



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

PRISCILA DE ARAÚJO MORAIS

**CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ATENÇÃO ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

CAMPINA GRANDE – PB

2019

PRISCILA DE ARAÚJO MORAIS

**CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ATENÇÃO ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa

CAMPINA GRANDE – PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M827c Morais, Priscila de Araújo.
Conhecimento e utilização dos protocolos de atenção às mulheres em situação de violência por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde [manuscrito] / Priscila de Araujo Morais. - 2019.
35 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Violência contra a mulher.
3. Políticas Públicas em Saúde. I. Título
21. ed. CDD 610.73

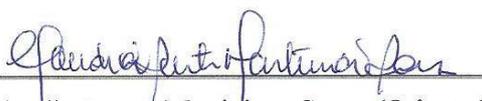
PRISCILA DE ARAÚJO MORAIS

**CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ATENÇÃO ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso em
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência para
obtenção de título de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovada em: 14/06/2019.

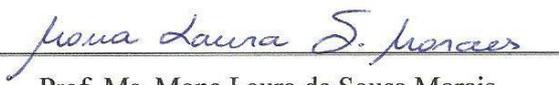
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Ardigleusa Alves Coelho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Mona Laura de Sousa Moraes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICATÓRIA

À minha avó Adely Morais (*in memoriam*), que tinha o sonho de ser enfermeira, e hoje realizo. Aos meus pais Carlos Maracajá e Olívia Morais, os protagonistas desta conquista e à minha irmã Karla, meu amor desmedido.

Àquelas que ensinaram, cuidaram, foram amigas e inspirações: Fátima Silveira, Gabriela Costa, Célia Regina, Mércia Gaudêncio, Claudia Martiniano, Ardigleusa Coelho e Eloide Oliveira,

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me fortalecer e me dá discernimento todos os dias.

À minha mãe Olívia Morais e ao meu pai Carlos Maracajá, pelo amor incondicional, cuidado e dedicação. Além dos valores e educação, os quais carregarei por toda minha vida.

À minha irmã Karla Morais, pelo companheirismo durante a graduação, apoio e torcida para que esta fase fosse superada.

Aos professores que contribuíram na teoria e na prática. Principalmente às professoras Fátima Silveira, Gabriela, Cláudia, Célia Regina e Ardigleusa, que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho, e pelos momentos de amizade e apoio.

RESUMO

Por meio da consulta de enfermagem, os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde devem buscar reconhecer e acolher as mulheres vítimas de violências, bem como realizar atendimento integral e humanizado nas situações em que têm os direitos sexuais e humanos violados. O Protocolo de Saúde da Mulher é importante estratégia para este cuidado por ser um instrumento da saúde, com vistas a conduzir melhor os profissionais à promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde das usuárias. O objetivo geral da pesquisa foi analisar o nível de conhecimento e a utilização dos enfermeiros acerca dos protocolos de atenção básica na assistência às mulheres em situação de violências. A sua construção fundamentou-se no método qualitativo de abordagem. A coleta de dados teve como instrumento um questionário sociodemográfico, e uma entrevista semiestruturada com questões abertas. A amostra foi composta por 39 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Os resultados revelam que os enfermeiros não referiram o uso de protocolos na execução de cuidados às mulheres vítimas de violências. Em síntese, que a maioria dos profissionais não realiza esse atendimento por questões de insegurança e despreparo. Limitados à aproximação com a comunidade, as vítimas dependentes financeiras do agressor, uso de álcool e drogas. É importante e fundamental que, uma vez implementado o atendimento às mulheres vítimas de violências no protocolo de saúde da mulher, o uso desta ferramenta de trabalho, seja propulsora de um novo olhar profissional.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Protocolos Assistenciais; violência contra a mulher

ABSTRACT

Through the nursing consultation, primary health care nurses should seek to recognize and welcome women victims of violence, as well as provide comprehensive and humanized care in situations where they have violated sexual and human rights. The Protocol of Women's Health is an important strategy for this care as it is a tool of health, with a view to better leading professionals to promote, prevent, recover and rehabilitate the health of users. The general objective of the research was to analyze the level of knowledge and the use of nurses about basic care protocols in the care of women in situations of violence. Its construction was based on the qualitative method of approach. The data collection had as instrument a sociodemographic questionnaire, and a semi-structured interview with open questions. The sample consisted of 39 nurses from the Family Health Strategy. The results show that nurses did not mention the use of protocols in the care of women victims of violence. In summary, the majority of professionals do not perform this care due to insecurity and unpreparedness. Limited to the approximation with the community, the financially dependent victims of the aggressor, use of alcohol and drugs. It is important and fundamental that, once implemented the service to women victims of violence in the protocol of women's health, the use of this tool of work, be propulsive of a new professional look.

Keywords: Primary Health Care; Assistance Protocols; violence against women

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 11 |
| | 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE..... | 11 |
| | 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 12 |
| | 2.3 VIOLÊNCIAS CONTRA AS MULHERE..... | 13 |
| 3 | OBJETIVOS | 16 |
| 4 | METODOLOGIA | 17 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 19 |
| 6 | CONCLUSÃO | 28 |
| | REFERÊNCIAS | 30 |
| | APÊNDICES | 34 |

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres apresenta-se de diversas formas, dependendo da cultura, sendo que as estratégias de enfrentamento também são distintas de acordo com cada sociedade (GROSSI, 2012). Compete aos diferentes níveis de governo promover a consolidação ou estruturar as condições necessárias à instrumentalização de medidas a prevenir e reprimir a violência.

A inclusão das violências nas agendas do setor saúde deu-se na década de 1990 e, desde então, os governos têm investido na produção de material educativo, cursos de formação à distância, manuais, normas técnicas, dentre outros dispositivos (VIEIRA *et.al*, 2015). Para garantir uma assistência de qualidade às mulheres que sofrem violência, é preciso conhecimento e capacitação daqueles que as assistem, com vistas ao alcance de ações resolutivas e efetivas (ACOSTA *et.al*, 2017).

Para Varella (2017), no livro *Prisioneiras*, a maioria dos crimes de estupro não é cometida pelo homem que ataca a mocinha num beco ermo:

Os agressores mais frequentes são os que se aproveitam da proximidade de vítimas indefesas. São padrastos, tios, avós, primos mais velhos, filhos do companheiro da mãe, amigos da família ou vizinhos que gozam da confiança dos moradores da casa. Pais que abusam das filhas pequenas completam essa caterva de celerados.

Segundo o disque 180 Central de Atendimento à Mulher, somente no primeiro semestre do ano de 2015 foram registrados 179 casos de agressão contra a mulher, por dia, sendo 92 relacionados à violência física, 55 à psicologia e sete à sexual (ACOSTA; *et.al*, 2017). O disque 180 é um serviço de atendimento telefônico gratuito que escuta, acolhe e orienta as mulheres em situação de violência durante 24 horas/ dia, sete dias por semana, incluindo finais de semana e feriados (BRASIL, 2016).

A violência está presente nas relações interpessoais e tem merecido lugar de destaque entre as preocupações dos profissionais da saúde, em especial das (os) enfermeiras (os) por ser considerada um problema de saúde pública (GOMES; SANTIAGO; NERY, 2018).

É de grande importância que os serviços de saúde detectem o problema, devendo estar preparados para reconhecer e acolher a vítima sem julgamento, oferecendo uma assistência planejada e com o objetivo de evitar novos episódios (BATISTA; DIVINO; MARTINS, 2017). Os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados a porta preferencial

de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse âmbito de serviço é reconhecido como potentes para visibilizarem a violência de gênero e acolherem as mulheres em situação de violência (PIEROTTI; OLIVEIRA; TERRA, 2018).

Os profissionais de saúde devem estar qualificados tanto para identificar as situações de violência contra as mulheres, quanto para construir com elas um posicionamento crítico reflexivo sobre as desigualdades de gênero, legitimados em nossa sociedade (DUARTE *et.al*, 2015). O despreparo pode representar um entrave no estabelecimento de políticas públicas, desenvolvimento e ações preventivas e da assistência integral à vítima (SILVA *et.al*, 2017).

Os enfermeiros, por possuírem maior contato com a comunidade dentro das instituições de saúde, geralmente é o primeiro profissional que depara com as situações de violência (BATISTA; DIVINO; MARTINS, 2017). O acolhimento e a escuta qualificada podem ser ferramentas essenciais no trabalho do enfermeiro, a vítima de violência precisa sentir segurança no trabalho do profissional que está se oferecendo a prestar ajuda (GUIMARÃES *et.al*, 2018).

A abordagem das mulheres vítimas de violência doméstica deve estar pautada no tratamento ético e respeitoso, buscando o acolhimento como estratégia primordial, como prevê o SUS (NASCIMENTO *et.al*, 2019). Dessa maneira, a atenção primária deve ser resolutiva e eficaz nesse tipo de atendimento (HERRERA *et.al*, 2019).

Os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com os aspectos essenciais à produção do cuidado na AB (BRASIL, 2016). Além dessas considerações, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considera como responsabilidade da União:

Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2017).

Para garantir uma assistência de qualidade às mulheres que sofrem violência é preciso conhecimento e capacitações daquelas que as assistem com vistas ao alcance de ações resolutivas e efetivas (ACOSTA *et.al*, 2017). É importante que as mulheres recebam apoio por meio dos quais possam compreender os mecanismos envolvidos na violência, a fim de

construírem estratégias para enfrenta-la no cotidiano e adquirirem maior controle sobre sua vida (CORTES; PADOIN, 2016).

O sentimento de despreparo para atuar em situações de violência é comum entre os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, incluindo aquele em processo de formação (SILVA *et.al*, 2017).

Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado (BRASIL, 2017).

As redes de atenção à saúde devem funcionar intersetorialmente, articulando serviços de saúde do nível primário com os demais níveis por meio de ações vinculadas entre si para ofertar assistência contínua, de qualidade, humanizada, equânime e segura à população (HOLANDA *et.al*, 2018). O impacto social e a eficácia das ações de prevenção e redução da violência doméstica dependem da integração de serviços da rede de atendimento, com vistas a consubstanciar o acesso e a intervenção humanizada (CORTES; ALVES; SILVA, 2015).

O profissional da saúde capacitado pode atuar na tentativa de reduzir o ciclo da violência, evitando que casos simples se tornem mais graves (SILVA *et.al*, 2017). Assim, deve prestar um atendimento de forma planejada e organizada, estabelecendo um vínculo de confiança e respeito com as mulheres agredidas (BATISTA; DIVINO; MARTINS, 2017).

Diante da problemática exposta, desenvolveu-se este estudo, norteados pela seguinte questão de pesquisa: qual o conhecimento e utilização dos protocolos de atenção às mulheres em situação de violência por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Políticas públicas em saúde

A garantia do direito à saúde, nos termos da Constituição Federal de 1988, é realizada por meio de políticas sociais e econômicas, bem como ações de promoção, proteção e recuperação (SANTOS; LOPES, 2018). Assim, o papel do Estado é a oferta das ações e serviços de saúde, sendo papel do Ministério da Saúde a supervisão dos serviços para garantir a qualidade, disponibilidade e acessibilidade dos cuidados (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2017):

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação.

Art.197. São de relevância pública as ações de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) financiado com recursos fiscais, o acesso passou a ser universal como direito inerente à condição, independente da inserção no mercado de trabalho (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Em um sistema fortemente orientado pelos interesses de mercado, a integralidade, apesar de ser um dos princípios do SUS com grande potencial para melhoria da qualidade da atenção, têm inúmeras dificuldades por tornar-se eixo orientador da organização dos serviços e das práticas em saúde (BARROS *et.al*, 2018). Para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham (STARFIELD, 2002).

O SUS é um projeto viável, que está a depender de esforços coordenados de toda a sociedade e de recursos (SANTOS; LOPES, 2018). A função primordial e simbólica de todos os setores e sociedade é participação ativa do processo de construção da saúde, pois as condições de vida são fundamentais para elevar o nível de saúde das populações.

Os níveis de saúde expressam também a organização social e econômica do país e os indicadores de saúde da população servem de parâmetros para avaliar o desenvolvimento do país e o bem-estar da população. Com a palavra, Starfield (2002):

O estado de saúde de uma população é determinado pelos mesmos fatores que agem no nível ecológico (população), em vez do nível individual. Assim, a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade.

2.2 Atenção Primária à Saúde (APS)

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto os muito incomuns ou rara (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde (APS), nestes 30 anos de implementação do SUS, assim como todo o sistema de saúde, passou por profundas transformações (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Em 2017 foi elaborada e aprovada a reforma da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que explicita a saúde da família, como modelo preferencial de organização da atenção primária.

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-se como modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços (MENDES, 2015). É dentro desse contexto, que a Estratégia Saúde da Família, adota uma concepção mais ampla de saúde e de atendimento dos determinantes do processo saúde-doença:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, e espera-se que ela seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde (MENDES, 2015). Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Ao focar nas demandas singulares, a ESF avança na construção de uma assistência humanizada e capaz de responder às múltiplas necessidades de saúde de sua população adscrita (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018). No tocante ao trabalho dos

profissionais de saúde, que lidam na Atenção Primária, deparam-se em seu cotidiano com conflitos familiares e sociais. Os profissionais de APS ganham conhecimento profundo sobre o indivíduo, sua família e a comunidade em que vivem (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Estabelecimento de vínculo, acolhimento, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, tratamento e reabilitação (SANTOS *et.al*, 2018).

A atuação do enfermeiro na APS no Brasil vem se constituindo como instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo a proposta do novo modelo assistencial que não está centrado na clínica e na cura (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017). O acesso aos serviços da ESF deve ser definido de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários, e não com a oferta de serviços organizada e hierarquizada previamente (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

2.3 Violências contra as mulheres

A violência contra mulheres é um dos temas mais veiculados na sociedade contemporânea, porém é fenômeno histórico, arraigado na estrutura patriarcal da sociedade (GROSSI, 2012). Citar a sociedade civil no enfrentamento à violência de gênero no Brasil é falar do movimento de mulheres e do seu protagonismo no desvelar desse problema social (GROSSI, 2012).

A partir de mobilizações de rua e de campanhas, os movimentos feministas denunciaram os crimes cometidos contra as mulheres objetivando a punição dos agressores, o reconhecimento do fenômeno como violação dos direitos humanos e a implantação de políticas públicas dirigidas às mulheres em situação de violência (CORTES; ALVES; SILVA, 2015).

A violência contra a mulher dá-se no nível relacional e societal, requerendo mudanças culturais, educativas e sociais para seu enfrentamento e um reconhecimento das dimensões de raça/ etnia, de geração e de classe na exacerbação do fenômeno (BRASIL, 2011). O contexto da violência vivida pelas mulheres quase não é abordado, a não ser que elas declarem a situação, o que, muitas vezes, não ocorre (CORTES; PADOIN, 2016). O medo de ser responsabilizada e a falta de apoio de família, amigos e serviços públicos leva um número menor de denúncias (PINTO *et.al*, 2017).

No Brasil, a legislação que visa assegurar os direitos constitucionais à mulher tem se estabelecido e aprimorado ao longo dos anos, ressalta-se nesse processo a clara tentativa de garantir-se a assistência à vítima de violência, em especial, no tocante ao atendimento de

saúde (PINTO *et.al*, 2017). Diante da problemática, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2013), assegura proporcionar às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado, integral e qualificado nos serviços especializados e na rede de atendimento.

No setor saúde, o tema foi incluído, oficialmente, como demanda para assistência em 1990, devido ao impacto que tem na vida das pessoas, das famílias e da sociedade, o que implica em necessidade de atenção e cuidados dos serviços de saúde (CORTES; PANDON, 2016). Ao contrário de outras enfermidades transmissíveis que experimentam grandes avanços científicos a partir do século passado, faltam estudos sobre suas causas e consequências (VARELLA, 2017). No que diz respeito à assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, é oportuno ressaltar que, a Lei Maria da Penha (2006), dá o suporte legal à assistência à saúde destas mulheres:

Art.9º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde.

Torna-se fundamental desvelar a violência no interior dos serviços de saúde, afim de que a situação possa ser compreendida nas suas dimensões clínica e social, e que possam ser desenvolvidas práticas assistenciais adequadas (CORTES *et.al*, 2015).

As diretrizes políticas e as estratégias governamentais preconizam que os serviços de saúde ofertem uma atenção respaldada nos princípios epistêmicos e operacionais do SUS (VIEIRA *et.al*, 2015). O conceito de enfrentamento, adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, diz respeito à implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões (BRASIL, 2011).

a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2006).

Mulheres em situação de violência doméstica de gênero buscam mais intensamente os serviços de saúde com queixas vagas, de ordem reprodutiva e/ou de saúde mental, além de relatos de abortamentos decorrentes da violência e de tentativas de suicídio. O trabalho do serviço de saúde deve estar voltado para a integralidade do atendimento às mulheres, propostos como diretriz do SUS, no qual o atendimento deve ir além da lesão física ou problema orgânico (NETTO *et.al*, 2018). Todas as formas de violência têm consequências que ultrapassam a esfera da saúde física, repercutindo também na saúde mental das vítimas (LEITE; AMORIM; GIGANTE, 2018).

As mulheres que sofrem com a violência e procuram os serviços de saúde anseiam mais que a simples aplicação de protocolos; elas esperam receber atendimento digno, respeitoso, com um acolhimento que os proteja da vitimização (NETTO *et.al*, 2018).

As mulheres precisam e querem falar sobre a violência em lugares que garantam a sua segurança e privacidade, pois se trata de uma situação delicada, que envolve, além de mulher e filhos, um agressor, que em geral se trata do marido e/ou companheiro (ZUCHI *et.al*, 2018).

O sucesso do controle da violência contra a mulher depende da participação social em entender a complexidade do problema, para que a sociedade fique menos omissa diante dos casos de agressão (GUIMARÃES *et.al*, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar o conhecimento e uso dos protocolos de saúde da mulher por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, no atendimento às mulheres em situação de violências.

3.2 Objetivos específicos

- Sondar o nível de conhecimentos e a utilização dos enfermeiros acerca dos protocolos de atenção básica na assistência às mulheres em situação de violências;
- Investigar possíveis facilidades e/ou dificuldades apontadas pelos enfermeiros na implementação dos protocolos no serviço de APS.

4 METODOLOGIA

O estudo foi realizado por meio de uma abordagem descritiva qualitativa. Segundo Minayo (2008), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Optou-se por um estudo de caso na perspectiva de Yin (2001), pela possibilidade de uma investigação preservando características holísticas e significativas dos eventos da vida real.

Trata-se de um recorte de um projeto maior realizado no ano de 2017, que busca analisar o conhecimento e uso dos protocolos de saúde da mulher por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Foram desenvolvidos estudos nas seguintes dimensões: Atenção às queixas mais comuns em Saúde das Mulheres; Atenção às mulheres no Pré- natal de baixo risco; Puerpério e Aleitamento materno; Planejamento reprodutivo; Prevenção do câncer de colo do útero; Prevenção do câncer de mama; Atenção às mulheres no climatério e Atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar. No entanto, este relatório analisa a atenção à mulher em situação de violências.

O local de estudo constituiu-se das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Campina Grande localizada na mesorregião do agreste paraibano e com população estimada de 407.472 habitantes distribuídos em aproximadamente 648,31hab/ km² e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista (IBGE,2018).

Os participantes do estudo foram 39 enfermeiros que atuam nas UBSF. A quantidade de participantes foi limitada pelo critério de saturação. Como critério de inclusão, deveriam ser enfermeiros atuantes no município de estudo. Os critérios de exclusão referem-se àqueles enfermeiros que não estavam exercendo a função assistencial nas equipes de Saúde da Família.

Para a pesquisa de campo, estimou-se que seria necessário um teste piloto, realizado no primeiro semestre de 2017, selecionando uma enfermeira da ESF, com o objetivo de operacionalizar a coleta de dados, identificar dificuldades e aperfeiçoar a aplicação do instrumento evitando vieses.

Os dados foram coletados no segundo semestre de 2017 por meio de entrevistas individuais, que aconteceram em dias úteis, no período diurno, conforme rotina do serviço, e respeitando o atendimento dos enfermeiros. A duração média foi de aproximadamente 40 minutos. Entre as 39 UBSF, foram entrevistados 39 enfermeiros, com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), adaptado às normativas do Protocolo de Saúde da Mulher, e com espaço

para identificação do perfil sociodemográfico (APÊNDICE A), caracterizando sexo, idade, tempo de atuação na UBSF, tempo de formação, tipo de vínculo, salário, instituição formadora e capacitações.

Isto posto, esclarecemos que, na presente pesquisa, os depoimentos foram gravados com o consentimento e aceitabilidade dos participantes e as entrevistas transcritas na íntegra, a fim de armazenar os depoimentos em sua totalidade, assegurando fidedignidade da pesquisa. Posteriormente, após releitura do conteúdo, foram categorizados e agrupados os relatos de cada entrevistado, buscando o que caracterizava o objetivo da pesquisa, conhecimento e utilização dos protocolos de saúde da mulher na Atenção Básica. Em decorrência desse processo, foram identificados os temas: atuação do enfermeiro no enfrentamento a violência sexual e/ ou doméstica/ intrafamiliar, uso do protocolo de saúde da mulher no atendimento as mulheres vítimas de violências.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UEPB no primeiro semestre de 2017, sob número de CAAE: 602782163.0000.5187. Os participantes foram consultados quanto ao interesse e disponibilidade, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, afim de que fossem sucedidas as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas para a realização de pesquisa que envolvem seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações a seguir, foram extraídas das trinta e nove entrevistas realizadas com os profissionais de enfermagem pertencentes as trinta e nove UBSF do município de Campina Grande- PB. Foram definidas duas categorias: atuação do enfermeiro no enfrentamento a violência sexual e/ ou doméstica/ intrafamiliar, uso do protocolo de saúde da mulher no atendimento as mulheres vítimas de violências.

Antes, porém, de apresentar os dados, propriamente dito, será apresentada a caracterização da amostra.

5.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 39 enfermeiros, distribuídos em 39 Unidades Básicas de Saúde (UBSF), localizadas nos oito Distritos Sanitários do município de Campina Grande- PB.

O perfil da amostra corresponde aos aspectos sociodemográficos dos profissionais entrevistados: sexo, idade, tempo de atuação na UBSF, tempo de formação, tipo de vínculo, salário, instituição formadora e capacitações.

Na tabela 1 encontra-se a caracterização do sexo e idades dos participantes segundo variáveis sociodemográficas. Verifica-se uma maior proporção de enfermeiros do sexo feminino (94,9%). Entre as idades declaradas, há maior predominância na faixa etária de 36 a 40 anos.

Tabela 1- Distribuição dos profissionais de enfermagem entrevistados, segundo sexo e faixa etária, Campina Grande- PB, 2017.

| Variáveis | Frequência | % |
|---------------------|-------------------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 37 | 94,9 |
| Masculino | 02 | 5,1 |
| Faixa etária | | |
| 25-30 | 02 | 5,1 |
| 31-35 | 05 | 12,8 |
| 36-40 | 12 | 30,8 |
| 41- 45 | 05 | 12,8 |
| 46 – 50 | 05 | 12,8 |
| 51- 60 | 07 | 17,9 |

| | | |
|-----------------|----|-----|
| 60- 65 | 01 | 2,6 |
| Não responderam | 02 | 5,1 |

Fonte: pesquisa de campo.

No que se refere às características profissionais (Tabela 2), observa-se que a maioria dos profissionais, tem tempo de atuação na UBSF de seis a dez anos (38,5%), sendo a maioria concursada (84,6 %). Em relação ao salário, apenas três (7,7%) não registraram o valor e foi observado que a maioria recebe de 3 a 6 salários mínimos (56,4%).

Tabela 2- Distribuição dos profissionais, segundo características profissionais, Campina Grande – PB, 2017.

| Variável | Frequência | % |
|--|-------------------|----------|
| Tempo de atuação na UBSF | | |
| 01-05 | 08 | 20,5 |
| 06-10 | 15 | 38,5 |
| 11-15 | 07 | 17,9 |
| 16-20 | 06 | 15,4 |
| 21-25 | 01 | 2,5 |
| Não registrado | 02 | 5,1 |
| Tipo de vínculo | | |
| Concurso | 33 | 84,6 |
| Contrato | 05 | 12,8 |
| Cedido | 01 | 2,6 |
| Salário (base salário mínimo de 937,00 R\$) | | |
| 1 a 3 salários mínimos | 05 | 12,8 |
| 3 a 6 salários mínimos | 22 | 56,4 |
| Acima de 6 salários mínimos | 09 | 23,1 |
| Não registrado | 03 | 7,7 |

Fonte: pesquisa de campo.

Quanto a formação (Tabela 3), a maioria tem 14 anos de graduação (35,9%), com a maioria formada em Instituições de Ensino Superior (IES), de ordem pública (79,5). Cabe ressaltar, que a variável de tempo de formação não registrado (5,1%). Em relação, a realização de pós-graduação, 36 profissionais eram pós graduados (92,3%). Quanto à capacitação em violência, apenas 13 enfermeiros registraram (33,3%).

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais entrevistados, segundo características profissionais, Campina Grande- PB, 2017.

| Variável | Frequência | % |
|------------------------------------|-------------------|----------|
| Tempo de formação | | |
| 01-05 | 03 | 7,7 |
| 06-10 | 04 | 10,3 |
| 11-15 | 14 | 35,9 |
| 16-20 | 05 | 12,8 |
| 21-25 | 01 | 2,5 |
| 26-30 | 07 | 17,9 |
| 31-35 | 03 | 7,7 |
| Não registrado | 02 | 5,1 |
| Instituição formadora | | |
| Pública | 31 | 79,5 |
| Privada | 08 | 20,5 |
| Realização de pós-graduação | | |
| Sim | 36 | 92,3 |
| Não | 03 | 7,7 |
| Capacitação | | |
| Violência | 13 | 33,3 |

Fonte: pesquisa de campo.

5.2.1 Categoria: atuação do enfermeiro no enfrentamento a violência sexual e/ ou doméstica/ intrafamiliar.

Como um problema de saúde pública prevalente em todo o mundo, a violência contra as mulheres requer a interlocução de vários setores da sociedade para seu enfrentamento e prevenção (ARBOIT et.al, 2016). Cabe, a partir desse ponto, os profissionais da enfermagem conhecer a rede de apoio à vítima do município, a fim de encaminhar e orientar a vítima. Para isso, alguns participantes foram condizentes ao mostrar conhecimento à rede de atendimento às mulheres vítimas de violências de Campina Grande-PB:

A delegacia da mulher, a questão da instituição de saúde a referência é o ISEA (Enf.7).

O que eu sei é que existe o CRAS, os centros de atendimento, existe o ISEA, tem a casa de apoio à mulher (Enf. 10).

Eu conheço a casa de apoio 'Fátima Lopes' e conheço o serviço que funciona lá dentro do Francisco Pinto (Enf.14).

Eu sei que a gente tem a delegacia da mulher; nós temos os CRAS; nós temos também, o serviço lá do ISEA de atendimento a mulher vítima de violência e, toda uma rede. A unidade de saúde, também, faz parte dessa rede; faz parte o CRAS, o CREAS (Enf. 15).

Neste sentido, coloca o profissional da Estratégia Saúde da Família, na responsabilidade de conhecer e identificar as mulheres vulneráveis à violência, facilitando as ações a serem desenvolvidas, com a finalidade de prevenção e adoção das medidas adequadas. Logo, o Ministério da Saúde recomenda que o profissional foque no acolhimento para, somente depois, realizar preenchimento de fichas e prontuários (BRASIL, 2017).

Ao responderem o questionamento “ o senhor (a) realiza acolhimento às vítimas de violência doméstica? ”, os colaboradores mostram-se limitados à aproximação com a comunidade. Nesse momento, eles destacam a visibilidade diante do agressor.

Olha é complicado porque estamos muito perto da comunidade e não temos proteção nenhuma, então é difícil de perguntar se ela está sendo agredida (Enf. 2).

Olha, a equipe sempre procura nunca se meter porque temos medo de virem tomar satisfação (Enf. 4).

Eu mesmo encaminho, que eu morro de medo. Um marido bravo vier pra cima de mim (Enf. 9).

Nessa perspectiva, os depoimentos revalidam o estudo realizado com profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF, no qual evidenciou que a vigilância contínua do marido/agressor tanto em casa quanto nas consultas na unidade ESF é limite para o desenvolvimento da escuta às mulheres em situação de violência (ZUCHI et.al, 2019).

Contudo, essa problemática não se prende apenas ao vínculo com a comunidade, mas, juntamente com ela, um número considerável de mulheres, ainda é dependente financeiramente do agressor. A literatura demonstra que a violência se encontra de maneira desproporcional entre as mulheres pobres e negras (VARELLA, 2017).

Ainda existe hoje em dia quem tem uma dependência econômica do marido, essas mulheres são mais vulneráveis pra isso, a aceitação de tudo, porque acha que se for embora não tem onde morar (Enf. 6).

São àquelas que não são autônomas e bem menores do que 30 anos, abaixo de 20 anos, que têm um parceiro que é mais velho do que ela, e que ela não tem nenhuma condição financeira, não tem estudo (Enf.23).

Entre essas fragilidades, destaca-se que quando em situação de uso de álcool e drogas, as mulheres ficam suscetíveis à violência.

Usuárias de drogas, mulheres em que os maridos são expostos a esses riscos de drogas, de, vulnerabilidade social (Enf.10).

As mulheres que estão envolvidas com os usuários de drogas e alcoólatras (Enf. 30).

Em relação ao reconhecimento dos sinais de alerta de mulheres vítimas de violência doméstica, os entrevistados demonstram reconhecer e orientar.

Sim, ansiedade, agitação, insegurança, medo, hematomas (Enf. 3).

Ela dificilmente olha você no olho... Você percebe aquele olhar baixo, aquela pessoa que tem uma autoestima lá em baixo, ela não tem reação normal na negativa dela. Aquela pessoa mais apática, que muda logo de assunto (Enf. 12).

Sim, nervosismo, as vezes ansiedade, acho que o medo em si, e até a maneira de falar (Enf, 21).

Quando a gente começa a conversar com elas na consulta, elas ficam apreensivas, a gente já vê ali algum bloqueio psicológico, mas é bem difícil, viu? (Enf. 27).

Quando além da violência doméstica ocorreu a violência sexual sem o uso do preservativo, o presente estudo mostrou que os enfermeiros abordam a vítima seguindo o Protocolo da Atenção Básica (BRASIL, 2016), realizando anticoncepção de emergência, exceto em mulheres que fazem uso de método anticoncepcional, e realização da quimioprofilaxia.

Pílula do dia seguinte e dependendo do caso, se for um caso que esse parceiro for desconhecido, tem que encaminhar também para fazer a quimioprofilaxia (Enf. 13).

A gente tem disponível aqui a pílula do dia seguinte que seria indicado para esses casos (Enf. 18).

Sim, quando tem a gente já inicia a pílula do dia seguinte, e solicitamos todos os exames e encaminhamos para fazer o teste rápido (Enf. 21).

O que vem sendo dito até o momento, tem função de ampliar o conhecimento da importância do atendimento de enfermagem às mulheres em situação de violências, pois é necessário que os mesmos se identifiquem como participantes de rede de apoio às vítimas de violência, no acolhimento e estabelecendo vínculo.

Nesse processo, é responsabilidade da equipe da Estratégia Saúde da Família identificar as mulheres em situação de vulnerabilidade à violência, e iniciar as ações a serem desenvolvidas com a finalidade de intervir previamente. Estudo em serviços de saúde vinculados à rede pública e de referência para atendimento a essas mulheres, no interior do Rio Grande do Sul mostrou que as profissionais preocupavam-se em reduzir as possíveis consequências e prevenir agravos decorrentes da violência sofrida (CORTES, PADOIN, 2016).

Quando as mulheres sofrem violência, fica àquela pessoa deprimida, e tem a questão dos ferimentos e hematomas sem explicação (Enf.5).

Da pra gente identificar, ela fica retraída, não fala (Enf. 9).

Assim, quando é uma coisa bem na cara, aí todo mundo nota. Mas, não sei se noto sempre. Já teve caso de paciente que já foi até assassinada aqui, e eu nem sabia que tinha histórico de violência doméstica (Enf.22).

Quando a gente começa a conversar com elas na consulta de rotina, elas ficam apreensivas. A gente já vê ali, algum bloqueio psicológico (Enf.27).

Com base nessa perspectiva, através dos relatos é possível identificar que a maioria realiza apenas o acolhimento e a escuta destas mulheres, acerca do fenômeno que às envolve. Em cada depoimento, registramos que existe vínculo entre a mulher e o profissional.

Sim, geralmente a gente faz o acolhimento e a escuta (Enf.3)

Acolhimento, a gente conversa (Enf. 12).

Procuro acolher, eu procuro conversar (Enf. 33).

Porque ela precisa muito conversar (Enf. 39).

Além disso, tem-se a falta de acolhimento às vítimas, fato que tem correlação com a falta de capacitação, e invisibilidade da violência pelos serviços assistenciais, visto como um dos entraves para o acolhimento e acompanhamento dos casos de violência, assim como se detectou no estudo de Nascimento et. al (2019).

Porque assim, quanto mais distante é da nossa prática, aí a gente acaba que não procura conhecer mais (Enf.6)

Não, porque a gente nem foi instruída pra isso, então, eu joga para a assistente social (Enf.11).

Eu nunca fiz um treinamento, ou nenhum curso específico para trabalhar com mulheres vítimas de violência (Enf. 34).

Todas essas particularidades são apresentadas no depoimento de um dos enfermeiros, em sua resposta ao questionamento “o senhor (a) diante de sinais/ indícios de violência doméstica, como deve proceder?”, marca a necessidade de promoção do fortalecimento de medidas destinadas a prevenção do problema, o conhecimento da história de vida da vítima e a construção de vínculo.

Dentro do que tem aqui no município, com relação a isso, eu até já solicitei um assistente social por algumas questões que envolvam alguma coisa social, mas eu sempre vejo que a chegada dessa mulher para atendimento é um pouco dificultada, mas eu não tenho percebido, não sei se acontece de forma muito frequente, e eu não vejo. Porque, a gente tá mais dentro da unidade, então quando é percebida alguma coisa, pode até um agente de saúde tá percebendo mais do que eu, porque está diretamente ligado à família dentro de casa (Enf.10).

Esse cenário aponta a dificuldade em diagnosticar e registrar os casos de violências, e aponta a necessidade de capacitação dos profissionais de enfermagem para o atendimento às mulheres em situação de violências, partindo de um cuidado fragmentado frente à situação da mulher. O que se destaca é a falta de confiança e o vínculo entre vítima e profissional.

Essa dificuldade dos enfermeiros em abordar a violência encontra-se respaldada em estudo realizado na cidade de Recife, cujos autores identificaram que os profissionais não tinham habilidade necessária para cuidar dessas situações; deficiência na segurança e a

intensa demanda contribuía para que o espaço físico tornar-se pequeno, impedindo a abordagem reservada que estas situações exigem (GOMES et, al, 2017).

5.2.2 Categoria: uso do protocolo de saúde da mulher no atendimento as mulheres vítimas de violências.

Nesta categoria, não objetivamos fazer críticas aos profissionais de enfermagem, mas dialogar com os depoimentos dos colaboradores, e avaliar a respeito do uso dos Protocolos de Atenção Básica, no atendimento as mulheres vítimas de violências:

Sim, uso os cadernos de atenção básica do ministério da saúde e o do COREN de 2015, eles foram fornecidos pela secretaria (Enf. 3).

Sim. Nós temos o protocolo de Atenção à Saúde da Mulher e sempre quando a gente tem dúvidas, a gente recorre a ele. Recebemos do Ministério da Saúde. 2016 (Enf. 15).

Bem, eu geralmente tento seguir o mais próximo possível dos protocolos do ministério da saúde, e os cadernos da assistência básica (Enf. 21).

As narrativas apontam o conhecimento da existência dos protocolos, características de que são instrumentos de intervenção técnica, e que orientam os profissionais na realização de suas funções. Tal perspectiva estimula revisões periódicas, permitindo renovação dentro do processo de trabalho.

Diz todos os procedimentos que podemos fazer no nosso dia a dia e isso é muito bom (Enf. 2).

Possibilidade de saber detalhadamente todas as condutas que podem ser feitas pela enfermagem (Enf.4)

Tem como a gente conduzir: as queixas mais comuns; os sintomas e a gente manusear cada situação (Enf. 14).

Porém, esse fato não inviabiliza as desvantagens do uso destes protocolos. Emergem nas falas algumas limitações: “*a gente não tem um protocolo firmado aqui na unidade de saúde*”; a falta de atendimentos que já está determinado no protocolo, apontado com dificuldade no atendimento dos enfermeiros: “*Agora tem coisa que a gente é barrada*”.

Por fim, cabe ressaltar que, sendo o cuidado às mulheres em situação de violência, muitas vezes, permeado pela valorização do saber técnico (CORTES, PADOIN, 2016), cabe ao protocolo de saúde da mulher como ferramenta de trabalho do profissional da enfermagem, funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia.

6 CONCLUSÃO

As mulheres em situação de vulnerabilidade à violência são frequentadoras dos serviços públicos de saúde. E, foi com o olhar sobre a assistência, como direito da mulher, e parte integrante das políticas públicas de saúde, na perspectiva constitucional de que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, que iniciamos este estudo, e chegamos às considerações finais.

E, para tanto, o reconhecimento da dimensão da violência dentro do escopo de atenção à saúde das mulheres, como um grave problema de saúde pública, frente à assistência, tem a função de estimular as equipes de atenção básica na elaboração de estratégias de prevenção e promoção à saúde. A necessidade de auxiliar os profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação qualificada.

Neste sentido, a reflexão sobre o uso dos protocolos de saúde da mulher na atenção primária, esta pesquisa possibilitou o conhecimento a respeito das dificuldades e/ou facilidades do profissional de enfermagem no uso desta ferramenta de trabalho no atendimento as mulheres vítimas de violências, pois os participantes narram suas histórias individuais, falta de conhecimento, insegurança e medo de represália, possível de despreparo assistencial.

Tais constatações podem servir de subsídios para sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência, identificar fatores de proteção capazes de potencializar o sujeito a reconstituir o seu modo de vida.

O estudo nos conduziu a pontos importantes que permeiam as limitações no atendimento às vítimas. Estes depoimentos permitiram identificar as fragilidades reais que determinam a falta de proximidade e conhecimento dos profissionais de enfermagem e possibilitaram encontrar marcas de represália e insegurança.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA DF; GOMES VLO; OLIVEIRA DC; GOMES GC; FONSECA AD. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Rev. Texto Contexto Enferm.** 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e6770015.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2019.
- ARBOIT J; PADOIN SMM; VIEIRA LB; PAULA CC; COSTA MC; CORTES LF. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. **Rev Esc Enferm USP.** 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03207.pdf. Acesso em 02 de maio de 2019.
- BARROS AR; COELHO EAC; BARRADAS ACC; LUZ RT; CARVALHO MFAA; SOBRAL PHAF. Estratégias de mulheres frente à baixa resolutividade na atenção básica à saúde. **Rev baiana enferm.** 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/18319/15647>. Acesso em 02 de maio de 2019.
- BATISTA AC; DIVINO AEA; MARTINS, MCV. A sistematização da assistência de enfermagem no atendimento a mulheres vítimas de violência. **Ciência Biológicas e de Saúde Unit.** Aracajú. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5704/2127> Acesso em: 05 de maio de 2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Ed. Administrativa atualizada. Brasília, 2016.
- BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. Disponível em: <http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/PlanoNacionaldePoliticaparaasMulheres20132015.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2017.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres.** Brasília, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres> Acesso em 17 de setembro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/** Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa- Brasília, 2016.
- BRITO GEG, MENDES ACG, SANTOS Neto PM. Purpose of work in the Family Health Strategy. Interface (Botucatu). 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160672.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2019.
- CORTES, GR; ALVES, ED; SILVA Leyde KR. Mediação da informação e violência contra mulheres: disseminando dados quantitativos no Centro Estadual de Referência da Mulher

Fátima Lopes. **XVI ENANCIB**. 2015. Disponível em:
<http://www.ufpb.br/evento/index.php/enancib2015/enancib2015/paper/viewFile/3028/1050>
Acesso em: 05 de maio de 2019.

CORTES LF, PADOIN SMM. Intencionalidade da ação de Cuidar mulher em situação de violência: contribuições para a enfermagem e saúde. **Esc. Anna Nery**. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160083.pdf> Acesso em 17 de setembro de 2018.

CORTES LF, PADOIN SMM, VIEIRA ÇB, LANDERDAHL MC, ARBOIT J. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem busca de equidade de gênero. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0077.pdf> Acesso em: 17 de setembro de 2018.

DUARTE MC, FONSECA RMGS, SOUZA V, PENA ED. Gender and violence against women in nursing literature. **Rev Bras Enferm**. 2015.

FERREIRA SRS, PÉRICO LAD, DIAS VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm**. 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf. Acesso em: 05 de maio de 2019.

FIGUEIRA MCS, SILVA WP, SILVA EM. Integrative literature review: access to primary healthcare services. **Rev Bras Enferm**. 2018.

GOMES, S.V.; SANTIADO, R.F.; NERY, I.S. Sentimentos e estratégias de enfrentamento em mulheres vítimas de violência sexual. **R. Interd**. 2018. Disponível em:
https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1222/pdf_367 Acesso em: 02 de maio de 2019.

GROSSI, Patrícia Krieger. Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. Disponível em: <http://abre.ai/0mW> .Acesso em 04 de junho de 2019.

GUIMARÃES RCS, SOARES MCS, SANTOS RC, MOURA JP, FREIRE TVV, DIAS MD. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. **Rev Cuid**. 2018. Disponível em:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n1/2216-0973-cuid-9-1-1988.pdf> Acesso em: 02 de maio de 2019.

HERRERA ,S. D. S. C., MACHADO, C. M., OLIVEIRA, N. A., Silva, M. G.,HERNÁNDEZ, Y. M., LAINSCEK, F. G. T. Impacto da Residência de Medicina da Família e Comunidade no Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência. **Revista Cereus** 2019. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2415/775> Acesso em 04 de março de 2019.

HOLANDA, ER; HOLANDA, VR; VASCONCELOS, MS; SOUZA, VP; GALVÃO Marli TG. Fatores Associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Rev**.

Bras. Promoç Saúde. Fortaleza. 2018. Disponível em:
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6580/pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada: 2018: Campina Grande- Paraíba.** Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>. Acesso em 02 de maio de 2019.

LEI MARIA DA PENHA. Lei N.º 11.340, de 7 de Agosto de 2006.

LEITE FMC, AMORIM MHC, GIGANTE DP. Implicações das violências contra as mulheres sobre a não realização do exame citopatológico. **Rev Saude Publica.** 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-52-87872018052000496.pdf

MACINKO, James; MENDONÇA CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Rev. Saúde Debate.** 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>. Acesso em 17 de setembro de 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da Atenção Primária. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- **CONASS**, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, V. F. do; ROSA, T. F. de L.; TERÇAS, A. C. P.; HATTORI, T. Y.; NASCIMENTO. V. F. do. Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR.** 2019. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6625/3725>

NETTO LA, PEREIRA ER, TAVARES JMAB, FERREIRA DC, BROCA PV. Atuação da Enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **REME – Rev Min Enferm.** 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1292>

PIEROTTI CF, D'OLIVEIRA AFPL, TERRA MF. A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.** 2018. Disponível em:
<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/58/45>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

PINTO, LF; GIOVANELLA Lígia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência e Saúde Coletiva.** 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

PINTO, Lucielma SS; OLIVEIRA, Ingrid MP; PINTO, Eduardo SS; LEITE, Camila BC; MELO, NA; DEUS, Maria CBR. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1501.pdf>. Acesso em 17 de setembro de 2018.

SANTOS, Alethele de Oliveira Santos; LOPES, Luciana Tolêdo. Coletânea direito à saúde: institucionalização. Brasília (DF): **CONASS**, 2018.

SILVA CD, GOMES VLO, FONSECA AD, GOMES MT, AREJANO CB. Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e63935.pdf>

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VARELLA, Drauzio. Prisioneiras. 1ª ed. São Paulo. Companhia das Letras, 2018. p. 168.

VIEIRA, Luiza Jane ES; SILVA ACF; MOREIRA Gracyelle AR; CAVALCANTI LF; SILVA RM. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n12/1413-8123-csc-21-12-3957.pdf>. Acesso em: 03 de abril de 2019

YIN, R. K. **ESTUDO DE CASO: Planejamento e Métodos**/ Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi -2.ed. - Porto Alegre : Bookman, 2001. Disponível em: http://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf. Acesso em: 08 de junho de 2018

ZUCHI CZ, SILVA EB, COSTA MC, ARBOIT J. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da estratégia saúde da família acerca da escuta. **Rev. Reme.** 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1223> Acesso em: 05 de maio de 2019.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A: Caracterização do perfil sociodemográfico dos entrevistados.

| Caracterização dos participantes |
|--|
| <p>1. Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>2. Idade:</p> <p>3. Estado Civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Casado (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Viúvo (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado (a)</p> <p><input type="checkbox"/> União estável</p> <p>4. Renda média:</p> <p>5. Tempo de atuação na UBSF</p> <p>6. Natureza da instituição formadora: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada</p> <p>7. Tempo de formação: Citar instituição formadora:</p> <p>8. Pós graduação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual:</p> <p>9. Tipo de Vínculo: <input type="checkbox"/> concursado <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> prestador de serviço</p> <p>10. O senhor (a) já participou de alguma capacitação em saúde da mulher? Se a resposta for sim, qual e há quanto tempo?</p> <p><input type="checkbox"/> Pré-natal</p> <p><input type="checkbox"/> IST</p> <p><input type="checkbox"/> Prevenção de Câncer de colo do útero</p> <p><input type="checkbox"/> Mama</p> <p><input type="checkbox"/> Queixas mais comuns em saúde das mulheres</p> <p><input type="checkbox"/> Planejamento reprodutivo</p> <p><input type="checkbox"/> Violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar.....</p> |

APÊNDICE B: Roteiro semiestruturado adaptado às normativas do Protocolo de Saúde da Mulher (2017).

Atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar

1. O senhor (a) realiza acolhimento às mulheres vítimas de violência doméstica? Se sim, como procede? Se não, por que não faz?
2. O senhor (a) reconhece os sinais de alerta de mulheres vítimas de violência doméstica? Se sim, quais são?
3. O senhor (a) diante de sinais/índícios de violência doméstica, como deve proceder?
4. Quando além da violência doméstica ocorreu a violência sexual sem o uso do preservativo, o senhor (a) realiza que tipo de abordagem?
5. Em situações de violência doméstica e sexual onde o agressor é contínuo, o que deverá ser feito?
6. O senhor (a) poderia citar as populações femininas que se encontram em condição de maior vulnerabilidade para violência doméstica?
7. O senhor conhece a rede de atendimento às mulheres em situação de violência? Pode me citar alguns dos equipamentos que poderão ser acionados?
1. O Senhor (a) poderia relatar facilidades e/ou dificuldades na implementação desse protocolos no serviço de APS?