



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Rebeca de Araujo Duarte

**Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo:
Perspectivas dos profissionais de saúde da atenção primária**

Rio de Janeiro

2024

Rebeca de Araujo Duarte

Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo: Perspectivas dos profissionais de saúde da atenção primária

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família e Comunidade. Orientadora: Dra. Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues

Rio de Janeiro

2024

**Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo: Perspectivas
dos profissionais de saúde da atenção primária**

Orientadora: Dra. Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Eu não sou livre enquanto alguma mulher não o for, mesmo quando suas correntes forem muito diferentes das minhas (Audre Lorde). Dedico esta obra a todas as mulheres que sonham, acreditam e fazem de suas experiências, ainda que dolorosas, um motivo para seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que sempre estiveram comigo e por não terem medido esforços para que meus sonhos se tornassem reais. Obrigada por me oferecerem condições que me permitiram chegar até aqui. Essa conquista não seria possível sem vocês.

À Maria Eduarda, amor da minha vida, que dia após dia me dá motivos para buscar sempre mais e enche meu coração de orgulho.

Ao meu eterno namorado, Carlos Eduardo, que nunca me deixou desistir e sempre acreditou nos meus

sonhos me motivando dia após dia. Agradeço também pela compreensão de todas as ausências ao longo da Residência.

À minha orientadora Juliana, que com toda a paciência, carinho e dedicação sempre se colocou disponível a me apoiar. Sou grata por toda a sensibilidade e contribuição na escrita. Você abrilhantou esse processo.

Aos pacientes que atendi nesses anos e me ensinaram muito além da prática profissional: se o seu trabalho de alguma forma faz a vida das pessoas um pouco melhor, você não tem um trabalho, você tem uma missão. Hoje eu me orgulho muito em ter conhecido cada um de vocês.

À Tayná, minha amiga, que muitas vezes foi minha professora e confidente. Obrigada por nunca soltar a minha mão, sempre estar ao meu lado e me dar motivos para sorrir. Sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade.

À minha turma de residência que me acolheu e presenteou com grandes amizades. Tenho orgulho em ter feito parte e dividido dois anos de muita felicidade, conquistas, choros e realizações.

RESUMO

DUARTE, Rebeca de Araujo; Rodrigues, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz. **Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo: Perspectivas dos profissionais de saúde da atenção primária.** 2024. 54 fls. Trabalho de Conclusão de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública a nível global que representa uma violação aos direitos humanos e apresenta graves repercussões físicas, psicológicas e sociais. É importante ressaltar que a violência contra a mulher é a vertente mais comum da violência doméstica e, nesse contexto, a maioria dos agressores é composta por parceiros íntimos. Sendo assim, é fundamental identificar as necessidades dos atores envolvidos no cuidado à mulher vítima de violência, a fim de compreender os obstáculos enfrentados na assistência e propor ações efetivas de melhoria do cuidado considerando as necessidades e demandas específicas dessas mulheres durante o atendimento, incluindo aspectos como confidencialidade, privacidade, apoio emocional e garantia de acesso a serviços de qualidade. O objetivo deste trabalho é conhecer as experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritiva e exploratória. A pesquisa apresenta contribuições significativas para o entendimento e aprimoramento do processo de cuidado às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo. Recomenda-se a implementação de ações intersetoriais, promovendo uma rede de apoio robusta e coesa, que articula os diferentes dispositivos da rede em prol de um atendimento integrado e eficiente..

Palavras chave: Violência doméstica; Violência contra as mulheres; Violência por Parceiro Íntimo, Mulher; Atenção Básica; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBS da AP 3.2 – RJ, segundo o sexo.....	22
Gráfico 2 - Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBS da AP 3.2 – RJ, segundo a raça-cor.....	22
Gráfico 3 - Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBS da AP 3.2 – RJ, segundo a faixa etária	23
Gráfico 4 - Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBS da AP 3.2 – RJ, segundo o tempo de experiência na atual função.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos profissionais participantes.....	24
Tabela 2 -	Medidas de tendência central (quantidade de respondentes, valor mínimo respondido, primeiro quartil, mediana, média, terceiro quartil, valor máximo respondido e desvio padrão) das variáveis do questionário de aspectos profissionais e estruturais de profissionais atuantes na ESF da AP 3.2, RJ, 2024.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Áreas de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
BR	Brasil
CF	Clínicas da Família
CMS	Centros Municipais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização da Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Justificativa.....	11
2. OBJETIVOS.....	14
2.1. Objetivo geral.....	14
2.2. Objetivos específicos.....	14
3. METODOLOGIA.....	15
3.1 Tipo de estudo.....	15
3.2. Cenário de pesquisa.....	16
3.3. População e amostra do estudo.....	17
3.4. Coleta de dados.....	18
3.5. Análise de dados.....	19
3.6. Aspectos éticos.....	19
4. RESULTADOS.....	22
4.1. Caracterização da amostra.....	22
4.2. Desafios dos profissionais de saúde no atendimento à mulher vítima de VPI na APS.....	24
4.3. Experiência dos profissionais de saúde no atendimento à mulher vítima de VPI na APS.....	28
4.3.1. Notificação e monitoramento dos casos de violência.....	28
4.3.2. Abordagem multidisciplinar.....	29
4.3.3. Aspectos estruturais e organizacionais dos serviços de saúde.....	30
4.3.4. Aspectos emocionais e psicológicos da mulher vítima de VPI.....	31
4.3.5. Qualificação profissional no atendimento à mulher vítima de VPI.....	32
5. DISCUSSÃO.....	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
7. REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE A.....	42
APÊNDICE B.....	45
APÊNDICE C.....	46
APÊNDICE D.....	50
APÊNDICE E.....	51
APÊNDICE F.....	52
APÊNDICE G.....	53

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública que afeta a vida de milhões de mulheres em todo o mundo, representando uma violação aos direitos humanos e tendo graves repercussões físicas, psicológicas e sociais (OMS, 2017). Essa violência é definida como qualquer ato relacionado ao gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos e privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada (ONU, 2016). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012), quando praticada no contexto do matrimônio, coabitação ou quaisquer outras formas de união, configura uma tipologia específica de violência denominada Violência por Parceiro Íntimo (VPI).

É importante ressaltar que a violência contra a mulher é a vertente mais comum da violência doméstica e, nesse contexto, a maioria dos agressores é composta pelos parceiros íntimos. Essa conexão entre VPI e violência doméstica é importante para entender a natureza complexa e multifacetada do problema e para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e resposta (OPAS, 2018).

De acordo com dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018), aproximadamente 1 em cada 4 mulheres e meninas com 15 anos ou mais nas Américas já sofreram violência física e/ou sexual por parte de um parceiro. No Brasil, entre 2011 e 2017, foi identificado que 62,4% das 454.984 notificações de violência perpetradas contra as mulheres eram VPI, o que pode ser interpretado como quatro notificações por hora desse tipo de violência nos sete anos analisados (Mascarenhas et al. 2020). Já no Estado do Rio de Janeiro, de 264 tentativas de feminicídio registradas no ano de 2021, 81,2% dos agressores eram companheiros ou ex-companheiros (Rio de Janeiro, 2022).

Ainda que políticas públicas tenham sido formuladas em prol da mitigação da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo, a sua implementação ainda é um desafio, em especial, para os serviços de saúde. A persistência dessa problemática sugere a existência de obstáculos e resistências na operacionalização das políticas voltadas para a violência de gênero, remetendo os gestores à necessidade de refletir sobre os processos encaminhados e as medidas basilares fundamentais para a sua implementação.

Apesar da violência não ser um problema específico e exclusivo de saúde, este setor se configura como um campo privilegiado para a detecção desse agravo porque é lá que as mulheres vítimas de violência procuram atendimento e orientação (Chisholm;

Bullock; Ferguson II, 2017). A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha um papel fundamental no acolhimento e cuidado integral da população, incluindo o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica (Brasil, 2011). No entanto, este atendimento na APS enfrenta inúmeros desafios, que podem comprometer a qualidade da assistência oferecida e a efetividade das ações de prevenção, identificação e cuidado às mulheres em situação de violência.

De acordo com Minayo (2018), os desafios estruturais em termos de recursos humanos são um obstáculo para o atendimento adequado às mulheres vítimas de violência. Ressalta que a violência de gênero não é um problema exclusivo das mulheres, mas um fenômeno social que requer uma abordagem multi e interdisciplinar e uma rede de apoio e atendimento que muitas vezes é insuficiente. A falta de profissionais preparados e de uma organização adequada para o atendimento em rede dessas mulheres pode comprometer a efetividade das políticas públicas e a proteção dessas vítimas. Portanto, é fundamental que sejam criadas estratégias para a formação e capacitação dos profissionais de saúde, além do fortalecimento da rede de atenção e sua articulação com outros dispositivos sociais, a fim de garantir uma assistência de qualidade às mulheres vítimas de violência.

1.1 Justificativa

A Agenda 2030 é um Plano de Ação global da Organização das Nações Unidas, que indica 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e 169 metas distribuídas para erradicação da pobreza e promoção de vida digna para todos, inclusive para as mulheres. Dentre esses objetivos, destaca-se a eliminação da violência contra mulheres e meninas—meta 5.2 sob a meta 5 sobre igualdade de gênero e empoderamento das mulheres. Para alcançar esses objetivos, a estratégia prevê a implementação de políticas e programas específicos, a promoção do diálogo com a sociedade civil e o setor privado, e o fortalecimento da cooperação internacional. O Brasil, como signatário dessa Agenda, deve empreender esforços para cumprir as metas alcançadas, especialmente no que diz respeito à igualdade de gênero e à violência contra a mulher, a fim de garantir uma sociedade mais justa e igualitária. (ONU, 2015)

Segundo a Pesquisa Nacional de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher realizada pelo DataSenado (Brasil, 2021), o percentual de brasileiras que conhecem uma

ou mais mulheres vítimas de violência doméstica ou familiar chegam a 68%, assim como o percentual de mulheres que percebem aumento na violência cometida contra pessoas do sexo feminino no último ano segue em linha ascendente e chega a 86%. O dado representa aumento de 4 pontos percentuais em relação ao levantamento anterior, realizado em 2019.

Além disso, de acordo com dados do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (2022), o Estado registrou um número alarmante de 110 feminicídios, marcando um recorde na série histórica da entidade iniciada em 2016. Esse dado significa que, em média, uma mulher foi morta a cada três dias em 2022, o que representa um aumento significativo em relação ao ano de 2021, quando 85 casos foram registrados. Não obstante, segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RIO) do total de 2.169 notificações de violência interpessoal realizadas no ano de 2022, 91% correspondiam a vítimas do sexo feminino (TABNET, 2023). Esses números são extremamente preocupantes e ressaltam a necessidade urgente de medidas eficazes para combater a violência de gênero e garantir a segurança das mulheres.

Essa discrepância nos números revela a desigualdade de gênero e evidencia a violência contra a mulher como um problema de saúde pública que precisa ser enfrentado a fim de promover a conscientização, prevenção e atendimento adequado para as mulheres que sofrem com essa forma de violência. É preciso que as instituições de saúde estejam preparadas para identificar e acolher as mulheres vítimas de violência, visando a promoção da saúde e do bem-estar dessas mulheres.

A APS é um espaço privilegiado para o atendimento e cuidado dessas mulheres, uma vez que é o principal contato da usuária com o sistema de saúde (Brasil, 2011, p. 17). No contexto do atendimento à mulher vítima de violência, os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na identificação, acolhimento e assistência a estas mulheres (Oliveira et al., 2019). No entanto, enfrentam diversos desafios que podem comprometer a qualidade do cuidado oferecido, tais como lacunas na organização dos serviços, a falta de preparo e capacitação específica dos profissionais, a sobrecarga de trabalho e desafios relacionados à abordagem sensível e ética diante do tema (Silva et al., 2020).

De acordo com a revisão sistemática realizado por Garcia-Moreno et al. (2015) cujo objetivo foi avaliar a preparação de profissionais de saúde na identificação e atendimento de casos de violência doméstica contra mulheres em relação íntima, a falta de preparo dos profissionais de saúde foi um dos principais obstáculos para uma resposta

adequada à violência contra as mulheres. O estudo indica ainda que a falta de protocolos claros, recursos insuficientes e falta de integração entre os serviços de saúde e outros setores também são desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência. Nesse sentido, os autores reforçam a importância de se investir em políticas de qualificação profissional e estruturação adequada dos serviços de saúde para o atendimento às mulheres em situação de violência.

É fundamental considerar as necessidades e demandas específicas dessas mulheres durante o atendimento, incluindo aspectos como confidencialidade, privacidade, apoio emocional e garantia de acesso a serviços de qualidade. Essas bases são essenciais para garantir que as mulheres recebam a assistência necessária e se sintam seguras durante o processo de recuperação. Essa abordagem é suportada por evidências publicadas, que destacam a importância da inclusão da mulher em seu próprio processo de cuidado. A participação ativa das mulheres em decisões sobre seu tratamento e recuperação aumenta sua sensação de autonomia e controle sobre a situação, esperançosamente para a redução da violência e para sua melhora emocional. Portanto, faz-se necessário fornecer um atendimento de qualidade que promova a recuperação emocional e física das vítimas de forma individualizada e holística, levando em consideração as necessidades específicas de cada mulher para fornecer uma abordagem de atendimento integral (Koziol-McLain et al., 2018).

Logo, é fundamental identificar as necessidades dos atores envolvidos no cuidado à mulher vítima de violência, a fim de compreender os obstáculos enfrentados no atendimento e propor ações efetivas de melhoria da assistência. Essa identificação pode fornecer subsídios para o planejamento e desenvolvimento de estratégias de aprimoramento da assistência, visando promover um cuidado mais qualificado e centrado nas necessidades da mulher (Xavier, 2018).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo deste trabalho é conhecer as experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo na Atenção Primária à Saúde.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar os fatores dificultadores para os atendimentos à mulher vítima VPI, à luz da perspectiva dos profissionais de saúde.
- Propor estratégias de melhoria para o atendimento à mulher vítima de VPI, a partir das dificuldades identificadas.
- Caracterizar o perfil dos profissionais que atuam no atendimento à mulher vítima de VPI.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa, do tipo descritiva e exploratória. Entende-se a pesquisa quantitativa como um método que busca coletar e analisar dados numéricos e objetivos. Nesse tipo de pesquisa, são utilizados instrumentos de coleta de dados padronizados, como questionário, para obter informações quantificáveis. A análise estatística é aplicada para identificar padrões, relações e generalizações a partir dos dados coletados. A pesquisa quantitativa é caracterizada pela objetividade, rigor e possibilidade de generalização dos resultados. É amplamente utilizada para investigar relações causais, mensurar variáveis e obter uma compreensão ampla de fenômenos complexos (Creswell, 2017).

A abordagem quantitativa aceita que a melhor possibilidade explicativa científica é aquela que não se interessa pelo singular, o individual, o diferenciado, ou seja, o pessoal. Nesta abordagem, o interesse é no coletivo, naquilo que pode ser predominante como característica do grupo. Essa dinâmica promove em seu interior o fortalecimento da estatística, diante da sua potencialidade na análise de dados e possibilidade de inferência, pedindo apenas o respeito à variabilidade aleatória amostral (Minayo; Sanches, 1993). A capacidade de generalização é sua principal característica, o acontecido na amostra será assumido para a população, que não precisa ter sido estudada integralmente.

Enquanto a perspectiva da análise qualitativa enfoca um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com um universo de múltiplos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes como suscitado por Minayo (2012). A autora ainda defende que qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto, que é o aspecto qualitativo.

Além disso, através de um estudo qualitativo podemos descrever a complexidade de determinado problema, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos, o que se correlaciona diretamente ao método selecionado (RICHARDSON et al, 2009).

3.2. Cenário de pesquisa

O município do Rio de Janeiro, visando o planejamento em saúde, adotou uma divisão geográfica em 10 áreas de planejamento (AP). A ocupação da cidade e as interações entre essas áreas, por meio de atividades econômicas, circulação, mobilidade, distribuição de equipamentos públicos e privados de saúde, educação e lazer, influenciam nas características de cada região e nos padrões de adoecimento e mortalidade (Rio de Janeiro, 2021).

Dessa forma, a saúde se estabelece a partir da configuração em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que se apresentam como respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações de acordo com as demandas específicas de cada AP. Para tanto, a APS carioca se expressa não mais por Unidades Básicas de Saúde, mas através das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde atuando como a porta de entrada para os cuidados de saúde da população. Sendo assim, a interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS (Brasil, 2015).

Logo, a configuração de saúde atual do Rio de Janeiro busca garantir o acesso da população aos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, desde a APS até os hospitais de alta complexidade. Um exemplo concreto é a AP 3.2, localizada na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro e que compreende 23 bairros. Nessa região, as Clínicas da Família e os Centros Municipais de Saúde desempenham um papel fundamental como porta de entrada para os cuidados de saúde da população. Através desses serviços, os moradores têm acesso a consultas médicas, exames preventivos, vacinação, acompanhamento de doenças crônicas, entre outros. Caso haja necessidade de atendimentos especializados ou de maior complexidade, como cirurgias ou tratamentos específicos, os pacientes são encaminhados para hospitais de referência da região ou até mesmo para hospitais de alta complexidade em outras áreas de planejamento. Dessa forma, a AP 3.2, inserida na estrutura da RAS, contribui para a promoção da saúde e o atendimento adequado às demandas da população residente nessa região da cidade.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2023), a AP 3.2 é composta pela equipe multiprofissional de saúde sendo 176 médicos e 138 enfermeiros

atuando na Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuídos em 24 unidades, que incluem Clínicas da Família (CF) e Centros Municipais de Saúde (CMS). Essa equipe multidisciplinar desempenha um papel essencial no cuidado e na promoção da saúde da população da região, atendendo às necessidades de saúde da comunidade de forma abrangente, efetiva e eficiente.

A AP 3.2 conta com serviços especializados para os casos de violência contra as mulheres, como: Casa da Mulher de Manguinhos e Patrulha Maria da Penha. Além disso, o município também conta com serviços não especializados que fazem parte da rede de atendimentos às mulheres em situação de violência, como: Delegacia Civil, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Centro de Referência da Assistência Social, Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Atenção Psicossocial, Defensoria Pública, hospital e maternidade municipais.

A partir disso, a pesquisa foi desenvolvida nas 24 Clínicas da Família da AP 3.2, tendo sido obtido o Termo de Anuência Institucional de todas as unidades participantes. A escolha deste território ocorreu por sua característica populacional com extrema diversidade e vulnerabilidade social, sendo o território no qual a autora principal do estudo esteve alocada durante a Residência de Enfermagem de Família e Comunidade.

3.3. População e amostra do estudo

A configuração mínima para uma equipe de ESF inclui um técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), médico e enfermeiro. Enquanto o técnico de enfermagem tem a atribuição de realizar procedimentos clínicos, o ACS, através do primeiro contato e visitas domiciliares, é responsável pela promoção à saúde e prevenção de doenças, acompanhando o monitoramento de famílias e indivíduos com agravos de saúde. Além disso, o médico e enfermeiro atuam no atendimento direto aos usuários, estratificação de risco e elaboração de plano de cuidados para os agravos de saúde de modo integral e longitudinal ao usuário, junto aos demais membros da equipe (Brasil, 2017).

Para fins deste estudo, a população foi composta por todos os médicos e enfermeiros, atuantes nas equipes da Estratégia de Saúde da Família da AP 3. 2, localizada na Zona Norte do município do Rio de Janeiro (RJ). Ao todo, são 176 médicos e 138 enfermeiros, de acordo com dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Entende-se que estes profissionais são tecnicamente responsáveis diretos pelos encaminhamentos necessários e elaboração do Plano Terapêutico Singular, considerando as necessidades específicas de cada

usuário, avaliadas a partir dos atendimentos. Ademais, espera-se que através deste grupo de profissionais se obtenha informações sobre o planejamento e implementação de ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, assim como para a ampliação do acesso a cuidados de saúde de qualidade às mulheres vítimas de VPI.

Os critérios de elegibilidade são profissionais médicos e enfermeiros com 6 meses ou mais de experiência na APS. Como critérios de exclusão, considerar-se-á profissionais que não fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, profissionais de saúde de outras unidades fora da circunscrição da AP 3.2 e que possuem menos de 6 meses de experiência na APS.

3.4. Coleta de dados

Para a coleta de dados foi construído um questionário semi-estruturado, utilizando a plataforma Google Forms. Optou-se pelo Google Forms por ser uma plataforma gratuita, segura e de fácil manuseio. Além disso, facilita a coleta dos dados pelo pesquisador, compilação e organização dos dados coletados. A praticidade dos formulários construídos no formato online, se expressa pela possibilidade de preenchimento em um momento mais cômodo para o participante, não prejudicando, portanto, a sua rotina do trabalho na unidade de saúde. O link será encaminhado por e-mail e/ou whatsapp.

Com vista à proteção dos participantes da pesquisa e de suas informações, foi criado um e-mail específico para o estudo: saudedamulhernaaps@gmail.com.

A construção do questionário levou em conta as orientações da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. O questionário foi estruturado em duas seções. A primeira seção coletou dados relacionados à caracterização dos profissionais como sexo, faixa etária, cor ou raça, categoria profissional, tempo de permanência na função atual; já a segunda foi constituída de 12 perguntas que consideraram aspectos estruturais necessários para o atendimento à mulher na unidade de APS e a experiência do profissional no atendimento à mulher vítima de VPI.

A estrutura do questionário contemplou uma escala Likert para responder às perguntas de 1 a 9 (P1 a P9), enquanto a pergunta 10 e 11 (P10 e P11), foi respondida através de uma escala dicotômica. A fim de complementar as respostas anteriores, a última pergunta não utilizou nenhum tipo de escala, deixando o participante livre para expressar sua experiência no atendimento à mulher VPI.

Para fins deste estudo entender-se-á por aspectos estruturais, os recursos humanos,

físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos (Donabedian, 1980).

Já a experiência dos profissionais de saúde no atendimento à mulher vítima VPI englobou a experiência técnica, habilidades desenvolvidas e as emoções decorrentes da assistência.

A abordagem dos potenciais participantes foi realizada por e-mail, whatsapp ou presencialmente pelo nas unidades. Nos casos em que a abordagem aconteceu de forma presencial, um agendamento prévio com o gerente foi realizado, a fim de não comprometer o andamento das atividades no serviço. O agendamento foi realizado pelo e-mail institucional, de domínio público, presente na plataforma SUBPAV, encontrado pelo canal "Onde ser atendido".

No caso de aceite em participar do estudo, o pesquisador ficou responsável por enviar via e-mail e/ou whatsapp, fornecidos pelo participante, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o link do formulário a ser respondido, para que o mesmo preencha em tempo oportuno, considerando a data limite estipulada pelo pesquisador. O tempo estimado para responder o questionário é de 10 minutos. A participação dos profissionais de saúde será confirmada após a assinatura do TCLE.

3.5. Análise de dados

Os dados coletados foram compilados e tabulados em planilhas do Excel. A fim de compreender o padrão de distribuição dos dados, foram conduzidas análises das medidas de tendência central, que foram apresentadas em tabelas, possibilitando um primeiro diagnóstico sobre a variabilidade de respostas.

Para análise dos dados qualitativos, os resultados foram agrupados e analisados à luz de cinco categorias: Notificação e monitoramento dos casos de violência; Abordagem multidisciplinar; Aspectos estruturais e organizacionais dos serviços de saúde; Aspectos Emocionais e Psicológicos da mulher vítima de VPI; Aptidão profissional no atendimento à mulher vítima de VPI. A justificativa para a seleção de tais categorias, foi realizada a partir dos principais componentes encontrados nas falas dos profissionais participantes da pesquisa.

3.6. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi pautada na Resolução 466/12 e Resolução 510/16 do Conselho

Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

Toda a pesquisa envolve riscos em gradações diferenciadas. Neste caso, por ser em ambiente virtual, destaca-se o risco de violação de dados através de vazamento de informações. Logo, para a proteção dos dados dos participantes da pesquisa e de suas informações, será criado um e-mail específico para este estudo: saudedamulhernaaps@gmail.com. Este e-mail será acessado somente pelo pesquisador responsável e por seu orientador em ambiente seguro. Entender-se-á por ambiente seguro, o acesso aos dados direto de máquinas de uso pessoal da pesquisadora responsável.

Visando a segurança dos dados coletados, o armazenamento das informações foi realizado em um dispositivo eletrônico pessoal que será guardado por até 24 meses, coincidindo com o término da residência e apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência. Após a conclusão da pesquisa, os dados serão deletados, visando garantir a confidencialidade, privacidade e a proteção dos direitos dos indivíduos envolvidos na pesquisa.

É possível que a participação nesse estudo resgate lembranças recentes ou antigas decorrentes da prática profissional, que façam o participante sentir algum sentimento negativo. Ademais, pode haver alguns questionamentos no formulário que, devido à existência de possíveis conflitos de interesse, relacionados ao estabelecimento de saúde e/ou a prática profissional, o participante não se sinta confortável para responder. Nestes casos, o participante poderia “recuar” do preenchimento, sem sofrer quaisquer tipos de prejuízos.

Caso tivesse quaisquer sofrimentos ou danos resultantes da participação na pesquisa, teria direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme previsto no Código Civil, Lei 10.416 de 2002, Artigos 927 e 954; e a Resolução CNS/MS nº 510 de 2016, art.19.

Para a garantia do anonimato, foi atribuído aos participantes um código, de acordo com cada categoria profissional. Os enfermeiros foram codificados pela letra E, seguido de um algarismo arábico, conforme ordem de respostas (p.ex, E1, E2...); os médicos foram codificados por M, seguido também de um algarismo arábico (p.ex, M1, M2...).

Não há benefícios diretos para nenhum participante. Entretanto, a participação nesse estudo traz contribuições atuais ou potenciais para a sociedade, no sentido de possibilitar a produção de evidências científicas capazes de melhorar a qualidade do cuidado à mulher vítima de violência por parceiro íntimo no âmbito da atenção primária à saúde. Ademais, a agregação das evidências produzidas poderá subsidiar os gestores, outros profissionais de

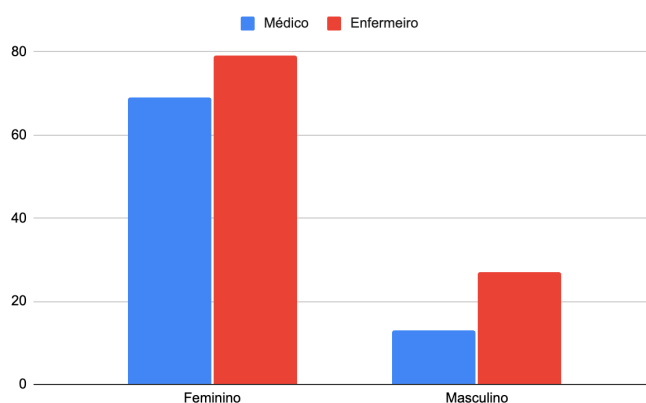
saúde e formuladores de políticas na identificação de elementos que os façam repensar as políticas públicas e as práticas de saúde voltadas para o atendimento à mulher vítima de violência por parceiro íntimo.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

Da população de médicos e enfermeiros que atuam na APS (176 e 138 enfermeiros, respectivamente), especificamente na AP 3.2, 189 profissionais de saúde que participaram da pesquisa, 106 eram enfermeiros (56%) e 83 médicos (44%). Destes 148 (78%) eram do sexo feminino e 41 (22%) do sexo masculino (gráfico 1).

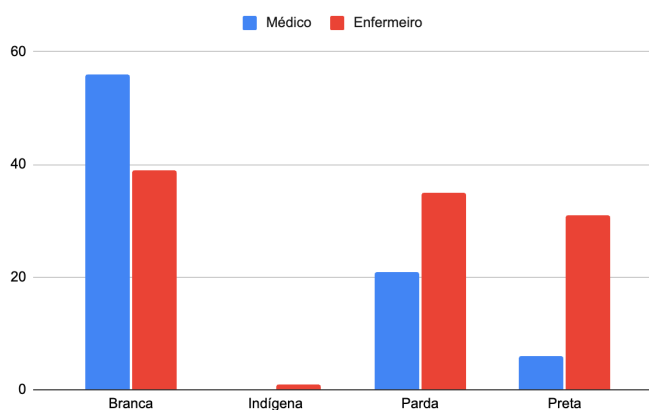
Gráfico 1. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBS da AP 3.2 – RJ, segundo sexo.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em relação à variável raça-cor 95 participantes (50,3%) se autodeclararam brancos, 53 pardos (28%), 40 negros (21,2%) e 1 (0,5%) indígena (gráfico 2).

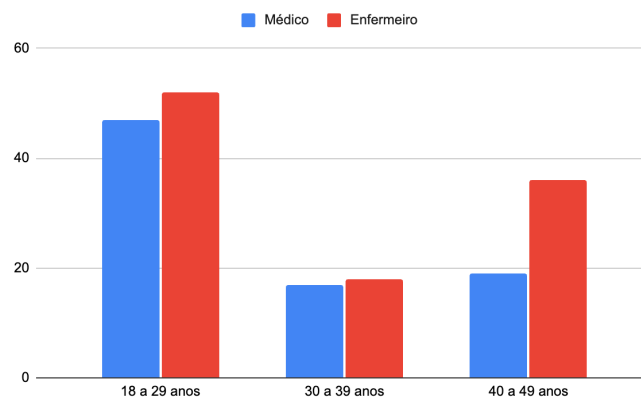
Gráfico 2. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBS da AP 3.2 – RJ, segundo raça-cor.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A faixa etária dos profissionais do sexo masculino variou entre 18 a 29 anos (48,8), 30 a 39 anos (17,1%) e 40 a 49 anos (34,1%), enquanto para as mulheres foi de 18 a 29 anos (52%), 30 a 39 anos (18,9%), 40 a 49 anos (27,7%) e (1,4%) anos (gráfico 3).

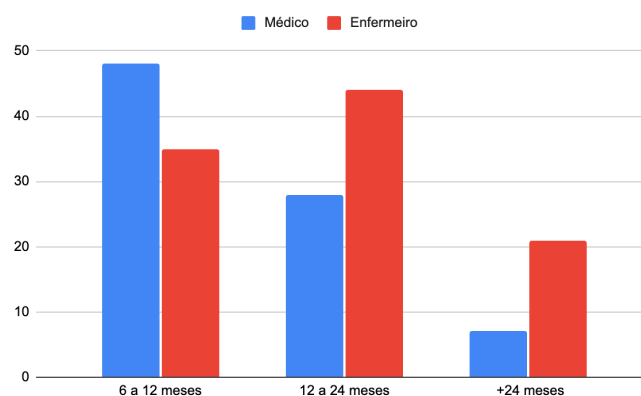
Gráfico 3. Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBS da AP 3.2 – RJ, segundo a faixa etária.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

O tempo de experiência na atual função para os profissionais enfermeiros variou entre 12 meses a 24 meses (41,5%), 6 meses a 12 meses (33%) e +24 meses (25,5%), enquanto para os médicos foi de 6 meses a 12 meses (57,8%) 12 meses a 24 meses (33,7%) e +24 meses (8,4%) representados pelo gráfico 4. Estes dados mostram a rotatividade de profissionais de saúde na APS e a dificuldade de fixação desses profissionais, principalmente médicos.

Gráfico 4. Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBS da AP 3.2 – RJ, segundo o tempo de experiência na atual função.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa, de acordo com a categoria profissional.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais participantes

	Categoria	Sexo	%	Raça-cor	%	Faixa etária	%	Tempo Exp	%
1	Médico	FEM	87,5	Branca	67,5	18 a 29 anos	49,1	12 a 24 meses	41,5
2	Enfermeiro	FEM	74,5	Negra	62,2	18 a 29 anos	56,6	6 a 12 meses	57,8

Fonte: Elaboração própria (2024).

4.2. Desafios dos profissionais de saúde no atendimento à mulher vítima de VPI na APS

Em relação à disponibilidade do fluxo de atendimento para os profissionais de saúde durante o atendimento à pessoa vítima de violência, 117 profissionais (61,9%) afirmaram que o fluxo está disponível, sendo 51 médicos (43,6%) e 66 enfermeiros (56,4%). Enquanto isso, 36 profissionais (19%) entre 19 médicos (53%) e 17 enfermeiros (47%) afirmaram que o fluxo de atendimento não está disponível e outros 36 profissionais não opinaram, o que pode ser um fator dificultador para a condução do atendimento.

O baixo número de profissionais treinados em relação ao manejo adequado de mulheres vítimas de violência na APS, representa um grande desafio para os serviços de saúde. O estudo mostrou que nos últimos 12 meses, apenas 9 médicos (33,3%) e 18 enfermeiros (66,7%) afirmaram terem participado de algum treinamento, enquanto 169 (69%) relataram nunca terem realizado algum tipo de treinamento, o que repercute diretamente no acolhimento adequado da mulher vítima de violência na APS.

No que tange às orientações disponibilizadas pelo serviço sobre as condutas diagnósticas e terapêuticas disponíveis no atendimento à mulher vítima de violência, 50 médicos (43,9%) e 64 enfermeiros (56,1%) afirmaram que nunca foram informados, o que contribui para variabilidade nas condutas e manejo dos casos de violência e dificuldades para decidir junto à mulher sobre a melhor alternativa para cada situação. Por outro lado, apenas 22 médicos (44%) e 28 enfermeiros (56%) relataram terem recebido orientações do serviço acerca da condução dos casos de violência.

Em relação à capacidade do profissional identificar sinais sugestivos de violência na rotina de atendimento à mulher, 173 (91,5%) afirmaram que conseguem identificar alguns destes sinais, sendo 76 médicos (43,9%) e 97 enfermeiros (56,1%). Em contrapartida, 13 profissionais (6,9%) informaram não serem capazes de reconhecer sinais de violência no atendimento à mulher, o que pode implicar em subnotificações e na oportunidade para implementar ações que culminem na interrupção de situações de violência vivenciadas pelas mulheres atendidas.

No que diz respeito ao conhecimento sobre os procedimentos necessários para a notificação dos casos de mulheres vítimas de violência, 98 profissionais (51,9%), entre médicos (45,9%) e enfermeiros (54,1%), informaram que desconhecem o fluxo de notificação, fator que contribui para um crescente de subnotificação dos casos suspeitos de violência. Por outro lado, do total de participantes, apenas 45 profissionais (23,8%) disseram conhecer os procedimentos de notificação dos casos de violência no âmbito da APS.

Em relação à disponibilidade de um ambiente privativo, acolhedor e sigiloso na unidade, para o atendimento à mulher vítima de violência, 140 profissionais (74,1%) consideram que este ambiente está disponível. Por outro lado, 21 profissionais (11,1%) discordaram, afirmando não haver na estrutura da unidade de saúde um local acolhedor e propício para o atendimento a essas mulheres, o que pode levar à insegurança e constrangimento por estar no mesmo local que os outros pacientes.

A disponibilidade do suporte e apoio de uma equipe interdisciplinar preparada para o acolhimento da mulher vítima de violência na unidade de saúde, foi reconhecida por 104 profissionais (55%) que concordaram que esse suporte está disponível, sendo 47 médicos (45,2%) e 57 enfermeiros (54,8%). No entanto, 48 profissionais (25,4%) afirmaram não ter uma equipe interdisciplinar de retaguarda, o que pode impactar diretamente no acolhimento, na qualidade do atendimento e na resolutividade dos seus problemas de saúde.

No que concerne à opinião dos profissionais de saúde sobre o monitoramento dos casos notificados de violência contra a mulher no território, 125 profissionais (66,1%) concordaram que o monitoramento não é realizado adequadamente pelas equipes de atenção primária, enquanto 21 profissionais (11,1%) discordam dessa afirmação. Do total de participantes do estudo, 43 profissionais (22,8%) se omitiram em responder essa pergunta. Os dados expressam a necessidade urgente de continuidade do processo de articulação e organização da rede para consolidação das ações de vigilância em saúde.

Do total de participantes, 60 médicos (45,1%) e 73 enfermeiros (54,9%) afirmaram que já realizaram algum atendimento à mulher vítima de violência por parceiro íntimo. Embora a maior parte dos profissionais relataram já terem realizado este tipo de atendimento, observou-se que uma grande parcela dos participantes desconhecem o fluxo de atendimento e os procedimentos de notificação, o que reverbera diretamente na qualidade do cuidado e na subnotificação, respectivamente.

Quanto à experiência do profissional na notificação de casos de violência contra a mulher ao longo do seu percurso na Atenção Primária à Saúde, 105 profissionais (55,6%) afirmaram que já realizaram alguma notificação, sendo 40 médicos (38,1% dos que afirmaram) e 65 enfermeiros (61,9% dos que afirmaram). Observa-se que o número de profissionais que já realizaram algum tipo de atendimento à mulher vítima de violência é maior do que o número de profissionais que já realizaram notificações de casos de violência na AP do estudo, o que evidencia subnotificações destes agravos. Ao mesmo tempo, percebeu-se que 84 profissionais (44,4%) nunca realizaram notificações de casos de violência, o que aponta para a necessidade de fortalecer políticas e treinamentos sobre notificação.

A partir dos resultados apresentados, a tabela 2 resume e consolida os dados, descrevendo-os com base em uma estatística descritiva:

Tabela 2. Medidas de tendência central (quantidade de respondentes, valor mínimo respondido, primeiro quartil, mediana, média, terceiro quartil, valor máximo respondido e desvio padrão) das variáveis do questionário de aspectos profissionais e estruturais de profissionais atuantes na ESF da AP 3.2, RJ, 2024

	Variáveis	N	Mínimo	1º Q	Mediana	Média	3º Q	Máximo	DP
1	O fluxo de atendimento às vítimas de violência contra a mulher no Rio de Janeiro está disponível sempre que necessário para consulta dos profissionais na unidade de saúde?	189	1	3	4	3,58	4	5	1,02
2	Foram realizados treinamentos sobre o fluxo de atendimento à mulher vítima de violência na Rede de Atenção para os profissionais de saúde da unidade nos últimos 12 meses?	189	1	1	2	2,17	3	5	1,13

3	Você foi informado na unidade de saúde sobre todas as condutas diagnósticas e terapêuticas disponíveis, que deverão ser ofertadas à mulher vítima de violência?	189	1	2	2	2,54	4	5	1,2
4	Na sua rotina de atendimento à mulher, você consegue identificar sinais sugestivos de violência?	189	2	4	4	4,17	5	5	0,77
5	Os profissionais da unidade de saúde foram devidamente informados sobre todos os procedimentos necessários para a notificação dos casos de mulheres vítimas de violência?	189	1	2	2	2,73	3	5	1,09
6	Durante o atendimento à mulher vítima de violência, é possível contar com um ambiente privativo, acolhedor e sigiloso na unidade de saúde?	189	2	3	4	3,93	5	5	0,94
7	Durante o atendimento à mulher vítima de violência, é possível contar com o suporte e apoio de uma equipe interdisciplinar preparada para o acolhimento da mulher na unidade de saúde?	189	1	2	4	3,39	4	5	1,14
8	Participo, periodicamente, de grupos de discussão interdisciplinar, desenvolvidos na unidade de saúde, sobre as ações de enfrentamento à violência contra a mulher?	189	1	2	2	2,23	3	4	0,96
9	Na sua opinião, o monitoramento dos casos notificados de violência contra a mulher no território é adequado?	189	1	2	2	2,2	3	4	0,94
10	Você já teve oportunidade de atender uma mulher vítima de violência por parceiro íntimo em alguma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS)?	189	1	1	1	1,3	2	2	0,46

11	Ao longo da sua experiência na Atenção Primária à Saúde você já realizou alguma notificação de violência contra a mulher?	189	1	1	1	1,44	2	2	0,5
----	---	-----	---	---	---	------	---	---	-----

Fonte: Elaboração própria (2024).

4.3. Experiência dos profissionais de saúde no atendimento à mulher vítima de VPI na APS

As experiências dos profissionais participantes deste estudo no atendimento à mulher vítima de violência por parceiro íntimo na APS, foram analisadas em cinco categorias: Notificação e monitoramento dos casos de violência; Abordagem multidisciplinar; Aspectos estruturais e organizacionais dos serviços de saúde; Aspectos Emocionais e Psicológicos da mulher vítima de VPI; Aptidão profissional no atendimento à mulher vítima de VPI.

4.3.1. Notificação e monitoramento dos casos de violência

A partir dos resultados, foi possível observar certa dificuldade no manejo dos casos de violência pelos profissionais de saúde, especialmente quando as vítimas, por medo, hesitam em denunciar o agressor ou revelar a violência sofrida.

E1: "Foi uma notificação de uma mulher vítima de violência pelo parceiro, sexual e física. Mas a mesma não quer denunciar o agressor."

E2: "Pude participar de uma consulta com outro profissional de saúde, que realizou a notificação, contudo senti certa dificuldade em todas as condutas e medidas necessárias."

Outro aspecto que apareceu na fala dos profissionais entrevistados, foi o desafio de atender alguns casos que não são do seu território de referência. Isso porque a mulher, por medo do parceiro ou da exposição, acaba procurando uma unidade de saúde fora do seu território, o que dificulta o acompanhamento da sua equipe de referência, caso não haja uma comunicação bem estabelecida entre as unidades da rede:

E3: "A vítima não era moradora do território da clínica, porém foi atendida e tomadas todas as medidas protocolares necessárias, inclusive a notificação. [...] Deixamo-nos à disposição da usuária para procurar a clínica no que fosse necessário e que procurasse sua clínica de referência para realização de acompanhamento psicológico."

4.3.2. Abordagem multidisciplinar

Dada a sua importância como dispositivo na Rede de Atenção à Saúde, a APS é frequentemente o primeiro ponto de contato para mulheres vítimas de violência. Isso imputa para os profissionais de saúde uma grande responsabilidade na detecção, manejo e notificação dos casos de violência.

Os resultados evidenciaram que uma abordagem multiprofissional com assistentes sociais, por exemplo, e o suporte psicológico continuado influenciará positiva e significativamente no desfecho do caso. Além disso, são espaços privilegiados para o trabalho interdisciplinar.

E4: "Uma usuária que sempre vinha à Clínica com demandas para sua filha de 4 anos, apesar da criança não apresentar quaisquer sinais ou sintomas. Com o passar do tempo e a estimulação de vínculo, a usuária passou a desabafar nas consultas da filha sobre a violência que sofria pelo marido alcoolista. Conseguimos apoio multiprofissional e aos poucos ela foi identificando a violência e conseguiu de mudar para outro estado junto com a família."

E5: "Vi o impacto da violência na saúde mental das mulheres. Num caso específico, a depressão era um grande obstáculo. Trabalhar com a psicóloga e o assistente social do NASF foi crucial pra o tratamento integral."

Do mesmo modo, a ausência de uma abordagem multidisciplinar fragmenta o cuidado e dificulta o atendimento ao usuário, tendo em vista que a violência é um fenômeno social complexo e contextualizado, que repercute nas mais variadas dimensões da vida da mulher:

E6: "É frustrante quando a assistência social e outros profissionais não estão disponíveis para dar suporte imediato, deixando a paciente e a equipe em uma situação difícil."

4.3.3. Aspectos estruturais e organizacionais dos serviços de saúde

A ausência de diretrizes e protocolos para nortear o atendimento à mulher vítima de VPI, pode implicar em variabilidade de práticas, condutas terapêuticas e encaminhamentos desnecessários pelo profissional, além de dificultar a tomada de decisão pela equipe multiprofissional:

E7: "A falta de protocolos claros e unificados muitas vezes leva a abordagens descoordenadas e ineficientes no atendimento às mulheres."

A rotatividade de profissionais nas unidades de saúde também foi evidenciado na fala dos profissionais como um elemento que impacta na manutenção da organização do serviço e, consequentemente na qualidade do atendimento:

E8: "Penso que a rotatividade de profissionais dificulta a construção de uma abordagem consistente e confiável para o cuidado das vítimas de violência."

A desarticulação intra e intersectorial é outro ponto trazido nos resultados. Por ser um fenômeno complexo, requer um esforço de diversos órgãos - governamentais e não governamentais - que, de algum modo, estão envolvidos e imbuídos de responsabilidades sobre a dinamicidade desse fenômeno. Para tanto, é importante que haja fluxos bem estabelecidos entre os diversos dispositivos da rede para que se tenha uma retaguarda mais imediata à mulher vítima de violência. Quando isso não ocorre,

E9: "Conseguí atender e fazer comunicação com outros pontos da rede, mas as questões legais, muitas vezes é lenta e burocrática, deixando nossas pacientes em situação vulnerável por mais tempo do que o necessário."

E10: "Acolhi a usuária, mas sei que é difícil a mulher denunciar, pois muitas têm medo do parceiro, e medo maior ainda da medida protetiva, fazendo com que o parceiro fique ainda mais agressivo. Não temos como garantir a segurança da usuária, ainda mais quando tem filhos envolvidos."

Ficou evidenciado que o serviço disfuncional impacta nas emoções dos profissionais, contribuindo para um esgotamento. As dificuldades para o seguimento dos casos de violência, as fontes de informação pouco acessíveis e a desconfiança na organização, podem repercutir desfavoravelmente na relação de cuidado entre profissionais e paciente:

E18: "O esgotamento é real diante da falta de apoio e dos desafios contínuos para fornecer cuidados adequados em um sistema muitas vezes indiferente."

4.3.4. Aspectos emocionais e psicológicos da mulher vítima de VPI

As respostas apontaram para o sofrimento emocional no atendimento à mulher vítima de VPI. Tal sofrimento, como a depressão, por exemplo, muitas vezes, corrobora para atitudes passivas que postergam as relações abusivas e situações de violência

E11: "Vi o impacto da violência na saúde mental das mulheres. Num caso específico, a depressão era um grande obstáculo [...]."

E12: "Em uma tarde agitada, atendi uma mulher jovem com ferimentos leves, mas com grande angústia emocional [...]."

E13: "Vi como a dependência emocional pode complicar a saída de relacionamentos abusivos."

Ao mesmo tempo, que os aspectos emocionais são grandes obstáculos para a mulher se desvencilhar de situações de violência, os profissionais destacam que uma abordagem acolhedora com escuta ativa é capaz de oportunizar espaços para construção de vínculos, respeito e, sobretudo, confiança, corroborando para o desvencilhamento de situações de violência:

E14: "Paciente se sentiu à vontade para contar sobre 3 abusos sexuais que sofreu em um fim de semana em que ficou na casa de uma amiga sob uso de medicações entorpecentes. Promovi um ambiente acolhedor na medida do possível para que a paciente se sentisse à vontade para contar o ocorrido e suas angústias. Promovi escuta ativa e conforto. Realizei a notificação e

sigo acompanhando a paciente ambulatorialmente na unidade em conjunto com sua terapia que era feita por via particular."

E15: "Uma mãe precisava de cuidados pós-violência. Além do tratamento físico, conseguimos ajuda na parte emocional para ela e seus filhos, trabalhando com a psicóloga. Foi difícil."

4.3.5. Qualificação profissional no atendimento à mulher vítima de VPI

A qualidade da assistência prestada está relacionada à qualificação dos profissionais envolvidos, pois requer não apenas um cuidado centrado na pessoa, mas também conhecimento técnico, da rede de atenção, bem como habilidades específicas para condução dos casos. A falta de familiaridade com os protocolos pode dificultar a abordagem e a colaboração entre os profissionais e demais setores, impactando na efetividade do atendimento prestado:

E16: "A falta de protocolos claros e unificados muitas vezes leva a abordagens descoordenadas e ineficientes no atendimento às mulheres."

E17: "Acompanhei uma mulher que finalmente decidiu deixar o parceiro violento. Ajudá-la a planejar sua saída de forma segura e sigilosa foi um desafio."

5. DISCUSSÃO

A diversidade racial dos participantes, com uma representação de 50,3% de brancos, 28% de pardos, 21,2% de negros e 0,5% de indígenas, destaca a importância de considerar as nuances culturais e sociais no atendimento a mulheres vítimas de violência. Neste cenário, a competência cultural, atributo essencial na APS, reconhece que as práticas assistenciais culturalmente sensíveis influenciam a busca e a percepção de saúde em relação aos cuidados, ao mesmo tempo que representam um desafio para os profissionais no atendimento às necessidades específicas de uma população (MÜLLER; LIMA; ORTEGA, 2023; SANTOS, 2021).

No que tange à rotatividade de profissionais, especialmente da categoria médica, pode afetar a organização do serviço e acarretar, conseqüentemente, a descontinuidade do cuidado, a fragilização do vínculo e da confiança entre profissionais e pacientes. A redução da acessibilidade organizacional decorrente da elevada rotatividade de médicos impacta diretamente nas relações de cuidado, com prejuízos expressos na perpetuação das situações de violência à mulher no território (LIMA, et al., 2022).

Ademais, a rotatividade pode afetar a qualificação técnica dos profissionais que atuam no atendimento à mulher vítima de violência (BALABANIAN; MONTEIRO, 2019), já que é necessário que todos os profissionais que atuam na gestão estejam habilitados tecnicamente e tenham conhecimento em relação ao fluxo de atendimento na rede de atenção à saúde. O estudo verificou que apenas 61,9% dos profissionais tinham acesso ao fluxo e que 51,9% desconheciam os procedimentos de notificação, o que pode levar a lacunas do cuidado, gerados por encaminhamentos indevidos, e a um número elevado de subnotificações. Isso ressalta a necessidade de um plano de educação continuada capaz de garantir a todos os profissionais o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes necessárias para manejo adequado dos casos.

A existência de um ambiente privativo e acolhedor foi um aspecto positivo destacado na pesquisa, sendo reconhecido por 74,1% dos profissionais. Esse espaço não apenas proporciona segurança e confidencialidade, mas também fortalece a confiança e promove a privacidade no processo de cuidado (MIRANDA et al, 2022). A privacidade corrobora para a preservação da intimidade da mulher, que deve ser garantida em todos os momentos do cuidado pela equipe de saúde. Do mesmo modo, o acolhimento e a escuta qualificada são fundamentais para que a vítima se sinta encorajada e apoiada para tomar a decisão que

considerar mais conveniente sobre a violência a que foi submetida (DANTAS, 2020). Portanto, ambientes que respeitam a privacidade e oferecem acolhimento são pilares para uma assistência à saúde responsiva e sensível às necessidades das vítimas de VPI.

Em relação ao monitoramento dos casos de violência notificados, foi destacado a dificuldade dos profissionais no acompanhamento das mulheres que procuram unidades de saúde fora de seus territórios de referência, como uma tentativa de protegerem sua identidade e segurança. Tais dificuldades podem se dar pela ausência de mecanismos capazes de melhorar a comunicação entre as unidades e equipes de saúde. A coordenação do cuidado é um atributo da APS que busca melhorar a comunicação entre os provedores de cuidado nos diferentes pontos de cuidado da RAS, além de assegurar a integralidade e a continuidade da assistência, através do percurso da paciente entre os dispositivos da rede (Brasil, 2017).

Uma comunicação fragmentada entre as unidades de saúde pode resultar em lacunas no atendimento e na falta de uma rede de suporte consistente, crucial para o processo de recuperação e empoderamento das vítimas (ALVES, 2019). A literatura aponta para a importância de uma rede de comunicação efetiva entre intra e intersetorial para garantir um acompanhamento adequado às mulheres vítimas de VPI. (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Foi observado que mais da metade dos profissionais reconhecem que o suporte e apoio de uma equipe interdisciplinar é necessário no atendimento à mulher vítima de VPI, dada a complexidade do fenômeno e o afetamento das diversas dimensões de vida da mulher que sofre a violência. No entanto, uma expressiva parcela de profissionais afirmou não ter uma equipe interdisciplinar de retaguarda, o que pode indicar uma lacuna importante do cuidado, impactando diretamente na qualidade e efetividade do atendimento prestado (FIGUEIRA, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), a APS, frequentemente denominada como porta preferencial de entrada do usuário no SUS, desempenha um papel vital no manejo e notificação de casos de violência podendo, inclusive, atuar no reconhecimento e acolhimento da mulher antes da ocorrência de seqüelas ou incidentes mais graves através de medidas de prevenção. A importância de uma equipe multiprofissional, incluindo assistentes sociais e psicólogos, é enfatizada nos resultados, que mostram como o suporte integrado com a equipe multiprofissional ou e-Multi pode influenciar positivamente os desfechos dos casos. A violência vivida pela mulher deixa seqüelas não apenas físicas, mas também psicológicas e sociais.

Os resultados refletem representações sociais sobre a violência contra a mulher e o

papel dos profissionais de saúde na APS. A violência é frequentemente normalizada ou invisibilizada na sociedade, o que pode influenciar a maneira como os profissionais percebem e respondem a esses casos (PEREIRA; MACHADO, 2021). Além disso, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no atendimento, na notificação e no monitoramento dos casos de violência podem ser vistas como um reflexo da estrutura e organização dos serviços de saúde, que muitas vezes não estão adequadamente preparados para lidar com a complexidade desses casos (BRANCO, 2020).

Ainda que tenhamos avançado na formulação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento de violência de gênero, a desconfiança no sistema público, junto com o medo, a vergonha e a situação de vulnerabilidade em que se encontra, ainda deixa muitas mulheres receosas de denunciar seus agressores. Este achado é evidenciado por estudos que demonstram como o medo de represálias, a dependência emocional ou financeira do agressor, e a preocupação com a estigmatização social podem inibir a denúncia de violência (TEIXEIRA; PAIVA, 2021). Tais situações perpetuam as cenas de violência e, conseqüentemente, a identificação precoce dos casos e a implementação de estratégias de intervenção efetivas.

Apesar de parte considerável dos casos de violência serem identificados, nem sempre o seguimento é valorizado, tornando esse fenômeno muitas vezes invisibilizado dentro dos serviços de saúde (PEREIRA; MACHADO, 2021). Isso mostra-se evidente ao analisarmos a proporção de profissionais que realizaram atendimentos a mulheres VPI (91,5%) e o número de notificações realizadas (66,6%). A falta de protocolos e diretrizes claras pode levar a abordagens descoordenadas e ineficientes, comprometendo a qualidade e a uniformidade do atendimento às vítimas de violência. Isso sublinha a necessidade de desenvolver e implementar protocolos padronizados que possam orientar os profissionais em suas práticas clínicas, garantindo assim uma abordagem consistente e eficaz,

O atendimento à mulher vítima de VPI impõe, além dos já mencionados, outros inúmeros desafios aos profissionais de saúde que, pela ausência de apoio e estruturação do serviço, sentem-se, em alguns casos, impotentes e emocionalmente esgotados. É importante que estes profissionais estejam preparados técnica e emocionalmente para o cuidado de fenômenos tão complexos, como é o caso da violência. O investimento na rede de serviços e, concomitantemente, no aspecto humano, com apoio psicológico aos profissionais de saúde, é fundamental para que tenhamos cuidados efetivos, seguros e de qualidade. Ademais, o desempenho profissional está estreitamente relacionado com o bem-estar da pessoa humana

(SANTOS, 2021).

Já em relação aos aspectos emocionais, a maioria das mulheres que sofrem violência sentem-se impotentes, com sofrimento emocional e abalos psicológicos tão evidentes que requerem da equipe de saúde um atendimento intra e intersetorial assertivo, de modo a proporcionar à mulher um efetivo, integral e cuidado centrado na pessoa . Isso porque a saúde mental dessas mulheres é frequentemente afetada, levando à depressão e a angústia emocional. Essas condições psicológicas podem perpetuar ciclos de abuso ao fomentar atitudes passivas e dificultar a saída de relações abusivas. (TEIXEIRA; PAIVA, 2021).

Ante ao exposto, o reconhece-se que as sequelas da violência são multifacetadas, o que termina por exigir uma uma resposta intersetorial, coordenada, holística e sensível às necessidades da mulher. A APS, enquanto dispositivo da RAS, desempenha um papel crucial e complementar na efetivação da garantia dos direitos da mulher, pois situa-se como centro de comunicação e ordenadora do cuidado. (LOURENÇO; COSTA, 2020).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa refletem representações sociais complexas e multifacetadas no atendimento a mulheres vítimas de violência, destacando a necessidade de uma abordagem sistêmica que considere aspectos demográficos, organizacionais e educacionais na melhoria dos serviços de saúde. Uma abordagem integrada é fundamental para enfrentar os desafios no atendimento a essas mulheres que requerem uma equipe interdisciplinar que possa contemplar todos os aspectos da sua vida.

Do ponto de vista estratégico, os serviços de Atenção Primária à Saúde sob a forma de Clínicas da Família e/ou Centros Municipais de Saúde oferecem soluções efetivas através da integração entre a Equipe de Estratégia da Família e equipes multidisciplinares, a exemplo da equipe e-multi. Entretanto, quando demandam ações articuladas com outros dispositivos da rede de atendimento à mulher, enfrentam desafios e frequentemente levam a intervenções pouco resolutivas, contribuindo para a continuidade dos ciclos de violência contra as mulheres. Conhecer esses serviços, entender o fluxo de atendimento e seguimento adequado são passos importantes para identificação do problema e de seu enfrentamento.

Cabe destacar que este trabalho teve início a partir de questionamentos de uma enfermeira em seu processo de especialização nos moldes de residência em Enfermagem da Família e Comunidade. Essa área de atuação enfatiza um cuidado holístico, abrangendo não apenas a saúde física, mas também aspectos emocionais, sociais e culturais do usuário, família e comunidade em que está inserido. A Residência em Enfermagem de Família e Comunidade fomenta o aprimoramento de competências para o cuidado integral e interdisciplinar em saúde, alinhado aos princípios do SUS e da ESF, formando profissionais críticos e reflexivos, capazes de impulsionar transformações significativas no contexto de sua prática assistencial e gerencial. (RIO DE JANEIRO, 2022)

Logo, a qualificação profissional emerge como desafio prioritário, exigindo não apenas um aprofundamento técnico, mas também uma sensibilização quanto à complexidade e delicadeza dessas situações. A implementação de ações intersetoriais, promove uma rede de apoio robusta e coesa, que articula os diferentes dispositivos da rede em prol de um atendimento integrado e eficiente. Além disso, a adoção de matriciamento pela equipe e-Multi, estabelece a colaboração entre profissionais de diversas áreas, garantindo suporte contínuo e troca de conhecimentos, tudo isso visando a reconstrução do tecido social e a garantia de melhores perspectivas para as mulheres vítimas de violências.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, F.A.R. et al. **Formação profissional e atenção à mulher vítima de violência sexual: revisão integrativa.** SANARE-Revista de Políticas Públicas, v. 19, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i2.1476>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ALVES, A. et al. **Após as lágrimas: reflexões sobre a recuperação da mulher vítima de violência.** Revista Ambiente Acadêmico, v. 5, n. 2, p. 115-132, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BALABANIAN, Y.C.C.; MONTEIRO, M.I. **Factors related to voluntary external turnover of nursing professionals.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017033403427>.

BRANCO, J. et al. **Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1877-1886, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015. 127 p. ISBN 978-85-8071-024-3. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário brasileiro de segurança pública 2022.** Ano 16. ISSN 1983-7364. 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNES-DADASUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 22 set. 2017. **Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Atenção Primária à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CHISHOLM, Christian; BULLOCK, Linda.; FERGUSON, James. **Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 217, n. 2, p. 141-144, 2017. Disponível em:

<http://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>. Acesso em: 14 abr. 2023.

CRESWELL, John.; CRESWELL, David. **Projeto de pesquisa: abordagens qualitativas, quantitativas e de métodos mistos**. 4. ed. Newbury Park: Sage, 2017.

DANTAS, G. et al. **Papel da enfermagem frente à violência sexual contra a mulher**. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, v. 4, n. 1, 2020. Disponível em: <https://faculdadejk.edu.br/wp-content/uploads/2022/05/106-Texto-do-Artigo-225-1-10-20200702.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2024.

DE SOUZA, M.A.R.; PERES, A.M.; MAFIOLETTI, T.M. **Educação permanente na rede de atenção às mulheres em situação de violência**. Revista de Enfermagem Referência, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20003>. Acesso em: 18 jan. 2024.

DONABEDIAN, Avedis. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980a. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I).

FIGUEIREDO, R. et al. **Abordagem da violência sexual contra a mulher na Atenção Primária à Saúde**. In: 15º Congresso Internacional da Rede Unida. v. 4, Suplemento 1 (2018). Saúde em Redes. Anais do 13ª Congresso Internacional da Rede UNIDA, 2022. Disponível em: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/15CRU/15CRU/paper/view/14882>. Acesso em: 18 jan. 2024.

GARCIA-MORENO, Claudia. et al. **The health-systems response to violence against women**. The Lancet, v. 385, n. 9977, p. 1567-1579, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7). Acesso em: 23 abr. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas de violência 2019**. Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo: Ipea, FBSP, 2019.

KOZIOL-MCLAIN, Jane et al. **Efficacy of a Web-Based Safety Decision Aid for Women Experiencing Intimate Partner Violence: Randomized Controlled Trial**. J Med Internet Res. 2018 Jan 10;19(12):e426. doi: 10.2196/jmir.8617. PMID: 29321125; PMCID: PMC6858022. DOI: 10.2196/jmir.8617. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29321125/> Acesso em: 23 abr. 2023.

LIMA, J.G. et al. **Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00616190. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>. Acesso em: 18 jan. 2024.

LOURENÇO, L.M.; COSTA, D.P. **Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 13, n. 1, p. 1-18, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130109>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MASCARENHAS, Marcio Denis Medeiros et al. **Análise das notificações de violência por**

parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, Supl. 1, 2020. E200007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Acesso em: 14 abr. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência de gênero e violência doméstica: desafios para o setor saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, n. 2, p. 194-201, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** 32.ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. ISBN 978-85-326-1145-1. Editora Vozes.

MIRANDA, N. et al. **Violência doméstica contra mulheres: o cuidado às vítimas vulneráveis.** 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/49251>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MOTA, Janine da Silva. **Utilização do Google Forms na pesquisa acadêmica.** Humanidades & Inovação, v. 6, n. 12, p. 371-373, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1106/1117>. Acesso em: 14 maio 2023.

MÜLLER, M.R.; LIMA, R.C.; ORTEGA, F. **Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível.** Saúde e Sociedade, v. 32, n. 3, e210731pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731en>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** 2015. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo.** In: Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Brasília, DF: OMS, 2012. p.11-17.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde.** Genebra: OMS, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde: Resumo.** Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=30358-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude-resumo-2018-03&category_slug=publicacoes-gerais-97&Itemid=965. Acesso em: 14 abr. 2023.

PEREIRA, L.; MACHADO, D.F. **A (in)visibilidade da violência contra a mulher na atenção primária à saúde.** Editora Científica Digital, São Paulo, v. 1, p. 18-32, 2021. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/articles/code/210906261>. Acesso em: 18 jan. 2024.

Programa de residência em enfermagem de família e comunidade: **manual do residente /**

elaboração Edineia Lazzari et al; coordenação Jacqueline Oliveira de Carvalho. 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

RIBEIRO, S.; CAVALCANTI, M. **Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1799-1808, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Acesso em: 18 jan. 2024.

RIO DE JANEIRO. Instituto de Segurança Pública. **Dossiê Mulher 2021.** 17. ed. Rio de Janeiro, RJ, 2022. Disponível em: http://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2022.pdf. Acesso em: 14 abr. 2023.

SANTOS, L.F.P.B. et al. **Formação para o cuidado à diversidade cultural na atenção primária em um curso de Enfermagem.** 2021. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/8695>. Acesso em: 18 jan. 2024.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; PORTELLA, Ana Paula. **Violência de gênero: poder e impotência.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SENADO FEDERAL. **Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/9217/+DataSenado%3A+Viol%C3%Aancia+contra+a+mulher+ aumentou+no+%C3%BAltimo+ano>. Acesso em: 23 abr. 2023.

SESANA, Arminda Gomes. **O papel dos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica.** Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 8, n. 2, p. 95-109, 2019.

SILVA, M.C et al. **Assistência à mulher vítima de violência doméstica: desafios e perspectivas para aprimoramento do cuidado pelos profissionais de saúde.** Revista Brasileira de Saúde da Mulher, v. 29, n. 1, p. 131-145, 2020.

SORANZ, Daniel et al. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: 2022 - 2025.** Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.rio.rj.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=7269eff7-6b72-480f-88fb-8cd00473c637&groupId=8822216. Acesso em: 15 mai. 2023.

TEIXEIRA, J.M.S.; PAIVA, S.P. **Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 02, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>. Acesso em: 18 jan. 2024.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo: Perspectivas dos profissionais de saúde da atenção primária”, desenvolvido por Rebeca de Araujo Duarte, discente do Programa de residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade, na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob orientação da Me. Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues. O objetivo geral do estudo é conhecer as experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo na Atenção Primária à Saúde. O motivo da sua participação se deve ao fato de compor a equipe multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família, da Área de Planejamento (AP) 3.2, AP escolhida para compor o cenário do estudo. O convite à sua participação se deu por você atender aos critérios de elegibilidade para a pesquisa: médicos e enfermeiros, atuantes nas equipes da Estratégia de Saúde da Família, em unidades situadas na AP 3.2, com atividades práticas na APS por mais de 6 meses. A sua participação se dará em responder às questões que integram o questionário do Google Forms, referentes à sua experiência no atendimento à mulher vítima de violência nas unidade de Atenção Primária à Saúde (APS), em caso de eventuais gastos, relacionados, direta ou indiretamente, a esta pesquisa, você e/ou seu acompanhante terão direito ao recebimento para ressarcimento dos gastos. **Você tem o direito de não responder quaisquer questões, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.** De maneira nenhuma você será penalizado por (a) caso decida não participar ou declinar da sua participação. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você deve se sentir à vontade para manifestar eventuais dúvidas e sugestões em relação ao conteúdo abordado. **O consentimento será previamente apresentado e, caso você concorde em participar, será considerada anuência ao ser respondido o questionário da pesquisa.** Sob nenhuma hipótese o que você disser será identificado, e todas as providências serão tomadas para garantir a sua privacidade e confidencialidade das informações. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso aos dados oriundos da pesquisa. Em qualquer momento, você poderá solicitar informações ao pesquisador sobre a sua participação na pesquisa através dos meios de contato explicitados

neste termo. Toda a pesquisa envolve riscos de tipos e gradações variadas. É possível que no momento da sua participação, você resgate lembranças recentes ou antigas decorrentes da sua prática profissional, que te façam sentir algum sentimento negativo. Ademais, pode haver alguns questionamentos no formulário que, devido à existência de possíveis conflitos de interesse, relacionados ao estabelecimento de saúde e/ou a sua prática profissional, que você não se sinta confortável para responder. Acrescenta-se que, **por ser uma pesquisa desenvolvida em ambiente virtual, em alguma medida há o risco de violação de dados. Portanto, para fins de mitigação deste risco, o acesso aos dados preenchidos pelos participantes da pesquisa será feito pela pesquisadora responsável em dispositivo eletrônico próprio, apagando todo e qualquer registro que possa identificar o participante.** Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme previsto no Código Civil, Lei 10.416 de 2002, Artigos 927 e 954; e a Resolução CNS/MS nº 510 de 2016, art.19. Não há benefícios diretos para nenhum participante. Entretanto, a partir da sua participação, este estudo poderá trazer contribuições atuais ou potenciais para a sociedade, no sentido de possibilitar a produção de evidências científicas capazes de melhorar a qualidade do cuidado à mulher vítima de violência por parceiro íntimo no âmbito da atenção primária à saúde. Ademais, a agregação das evidências produzidas poderá subsidiar os gestores, outros profissionais de saúde e formuladores de políticas na identificação de elementos que os façam repensar as políticas públicas e as práticas de saúde voltadas para o atendimento à mulher vítima de violência por parceiro íntimo. Os resultados desta pesquisa serão utilizados na elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência da pesquisadora, na divulgação em eventos científicos como congressos e seminários nacionais e internacionais; e redação de artigos científicos. A devolutiva dos resultados será feita para todos os participantes da pesquisa por e-mail. Todo o cuidado será empregado para garantir o sigilo da sua identidade. Sua participação não representa custos para a pesquisa, além da disponibilização do seu tempo. Também não há qualquer tipo de remuneração pela sua participação. **É recomendado que você guarde em seus arquivos uma cópia desse documento eletrônico de anuência. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pelo Ofício Circular nº2/2021/CONEP/SECNS/MS, que trata de procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.** Esta pesquisa obedece todas as normas contidas nas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e a de nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõem,

respectivamente, sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; e as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Recomenda-se que você,** caso venha querer contatar as pesquisadoras responsáveis, os dados são:

Rebeca de Araujo Duarte (residente) - Telefone: (21)96504-8880/E-mail: rebeca@edu.unirio.br

Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues (orientadora) - Telefone: (21)9895-1807/E-mail: juebe28@gmail.com

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição participante: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ) - Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro, CEP: 20031-040 por meio dos seguintes contatos: Telefone (21) 2215-1485 e e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.



Rebeca de Araujo Duarte

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2023

Nome do (a) participante

Assinatura do (a) participante

APÊNDICE B

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE

A Coordenação de Área Programática - CAP 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulada "Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo: Perspectivas dos profissionais de saúde da atenção primária", sob responsabilidade da pesquisadora Rebeca de Araújo Duarte, residente do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da SMS/RJ (2022).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 09 de junho de 2023.


Paula Carneiro
Coord. Atenção Primária CAP 3.2
Mat. 11/2947091

Paula Carneiro – Coordenadora da CAP 3.2

Assinatura e Carimbo da Coordenação

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ONLINE

Link: <https://forms.gle/QxipZog5cBJdyQRC7>

Prezado (a),

Meu nome é Rebeca de Araujo Duarte, sou residente do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) e juntamente com a professora Mestre em Ciências da Saúde Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada: “Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo: Perspectivas dos profissionais de saúde da atenção primária”. A pesquisa tem como objetivo: “Conhecer as experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo na Atenção Primária à Saúde”.

Diante disso, elaboramos uma pesquisa quantitativa com profissionais da saúde atuantes na ESF em unidades da Área Programática 3.2, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (BR), maiores de 18 anos.

Assim, convidamos o (a) Sr (a), à participar desta pesquisa.

Caso aceite colaborar, solicitamos que marque o item **ACEITO** do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** disponível no instrumento de coleta de dados.

Esta etapa levará cerca de 5 minutos.

O questionário encontra-se dividido em duas etapas:

Primeira: **Perfil do profissional.**

Segunda: **Perguntas referentes ao tema: aspectos profissionais e aspectos estruturais.**

Sua participação trará brilhantismo à nossa pesquisa. Agradecemos desde já a disponibilidade em participar.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

<https://drive.google.com/file/d/1WTys-NHQS1hRj5xUrlu1g8BkbAhmCzpG/view?usp=sharing>

Atenciosamente,

Enfermeira Residente Rebeca de Araujo Duarte

☐ ACEITO PARTICIPAR DESTE ESTUDO

1. Perfil do participante:

Sexo:

☐ M

☐ F

☐ Outros:

Idade:

☐ 18 a 29 anos

☐ 30 a 39 anos

☐ 40 a 49 anos

☐ 50 a 59 anos

☐ +60 anos

Cor ou raça:

☐ Branca

☐ Preta

☐ Parda

☐ Amarela

☐ Indígena

Categoria profissional:

☐ ACS

☐ Médico

☐ Enfermeiro

Há quanto tempo você trabalha na sua função atual (meses):

☐ 6 meses a 12 meses

☐ 12 meses a 24 meses

☐ + 24 meses

2. Perguntas referentes ao tema:

A) O fluxo de atendimento às vítimas de violência contra a mulher no Rio de Janeiro está disponível sempre que necessário para consulta dos profissionais na unidade de saúde?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

B) Foram realizados treinamentos sobre o fluxo de atendimento à mulher vítima de violência na Rede de Atenção para os profissionais de saúde da unidade nos últimos 12 meses?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

C) Você foi informado na unidade de saúde sobre todas as condutas diagnósticas e terapêuticas disponíveis, que deverão ser ofertadas à mulher vítima de violência?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

D) Na sua rotina de atendimento à mulher, você consegue identificar sinais sugestivos de violência?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

E) Os profissionais da unidade de saúde foram devidamente informados sobre todos os procedimentos necessários para a notificação dos casos de mulheres vítimas de violência?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

F) Durante o atendimento à mulher vítima de violência, é possível contar com um ambiente privativo, acolhedor e sigiloso na unidade de saúde?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

G) Durante o atendimento à mulher vítima de violência, é possível contar com o suporte e apoio de uma equipe interdisciplinar preparada para o acolhimento da mulher na unidade de saúde?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

H) Participo, periodicamente, de grupos de discussão interdisciplinar, desenvolvidos na unidade de saúde, sobre as ações de enfrentamento à violência contra a mulher?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

I) Na sua opinião, o monitoramento dos casos notificados de violência contra a mulher no território é adequado?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

J) Você já teve oportunidade de atender uma mulher vítima de violência por parceiro íntimo em alguma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS)?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

K) Ao longo da sua experiência na Atenção Primária à Saúde você já realizou alguma notificação de violência contra a mulher?

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Neutro 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

L) Em caso positivo, relate brevemente como foi a sua experiência com o atendimento?

APÊNDICE D

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Rebeca de Araujo Duarte**, no intuito de realizar pesquisa científica em unidade(s) de ensino e/ou do sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC SMS/RJ), com projeto de pesquisa intitulado **"Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo: Perspectivas dos profissionais de saúde da atenção primária"** e tendo como orientadora a **Profa. Ma. Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues**, declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos no **(Microsoft Excel e Google Forms)**; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão à dar suporte aos objetivos da pesquisa **(Conhecer as experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo na Atenção Primária à Saúde)**. Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados nos **(Microsoft Excel e Google Forms)**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2023.



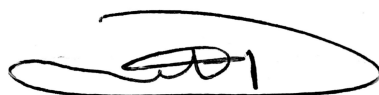
Rebeca de Araujo Duarte
Pesquisadora responsável

APÊNDICE E

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS

Eu, Rebeca de Araujo Duarte, pesquisadora responsável pelo projeto intitulado "**Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo: Perspectivas dos profissionais de saúde da atenção primária**" sob orientação da Profa. Ma. Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues, declaro para o CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que o referido projeto não possui financiamento de empresas públicas ou privadas para seu desenvolvimento.

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2023.



Rebeca de Araujo Duarte
Pesquisadora responsável

APÊNDICE F

ORÇAMENTO DETALHADO

Título do Projeto: Desafios no atendimento à mulher vítima de Violência por Parceiro Íntimo: Perspectivas dos profissionais de saúde da atenção primária.

AÇÕES	FONTES	VALORES
Transporte para as unidades de saúde	Própria da pesquisadora	R\$ 100,00
Inscrição em eventos	Própria da pesquisadora	R\$ 1000,00
Publicação de artigos	Própria da pesquisadora	R\$ 1000,00
CUSTO TOTAL APROXIMADO		R\$ 1100,00

Apresenta-se que, não ocorre nenhuma forma de remuneração do pesquisador do presente projeto de pesquisa. Assim como, os valores em moeda nacional ou, quando em moeda estrangeira, com o valor do câmbio oficial em Real, obtido no período da proposição da pesquisa não ocorre a previsão de ressarcimento de despesas dos participantes da pesquisa, tais como transporte e alimentação, pois estes estarão em suas atividades no local de trabalho.

Tratar-se-á de um estudo que utilizará substancialmente a tecnologia leve. Entretanto, será necessário um computador do tipo notebook, com acesso à internet para o desenvolvimento do questionário em Google Forms.

Associado aos recursos materiais, haverá custos relacionados ao deslocamento do pesquisador responsável às instituições de saúde para desenvolvimento da pesquisa, assim como, para participação em eventos científicos (congressos, seminários, simpósios entre outros - previsão de 01 evento), além das suas respectivas taxas de inscrição. Outro custo relacionado será referente as taxas de submissão e publicação de artigos durante a pesquisa (inicialmente previstos em 01 artigo).

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2023.



Rebeca de Araujo Duarte
Pesquisadora responsável

APÊNDICE G

CURRÍCULO DOS PESQUISADORES ENVOLVIDOS NO PROJETO

Pesquisadora Principal: Rebeca de Araujo Duarte - Possui Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO (2021). cursando Residência no Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da SMS/RJ (2022).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1704331118281866>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0389-9923>

Orientadora: Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues - Enfermeira. Realiza Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz. Especialização Lato Sensu em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz. Realizou Especialização em Doenças Crônicas Não Transmissíveis pela Universidade Federal de Santa Catarina/ UFSC; Especialização em Infectologia pela Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP. Foi Docente na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ/EEAN). Atualmente é membro colaborador do Proqualis. Atualmente está na coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Vigilância Sanitária, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5681731106037884>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2005-0377>