hospitalar e pronto atendimento, bem como no tempo em que foi desenvolvido, por isso não se tem a pretensão de generalizar os resultados. No entanto, sua contribuição está no aprofundamento do tema estudado e na compreensão do significado da ação dessas profissionais, o que justifica a importância da análise utilizada.

REFERÊNCIAS

AGENCIA PATRÍCIA GALVÃO. **IBGE: 43% dos Estados têm centros de atendimento para mulheres- Dados e fatos sobre Violência contra as Mulheres.**

Acesso em 10 nov 2013. Disponível em:

http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4488&catid=43

BENNETT, L. et al. Effectiveness of Hotline, Advocacy, Counseling, and Shelter Services for Victims of Domestic Violence. **Journal of interpersonal violence**, v. 19, n. 7, p. 815-829, jul. 2004.

BLAY, E.A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos avançados**, São Paulo, v.17, n.49, p. 87-98. 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300006

Acesso em; 16 set. 2012.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p. 69-82. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher**. Brasília –DF, 2010.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília –DF, 2011a.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: 2011b.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE. **Anuário das mulheres brasileiras**. São Paulo: DIEESE, 2011. 300 p.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília; Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: CNS; 2012.

BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M.L.T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface-Comunicac. Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 165-74, jan/mar. 2009.

BRUSCHI, A.; PAULA, C.S.; BORDIN, I.A.S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.2, p. 256-64. 2006.

CAPALBO, C. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz**. 2ª. ed. Londrina: UEL; 1998.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CASIQUE, L.C.; FUREGATO, A.R.F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 6, p. 950-956, 2006.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2006.

CHRIZOSTIMO, M.M. et al. O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de Alfred Schütz. **Ciencia y Enfermeria**, v. 15, n.3, p. 21-28. 2009.

CORTES, L. F. **Gênero e suas manifestações no cotidiano dos serviços: compreensão de profissionais de uma equipe de enfermagem de um hospital escola**. 2010. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

CORTES, L.F. et al. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 143-153, out/dez, 2010.

CORTES, L.F. et al. Limitations and possibilities on health assessment to women in violence situation. **Health**, v. 5, n. 7A4, p.45-51, jul. 2013.

COSTA, J.S.D.; VICTORA, C.G. O que é “um problema de saúde pública”? **Rev Bras Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n.1, p. 144-51, mar, 2006.

DAHMER, T. S. et al. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. **Cienc. Cuidado Saúde**, v.11, n.3, p. 497-505, jul/set. 2012.

DINIZ, N. M. F. et al. Violência conjugal e as suas implicações na prevenção de DST/HIV. **Rev Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, p. 80-4, 2003.

DINIZ, N.M.F. et al. Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 20, n.3, p. 321-5, 2007.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1037-1050, jul/ago. 2009.

DUTRA, M.L. ET AL. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1293-1304, 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa de opinião pública: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Fundação Perseu Abramo e SESC: 2010.

FRANK. S.; COELHO, E.B.S.; BOING, A.F. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. **Rev. Panamericana Salud Publica**, v. 27, n. 5, p.376-81. 2010.

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. De. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.89-99, maio-ago. 2004.

GOMES, N.P.; et al. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 14-7, jan/mar. 2009.

GOMES, N.P.; et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2 , p. 173-8, abr/jun. 2012.

GUZMÁN, Y. E. R.; TYRRELL, M. A. R. Construyendo un lenguaje incomun en mujeres víctimas de violencia conjugal. **Rev. Escola Anna Nery Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.679-84. 2008.

HAGUE, G., MULLENDER, A. Who Listens? The Voices of Domestic Violence Survivors in Service Provision in the United Kingdom. **Violence Against Women**, Estados Unidos, v.12, n. 6 June p. 568-587. 2006.

HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p.2349-2357, nov. 2006.

HESLER, L.Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.34, n. 1, p.180-6. 2013.

INSTITUTO AVON. **Pesquisa Instituto Avon/Ipsos Percepções sobre a Violência Doméstica Contra a Mulher no Brasil 2011**. Acesso em 10 de novembro de 2013. Disponível em:

http://www.institutoavon.org.br/wpcontent/themes/institutoavon/pdf/iavon_0109_pesq_portuga_vd2010_03_vl_bx.pdf

JESUS, M.C.P.; et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Escola Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.3, p.736-41, 2013.

JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. D. A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev. Escola Enferm. USP**, São Paulo, v.2, n.4, p.744-51, dez. 2008.

KIM, J.; MOTSEI, M. “Women enjoy punishment”: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. **Social Science & Medicine**, Oxford, v.54, p. 1243–1254. 2002.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por Companheiro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701. 2005.

LAMOGLIA C.V.A.; MINAYO, M.C.S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 595-604. 2009.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M.; GASPAR, M.F.M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface- Comunicação Saúde, Educação**. Botucatu, v.15, n.37, p.409-424. 2011.

LEOPARDI, M.T.; GELBCKE, F.L.; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v.10, n.1. p. 32-49, jan/abr. 2001.

LEÔNCIO, K.L. et al. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 307-12, 2008.

LIMA, C. A. de; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 367-73, mai/jun. 2009.

LISBOA, T. K. Violência de gênero ou feminicídio? Leis sobre violência e propostas de políticas públicas no Brasil e no México. In: RIAL, C.; PEDRO, J.M.; AREND, S.M.F. (Org.). **Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade**. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2010.

MARTINS J.; BICUDO M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: EDUC, 1989.

MENEGHEL, S.N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.4. p.743-752, abr, 2011.

MERIGHI, M.A.B.; RODRIGUES, R.T.F.; DOMINGOS, S.R.F. Necessidades de cuidado das mulheres grávidas que possuem convênio saúde: abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.5, set-out. 2007.

MINAYO, M.C.S. The difficult and slow inclusion of violence on the health sector agenda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.646-7, mai-jun. 2004.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1641-1649. 2009.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINSKY-KELLY, D. et al. We've Had Training, Now What? Qualitative Analysis of Barriers to Domestic Violence Screening and Referral in a Health Care Setting. **Journal of interpersonal violence**, Nova Iorque, v. 20, n. 10, p.1288-1309, out. 2005.

MONTEIRO, C.F.S; SOUZA, I.E.O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n.1, p. 26-31, jan-mar. 2007.

MOREIRA, S.N.T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p.1053-9. 2008.

MOREIRA, I.C.C.C., MONTEIRO, C.F.S. Vivência da entrevista fenomenológica com prostitutas: relato de experiência. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n.5, p. 789-92, set-out. 2009.

NARULA, A.; AGARWAL, G.; MCCARTHY, L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. **Family Practice-The International Journal for Research in Primary Care**, v. 29, n 5, p. 593-600, out. 2012.

NEVES, E.P., SOUZA, I.E.O. Pesquisa em Enfermagem: buscando resgatar a posição do sujeito que a desenvolve. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.12, n.3, p.387-93, jul-set. 2003.

OLIVEIRA, E.N. Violência contra a mulher: uma questão de gênero. **Rev. Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 3, n. esp, p.171-80. 2000.

OLIVEIRA, E.N; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio./ago.2007.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher** [Internet]. São Paulo: Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo; 1994. Acesso: 12 de nov de 2013. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OEA>.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com hiv/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.3, p. 510-8, jul/set. 2008.

PAULA, C.C. et al. Movimento analítico hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.6, p. 984-9. 2012.

PORTO, D. Trabalho doméstico e emprego doméstico: atribuições de gênero marcadas pela desigualdade. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2. p. 287-303. 2008.

PORTO, J. R.R.; LUZ, A.M.H. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 207-18, ago. 2004.

RODRIGUES, B. M. R. D.; BARBOSA, E. C. V. O típico da ação de enfermagem ao cuidar da criança: uma abordagem metodológica possível. **Revista Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, p.348-52. 2003.

ROSAS, A. M. M. T. F. **O ensino da atividade assistencial: consulta de enfermagem: o típico da ação intencional**. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

RÜCKERT, T.R.; et al. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Ciência Cuid. Saúde**, Maringá, v.7, n.2, p.180-6. 2008.

SANTI, L.N; NAKANO, A.M.S; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.3, p. 417-24, jul-set. 2010.

SAGOT M. The Critical Path of Women Affected by Family Violence in Latin America: Case Studies From 10 Countries. **Violence against women**, v. 11, n. 10, p.1292-1318, out. 2005.

SARKAR, N. N. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.28, n.3, p. 266 – 271, abril. 2008.

SCARANTO, C. A. A.; BIAZEVIC, M.G. H.; MICHEL-CROSATO, E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. **Psicologia ciência e profissão**, v.27, n.4, p. 694-705. 2007.

SCHUTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Edição e organização: Helmut T.R.Wagner. Tradução: Raquel Weiss. Petrópolis: Vozes, 2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p. 470-7. 2002.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface**, Botucatu, v.7, n.12, p.41-54. 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.5. 2007.,

SCHRAIBER, L.B.; et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1019-1027, jul/ago. 2009.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Tradução: Cristine Rufino Dabatt, Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, [1989].

SIGNORELLI, M. C., AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p. 1230-1240, jun. 2013.

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador , Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. S263-S272. 2003.

SILVA, J.M.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.2, p. 254-7, mar-abr. 2008.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-America Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.03, p. 13-17, jul. 1997.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 2. P. 266-70, abr-jun. 2005.

STENIUS, V.M.; VEYSEY, B.M. “It’s the Little Things”. Women, Trauma, and Strategies for Healing. **Journal of interpersonal violence**, Nova Iorque, v. 20, n. 10, p. 1155-1174, out. 2005.

TAQUETTE, S. R (org) et. al. **Mulher adolescente/jovem em Situação de Violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

TERRA, M.G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.4, p. 672-8, out-dez. 2006.

TOCANTINS, F. R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz**. 1993. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

TOCANTINS, F. R.; SOUZA, E. F. O agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. **Rev. Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1 (lançamento), jul., 1997.

TORRALBA, R. F. **Antropologia do cuidar**. Org. Vera Regina Waldow. Tradução: Guilherme Laurito Summa. Petrópolis: Vozes, 2009.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VÍCTORA, G.C; KNAUTH, R.D; HASSEN, M. de N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

VIEIRA, L.B; PADOIN, S.M.M; LANDERDAHL, M.C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 609-16, dez, 2009.

VIEIRA, L.B; PADOIN, S.M.M, PAULA, C.C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n.2, p. 383-389, abr/jun. 2010.

VIEIRA, L.B. **Perspectivas de mulheres que denunciam o vivido da violência: cuidado de enfermagem à luz de Schutz**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2011.

VIEIRA, L.B., et al. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.678-685. 2011.

VIEIRA, L.B.; PADOIN, S.M.M.; SOUSA, I. E. O.; PAULA, C.C.; TERRA, M. G. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. **Aquichan**, Cundinamarca, v. 13, n. 2, p. 197-205. 2013.

VILLELA, W.V. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.20, n.1, p. 113-123. 2011.

WAGNER, H.R. **Textos escolhidos de Alfred Schutz**: fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: ZAHAR Editores; 1979.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: Homicídios de Mulheres. CEBELA. FLASCO/Brasil, ago. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva; 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa (folha 1 de 3)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência.

Pesquisador: Stela Maris de Mello Padoin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12224212.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 183.567

Data da Relatoria: 08/01/2013

Apresentação do Projeto:

A violência contra as mulheres tem se configurado um importante condicionante da saúde feminina, bem como um grave problema de saúde pública. Os profissionais de saúde, sobretudo os da área da Enfermagem, em geral, realizam os primeiros atendimentos às mulheres em situação de violência. Portanto, necessitam estar apropriados do acolhimento das demandas de saúde das mulheres. Isso fomenta a necessidade de serem realizadas pesquisas que busquem apreender as ações dos profissionais ao cuidar dessas mulheres. Assim, tem-se como objetivos: identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras/os ao cuidar de mulheres em situação de violência; e apreender os motivos para da ação da/o enfermeira/o ao cuidar dessas mulheres. Acredita-se que para realizar um cuidado de enfermagem que vise à integralidade é fundamental que sejam apreendidas suas motivações, a fim de que essas possam subsidiar o desenvolvimento de competências para o cuidado e ao enfrentamento da violência como uma questão de saúde pública. Pretende-se realizar pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, tomando-se como referencial teórico metodológico a análise sociológica de Alfred Schutz. As/os participantes do estudo serão profissionais enfermeiras/os que realizam a ação de cuidar de mulheres em situação de violência no Centro Obstétrico, Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria e Pronto Atendimento Municipal. A produção dos dados será realizada no período de janeiro a maio de 2013, sendo utilizada a entrevista fenomenológica, o número de participantes não será previamente definido uma vez que nos estudos fenomenológicos o número de entrevistas a serem realizadas é determinado pela suficiência de significados convergentes aos objetivos da pesquisa.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa (folha 2 de 3)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



A análise dos dados será pautada na Sociologia de Alfred Schutz e consistirá em leituras e re-leituras das entrevistas visando identificar as ações desenvolvidas pelas profissionais e captar os motivos para a ação; será identificada a relação das categorias entre si, chegando assim ao típico da ação profissional. Os preceitos éticos serão respeitados conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196/96, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no país. Após o término deste estudo, os resultados serão divulgados por meio da elaboração artigos científicos, publicações em eventos da área. Além da divulgação dos resultados aos profissionais e gestores dos serviços.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa serão profissionais enfermeiras que trabalham no Centro Obstétrico do HUSM (CO/HUSM), no Pronto Socorro (PS/HUSM) e no Pronto Atendimento Municipal (PAM). A escolha desses sujeitos deve-se ao fato de o CO/HUSM e o PS/HUSM serem referência como porta de entrada de alta-complexidade para os casos de mulheres em situação de violência da região Centro do Estado. E o PAM ser referência para os casos do município. Buscam-se profissionais enfermeiras principalmente pela necessidade de fortalecimento do saber nuclear dessa profissão para atuar nos casos de violência.

Para tanto, deverão atender ao critério de inclusão: ser enfermeira/o trabalhadora desses locais. O critério de exclusão é estar em férias ou em afastamento do trabalho no período da produção de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras/os ao cuidar de mulheres em situação de violência; e apreender os motivos para a ação da/o enfermeira/o ao cuidar dessas mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios serão indiretos, pois as informações produção das fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

A princípio, o sujeito não sofrerá risco, mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, cuja investigação numa abordagem compreensiva, está fundamentada no referencial teórico metodológico de Alfred Schutz, com os seguintes objetivos: identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras/os ao cuidar de mulheres em situação de violência; e apreender os motivos para a ação da/o enfermeira/o ao cuidar dessas mulheres. Estudo qualitativo de natureza fenomenológica terá como cenário da investigação: Centro Obstétrico e Pronto Socorro

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO C – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa (folha 3 de 3)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



do Hospital Universitário de Santa Maria e Pronto Atendimento Municipal. As/os participantes do estudo serão profissionais enfermeiras/os que realizam a ação de cuidar de mulheres em situação de violência nesses serviços. A produção dos dados será realizada no período de janeiro a maio de 2013, sendo utilizada a entrevista fenomenológica, o número de participantes não será previamente definido uma vez que nos estudos fenomenológicos o número de entrevistas a serem realizadas é determinado pela suficiência de significados convergentes aos objetivos da pesquisa. A análise dos dados será pautada na Sociologia de Alfred Schütz.

Serão observados todos os aspectos éticos que regem pesquisas com seres humanos na condução desta investigação. O cronograma está adequado ao escopo do estudo e as pesquisadoras irão arcar com os custos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Confidencialidade e o TCLE estão redigidos em linguagem clara e compreensível, elucidando todos os aspectos e etapas da pesquisa.

Recomendações:

Projeto apto a ser desenvolvido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 08 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisador responsável: Enf^a. Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (55) 3220-8938

Pesquisadora mestranda: Enf^a. Esp. Laura Ferreira Cortes

Telefones para contato: (55) 99593650

Você está sendo convidada (o) para participar, como voluntário, desta pesquisa intitulada: **Intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência**. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

Após ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada(o) de forma alguma.

Esta pesquisa é de autoria de **Laura Ferreira Cortes**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin.

Objetivos: identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras/os ao cuidar de mulheres em situação de violência em serviços de referência para casos da Região Centro do estado do Rio Grande do Sul e apreender os motivos para a ação da/o enfermeira/o ao cuidar dessas mulheres.

Você será entrevistada(o) sobre as ações desenvolvidas ao cuidar de mulheres em situação de violência e sobre suas motivações ao cuidar dessas mulheres. A entrevista será gravada e o que você disser será registrado para posterior estudo. Porém, você tem a liberdade de aceitar ou não e o fato não inviabilizará o desenvolvimento da entrevista. A entrevista será realizada em uma sala reservada previamente agendada no hospital.

Após, as suas informações gravadas serão transcritas, por mim, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados.

- É importante que você compreenda que assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra ‘E’ (E1, E2, E3, E4...), por ser a letra inicial da palavra Enfermeira/o, seguida de um número que não corresponde à sequência de sua participação na pesquisa.

Benefícios: para você, os benefícios serão indiretos, pois as informações produção das fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Riscos: você, a princípio, não sofrerá risco, mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolva a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço, previamente acordado.

Sigilo: ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na forma de artigos científicos. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência”**, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a Enf^a. Md^a. Laura Ferreira Cortes, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do

acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria ____, de _____ de 20__

Pesquisador responsável
Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

Md^a. Pesquisadora
Enf^a. Laura Ferreira Cortes

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisador responsável: Enf^a. Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (55) 3220-8938

Pesquisadora mestrand: Enf^a. Esp. Laura Ferreira Cortes

Telefones para contato: (55) 99593650

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos, cujos dados serão produzidos por meio da entrevista fenomenológica, a qual será gravada em uma sala previamente reservada no local de produção. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto, construção de um banco de dados do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) e os desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enf^a. Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1336, localizada no terceiro andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por um período de cinco anos. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, dede 2012.

Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin
COREN-RS 30186

APÊNDICE C – Entrevista Fenomenológica

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Título do projeto: **Intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência**

Pesquisadora responsável: Enf^a. Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

Pesquisadora mestrandia: Enf^a. Esp. Md^a. Laura Ferreira Cortes

Roteiro

Situação Biográfica das Profissionais

- 1) Idade
- 2) Sexo
- 3) Estado civil
- 4) Possui filhos? Se sim, quantos?
- 5) Tempo de formação
- 6) Tempo de serviço no setor
- 7) Possui outros empregos?
- 8) Já atendeu mulheres em situação de violência?

Ações realizadas

Fale-me sobre as ações realizadas no seu cotidiano de trabalho com mulheres em situação de violência.

Questão fenomenológica orientadora

O que você tem em vista quando cuida de mulheres em situação de violência?

As possibilidades de adaptação consistem em substituir a expressão *O que você tem em vista* por: o que você espera [...]; o que você pretende [...]; qual a sua intenção [...]; qual sua expectativa [...]; qual seu objetivo quando cuida de mulheres em situação de violência.