

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NO BRASIL

NURSING CARE FOR WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE IN BRAZIL

ALINE DE SOUSA COSTA¹, DOMENIQUE LOPES GOMES², ERIKA RODRIGUES DE ANDRADE³, RENATA ALVES RIBEIRO⁴, SERGIO LUIZ CARNEIRO XAVIER⁵, NATHALIA ODA AMARAL⁶

RESUMO

O presente estudo teve com objetivos propostos apresentar os aspectos históricos da ocorrência da violência contra a mulher, avaliar a ocorrência desse fenômeno no Brasil e analisar a importância e o papel da enfermagem diante dessa problemática. A metodologia utilizada para a elaboração da pesquisa foi a revisão narrativa, com abordagem descritiva. As bases de dados utilizadas para a escolha dos artigos foram: Google Acadêmico, LILACS e Scielo, com palavras-chave que buscavam artigos sobre o papel do enfermeiro na assistência a mulher vítima de violência e relacionados. A participação da figura feminina na história é marcada pela repressão, submissão e violência. A evolução dos pensamentos da sociedade fez com que surgisse a necessidade de discutir mudanças e criar meios e projetos voltados para proteção à mulher. Com isso, surge a necessidade de profissionais habilitados à lidarem com a problemática. Assim, a equipe de enfermagem tem importante papel na ocorrência desse fenômeno, devendo prestar uma assistência humana e acolhedora à vítima, auxiliando na sua recuperação social, física e psicológica.

Palavras-chave: violência contra a mulher. Violência. Agressão. Femicídio.

ABSTRACT

The present study aimed to present the historical aspects of the occurrence of violence against women, evaluate the occurrence of this phenomenon in Brazil and analyze the importance and role of nursing in this issue. The methodology used for the elaboration of the research was the narrative review, with a descriptive approach. The databases used to choose the articles were: Academic Google, LILACS and Scielo, with keywords that searched for articles on the role of nurses in assisting women victims of violence and related articles. The participation of the female figure in history is marked by repression, submission and violence. The evolution of society's thoughts gave rise to the need to discuss changes and create means and projects aimed at protecting women. With this, there is a need for qualified professionals to deal with the problem. Thus, the nursing team has an important role in the occurrence of this phenomenon, providing humane and welcoming assistance to the victim, helping in their social, physical and psychological recovery.

Keywords: Violence against women. Violence. Aggression. Femicide.

1 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps. Email: alinnesousacosta@hormail.com

2 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps. Email: domgomestcf@gmail.com

3 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps. Email: erikarodrigues1730@outlook.com

4 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps. Email: ranata2731@gmail.com

5 Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps. Email: slczmm77@gmail.com

6 Orientadora, Doutora em Ciências Biológicas e professora da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps. Email: nathalia.amaral@facunicamps.edu

1. INTRODUÇÃO

A violência cometida contra a mulher é um fenômeno descrito desde a antiguidade, atingindo diferentes níveis econômicos, sociais, étnicos, religiosos e culturais (LEAL, 2011). Considerado um problema de saúde pública, é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada.” (OMS, 2002)

Por muito tempo, a participação da mulher na construção e na estruturação da sociedade foi deixada como segundo plano. Expostas à ideais patriarcais, a figura feminina era dispensada de qualquer participação política e social, sendo essas funções direcionadas exclusivamente ao homem. Segundo Gonçalves (2006), o universo masculino está estritamente relacionado à cultura da “superioridade” e da heroicidade. Nesse sentido, o comportamento de repressão às mulheres é algo cultural e “ensinado” aos homens desde os primórdios. A violência, geralmente tem relação com a aplicação do poder, como é citado nas palavras de Arendt: “[...] onde um domina absolutamente, o outro está ausente. A violência aparece onde o poder está em risco, mas, deixada a seu próprio curso, conduz à desaparecimento do poder”. (ARENDR, 2001, p. 44 apud VICENTE, 2014, p. 5)

Nesse sentido, o ato de agredir está relacionado à ameaça ao poder do homem, que se utiliza da agressão para garantir o controle físico e emocional sobre a mulher. Segundo dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2020), no ano de 2019 foram registrados, no Brasil, 85.412 denúncias de violência, sendo 61% relacionadas à violência física. Em função do isolamento social por conta da pandemia causada pela COVID-19, houve um aumento de 27% do número de casos.

A igualdade entre homens e mulheres foi estabelecida na Constituição Federal de 1988, que cita no art. 5 o seguinte texto: “[...] homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos da Constituição” (BRASIL, 1988). Nesse sentido, o contexto de minimização da figura da mulher dentro da sociedade vai contra o que é estabelecido na Constituição do país.

No Brasil, nos últimos anos, foram criadas políticas voltadas para a resolução do problema, como a criação de delegacias especializadas, criação de centros de referência, fundação de casas de abrigo voltadas para o acolhimento de mulheres e o direito ao aborto legal para mulheres vítimas de violência sexual, se desejado por elas.

A criação da Lei Maria da Penha, sancionada em 8 de agosto 2006, representou um importante avanço, objetivando garantir os direitos das mulheres dentro da sociedade. Maria da Penha Fernandes é uma farmacêutica brasileira que deu origem ao nome da lei. Maria sofreu violências sérias de seu marido, que a deixou paraplégica aos 38 anos de idade. Mesmo após apresentar denúncia, o então marido saiu impune. No ano de 2001, o Estado foi processado por negligência pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Em 7 de agosto de 2006, foi promulgada a Lei 11340/2006, conhecida hoje como Lei Maria da Penha, criando métodos de combate, assistência e prevenção a mulheres vítimas de violência.

A mulher vítima de violência sexual, por exemplo, tem direito ao atendimento integral pelo SUS, com o objetivo de minimizar os impactos causados, como a prevenção das IST's e gravidez indesejada. Sendo assim, é necessário que os profissionais atuantes nesse contexto estejam preparados e capacitados para prestar uma assistência de maneira humanizada, preservando a integridade da saúde da vítima (MATOS, 2008 apud RODRIGUES, 2020, p. 2)

Com a criação da Lei 10.778/2003, a notificação dos casos de violência contra a mulher passa a ser de notificação compulsória. Para Netto (2018), a notificação é uma importante ferramenta para avaliar e mensurar os casos de violência, pois oferece condições de estimar investimentos e implementar serviços de assistência e cuidado, bem como redes de proteção à vítima. No entanto, mesmo com a obrigatoriedade, muitos profissionais de saúde não se encontram efetivamente preparados para identificar e notificar esse tipo de problema. Os serviços de saúde e, principalmente, o serviço de enfermagem, tem um importante papel da identificação da violência, uma vez que, em grande parte dos casos, possuem uma relação mais próxima com as vítimas.

O sistema de saúde tem um importante papel no enfrentamento da violência, pois representa o local onde são prestados os primeiros cuidados às vítimas. Nesse sentido, o presente artigo tem por finalidade analisar e discutir aspectos sobre a violência contra a mulher, bem como compreender o papel do enfermeiro diante da ocorrência desse fenômeno, uma vez que, em grande parte dos casos, o sistema de saúde é a porta de entrada para notificação desses casos. Além disso, a forma como o atendimento e o acolhimento é realizado, interfere diretamente na decisão da vítima pela escolha da denúncia ou pela recusa dela.

2. METODOLOGIA

O estudo foi realizado por meio de uma revisão de literatura do tipo narrativa, a qual consiste na análise de uma extensa gama de publicações apropriadas para descrever e discorrer o desenvolvimento de um determinado tema a partir de um cenário teórico ou contextual (RHOTER, 2007). Esta pesquisa visa discutir sobre a problemática da violência contra as

mulheres no dia a dia da assistência de enfermagem.

Na construção deste artigo, foram aplicados artigos do ano de 2005 ao ano de 2018, como também a 2ª Edição do Manual de Atendimento Às Vítimas de Violência na Rede Pública do Distrito Federal, 1ª edição da Norma Técnica Para Atenção Humanizada Às Pessoas em Situação de Violência do Ministério da Saúde de 2015, Caderno de Atenção Básica - Nº 8 do Ministério da Saúde do ano de 2002, Lei 11.340 de 2006 e 4 trabalhos de conclusão de curso que tratavam sobre o tema. Inicialmente, foram selecionados 32 artigos publicados nos bancos de dados virtuais Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library (SciELO)* e Google Acadêmico. Os descritores utilizados para a seleção desses artigos foram: violência contra a mulher, violência, agressão e feminicídio. Após a escolha de 32 artigos, 23 foram excluídos por serem de datas anteriores a 2005 ou não possuírem informações atualizadas.

Portanto, a busca proporcionou encontrar os artigos e analisar os textos, a partir da leitura de seus títulos, com base em critérios de inclusão, como: texto completo, artigos publicados em até 16 anos e foco na problemática do tema. Assim, formamos uma amostragem final de 9 artigos científicos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conceito e Tipos de Violência

No Brasil, a violência é recorrente, atingindo todas as classes sociais, raças/etnias e gêneros (SAFFIOTI, 1997 apud ROCHA, 2009, p. 1). Nesse sentido, a violência pode ser vista como uma problemática global, com predominância em regiões e famílias pobres, mas também presente em outros contextos, como em grupos e locais onde existem condições financeiras privilegiadas.

Michaud (1989) mostrou o desafio de definir a violência em termos universais e mesmo apontando que é “uma questão de agressão e maus tratos [...] que é evidente porque deixam marcas”, ele estabelece que a violência esteja nas normas que dominam a sociedade. Portanto, Michaud (2001) presume que existem diferentes formas de violência de acordo com diferentes pontos de vista, ideais pessoais, fragilidades e vulnerabilidade tanto física quanto psicológica, não se resumindo em apenas uma única forma de violência (física), mas também como moral, cultural e patrimonial. Dessa forma, é compreendida como imprevisível, e sem regras.

Já a filósofa Chauí (1985) entende que violência não se resume apenas a violação de normas, mas sim enxerga a problemática sobre 2 pontos: o primeiro como uma diferença de

posição hierárquica desigual, onde, em um lado, existe a dominação e do outro, há exploração e opressão. Em segundo, coisificação (“ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa”) à vítima oprimida pelo agressor. Para Saffioti:

Ser mulher é estar em desvantagem, quando o assunto é violência. Porque a mulher, em sua maioria, tem menos força física que o homem, e embora a mulher, revide a agressão com a mesma violência ou outras formas, estes atos são malvistas pela sociedade, que só considera válida a violência praticada por homens [...] e, a mulher apresenta uma especificidade corporal que, elaborada, a torna presa fácil daquele que, também em virtude da cultura, transformou o pênis de órgão penetrante em instrumento perfurante [...]. Dessa forma mulher tem sido a vítima preferida dos homens ao longo da história. (Saffioti, 1997, p. 145)

Os aspectos que envolvem o fenômeno da violência são muitos, como também suas motivações e determinantes. Contudo, um tipo de violência que vem chamando a atenção é a violência doméstica ou intrafamiliar, sendo suas vítimas, na maioria, as mulheres.

Para o Ministério da Saúde (2002), apesar de semelhantes, a violência doméstica é distinta da intrafamiliar. A doméstica se distingue não se limitando à família, já que engloba membros de uma mesma casa sem parentescos. E a intrafamiliar não se resume apenas ao espaço físico (o lar) onde a agressão transcorre, mas também a relação entre o agressor e a vítima. O local onde a violência intrafamiliar e doméstica ocorre não se limita à residência. O ambiente e o local não mais importam, desde que a violência seja motivada por convivência ou relacionamento efetivo (BRASIL, 2006).

A violência doméstica e a intrafamiliar contra a mulher acontece de diversas formas, dentre elas se sobressai a física, a psicológica e a sexual. Enquanto a violência física faz o uso da força motora, a psicológica é definida pela ausência de uma atenção positiva, disponibilidade emocional, como também por humilhações, manipulações e ameaças (sejam elas explícitas ou indiretas); e por privação de liberdade, com violência física ou não. Portanto a violência psicológica não deixa marcas de violência visíveis no corpo, porém, entende-se que tal, está associada às relações de poder, opressão, educação, identidade, subjetividade e agressividade (RUIZ & MATTIOLI, 2004).

Segundo a Lei Maria da Penha (2006) é entendida como violência sexual toda conduta realizada a força sobre a vítima. Onde o agressor, mediante coação, intimidação, ameaças, força física, chantagem e suborno, obrigue a vítima a manter relações sexuais a força e/ou desprotegidas, a imponha contra vontade ao matrimônio, gravidez, aborto ou a vender e/ou utilizar de sua própria sexualidade. De modo geral, é entendido como violência sexual, a anulação da mulher em fazer suas próprias escolhas no que diz respeito a seus direitos sexuais e de reprodução.

O reconhecimento de violência familiar e doméstica pode ser encontrado no artigo 4º da Lei Maria da Penha. E é no artigo 5º que a violência doméstica é compreendida como violência que se dá no ambiente de convívio de pessoas com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas. Isso determina que a vítima não precisa manter relações familiares com o seu agressor, mas é preciso conviver com ele. Já a violência familiar acontece quando praticada contra membros de uma mesma família, seja ela por laços naturais, de afinidade ou por vontade expressa (BRASIL, 2006).

Ainda no discorrer da Lei 11.340/2006, temos a violência patrimonial, onde configura qualquer destruição, retenção ou subtração de bens pessoais ou de valores da vítima, bem como seus recursos econômicos. E por fim, a violência moral, qualquer comportamento que constitua difamação, calúnia ou injúria.

3.2 Desigualdades de Gênero: A Perpetuação da Violência

A estruturação e a organização dos papéis de cada indivíduo dentro da sociedade são baseados em normas sociais e morais construídas através do tempo, normas essas que atribuem à mulher a posição de subalternidade perante o homem, que, por sua vez, utiliza da violência para garantir seu domínio. Para Passos (1999) é por meio dessa estruturação sociocultural que o menino é ensinado à não exteriorizar sentimentos, fraquezas ou sensibilidade, espelhando-se na figura do pai, o provedor da casa. Por outro lado, a menina deve espelhar-se na mãe, apresentando características vistas como femininas, como a obediência, a dependência e a submissão.

A figura feminina foi, durante muito tempo, relacionada à cuidados com o lar, maternidade e obediência ao companheiro. Mesmo hoje, em um cenário diferente e após ter adquirido espaço em atividades antes designadas somente para homens, ainda existe uma forte relação entre a mulher e a imagem da “dona do lar”. Nesse sentido, diz Pinheiro (2007):

As desigualdades visíveis entre homens e mulheres no que concerne às funções que desempenham (ou deveriam desempenhar), aos lugares que ocupam (ou deveriam ocupar) e às características que apresentam (ou deveriam apresentar) resultam, no entanto, de diferenças muito mais amplas do que apenas diferenças sexuais (biológicas). (PINHEIRO, 2007, p. 183 apud DIOTTO, 2010, p. 7).

Os casos de violência surgem, em sua grande maioria, da hierarquia imposta entre os sexos. Nesse sentido, segundo Azevedo (AZEVEDO, 1995, p. 37 apud DIOTTO, 2010, p. 9), os homens são beneficiados de qualidades referentes ao espaço público, como o domínio e a agressividade, enquanto as mulheres recebem a propriedade do “sexo frágil”, por serem estereotipadas como mais afetivas. Tais traços não são tão valorizados pela sociedade, pois se

contrapõem aos masculinos.

As relações entre homens e mulheres, de modo geral, são baseadas no poder deles sobre elas, pois, historicamente, a ideologia dominante tem a função de reafirmar a supremacia masculina. Nesse sentido, quando a mulher deixa de ser o polo dominado para se tornar o polo dominante da relação, não aceitando como natural o lugar e o papel a ela atribuídos, os homens utilizam-se de métodos para fazer valer suas vontades, como é o caso da violência moral ou psicológica. Ademais, quando esses tipos de violência não são suficientes para garantir seu controle, recorrem a manifestações menos sutis, como é o caso da violência física (SILVA, 1992).

Apesar das mudanças na estrutura e na dinâmica familiar atual, impera ainda o modelo familiar representado pela autoridade masculina. O perfil da mulher vítima de violência é, normalmente, resultado dessa estrutura familiar, caracterizada pela subordinação e pela aceitação das imposições (TEIXEIRA 1999). Para Cardoso (1997, p. 128), a permanência de determinado indivíduo em um ambiente onde, por exemplo, os pais são agressivos, favorece a naturalização da violência:

Sofrer violência na infância torna as pessoas inseguras, com baixa autoestima, com ausência de senso crítico sobre a violência e dificuldades de estabelecer relações positivas. Essas consequências repercutem na escolha que a mulher fará de seu futuro marido, bem como na sua reação frente à violência. (CARDOSO, 1997, p. 128 apud FONSECA, 2006, p. 6)

Percebe-se, a partir do número de casos, que a violência contra a mulher é uma prática comum, apresentando-se de diversas maneiras. Tornou-se comum e rotineiro, não sendo mais visto como algo desprezível. A banalização e a naturalização perpetuam a violência, como exemplifica Macedo:

A violência de gênero, mais precisamente a violência contra a mulher, é uma das formas de violência mais aceitas como normais e de maior presença no cotidiano de nossa sociedade. Para melhor exemplificar, podemos citar alguns ditados populares que terminam por expressar a naturalidade com que esse tipo de violência ainda é encarado: Mulher gosta de apanhar. Mulher é que nem bife, pois quanto mais apanha melhor fica. Ele não sabe porque bate, mas ela sabe porque apanha. (MACEDO, 2002, p. 123 apud DIOTTO, 2010, p. 9).

Todos os fatores históricos mencionados acima apresentam a desigualdade de gênero como um desencadeador da violência contra a mulher. De modo geral, nenhum ser vivo merece ser vítima de violência, tendo seu direito à vida e a dignidade assegurados pela lei. Entretanto, a figura feminina merece uma atenção especial, em virtude do seu histórico de desigualdade e discriminação.

3.3 A Lei Maria da Penha

A Lei 11.340/2006, também conhecida como "Maria da Penha", foi promulgada em 8 de agosto de 2006. Busca reduzir a desigualdade entre homens e mulheres, estabelecendo o controle da violência por meio do manejo de instrumentos e mecanismos que proporcionam a normatização de ações dentro do padrão da normalidade esperada. A Lei 11.340/2006 foi estabelecida com o seguinte trecho que esclarece o seu propósito:

Art. 10º - [...] cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher... dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. (Brasil, 2006)

O nome “Lei Maria da Penha” foi dado em homenagem à Maria da Penha Maria Fernandes, uma de muitas vítimas da violência contra a mulher. Maria da Penha sofreu tentativa de homicídio, duas vezes, pelo seu então marido, ficando paraplégica na primeira tentativa por uma bala desferida contra sua coluna. Da data do crime até a efetuação da prisão do criminoso, transcorreram quase 20 anos, e a razão da demora foram os instrumentos legais e processuais existentes na época. A Lei em questão define como violência, conforme Art. 5º da Lei 11.340/2006, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

A Lei “Maria da Penha” identifica a vítima sempre como uma mulher, e o agressor, um homem ou mulher. Nesse sentido, são reconhecidas no parágrafo único do artigo 5º, do título II, famílias compostas por duas mulheres, apresentando, assim, um avanço normativo.

A Lei vai além dos vínculos familiares e domésticos ao determinar no inciso III, do artigo 5º, que a violência doméstica se dá em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Tal inciso é destacável, já que o sentimento de posse pode permanecer mesmo após o rompimento de relacionamentos e ele traz proteção especial às mulheres contra seus ex-parceiros. O mesmo se aplica às relações efetivas, como noivados, relacionamentos sem compromisso e namoros.

Destaca-se na Lei, a impossibilidade do cumprimento da pena com cestas básicas e multa, haja vista que, tais benefícios davam ao agressor o sentimento de impunidade e o incentivava a repetir outros episódios de agressões diante da insignificância da condenação.

Outra pontuação que vale a atenção encontra-se no artigo 16 da Lei 11.340/2006. Trata-se de um dos mecanismos de responsabilização para o crime:

Art 16º - “Nas ações penais públicas condicionadas à representação da ofendida de que trata esta Lei, só será admitida a renúncia à representação perante o juiz, em audiência especialmente designada com tal finalidade, antes do recebimento da denúncia e ouvido o Ministério Público.” (Brasil, 2006)

Ainda sobre os mecanismos de responsabilizações, encontra-se na Lei: medidas protetivas, exequível prisão em flagrante e preventiva, aumento da pena por lesão corporal e criação dos Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; entre outros (BRASIL, 2006).

Em grande parte dos crimes cometidos contra a mulher, há a necessidade de reportagem e denúncia por parte da vítima, para que o agressor seja punido, pois a Lei 11.340/2006 existe para que esse processo se torne mais seguro para a vítima e incisivo para o agressor.

3.4 A Lei 12.845/13

O Sistema Único de Saúde (SUS) é também uma ferramenta no combate à violência contra a mulher, pois nele podemos encontrar o acolhimento fornecido pela equipe multiprofissional composta por médicos, equipe de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais às mulheres vítimas de violência.

Visando um atendimento efetivo às vítimas de violência sexual, foi promulgada a Lei 12.845 em 1º de agosto de 2013, que estabelece um “[...] atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhando, se for o caso, aos serviços de assistência social” (BRASIL, 2013).

A lei também nos informa que todos os Hospitais do Sistema Único de Saúde devem fornecer diagnóstico e tratamento das lesões adquiridas no ato da violência, investigação de possível gravidez, profilaxia para IST's, além de desenrolar o registro da ocorrência, facilitando o encaminhamento dessas mulheres as delegacias especializadas. O Art. 3º da mesma Lei também cita a obrigatoriedade do fornecimento de informações às vítimas sobre seus direitos legais e sobre todos os serviços disponíveis na rede SUS para atendimento (BRASIL, 2013).

3.5 Notificação Compulsória

Reconhecendo o grande problema de saúde pública que é a violência contra a mulher, o Ministério da Saúde criou a Portaria Nº 2.406, de 05 de novembro de 2004, que determina a implantação do serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher no Brasil inteiro, com o objetivo de:

[...] permitir dimensionar a magnitude do problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todas as esferas para enfrentamento deste problema [...] (Brasil, 2004)

Sendo assim, o Art. 3º da Portaria nº 2.406/04 declara que a notificação compulsória seguirá um fluxo, sendo este:

“I - O preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima;

II – A Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou servio correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio;

III - As informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. (Brasil, 2004)

Posto isso, a notificação compulsória possui 8 etapas (ver documento em anexo):

- Sendo a etapa I, os campos dos ‘Dados Gerais’: que procuram identificar se a violência foi cometida contra a mulher, sua faixa etária, se a vítima está gestante, possui deficiências e município da notificação.
- Na etapa II podemos encontrar os ‘Dados do Paciente’: com campos destinados para a identificação, como: nome, idade, sexo, endereço de residência, contato etc.
- Na etapa III se encontram os ‘Dados da Ocorrência’: dados que visam identificar o tipo de violência, se é uma violência de repetição, local e meios da agressão.
- Na etapa IV, ‘Dados do Agressor’: onde se encontram o número de agressores, e o tipo de relação da vítima com o agressor.
- Etapa V campos, para a identificação da ‘Evolução’: se a vítima veio a óbito ou foi internada etc. Bem como, o local de encaminhamento da vítima.
- Etapa VI se encontra o campo ‘Danos’: nele estão as consequências da violência, como gravidez, IST’s, traumas físicos, óbito etc.
- Na etapa VII: “Observações”, campo livre para adicional de informações, caso necessário.

Na última, VIII, “Preenchimento”: um último espaço livre para identificação do responsável com carimbo e data da notificação, como poder ser observado no anexo.

3.6 Consequências Físicas e Psicológicas para a Mulher Vítima de Violência

De acordo com Aguiar *et al.* (2013), a assistência de enfermagem às vítimas de violência doméstica deve ser planejada para promover a segurança, o acolhimento, o respeito e a satisfação das usuárias em suas necessidades individuais e coletivas. Refletir sobre o seu planejamento, pautado nos instrumentos básicos da enfermagem, das políticas públicas de saúde, e na legislação vigente é fundamental para a proteção das vítimas e prevenção de agravos futuros.

A violência contra a mulher em uma relação com o parceiro se estabelece de forma crescente e repetitiva. As agressões físicas, psíquicas, morais e sexuais expõem as mulheres a uma conduta de vulnerabilidade. De acordo com Grossi (GROSSI, 1996, p. 46 apud FONSECA, 2006, p. 14), a Organização Mundial de Saúde reconhece a violência contra a mulher como questão de saúde pública, pois por ser um ciclo repetitivo, as vítimas, em sua maioria, recorrem aos serviços de saúde.

Morais *et al.* (2018) afirmam que a confiança da mulher dentro dos serviços de saúde se dá quando há conhecimento adequado da rede, permitindo realização de ações preventivas com registro, encaminhamentos e acompanhamentos adequados, transmitindo assim um elo de confiança e potencializando a assistência.

A Atenção Primária à Saúde (APS) e o Plano Nacional de Políticas para Mulheres articulam de forma necessária uma rede de serviços de saúde em que visam identificar, prevenir e cuidar de mulheres que sofreram ou sofrem violência. Os profissionais que atuam com essa demanda devem garantir segurança e autonomia a essas mulheres, compilar problemas de saúde comuns à violências doméstica, apoiar e acolher a mulher vitimada.

A identificação de mulheres em situações de violência pode ser muito difícil, e por esse motivo é imprescindível treinamento e capacitação dos profissionais da saúde. A Atenção Primária à Saúde surge como porta de entrada para identificar e atender essas mulheres.

De acordo com Kashani e Allan (KASHANI E ALLAN, 1998, p. 23 apud FONSECA, 2006, p. 14), as violências geram prejuízos nas esferas do desenvolvimento físico, cognitivo, social, moral, emocional ou afetivo. As manifestações físicas da violência podem ser agudas, como as inflamações, contusões, hematomas, ou crônicas, deixando sequelas para toda a vida, como as limitações no movimento motor, traumatismos, a instalação de deficiências físicas, entre outras.

Já os sintomas psicológicos frequentemente encontrados em vítimas de violência doméstica são: insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade, falta de apetite, e até o aparecimento de sérios problemas mentais, como a depressão, ansiedade, síndrome do pânico, estresse pós-traumático, além de comportamentos autodestrutivos, como o uso de álcool e drogas, ou mesmo tentativas de suicídio.

As consequências causadas pela violência contra a mulher são distúrbios físicos, psicológicos e emocionais, influenciando na conservação e na integridade à saúde da mulher de forma degradante, agressiva e destruidora de sua autoestima e de seu estado de independência completa.

O enfrentamento da violência contra a mulher como um problema de saúde pública requer da equipe de saúde, em especial da Enfermagem, a assunção de posturas sensíveis e acolhedoras para lidar com as vítimas. Esperam-se desses profissionais disponibilidade para a prevenção e manejo dessas situações, para que a mulher em situação de violência sinta-se amparada a expor sobre as suas demandas de saúde.

A multidisciplinaridade do atendimento de mulheres em situação de violência é imprescindível, onde a confiança entre as pacientes e a equipe é fundamental. A prevenção da violência contra a mulher exige escuta e compreensão por parte dos profissionais, buscando sempre redes de apoio às vítimas, e atentando-se ao cuidado além das lesões físicas.

Contudo, é de extrema importância que o sistema de saúde tenha o preparo necessário para o atendimento de mulheres em situação de violência doméstica, e vale ressaltar que o atendimento deve ser além do clínico. Violência contra a mulher é caso de Saúde Pública, e deve ser tratada com atenção, responsabilidade, e comprometimento por parte dos profissionais, dando suporte clínico e psicológico às vitimadas.

3.7 Enfermeiro, Assistência e Acolhimento

O ato de cuidar, na enfermagem, engloba um conjunto de medidas, atitudes e posturas profissionais, que, em conjunto, permitem a prestação de uma assistência acolhedora e de qualidade (TAKEMOTO, 2007). Nesse sentido, o acolhimento deve ser vivenciado tanto pela vítima, quanto pelo profissional, desde a entrada da mulher na unidade de saúde, permeando todo o atendimento, até a sua saída.

Durante a sua vivência profissional, o enfermeiro pode defrontar-se com situações de atendimento à mulher vítima de violência. Sendo assim, exige-se dos mesmos conhecimentos e habilidades específicas para promover a assistência, enfatizando as características humanizadoras e com poder transformador, que devem ser sentidos e vividos pela vítima e pelo

profissional (WALDOW, 2016).

Para Ferraz (2009), a assistência de enfermagem prestada à mulher vítima de violência deve ter como objetivo promover acolhimento, respeito, segurança e proteção. Para que isso seja possível, pode-se integrar algumas ações de cuidado, como o estabelecimento do vínculo entre a vítima e a equipe de atendimento, o diálogo e a escuta ativa e o apoio à mulher na decisão de fazer o registro policial, por exemplo.

As ações citadas acima são consolidadas pela Lei nº 11.340, que estabelece o dever do Estado e dos municípios de implementar redes de apoio e programas de saúde voltados para a saúde da mulher, assegurando os seus direitos. A prestação de assistência de saúde ao ser humano inclui a elaboração e a aplicação de medidas de prevenção e de promoção de saúde, bem como de educação permanente para os profissionais. Dessa maneira, os direitos da vítima podem ser assegurados, independente da sua raça, cor, etnia, cultura, orientação sexual, ou demais aspectos (FERRAZ, 2009).

Para que o atendimento seja realizado de maneira satisfatória, a atualização dos profissionais deve ser constante, para que, assim, possam agir de maneira imparcial, sem julgamentos, sem preconceitos e conhecendo as implicações legais, físicas e psicológicas da violência. O enfermeiro acolhe, realiza triagem e avalia a necessidade de cada caso, encaminhando os casos para os setores adequados de acordo com essa necessidade (BRASIL, 2005).

Ao realizar um atendimento acolhedor, a enfermagem cria a possibilidade de desvendar outros problemas que possam afetar a integridade emocional e física da mulher. Esse cuidado permite que se tenha um olhar sensível, que visa recuperar a autoestima e autoconfiança, a saúde mental, física e a qualidade de vida da vítima (MORAES, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi mencionado, pode-se analisar os fatores que influenciam na ocorrência da violência contra a mulher, bem como as características dos diversos tipos de violência e o papel da figura do enfermeiro e da equipe multiprofissional na abordagem e na assistência das vítimas.

A presença da mulher na história da humanidade é marcada pela subordinação, coibição e violência. Com o passar dos anos e com a mudança de comportamento e pensamento da sociedade, surgiu a necessidade de discutir alterações nesse pensamento e desenvolver recursos e programas focados no cuidado às mulheres.

Apontou-se o papel do enfermeiro no cuidado oferecido às vítimas e a necessidade de profissionais habilitados para estarem a frente da problemática. Deste modo, a equipe de enfermagem tem um papel importante, devendo prestar uma assistência humana e acolhedora, prestando auxílio na recuperação social, física e psicológica da vítima.

Sendo assim, é de extrema importância prestar um acolhimento de qualidade para a vítima, estabelecendo um vínculo e desempenhando uma escuta ativa. A prestação de assistência de saúde a mulher inclui a elaboração e a aplicação de medidas de prevenção e de promoção de saúde, bem como de educação continuada a equipe multiprofissional.

5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Ricardo. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. **Revista de Enfermagem do Centro – Oeste Mineiro**, Minas Gerais, p. 9, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/358/436>>. Acesso em: 20 out. 2021

BRASIL. [Constituição (1988)]. **LEI N°11.340 DE 7 DE AGOSTO DE 2006**. [S. l.: s. n.], 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 11 out. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço: Cadernos de Atenção Básica- nº 8. Brasília: [s. n.], 2002. 100 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência**: Norma Técnica. Brasília: [s. n.], 2015. 44 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

DIOTTO, Nariel *et al.* Desigualdade de gênero e misoginia: a violência invisível. **9º Jornada de Pesquisa do Curso de Direito**, São Paulo, p. 21, 2010. Disponível em: <http://metodistacentenario.com.br/jornada-de-direito/anais/10a-jornada-de-pesquisa-e-9a-jornada-de-extensao-do-curso-de-direito/artigos/5-ciencias-criminais-processo-penal-e-direitos-humanos-perspectivas-dialogos-e-embates/5-ciencias-criminais-processo-penal-e-direitos-humanos-perspectivas-dialogos-e-embates-desigualdade-de-genero-e-mosoginia_a-violencia-inisivel.pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

FONSECA, Paula; LUCAS, Taiane. **Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas**. 2006. 24 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2006. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/152.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2021.

GDF. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF**: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Distrito Federal: [s. n.], 2009. 68 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

LEAL, Sandra *et al.* Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Rio Grande do Sul, p. 16, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpmZ9L34965dw3zL4tHcf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2021.

MORAIS, Sheila *et al.* O cuidar da enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto e contexto em enfermagem**. Florianópolis, p. 6, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/ckVMC5bHyNsndMSgKy7RQLz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 out. 2021.

NETTO, Leônidas *et al.* Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, p. 8, 2018. Disponível em: <https://search.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622018000100271&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021.

PAZ, Camila *et al.* **Violência contra a mulher**: contribuições para a efetivação da assistência de enfermagem. 2012. 21 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/3397/1/ARTIGO%20atualizado%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2021.

ROCHA, Luis. A violência contra a mulher e a Lei "Maria da Penha": alguns apontamentos. **Faculdade de Ciências e Letras da UNESP** - Assis, São Paulo, p. 13, 2009. Disponível em: <<https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/957/883>>. Acesso em: 17 out. 2021.

RODRIGUES, Jessika *et al.* Atuação do enfermeiro frente a mulher vítima de violência sexual. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Manaus, p. 1 - 15, 15 dez. 2020. Disponível em: file:///C:/Users/alinn/Downloads/5801-Artigo-64679-4-10-20210206.pdf. Acesso em: 3 out. 2021.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 29 out. 2021.

SALDANHA, Bruna. **A enfermagem e o cuidado à mulher vítima de violência sexual**. 2014. 49 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niteroi RJ, 2014. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/4819/TCC%20Bruna%20Lopes%20Saldanha.pdf;jsessionid=DC324C41D6D1A30EE2F685C328BD20B8?sequence=1>>. Acesso em: 15 out. 2021.

VICENTE, José. ARENDT E A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA. **Universidade Católica de Petrópolis**, [S. l.], p. 1 - 7, 10 maio 2014. Disponível em: file:///C:/Users/alinn/Downloads/Dialnet-ArendtEAQuestaoDaViolencia-6356636%20(1).pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

6. ANEXOS

Anexo



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Ficha de Notificação Compulsória de Violência
Contra a Mulher
(e Outras Violências Interpessoais)

Ficha N° _____

I Dados Gerais

1. Agressão contra mulher 1 = Sim 2 = Não

2. Constante no momento da violência 1 = Sim 2 = Não 3 = Não se aplica 9 = Ignorado

3. Grupo 1 - Criança (0 a 9 anos) 2 - Adolescente (10 a 19 anos)
 3 - Adulta (20 a 59 anos) 4 - Idosa (60 anos e mais)

4. Deficiência 1 - Físico 2 - Mental 3 - Físico e mental
 4 - Sem sinais/sintomas de deficiência 9 - Ignorado

5. Município de Notificação _____ 6. UF _____

7. Código IBGE _____ 8. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) _____ 9. Código _____

10. Nome do Paciente _____ 11. RG / CPF _____

12. Data de Nascimento _____ 13. (ou) Estado Dia Mês Ano

14. Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado

15. Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela
 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

16. Estado Civil 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 9 - Ignorado

17. Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - de 1 a 3 3 - de 4 a 7
 4 - de 8 a 11 5 - 12 e mais 9 - Ignorado

18. Estuda atualmente 1 - Sim 2 = Não

19. Ocupação _____ 20. C. B. O. _____

II Dados do Paciente

21. Nome da mãe ou responsável _____ 22. Cartão SUS _____

23. Endereço completo _____ 24. CEP _____

25. Município de residência _____ 26. UF _____ 27. Código IBGE _____

28. Bairro _____ 29. Telefone _____ 30. Zona 1 - Urbana 2 - Rural
 3 - Urbana/rural 9 - Ignorado

III Dados da Ocorrência

31. Violência crônica ou de repetição 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

32. Se sim, início há Dia Mês Ano

33. Meio de agressão 1 - Arma branca 2 - Foice cortante 3 - Outros
 4 - Arma de fogo 9 - Ignorado

34. Tipo de ocorrência (violência) 1 - Física 2 - Social 3 - Psicológica
 4 - Outras

35. Violência declarada/suspeita 1 - Exploração sexual de menores 2 - Abusividade psicológica ou moral 3 - Tráfico de mulheres ou menores
 4 - Prostituição forçada 5 - Violência institucional 6 - Trabalho infantil 7 - Abandono/negligência 8 - Outro

36. Local da ocorrência 1 - Residência 2 - Habitação coletiva 3 - Via pública
 4 - Escola 5 - Bar ou similar 6 - Bar/restaurantes 7 - Outros: instituição pública/privada 8 - Ambiente de trabalho
 9 - Outro

IV Dados do Agressor

37. Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado

38. Relação com a vítima 1 - Cônjuge/companheiro 2 - Pai 3 - Mãe 4 - Padrasto 5 - Madrasta
 6 - Filha 7 - Outros familiares 8 - Amigo/conhecido 9 - Relação trabalho 10 - Outros

V Evolução

39. Evolução do caso 1 - Alta 2 - Internado/transferido para outro hospital
 3 - Óbito 4 - Ignorado

40. Encaminhamento 1 - Profilaxia DST/AIDS/hepatite 2 - Contracepção de emergência 3 - Rede de apoio
 4 - Atenção básica / PSP 5 - Acompanhamento psicossocial 6 - Orientação legal (BO/ML)
 7 - Conselho Tutelar 8 - Vara de Infância/Juventude 9 - Comunidade de acolhimento 10 - Casa de proteção/abrigo
 11 - Outros

VI Danos

Danos ocorridos devido ou como consequência da violência/agressão.

41. Traumatismo genital 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

42. Outros traumatismos físicos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

43. Aborto ou óbito fetal 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

44. Gravidez 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

45. Doença sexualmente transmissível (DST) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

46. Tentativa de suicídio 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

47. Óbito 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

48. Outras 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

VII Observações

VIII Presença

Responsável pelo preenchimento

49. Nome _____ 50. Data do preenchimento _____

(*) N. da COEDE: Republicada por ter sido com alteração no DOU nº 214, de 8-11-2004, Seção 1, pag. 84.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Eu Aline de Sousa Costa RA 31943

Declaro, com o aval de todos os componentes do grupo a:

AUTORIZAÇÃO (X)

NÃO AUTORIZAÇÃO ()

Da submissão e eventual publicação na íntegra e/ou em partes no Repositório Institucional da Faculdade Unida de Campinas – FACUNICAMPs e da Revista Científica da FacUnicamps, do artigo intitulado: Assistência de Enfermagem à Mulher Ví-
tima de Violência no Brasil.

De autoria única e exclusivamente dos participantes do grupo constado em Ata com supervisão e orientação do (a) Prof. (a): Nathália Oda Amarel

O presente artigo apresenta dados validos e exclui-se de plágio.

Curso: Enfermagem. Modalidade afim Bacharelado

Aline de Sousa Costa
Assinatura do representante do grupo

Assinatura do Orientador (a):

Obs: O aval do orientador poderá ser representado pelo envio desta declaração pelo email pessoal do mesmo.

Goiânia, 28 de novembro de 2021