

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Giúlia Kamille de Medeiros Padilha

MAPEAMENTO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA DE GÊNERO NAS UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE

Rio de Janeiro

2023

Giúlia Kamilie de Medeiros Padilha

MAPEAMENTO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA DE GÊNERO NAS UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Marcio Sacramento de Oliveira
Coorientadora: Ana Cláudia Mateus Barreto.

Rio de Janeiro

2023

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

P123m Padilha, Giúlia Kamille de Medeiros
Mapeamento das práticas dos enfermeiros no atendimento às mulheres em situação de violência de gênero nas unidades básicas de saúde / Giúlia Kamille de Medeiros Padilha. - Rio de Janeiro, 2023.
95 f.

Orientador: Marcio Sacramento de Oliveira.
Coorientadora: Ana Cláudia Mateus Barreto.
Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2023.

1. Violência contra a Mulher. 2. Violência Doméstica. 3. Violência de Gênero. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Papel do Profissional de Enfermagem. I. Oliveira, Marcio Sacramento de. II. Barreto, Ana Cláudia Mateus. III. Título.

CDD 362.8292

Giúlia Kamilie de Medeiros Padilha

MAPEAMENTO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA DE GÊNERO NAS UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 28/08/2023

BANCA EXAMINADORA

(Marcio Sacramento de Oliveira – ICICT/FIOCRUZ)

(Sergio Ricardo de Oliveira– EPSJV/FIOCRUZ)

(Selma Villas Boas Teixeira - UNIRIO)

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que
vivenciaram situações de violência de gênero.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua presença constante em minha vida, iluminando meu caminho e por me fortalecer com sabedoria e força para vencer as adversidades da vida.

Aos meus orientadores, Marcio Sacramento e Ana Cláudia, por terem acreditado em mim e no potencial deste trabalho. Grata por terem estado ao meu lado durante toda esta trajetória acadêmica e por terem me dado suporte para que eu não desistisse de realizar o meu sonho de conquistar o mestrado. Além das valiosas contribuições e dos conhecimentos compartilhados, todo o acolhimento e conselhos dados foram essenciais para esta conquista.

Aos meus pais, Verônica e Gelson, por terem me motivado a estudar e me ensinado sobre o papel transformador da educação.

Aos meus irmãos, Jennyfer, Rennan e Patrick, por estarem ao meu lado ao longo da minha vida, compartilhando tantos momentos especiais juntos e serem minha inspiração.

Ao meu namorado Matheus, por ser meu porto seguro nos momentos em que eu mais me senti sobrecarregada e insegura, me apoiando e me encorajando a perseguir meus objetivos.

“No dia que for possível à mulher amar em sua força e não em sua fraqueza, não para fugir de si mesma, mas para se encontrar, não para se renunciar, mas para se afirmar, nesse dia então o amor tornar-se-á para ela, como para o homem, fonte de vida e não perigo mortal.”

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

Pesquisa descritiva e transversal, de abordagem quantitativa que se objetivou em analisar as práticas adotadas pelos enfermeiros no atender mulheres em situação de violência nas unidades de atenção primária à saúde do município de Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil. A coleta de dados foi feita mediante entrevista com enfermeiros atuantes nas unidades básicas de saúde e unidades de estratégia de saúde da família, aplicando-se um questionário fechado e seguindo a metodologia KAP (*Knowledge, Attitude, Practices*). A amostra foi composta majoritariamente por enfermeiros do sexo feminino, de idade entre 31 a 35 anos, estado civil casado, cor branca e com pós-graduação. Verificou-se que o preparo para o atendimento às mulheres em situação de violência pela instituição de ensino superior não foi um elemento positivo. Apesar da maior parte dos enfermeiros relatarem ter identificado mulheres em situação de violência, houve um percentual considerável dos profissionais que afirmaram não estar realizando a notificação compulsória dos casos. Boa parte relatou não haver um protocolo de enfermagem/ de saúde na unidade de saúde para nortear este atendimento. Também foi identificado o predomínio de enfermeiros que não se sentem seguros para atuar no cenário de violência contra a mulher e que consideraram que o atendimento em saúde ao agressor interfere na implementação de ações de empoderamento a mulher. Em suma, esta pesquisa almeja contribuir para o fortalecimento do papel do enfermeiro no enfrentamento a este agravo de saúde pública, identificando os obstáculos existentes visando aprimorar as práticas de cuidado em saúde existentes.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência Doméstica. Violência de Gênero. Atenção Primária à Saúde. Papel do Profissional de Enfermagem.

ABSTRACT

Descriptive and cross-sectional research, with a quantitative approach, which aimed to analyze the practices adopted by nurses in assisting women in situations of violence in primary health care units in the city of Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brazil. Data collection was performed through interviews with nurses working in basic health units and family health strategy units, applying a closed questionnaire and following the KAP methodology (Knowledge, Attitude, Practices). The sample consisted mostly of female nurses, aged between 31 and 35 years, married, white and with a postgraduate degree. It was found that the higher education institution's preparation for assisting women in situations of violence was not a positive element. Although most nurses reported having identified women in situations of violence, there was a considerable percentage of professionals who stated that they were not carrying out the compulsory reporting of cases. A good part reported that there was no nursing/health protocol at the health unit to guide this service. It was also identified the predominance of nurses who do not feel safe to act in the scenario of violence against women and who considered that the health care for the aggressor interferes with the implementation of women's empowerment actions. In short, this research aims to contribute to strengthening the role of nurses in facing this public health problem, identifying existing obstacles in order to improve existing health care practices.

Keywords: Violence Against Women. Domestic Violence. Gender-Based Violence. Primary Health Care. Nurse's Role.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa mulheres vítimas de violência doméstica e Familiar no ano de 2019 (taxa por 100 mil mulheres).....	19
Tabela 2 - Número de mulheres em situação de violência registrados nas delegacias de polícia civil e notificados pelo profissional de saúde na baixada litorânea, no período de 2019 e 2020	20
Tabela 3 - Quantitativo de mulheres vítimas de violência de conforme o tipo de agressão ocorrido no estado do Rio de Janeiro, entre o ano de 2014 e 2021	31
Tabela 4 - Número de mulheres vítimas de violência física no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021	32
Tabela 5 - Número de mulheres vítimas de violência sexual no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021	32
Tabela 6 - Número de mulheres vítimas de violência psicológica no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021	33
Tabela 7 - Número de mulheres vítimas de violência moral no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021	34
Tabela 8 - Número de mulheres vítimas de violência patrimonial no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021	34
Tabela 9 - Caracterização social dos participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023	53
Tabela 10 - Caracterização da formação profissional em enfermagem dos participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023	54
Tabela 11 - Caracterização da experiência profissional como enfermeiro dos participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023	55
Tabela 12 - Caracterização da atuação profissional como enfermeiro dos participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023	55

Tabela 13 - Caracterização das práticas de atendimento à mulher em situação de violência durante o último ano. Rio das Ostras-RJ, 2023	56
Tabela 14 - Caracterização do ambiente de trabalho para o atendimento as mulheres em situação, Rio das Ostras-RJ, 2023	57
Tabela 15 - Caracterização das percepções sobre a temática violência contra a mulher entre os participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 JUSTIFICATIVA	17
4 REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1 GÊNERO: CATEGORIA ANALÍTICA QUE SUSTENTA A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER	21
4.2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA QUE SE PERPETUA ATRAVÉS DOS TEMPOS	26
4.3 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	34
4.3.1 Construção histórica das políticas públicas brasileiras de enfrentamento a violência contra mulher.....	35
4.3.2 Diretrizes para o atendimento em saúde as mulheres em situação de violência	41
5 METODOLOGIA.....	48
5.1 TIPO DE ESTUDO	48
5.2 LOCAL DE ESTUDO	48
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	49
5.4 COLETA DE DADOS	50
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	51
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
6 RESULTADOS	53
7 DISCUSSÃO	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS	73
APENDICE A – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	88
APENDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA	90

1 INTRODUÇÃO

A Violência Contra a Mulher (VCM) constitui um relevante problema de saúde pública, influenciado por fatores sociais, culturais e econômicos. É produto de uma persistente desigualdade de gênero, perpetuada ao longo da história humana e transmitida de geração a geração por meio das crenças, tradições e valores sociais (ACOSTA *et al*, 2018; MADUREIRA *et al*, 2020; NETO; GIRIANELLI, 2020).

No âmbito das relações sociais, as diferenças de gênero são convertidas em desigualdade de gênero, no qual há uma assimetria de poder que tem privilegiado a figura masculina e condicionado as mulheres a uma situação de dependência ao homem (ZHU; CHANG, 2019; GURIEVA *et al*, 2022). Neste sentido, a violência surge como um meio em que os homens mantêm o seu poder e seu domínio sob as mulheres (DAHAL; JOSHI; SWAHNBERG, 2022)

Independente de classe socioeconômico ou etnia, a VCM é uma violação dos direitos humanos, comprometendo direitos fundamentais da mulher, como em ter assegurada a sua vida, dignidade, proteção, integridade física e moral, liberdade, igualdade, autonomia e respeito (CAMPOS; MAGALHÃES; ANGULO-TUESTA, 2020; JARAMILLO-BOLÍVAR; CANAVAL-ERAZO, 2020).

Essa situação, de abrangência global, tem ganhado visibilidade no campo da saúde e na comunidade científica, uma vez que gera impactos significativos na saúde individual e coletiva, contribuindo para o aumento das taxas de morbimortalidade entre as mulheres (ACOSTA *et al*, 2018; CAVALCANTI *et al*, 2020; LIMA *et al*, 2020; MADUREIRA *et al*, 2020). Ademais, mortes de mulheres ocorrem meramente por questão de gênero (EINHARDT; SAMPAIO, 2020).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2015), uma a cada três mulheres nas Américas sofre violência de gênero. Esse agravo tem potencial para gerar consequências profundos e duradouros na saúde das mulheres, incluindo lesões físicas, gravidez indesejada, aborto e infecções sexualmente transmissíveis, além de uma série de impactos negativos na saúde mental.

No Brasil, somente no ano de 2021, foram registrados 1.319 feminicídios, o que representa uma taxa de mortalidade por feminicídio 1,22 mortes a cada 100 mil mulheres, equivalendo em média a uma vítima de feminicídio a cada sete horas. Além disso, no mesmo ano foram registrados 56.098 casos de estupro (FBSP, 2022).

Em relação aos registros de casos de violência contra a mulher nas delegacias de polícia civil do estado do Rio de Janeiro, somente no ano de 2019, foram contabilizadas 128.322 vítimas, um número 30% superior em comparação a 2020, que registrou 98.681 mulheres. Esta redução pode estar correlacionada não à queda do quantitativo da violência, mas às condições de isolamento social decorrentes da pandemia de Covid-19, que tornaram mais difícil do acesso das mulheres às delegacias, seja por medo de contaminação pelo vírus, seja por se encontrarem confinadas com seus agressores (ISP, 2020; ISP, 2021).

Considerando o número de mulheres que registraram a violência sofrida nas delegacias do estado do Rio de Janeiro em 2019, esse valor equivale a 352 vítimas por dia. Desse total, 72,2% das mulheres foram vitimadas por pessoas conhecidas, 59,3% foram agredidas em suas próprias residências e 52,2% das vítimas eram negras (ISP, 2020). Importante ressaltar que esses números representam apenas uma fração do total real de mulheres em situação de violência, pois nem todos os casos são denunciados.

Em virtude da relevância e seriedade desta temática, em 2015, a erradicação de todos os tipos de VCM foi incluída como meta nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)¹, especificamente no quinto objetivo, que se relaciona à igualdade de gênero e ao empoderamento feminino (JEWKES *et al*, 2017).

Esta inclusão representa um marco significativo no combate à VCM, pois ressalta o movimento de tornar este problema uma questão de interesse público, deixando de ser apenas uma questão privada e familiar (EINHARDT; SAMPAIO, 2020).

O suporte para mulheres em situação de violência deve ser oferecido por uma rede de serviços articulados e intersetoriais, que incluem justiça, segurança pública, assistência social e saúde (CAVALCANTI *et al*, 2020). No contexto de saúde, a atenção primária² se configura como principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde, tendo a responsabilidade de organizar o fluxo de usuários através das redes de atenção à saúde (MENDONÇA *et al*, 2020).

Destarte, a atenção primária possui um papel fundamental na articulação com as várias instâncias da sociedade, uma interação crucial para combater a VCM. Além disso, esse nível de atenção pode intervir em vários aspectos relacionados ao conceito de integralidade - como

¹ Os ODS, também denominados Objetivos Globais, representam um plano de ação adotados por todos os Estados Membros das Nações Unidas, entre os quais o Brasil, visando enfrentar os principais desafios de desenvolvimento até o ano de 2030. Englobam um total de 17 objetivos que promovem a sustentabilidade social, econômica e ambiental (UNICEF, 2022).

² A Atenção Primária a Saúde se constitui o primeiro nível de atenção responsável por implementar práticas individuais e coletivas de cuidado a saúde, desenvolvendo ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2022a).

aspectos sociais, econômicos, culturais, de gênero, individuais, familiares e comunitários - que organizam a vida em sociedade e influenciam os casos de VCM (CAVALCANTI *et al*, 2020; MENDONÇA *et al*, 2020).

Há diversos aspectos psicossociais que levam a mulher a ocultar a violência sofrida, incluindo dependência emocional e financeira. Frequentemente, as mulheres buscam ajuda apenas em situações extremas. Atualmente, há a necessidade de planejar e implementar estratégias para diminuir o tempo entre a agressão e a busca ativa por ajuda (GELDER *et al*, 2020)

Nesse contexto, as unidades de saúde podem ser o primeiro contato e ponto de apoio da mulher após sofrer a agressão, destacando a importância da sensibilização dos profissionais para reconhecer os sinais da violência (SILVA *et al*, 2018; CAVALCANTI *et al*, 2020).

As intervenções em situações de VCM precisam ser eficazes, acessíveis, seguras, individualizadas e holísticas, promovendo a segurança, o bem-estar e a qualidade de vida das mulheres, contribuindo para o desenvolvimento do senso de confiança e controle e para a melhoria da saúde mental (FIELD *et al*, 2018; FORD-GILBOE *et al*, 2017).

Considerando a categoria profissional, o enfermeiro possui uma probabilidade elevada para detectar as situações de violência sofridas pelas mulheres em razão da prestação de cuidado direto a população (FRAZÃO *et al*, 2020). Na consulta de enfermagem, compete ao enfermeiro a responsabilidade de identificar os sinais e sintomas com associação direta ou indireta a situações de violência manifestadas pela usuária e adotar práticas de sigilo profissional e escuta qualificada, refletindo no fortalecimento da relação enfermeiro-paciente, aprimorando a qualidade do cuidado prestado (ACOSTA *et al*, 2018; LIMA *et al*, 2020).

Desta forma, o enfermeiro tem a oportunidade de estimular o rompimento do silêncio por parte dessas usuárias, por meio da orientação sobre as redes de apoio disponíveis e da promoção do empoderamento feminino (FRAZÃO *et al*, 2020). A promoção do empoderamento feminino comumente é frequentemente associada a evidências de melhoria no estado de saúde da mulher (KWAGALA *et al*, 2016).

Ressalta-se também o papel indispensável e obrigatório dos enfermeiros em realizar a notificação compulsória dos casos suspeitos e/ou confirmados de VCM, independente do consentimento da mulher (ACOSTA *et al*, 2018). No entanto, a subnotificação dos casos de VCM persiste como um problema contemporâneo, associado à falta de preparo e habilidade dos profissionais de saúde em reconhecer tal condição, evidenciando uma lacuna na formação acadêmica (CAVALCANTI *et al*, 2020).

Dessarte, para a estruturação do estudo, foi elaborado a seguinte questão norteadora:
Como os enfermeiros realizam o atendimento as mulheres em situação de violência no âmbito da atenção primária a saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas adotadas pelos enfermeiros no atender mulheres em situação de violência nas unidades nas unidades básicas do município de Rio das Ostras, localizado no estado do Rio de Janeiro, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Visando o alcance do objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram delineados:

1. Mapear as práticas dos enfermeiros no atendimento às mulheres em situação de violência de gênero nas unidades de atenção primária à saúde do município de Rio das Ostras.
2. Discutir as práticas dos enfermeiros no atendimento as mulheres em situação de violência à luz das políticas públicas.

3 JUSTIFICATIVA

Exemplos rotineiros como caminhar sozinha pelo bairro ou usar transporte público lotado assumem significados distintos para homens e mulheres. Essas atividades cotidianas implicam em diferentes graus de risco à integridade física, moral e psicológica, dependendo do gênero de quem as práticas.

Frase populares como “fulano vai virar mulherzinha na cadeia” e “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” revelam a naturalização da violência contra as mulheres em nossa sociedade. Este último ditado, particularmente, influenciou negativamente a vida de inúmeras gerações de mulheres, velando e silenciando a violência contra elas. Contudo, na contemporaneidade, a violência contra a mulher ganhando visibilidade social, com o planejamento e a implementação de políticas públicas para combatê-las. Nesse contexto, durante minha graduação em enfermagem, aprendi sobre o papel crucial do enfermeiro na linha de frente deste enfrentamento, conforme destacado por políticas, protocolos e produções científicas.

Motivada por este aprendizado, decidi aprofundar meus conhecimentos sobre a temática da violência contra a mulher. Assim, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso traçando o perfil das mulheres em situação de violência, dos agressores e dos tipos de agressão, referentes aos casos atendidos em um Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM).

A realização deste trabalho proporcionou-me a oportunidade de ganhar experiência em como prestar atendimento a mulheres em situação de violência e me tornou mais sensível à identificação destes casos. Com isso, passei a desejar aplicar na prática o conhecimento teórico que adquiri na área de cuidados de enfermagem. No entanto, desde as minhas primeiras experiências na prática assistencial, pude perceber a dicotomia existente entre o cuidado de enfermagem estabelecido teoricamente para as mulheres em situação de violência e a realidade encontrada nos serviços de saúde.

Notei a falta de preparo na identificação dos casos de violência contra mulher e, quando identificados, muitos profissionais de enfermagem não sabiam como implementar um plano de cuidados específicos conforme requerido. Cheguei a ouvir comentários negativos de alguns profissionais de saúde, como: “se ela tá com ele é porque gosta de apanhar”, “daqui a pouco ela volta pra cá depois de ser agredida de novo”, “vou contar para o marido dela que ela pretende fugir dele, só pra ver a reação dele”.

Incomodada com a realidade observada, propus-me a investigar o atendimento de enfermagem às mulheres em situação de violência, de modo a fornecer subsídios para fortalecer o papel do enfermeiro no contexto das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher e aprimorar a qualidade da assistência oferecida à população feminina diante deste grave problema de saúde pública.

Ressalta-se que o fenômeno da VCM é um problema de saúde pública, causando danos à saúde mental e física da população feminina e demandando foco das ações e serviços assistenciais de saúde. Nesse contexto, o enfermeiro possui uma importante atribuição no enfrentamento a esta violência, ofertando o cuidado às mulheres agredidas desde a sua entrada nos estabelecimentos assistenciais de saúde e promovendo o reconhecimento das reais necessidades de saúde deste recorte populacional com a prática do acolhimento e da escuta qualificada (CORTES *et al*, 2015; SILVA *et al*, 2015; DÍAZ *et al*, 2016; FREITAS *et al*, 2017).

Acredita-se que, ao longo da graduação em enfermagem, os acadêmicos são incentivados a desenvolver um pensamento crítico-reflexivo em relação ao Código de Ética Profissional, a Lei Maria da Penha, as políticas públicas e programas de enfrentamento à VCM, e a conduta ética nos atendimentos às mulheres agredidas, assim como adquirem experiência prática no acolhimento, assistência e encaminhamento dessas mulheres a outras redes de apoio (SILVA *et al*, 2018).

No entanto, ao revisar a literatura científica sobre a prevalência dos tipos de VCM detectados nos ambientes assistenciais de saúde, observa-se uma divergência nos resultados dos estudos, dependendo da metodologia aplicada. Em estudos que avaliam a detecção dos casos de violência no momento da prestação de cuidado de saúde, o tipo de agressão predominante identificado é a de natureza física.

A citar, as pesquisas realizadas por Oliveira *et al* (2019), Silva *et al* (2013), Ferreira *et al* (2020), Almeida e Sotero (2017) e Barufaldi *et al* (2017), fundamentados nos dados obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes aos estados de Rondônia, Pernambuco, Paraná, Rio Grande do Sul e todo o território brasileiro, respectivamente, evidenciaram a predominância da VCM do tipo física.

Por outrora, estudos como os elaborados por Marcacine *et al* (2013), Marcacine *et al* (2018) e Leite *et al* (2019), que basearam sua coleta de dados no rastreamento dos casos da violência de gênero em mulheres que procuraram atendimento em estabelecimentos de saúde, encontraram a prevalência da violência do tipo psicológica. Esta prevalência corrobora com

os resultados apresentados por Leite *et al* (2015), obtidos através das entrevistas realizadas com mulheres em situação de violência atendidas por um serviço especializado.

À vista disso, fica evidente que a prestação de cuidados a saúde apresenta o enfoque nos sinais e sintomas de adoecimento físico, o que conseqüentemente afeta a identificação e o reconhecimento pelos profissionais das agressões psicológicas sofridas pela mulher (CORTES *et al*, 2015). Conseqüentemente, há uma subnotificação deste agravo, ocultando a real incidência e prevalência do fenômeno pelo sistema de saúde, além de impactar negativamente no bem-estar da população feminina (DÍAZ *et al*, 2016).

Portanto, destaca-se a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde, em especial, dos enfermeiros, sobre a temática da VCM (FREITAS *et al*, 2017). Nesta perspectiva, a avaliação do conhecimento, opiniões e percepções dos enfermeiros em relação ao fenômeno da VCM fornece subsídios para compreender os fatores relacionados à baixa detecção dos casos e auxilia no planejamento de novas estratégias e soluções que visem à promoção da sensibilização e preparo desses profissionais para atuar no cuidado e defesa dos direitos da população feminina em situação de violência.

Em relação à relevância na determinação dos territórios de estudo, de acordo com os dados divulgados pelo Instituto de Segurança Pública (ISP, 2020), as cidades do interior do estado do Rio de Janeiro – que compreendem a região da baixada litorânea - lideraram a taxa de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar em 2019. Nesse ano, a taxa de vítimas por 100 mil mulheres no interior foi de 1.821,6, seguida pela baixada fluminense com a taxa de 1.623,5, pela Grande Niterói com a taxa de 1.367,7 e, por fim, pela Capital com a taxa de 1.332,8.

No que tange ao município de Rio das Ostras, este apresentou, no ano de 2019, uma taxa de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, registradas na delegacia de polícia civil, superior à capital e à média estadual em todos os tipos de violência (Tabela 1).

Tabela 1 - Taxa mulheres vítimas de violência doméstica e Familiar no ano de 2019 (taxa por 100 mil mulheres)

Local	Violência física	Violência sexual	Violência psicológica	Violência moral	Violência patrimonial
Estado do Rio de Janeiro	506,7	79,6	496,1	380,8	71,0
Rio de Janeiro (capital)	454,7	68,9	406,0	342,8	60,4
Rio das Ostras	856,6	181,4	1.097,8	738,7	196,4

Fonte: ISP (2020, p. 157-158).

Levando em conta a região da baixada litorânea, Rio das Ostras apresentou uma das maiores prevalências nos registros de violência contra a mulher nos anos de 2019 e 2020, ocupando o segundo lugar no *ranking* em 2019 com 1.642 (20,87%) vítimas e liderando o *ranking* em 2020 com 1.337 (22,39 %) vítimas (Tabela 2).

Tabela 2- Número de mulheres em situação de violência registrados nas delegacias de polícia civil e notificados pelo profissional de saúde na baixada litorânea, no período de 2019 e 2020

Local	Registro nas delegacias de polícia civil				Notificação pelo profissional da saúde			
	2019		2020		2019		2020	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Baixada litorânea	7.868	100	5.971	100	604	100	601	100
Araruama	1.281	16,28	924	15,48	14	2,32	38	6,32
Armação dos Búzios	505	6,42	391	6,55	118	19,54	64	10,65
Arraial do Cabo	336	4,27	282	4,72	33	5,46	14	2,33
Cabo Frio	1.871	23,78	1.226	20,53	1	0,17	2	0,33
Casimiro de Abreu	370	4,70	287	4,81	86	14,24	51	8,49
Iguaba Grande	231	2,94	260	4,35	40	6,62	49	8,15
Rio das Ostras	1.642	20,87	1.337	22,39	199	32,95	316	52,58
São Pedro da Aldeia	623	7,92	499	8,36	17	2,81	8	1,33
Saquarema	1.009	12,82	765	12,81	96	15,89	59	9,82

Fonte: Elaborada pela autora com base em dados da ISP (2020), ISP (2021) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (BRASIL, 2022b).

Nota: Nos dados do Sinan foram considerados todas as notificações de *violência interpessoal/autoprovocada*, incluídos apenas a de sexo feminino e excluído lesão autoprovocada.

No entanto, ao analisar as notificações realizadas pelos profissionais de saúde a respeito de mulheres vítimas de violência, Rio das Ostras apresentou o maior número de notificações da Baixada Litorânea nos dois anos analisados, com 199 (32,95 %) notificações em 2019 e 316 (52,58 %) notificações em 2020. À vista disso, torna-se relevante compreender o processo de atendimento a mulheres em situação de violência por profissionais de saúde, em especial, pelos enfermeiros, em Rio das Ostras.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 GÊNERO: CATEGORIA ANALÍTICA QUE SUSTENTA A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

O termo gênero surgiu na pesquisa acadêmica feminista como uma ferramenta analítica e política para compreender como a sociedade produz e normaliza a opressão e a subjugação das mulheres (VILLELA; MONTEIRO; BARBOSA, 2020).

Simone de Beauvoir (1967) em seu livro *O segundo sexo*, obra reconhecida como precursora da segunda onda do feminismo, narra que “ninguém nasce mulher: torna-se mulher”. A feminista descreve que não há um destino, seja de âmbito biológico, psíquico e econômico, que possa decidir o modo em que a mulher ocupa na vida em sociedade, e sim fatores sociais que estabelece esse produto intermediário entre o macho e o “castrado” que representa o feminino.

Ao abordar a temática de gênero, discute-se sobre as interpretações sociais acerca do que é ser um homem ou uma mulher. Esse sistema sexo-gênero segrega os seres humanos em dois grupos (homens e mulheres), determinando padrões que vão modelando toda a vida em sociedade. Dessa forma, meninos e meninas são ajustados a determinados padrões de gênero que os diferenciam não apenas por suas características anátomo-fisiológicas reprodutivas, mas que estabelece conjuntamente atributos peculiares de natureza social, comportamental e psicológica (CARNEIRO, 2020; VILLELA; MONTEIRO; BARBOSA, 2020).

Em outras palavras, as diferenças sexuais/biológicas são convertidas em diferenças sociais e políticas (CARNEIRO, 2020). A maneira onde cada indivíduo se insere na sociedade e vivencia seu corpo é refletido pelos ideais de gênero, influenciando nas relações entre homens e mulheres, nas relações de homens e mulheres entre si e nas relações dos indivíduos com diversas instituições sociais (VILLELA; MONTEIRO; BARBOSA, 2020).

É nesta sociedade binária que há uma hierarquização de poder entre o homem e a mulher (CARNEIRO, 2020). Tal dinâmica de poder sustenta as relações de gênero não se restringe apenas a trocas de cunho interpessoal, mas se origina e perpetua-se histórica e culturalmente mediante signos, símbolos e práticas sociais, delimitando as subjetividades de homens e mulheres, definindo a sua identidade e a sua forma de pensar, sentir e agir (VILLELA; MONTEIRO; BARBOSA, 2020).

Considerando as relações entre indivíduos, vale realizar uma breve contextualização sobre a história humana. Há cerca de dois milhões de anos atrás, durante o tempo em que os seres humanos viviam como caçadores e coletores, não havia uma liderança entre os homens e

mulheres, posto que todos desempenhavam papéis complementares na obtenção de alimentos para sobrevivência. Dessa forma, os seres humanos, independente do gênero, sobreviviam da caça animais de pequeno porte e da colheita de frutos. Entretanto, este cenário se modificou quando houve a escassez de animais de pequeno porte e os homens tiveram que lançar mão de sua força física e caçar animais de porte maior. Este fato histórico fez com que as mulheres fossem preteridas e rotuladas como seres frágeis. Conseqüentemente, as mulheres passaram a viver situações de humilhação e diversos tipos de violência (ROCHA; SOKOLONSKI, 2022).

À vista disso, ainda na contemporaneidade, a figura masculina na sociedade tender a ser mais estimada se comparado a figura feminina, fato este sustentado pela tradição de herança patrilinear e pelo papel social do homem de promover o suporte econômico e garantir a segurança (CAICEDO-ROA; BANDEIRA; CORDEIRO, 2022). Todavia, essa condição de “proteção masculina” oculta na verdade a dominação do homem sob a mulher, (COELHO; BAPTISTA, 2009).

Essa perspectiva da mulher como “propriedade” do homem se constrói desde a infância mediante os papéis de gênero pré-definidos, sendo perpassado de geração a geração (SANTOS *et al*, 2019). O próprio Código Civil brasileiro de 1916, que esteve vigente até 2002, defendia essa hierarquização de poder ao delegar ao chefe da família, o homem, autorizar ou não que a sua mulher, considerada como incapaz, pudesse ter uma profissão (CARNEIRO, 2020).

Essa dominação do homem sobre o corpo da mulher sustentado pela cultura patriarcal e perpetuado no decorrer da história humana promove a desigualdade de gênero e cria um ambiente propício para a ocorrência da violência, contexto no qual as mulheres são agredidas principalmente por seu parceiro íntimo, como os maridos e namorados (OLIVEIRA *et al*, 2019).

O grande poder em razão de gênero que os homens desfrutam sob suas companheiras os dificultam a se identificarem e se aceitarem como possibilidade afetiva das escolhas das mulheres (CAICEDO-ROA *et al*, 2022). Estes se aproveitam dos laços afetivos e da vulnerabilidade da mulher para cometer a violência (OLIVEIRA *et al*, 2019).

Desse modo, os homens detêm e legitimam seu poder mediante o uso da violência, o que acarreta em uma série de comprometimentos físicos, mentais e sociais na vida de uma mulher, resultando no desenvolvimento negativo da sua resiliência (VALENZUELA *et al*, 2022). Sensações de medo, isolamento, dependência e intimidação são vivenciados pela mulher pela relação de subordinação ao homem gerados através dos episódios agressivos (LEITE *et al*, 2019).

Salienta-se que a violência de gênero interfere não apenas na vida da mulher em seu singular, como também interfere na vida das mulheres em seu conjunto, na vida de seus filhos e dependentes, além de afetar a vida dos homens na qual a dinâmica sociocultural os violentam e também os estimulam a ser agressivos (CAICEDO-ROA; BANDEIRA; CORDEIRO, 2022).

Desde a infância tem início o processo da formação da masculinidade nos homens. As concepções aprendidas no contexto familiar são vistas como padrão de referência para o indivíduo, sendo internalizados e reproduzidos durante a vida, especialmente no âmbito das relações familiares (SILVA *et al*, 2022).

Muitas vezes a “linguagem violenta” é naturalizada no seio familiar em decorrência do legado aprendido pelos conjugues de sua família de origem, cujo padrão de relacionamento se perpetua de geração a geração (MARASCA *et al*, 2017). Nesse sentido, a agressividade enquanto qualidade inerente a masculinidade é internalizada pelo homem, que passa a naturalizar as situações de violência como meio permissível e aceitável na resolução de conflitos (SILVA *et al*, 2022).

Por vezes, a perspectiva de gênero construída socialmente busca excluir ou ocultar a fragilidade masculina em seus diversos aspectos emocionais. A demonstração de sentimentos e sofrimentos por parte de um homem tende a ser considerado como um elemento negativo a sua masculinidade. Conseqüentemente, ao sofrer por uma situação de fim de relacionamento, o homem não raro procura esconder suas emoções, o que termina por afetar sua forma de lidar com a situação e encontrar possíveis alternativas (PÊ *et al*, 2022).

Os homens, por sua vez, são encorajados a manifestarem o sentimento de raiva, dificultando o controle de suas emoções e os ensinando a usar da violência como forma de expressão (PÊ *et al*, 2022). No começo as agressões tendem a ocorrer de forma mais velada, através das ofensas, do controle e das proibições. Com o passar do tempo, tais atos agressivos se tornam cada vez mais evidentes, com episódios de agressão física até ameaças de morte (GOMES *et al*, 2022).

Por conseguinte, as mulheres sofrem risco de feminicídio caso manifestem aos seus parceiros a vontade de findar o relacionamento ou desejos por outros homens, sendo o meio mais prevalente a arma branca e a de fogo, seguida pelos estrangulamentos, afogamentos e queimadura (CAICEDO-ROA *et al*, 2022).

Ao analisar as circunstâncias de assassinato de homens e mulheres, identifica-se padrões distintos das ocorrências. O homicídio de homens comumente é perpetrado em locais públicos por indivíduos desconhecidos e do mesmo gênero, sendo motivados por brigas,

confrontos, vingança e desentendimento. Em contrapartida, o homicídio das mulheres é cometido principalmente nos lares e por pessoas próximas - como (ex) companheiros e familiares - cujas motivações são ciúmes, desobediência, vontade das mulheres em findar o relacionamento, traição, quebra de padrões sociais impostos referentes ao papel da mulher em zelar pela família e pelo lar, maneiras de se vestir e de se maquiar, e/ou sair em determinados horários ou locais não “adequados” para uma mulher (CAICEDO-ROA *et al*, 2022).

Apesar de existirem episódios de agressões em um relacionamento íntimo, com risco iminente de novos atos violentos e até mesmo risco de feminicídio, as mulheres tendem a permanecer nestes relacionamentos por muitos anos (GOMES *et al*, 2022).

Enfatiza-se ainda que, além do risco de exposição a situações de violência inerentes a condição de ser mulher, hodiernamente as mulheres vivenciam uma dupla ou mesmo tripla jornada com o emprego, as tarefas de casa e os cuidados com a família (SILVA; NASCIMENTO, 2023). Nesta conjuntura, há um importante elemento produtor de gênero a ser destacado, determinante nos processos de organização da hierarquização entre homens e mulheres: a divisão sexual do trabalho (BIROLI, 2016).

Na divisão sexual do trabalho, foi destinado aos homens o envolvimento com os assuntos políticos e econômicos, voltados ao domínio público. Já para as mulheres, foi atribuído a responsabilidade dos cuidados com os filhos e pelas tarefas domésticas, voltados ao domínio privado, sendo fortalecido pela cultura patriarcal a submissão a figura masculina (COELHO; BAPTISTA, 2009; CARNEIRO, 2020).

Isso significa que o gênero exerce um papel determinante no tocante ao acesso aos espaços de poder e de vida política, porém as mulheres tem menos oportunidades de participação se comparado aos homens (TASSINARI *et al*, 2020).

Os empregadores frequentemente correlacionam os cargos de poder com o desenvolvimento de atributos como virilidade, força e coragem, ao passo que destinam às mulheres funções relacionadas ao cuidado, à sensibilidade e à empatia. Conseqüentemente, a mulher sofre no contexto das relações de trabalho por ser compelida a adotar uma postura com o estereótipo de ser dócil, paciente e acolhedora. Por sua vez, a objetividade permitida aos homens possibilita a eles um menor envolvimento nas questões afetivas dos seus pares, o que lhes acarreta, hipoteticamente, menores custos emocionais se comparada às mulheres (ANTLOGA *et al*, 2020).

Muitas mulheres na prática buscam atender as expectativas sociais de gênero para evitar retaliações, adotando posturas e condutas que demonstrem sua submissão e docilização. Ainda que a mulher tente adotar uma postura defensiva semelhante à virilidade, ela não

consegue atingir, de forma institucional, o mesmo nível de status e poder que é atribuído aos homens (ANTLOGA *et al*, 2020).

Embora haja uma maior participação das mulheres no mercado de trabalho, elas permanecem com as mesmas responsabilidades domésticas não assalariado enfrentando uma precarização do trabalho com uma alta jornada de trabalho, baixa remuneração e insuficiente proteção trabalhista (MATOS; ALBUQUERQUE, 2023). Ademais, além do sofrimento vivenciado pelas mulheres relacionado a desvalorização e invisibilidade do seu trabalho, muitas ainda são expostas a situações de assédio moral e sexual no trabalho e outras tem parceiros que têm dificuldade de aceitar que elas exerçam uma atividade profissional e contribuam para a renda familiar, por vezes com salários superiores aos seus (ANTLOGA *et al*, 2020).

Acentua-se que apesar de se observar atualmente uma transição gradativa no tocante a participação masculina nas tarefas domésticas, constata-se que essa mudança não está ocorrendo de forma equilibrada entre todas as atividades. Em geral, a participação dos homens tem se reduzido a atividades de pequenos reparos na casa, com leve tendência a colaboração nas tarefas como lavar a louça ou realizar comprar no supermercado (GARCIA; MARCONDES, 2022).

Todavia, as discussões acerca da divisão sexual do trabalho nos instigam a pensar não somente na importância de analisar a desigualdade na distribuição das tarefas de cuidado entre os sexos, mas conjuntamente considerar as discrepâncias na alocação temporal no exercício das atividades produtivas e reprodutivas entre os homens e as mulheres (GARCIA; MARCONDES, 2022).

O tempo dedicado pela mulher em sua dupla jornada de trabalho não apenas torna a sua vida mais sobrecarregada. Este acúmulo de responsabilidades também compromete sua possibilidade de se envolver em outras atividades que poderiam garantir sua ascensão profissional, qualificação acadêmica, participação de atividades políticas ou até mesmo cuidar de si mesma (TRINDADE; PAVAN, 2022).

Dessa forma, é crucial incentivar a reflexão acerca da educação e do incentivo a uma distribuição mais igualitária das responsabilidades das atividades domésticas entre os homens e as mulheres. Ao implementar essas e outras medidas similares, poderemos progredir rumo a uma sociedade com uma maior equidade de gênero (GARCIA; MARCONDES, 2022).

Nesse sentido, os movimentos feministas têm exercido um papel relevante na conscientização e sensibilização coletiva para o fato de que a execução das tarefas relacionadas à reprodução social recai, em grande medida, sobre as mulheres. Esses

movimentos vêm questionando a invisibilidade e naturalização das tarefas tradicionalmente atribuídas ao universo feminino, muitas vezes encaradas como manifestações de amor e dever materno (GARCIA; MARCONDES, 2022).

Em síntese, observa-se como o sistema patriarcal ainda permeia a vida em sociedade, mesmo que em muitos momentos se manifeste de maneira sutil. Este sistema tem estruturado a organização social, estabelecendo privilégios aos homens e restringindo a liberdade das mulheres, além de historicamente reforçar a opressão contra as mulheres e as sujeitar sob as vontades da cultura machista, negando a mulher a condição de sujeito de direito, com vista a silenciar sua voz (SANTOS *et al*, 2019).

Todavia, nas últimas décadas, as mulheres vêm cada vez mais conquistando o seu espaço na sociedade. Atualmente, as mulheres podem escolher se querem ou não se casar, decidir se vão trabalhar fora de casa, ocupar cargos e exercer profissões antes só preenchidos por homens, revelando que o sexo biológico não deve ser um preditor para determinar a aptidão de um indivíduo para exercer uma profissão (SANTOS *et al*, 2019).

Além disso, aponta-se que a masculinidade - caracterizada por um conjunto de práticas associado à posição que os homens ocupam na estrutura hierárquica das relações de gênero - consiste em um elemento que é construído e reconstruído pela história cultural. Portanto, a masculinidade não é uma realidade imutável, objetiva e impossíveis de ser transformadas. Tal narrativa nos permite compreender que há a possibilidade de uma transformação e reconstrução da masculinidade com vistas a reduzir as desigualdades de gênero e, conseqüentemente, reduzir os episódios de violência contra a mulher (PÊ *et al*, 2022).

Por fim, destaca-se que a desigualdade de gênero e suas repercussões não é um problema só das mulheres, e sim de toda a sociedade, cabendo ao Estado a responsabilidade de não se omitir e de traçar estratégias para a transformação desse fenômeno (CARNEIRO, 2020).

4.2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: UM PROBLEMA DE SAUDE PUBLICA QUE SE PERPETUA ATRAVÉS DOS TEMPOS

Conceitua-se violência como um ato ou omissão desnecessária, prejudicial ou destrutiva praticada de uma pessoa contra a outra, com potencial a causar danos a sua dignidade, integridade ou liberdade. Entre os diversos tipos de violência, destaca-se a violência contra a mulher, que consiste em atos agressivos praticados contra uma mulher meramente por questões de gênero (MUÑOZ-SELLÉS *et al*, 2023).

Este tipo de violência se encontra presente em todos os países ao redor do mundo, a qual é considerada uma violação grave resultante da desigualdade de gênero que permeia a sociedade, produzindo uma série de necessidades que, de uma forma geral, são invisibilizadas e se encontram associadas à construção histórica do feminino em face a sociedade e às vulnerabilidades as quais mulheres estão expostas durante sua vida (GEBRIE *et al*, 2022; SANTOS; FONSECA, 2022).

A violência perpetrada contra as mulheres constitui um grave desafio persistente e abrangente de saúde pública, direitos humanos e justiça social, acarretando prejuízos devastadores para a saúde, o bem-estar e a vida das mulheres, abrangendo igualmente suas famílias e comunidades. A magnitude de mulheres impactadas pela violência em questão é especialmente alarmante, considerando que temos ciência de que a violência pode ser prevenida. Trata-se de uma realidade intolerável e que demanda transformação (PAHO, 2022).

Embora a incidência de violência contra mulheres seja elevada em todo o mundo, o número oficial de casos relatados é relativamente baixo. Observa-se que países com poucos registros da violência contra a mulher estão associados à certas características culturais locais que legitimam o uso dessa violência e consideram as mulheres como seres inferiores (LAKSONO; WULANDARI, 2022).

Estimativas divulgadas pela Organização Mundial da Saúde para a região das Américas, indicam que uma a cada três mulheres já sofreu violência física e/ou sexual, uma a cada quatro mulheres já sofreu violência física e/ou sexual perpetrada por um parceiro e uma a cada oito mulheres já sofreu violência sexual perpetrada por um não parceiro (PAHO, 2022).

A literatura científica aponta que os homens tem sido os principais autores—da violência contra as mulheres, em especial na figura de parceiro íntimo. A literatura aponta ainda, que mulheres que possuem filhos com os autores, estão mais propensas a sofrer violência.

Segundo Oliveira *et al* (2019) identificaram a partir dos dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no estado de Rondônia, entre os anos de 2007 a 2015, 79,07% dos agressores das mulheres eram do sexo masculino, sendo o (ex) parceiro íntimo o principal perpetrador da violência, presente em 40,20% das notificações.

Outra pesquisa elaborada por Almeida e Danner (2022) sobre o perfil da violência no Acre com base nos relatórios da Central de Atendimento à Mulher e as informações desta central, acessíveis no painel de dados da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos,

verificou-se que a prevalência de agressores das mulheres era do sexo masculino, contabilizando 78,72% no ano de 2020 e 83,15% em 2021.

Já no estudo documental realizado por Almeida *et al* (2021) nos prontuários do Centro Referência da Mulher da cidade de Iguatu-CE, entre os anos de 2013 a 2017, identificou-se que os maridos foram os principais agressores da mulher, correspondendo a 41,86% dos casos, seguido dos companheiros e filhos com 11,63% e ex-maridos com 9,30%.

A violência perpetrada por parceiro íntimo apresenta uma propensão maior a aumentar e agravar com o decorrer do tempo, podendo, em última análise, culminar em óbito caso não haja uma devida intervenção. Segundo estimativas da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, mais de quatro mil feminicídios foram registrados no ano de 2020 em 21 nações situadas nessa região geográfica. Destarte, é crucial destacar que as mulheres se encontram em risco singular de serem vítimas de violência perpetrada por indivíduos com os quais possuem vínculo afetivo ou social (PAHO, 2022).

Gomes *et al* (2022), ao investigar os fatores que propiciam a mulher a permanecer em um relacionamento conjugal violento, evidenciou quatro fatores, sendo estes: a) Dificuldade em reconhecer que vivenciam abusos no início do relacionamento íntimo, de forma a confundir atos de controle e opressão com atos de cuidado e de amor; b) Acreditar que são capazes de controlar os episódios de violência em favor do casamento e da família, c) Alterações psicoemocionais sofridos pela mulher, como baixa autoestima e sintomas depressivos, que resulta em sentimentos ambíguos nutridos pelo parceiro íntimo e na aceitação de um relacionamento com episódios de agressão; e por fim, d) Acreditar nas promessas de mudança de comportamento do parceiro íntimo.

Destaca-se ainda que as mulheres são expostas a violência principalmente dentro dos seus próprios lares. Apesar da crença do lar ser um ambiente acolhedor, amoroso e refúgio contra a violência externa, é nesse espaço onde cotidianamente as mulheres sofrem violência (GUIMARÃES *et al*, 2018).

No ano de 2018, de acordo com dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o maior número de homicídios femininos no território brasileiro ocorreu dentro das residências, o que corresponde a uma taxa de 3,0, enquanto a taxa de homicídios de mulheres fora da residência foi de 1,3 (CERQUEIRA *et al*, 2020).

Semelhante a pesquisa supradita, Bezerra e Rodrigues (2021) realizaram um estudo em dados secundário da 1ª e 2ª Varas Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher da Comarca de São Luís-MA entre os anos de 2009 a 2019, no qual verificou que o

lar foi o principal local de ocorrência da violência contra a mulher, exibindo a mediana de 68% dos casos.

Outro dado relevante que merece destaque no contexto da violência contra a população feminina é vulnerabilidade social que as mulheres negras vivenciam. Além da desigualdade de gênero, as mulheres negras enfrentam a desigualdade racial.

Embora as formas de violência de gênero possam incidir sobre mulheres de todas as faixas etárias, raças, níveis de renda e de escolaridade, elas exibem uma prevalência mais acentuada em mulheres pretas e pardas, conforme o Boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2023a). Neste levantamento foi evidenciado que a prevalência de quaisquer formas de violência nos 12 meses anteriores a coleta dos dados, foram assinaladas taxas superiores entre mulheres negras (21,3%; IC 95%: 19,5 - 23,2), mulheres jovens adultas de 18 a 29 anos (28,0%; IC 95%: 26,1 - 29,9), e aquelas integrantes de famílias com renda per capita de até um salário-mínimo (21,2%; IC 95%: 20,3 - 22,1).

Corroborando com os dados supracitados, entre os homicídios femininos registrados no território brasileiro no ano de 2018, 68% das vítimas foram mulheres negras. Nesse ano, a taxa de mortalidade por homicídio no Brasil entre a população feminina não negra foi de 2,8 por 100 mil, enquanto essa taxa entre a população feminina negra foi de 5,2 por 100 mil, equivalendo quase ao dobro dos assassinatos (CERQUEIRA *et al*, 2020).

Ao comparar-se as estatísticas de homicídios de mulheres no Brasil entre os anos de 2008 e 2018, verifica-se que houve redução dos assassinatos apenas na população não negra. Nesse ínterim, a taxa de homicídios de mulheres não negras apresentou uma queda de 11,7%, enquanto essa mesma taxa para as mulheres negras exibiu um aumento de 12,4% (CERQUEIRA *et al*, 2020).

Na literatura científica identifica-se uma maior proporção de mulheres negras expostas as situações de violência no território nacional. Estudos desenvolvidos por Almeida e Danner (2022), Coelho *et al* (2022a) e Coelho *et al* (2022b) nas regiões do Acre, Ceará e Maranhão respectivamente evidenciaram o predomínio de mulheres pardas expostas a violência, seguida de mulheres brancas e pretas.

No entanto, há artigos em que esse padrão de prevalência diverge, como o desenvolvido por Moroskoski *et al* (2021) no estado do Paraná, no qual constatou o predomínio de mulheres brancas em situação de violência.

Tal discrepância encontrado entre os artigos pode estar correlacionado as características demográficas de cada região. No último censo desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), no estado do Acre, Ceará e Maranhão

houve a maior prevalência de mulheres negras (pardas e pretas), enquanto no Paraná essa prevalência foi por mulheres brancas.

Contudo, é inquestionável a vulnerabilidade social enfrentada pela mulher em razão de sexismo e racismo. Corroborando com a análise, o estudo realizado por Alves *et al* (2021) sobre a violência contra a população negra no sudeste brasileiro no período de 2009 a 2018 com base no SINAN identificou que 72,48% das vítimas eram mulheres.

Outro ponto importante a ser discutido no tocante a violência contra a mulher é que o Brasil é um dos países mais violentos do mundo e a violência em si é uma questão social que pode ser manifestada de diferentes formas (MARTINS; TEIXEIRA, 2020; ALVES *et al*, 2021).

Além das lesões físicas, a situação de violência pode causar diversos danos, como a depressão, fobia, ansiedade, uso de drogas ilícitas, insônia, distúrbios alimentares, isolamento social e tentativa de suicídio. Tais danos podem aparecer de modo imediato ou a longo prazo e as repercussões da violência não se esgotam nos danos pessoais sofridos em apenas um episódio de agressão (SOUZA; REZENDE, 2018).

De acordo com a tipificação prevista na lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha a violência contra a mulher pode ser dividida em (BRASIL, 2011):

- a) Violência física: qualquer ação capaz de gerar danos a integridade física e saúde corporal da mulher.
- b) Violência sexual: consiste em todo ato que impõe a uma pessoa a ter contato sexual, seja este físico ou verbal, ou a participar de outras atividades sexuais contra sua vontade através do uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro meio que anule o consentimento individual. Essa violência pode ser apresentada como expressões verbais ou corporais não consentidas, toques e carícias indesejadas, exibicionismo e voyeurismo, prostituição forçada, participação forçada em pornografia e relações sexuais forçadas por meio de coerção física ou por medo de represálias.
- c) Violência psicológica: comportamento que afete negativamente a saúde mental e a autoestima da mulher, ou que tenha por finalidade degradar ou controlar suas ações, condutas, valores e decisões através do uso de ameaça, coerção, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração ou restrição do seu direito de ir e vir ou qualquer outra forma que implique em danos à sua saúde mental e a sua autodeterminação.

d) Violência moral: qualquer ação que configure como calúnia, difamação ou injúria contra a mulher.

e) Violência patrimonial: todo comportamento que resulte em retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, ferramentas de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, até mesmo aqueles destinados a atender suas demandas.

Considerando a incidência dos tipos de violência contra a mulher ocorridos no estado do Rio de Janeiro, o Instituto de Segurança Pública (ISP, 2022) tem divulgado anualmente o número dos casos registrados pelas delegacias de polícia civil do estado. A tabela 3 apresenta uma série histórica sobre esses dados desde o ano de 2014 até o ano de 2021.

Tabela 3 - Quantitativo de mulheres vítimas de violência de conforme o tipo de agressão ocorrido no estado do Rio de Janeiro, entre o ano de 2014 e 2021

Tipo de violência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Física	57.232 33,5%	50.283 33,9%	45.699 34,4%	40.764 36,4%	42.423 34,9%	42.382 33,0%	34.192 34,6%	34.930 32,0%
Sexual	6.480 3,8%	5.676 3,8%	5.424 4,1%	5.496 4,9%	6.112 5,0%	6.704 5,2%	5.645 5,7%	6.255 5,7%
Psicológica	58.058 34,0%	49.469 33,3%	42.954 32,3%	34.740 31,0%	37.879 31,2%	41.891 32,6%	31.140 31,6%	36.795 33,7%
Moral	41.509 24,3%	36.817 24,8%	33.028 24,8%	26.263 23,5%	29.665 24,4%	31.498 24,5%	23.151 23,5%	25.776 23,6%
Patrimonial	7.319 4,3%	6.226 4,2%	5.823 4,4%	4.725 4,2%	5.330 4,4%	5.937 4,6%	4.553 4,6%	5.406 5,0%

Fonte: ISP (2022, p. 24).

Observa-se que os registros de violência física e psicológica se destacaram sobre os demais tipos de violência durante o período analisado. Os registros de violência física lideraram o ranking no recorte de 2015 a 2020, com maior proporção dos casos no ano de 2017, perfazendo um total de 36,4% dos registros, enquanto os registros de violência psicológica lideraram o ranking nos anos de 2014 e 2021, com maior proporção dos casos em 2014 somando 34% dos registros (Tabela 3).

Outro dado relevante é o aumento gradativo do percentual de registros de violência sexual no período analisado. Entre os anos de 2014 a 2021, o número desses registros subiu de 3,8% para 5,7% (diferença de 1,9%) (Tabela 3). O ISP (2022) descreve que o aumento da incidência desse tipo de violência contra as mulheres pode estar relacionado tanto à maior

exposição delas a esse tipo violência, quanto ao aumento da confiança por parte das mesmas na efetividade do sistema de justiça criminal.

O ISP (2022) realizou um levantamento sobre as formas da agressão sofrida pela mulher conforme a tipificação da violência no estado do Rio de Janeiro.

Considerando a violência física, identificou-se que houve uma alta incidência das lesões corporais dolosas nos anos de 2020 e 2021, contabilizando 33.371 (96,61%) e 34.181 (96,88%) registros em cada ano respectivamente. Contudo, apesar dos homicídios qualificados como feminicídios terem manifestado um menor quantitativo entre as formas de violência física, este exibiu o maior crescimento entre os anos citados, com a diferença de 9% (Tabela 4).

Tabela 4 - Número de mulheres vítimas de violência física no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021

Tipo de violência	Nº de mulheres vítimas em 2020	Nº de mulheres vítimas em 2021	Diferença % de 2021 em relação a 2020	Taxa por 100 mil mulheres em 2021
Violência física	34.540	35.279	2,1 %	387,3
Homicídio doloso	278	247	- 11,1 %	2,7
Feminicídio	78	85	9,0 %	0,9
Tentativa de homicídio	543	502	- 7,5 %	5,5
Tentativa de feminicídio	270	264	- 2,2 %	2,9
Lesão corporal dolosa	33.371	34.181	2,4 %	375,3

Fonte: ISP (2022, p. 41).

No tocante a violência sexual, verifica-se que o estupro foi a forma que liderou os registros nas delegacias de polícia civil, compondo 4.086 (72,38%) casos em 2020 e 4.429 (70,80%) em 2021, sendo seguido da importunação sexual, que contou com 992 (17,57%) casos em 2020 e 1.189 (19%) em 2021. Embora em menor quantitativo em ambos os anos, a violação sexual mediante fraude apresentou um aumento significativo de 52,5% (Tabela 5).

Tabela 5 - Número de mulheres vítimas de violência sexual no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021

Tipo de violência	Nº de mulheres vítimas em 2020	Nº de mulheres vítimas em 2021	Diferença % de 2021 em relação a 2020	Taxa por 100 mil mulheres em 2021
Violência sexual	5.645	6.255	10,8 %	68,7
Assédio sexual	140	189	35,0 %	2,1
Ato obsceno	130	151	16,2 %	1,7
Estupro	4.086	4.429	8,4 %	48,6
Importunação sexual	992	1.189	19,9 %	13,1

(conclusão)

Tipo de violência	Nº de mulheres vítimas em 2020	Nº de mulheres vítimas em 2021	Diferença % de 2021 em relação a 2020	Taxa por 100 mil mulheres em 2021
Violência sexual	5.645	6.255	10,8 %	68,7
Tentativa de estupro	257	236	- 8,2 %	2,6
Violação sexual mediante fraude	40	61	52,5 %	0,7

Fonte: ISP (2022, p. 77).

Acerca da violência psicológica, a ameaça foi a agressão predominante, identificou-se 30.468 (97,84%) registros em 2020 e 34.747 (94,43%) em 2021 (Tabela 6). Ressalta-se que, no ano de 2021, foram inclusos três novos tipos penais de violência psicológica, sendo estes o crime de perseguição (*stalking*), o crime de perseguição contra mulher em razão de gênero e o crime de violência psicológica contra a mulher por intermédio do art. 147-A da Lei nº 14.132/2021 e 147-B da Lei nº 14.188/2021 (ISP, 2022).

Tabela 6 - Número de mulheres vítimas de violência psicológica no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021

Tipo de violência	Nº de mulheres vítimas em 2020	Nº de mulheres vítimas em 2021	Diferença % de 2021 em relação a 2020	Taxa por 100 mil mulheres em 2021
Violência psicológica	31.140	36.795	18,2 %	404,0
Ameaça	30.468	34.747	14,0 %	381,5
Constrangimento ilegal	273	313	14,7 %	3,4
Crime de perseguição	-	583	-	6,4
Crime de perseguição contra mulher em razão de gênero	-	21	-	0,2
Crime de violência psicológica contra a mulher	-	666	-	7,3
Divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável	360	403	11,9 %	4,4
Registro não autorizado da intimidade sexual	39	62	59,0 %	0,7

Fonte: ISP (2022, p. 110).

A respeito da violência moral, além da injúria exibir a maior proporção entre as agressões, com 19.312 (83,41%) casos em 2020 e 21.655 (84,01%) em 2021, este crime também apresentou o maior crescimento entre os anos analisados, com diferença de 12,1 % (Tabela 7).

Tabela 7 - Número de mulheres vítimas de violência moral no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021

Tipo de violência	Nº de mulheres vítimas em 2020	Nº de mulheres vítimas em 2021	Diferença % de 2021 em relação a 2020	Taxa por 100 mil mulheres em 2021
Violência moral	23.151	25.776	11,3 %	283
Calúnia	1.599	1.730	8,2 %	19,0
Difamação	2.240	2.391	6,7 %	26,3
Injúria	19.312	21.655	12,1 %	237,8

Fonte: ISP (2022, p. 124).

Por fim, quanto a violência patrimonial, o dano patrimonial representou a principal agressão, com 2.461 (54,05%) registros em 2020 e 3.020 (55,92%) em 2021. Ademais, também foi a agressão patrimonial que mais apresentou aumento entre estes anos, com diferença de 22,7% (Tabela 8).

Tabela 8 - Número de mulheres vítimas de violência patrimonial no estado do Rio de Janeiro conforme a forma de agressão em 2020 e 2021

Tipo de violência	Nº de mulheres vítimas em 2020	Nº de mulheres vítimas em 2021	Diferença % de 2021 em relação a 2020	Taxa por 100 mil mulheres em 2021
Violência patrimonial	4.553	5.400	18,6 %	59,6
Dano	2.461	3.020	22,7 %	33,2
Supressão de documento	249	265	6,4 %	2,9
Violação de domicílio	1.843	2.121	15,1 %	23,3

Fonte: ISP (2022, p. 136).

Constata-se a partir do levantamento exposto, desenvolvido pelo ISP (2022), que todos os delitos dentro das cinco tipificações de violência contra a mulher apresentaram um aumento dos registros nas delegacias de polícia civil do estado do Rio de Janeiro entre os anos 2020 e 2021, com exceção de quatro delitos, sendo estes o homicídio doloso (- 11,1%), a tentativa de homicídio (- 7,5%) e a tentativa de feminicídio (- 2,2%), incorporados no grupo da violência física, e tentativa de estupro (-8,2%), incorporado no grupo da violência sexual. Tal retrato evidencia a magnitude deste agravo de saúde pública e a necessidade de seu enfrentamento.

4.3 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

4.3.1 Construção histórica das políticas públicas brasileiras de enfrentamento a violência contra mulher

O movimento feminista de enfrentamento teve origem na luta pela igualdade nos direitos de liberdade e igualdade que foram conquistados pelos homens após a Revolução Francesa, por meio da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, que lhes conferiu uma série de direitos (SILVA; CARMO; RAMOS, 2021).

No patriarcado, as mulheres foram e ainda são reduzidas a propriedade dos homens, seja esta figura masculina seu genitor ou seu companheiro, devendo-lhes obediência e subordinação. Conseqüentemente, as mulheres ao longa da história foram exploradas, oprimidas, escravizadas e abusadas por homens que acreditaram deter algum direito sobre elas, o que as motivaram a buscar seu direito de liberdade e de igualdade (SILVA; CARMO; RAMOS, 2021).

Considerando o cenário brasileiro, destaca-se que o Código Civil vigente no ano de 1916 determinava que a mulher casada era incapaz, não detendo domínio sobre o seu patrimônio e sua prole. Cabia exclusivamente ao homem todo o poder, por ser reconhecido como o chefe de família (FRIZZERA; MOREIRA, 2019).

Na luta em defesa da igualdade social, em dezembro de 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou e disseminou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual atribuiu aos países signatários, como o Brasil, a divulgação desta declaração, especialmente nas instituições educacionais. Esta declaração reconhece que todos os indivíduos são seres livres e iguais no âmbito da dignidade e direito, sem discriminação de gênero, cor ou qualquer outra condição social (UNIC RIO, 2009).

Apesar de no ano de 1962, período que antecedeu a ditadura militar, ter havido o reconhecimento da mulher como “companheira consorte”, condição no qual há a quebra da representação legal da mulher pelo companheiro e está assume a posição de colaboradora financeira dele, firmado pelo Estatuto da Mulher Casada (Lei nº 4.121), ainda era consolidado o pensamento do homem como chefe de família (COELHO; BAPTISTA, 2009; FRIZZERA; MOREIRA, 2019).

Durante o transcurso da década de 1970 até meados dos anos de 80, a história brasileira foi marcada pelas “lutas gerais”, associadas ao processo de redemocratização da sociedade brasileira e pelas “lutas específicas” relacionadas a emancipação feminina (MOURA; RAMOS, 2022). Esse período, reconhecido como a segunda onda do movimento feminista, as mulheres debatiam sobre a sua sexualidade e as relações sociais de poder. Diante

do cenário de frustração da cidadania e de reforço na opressão patriarcal, esse movimento feminista representava simultaneamente uma resistência contra a ditadura militar e uma luta contra a hegemonia dos homens, violência sexual e pelo direito ao exercício do prazer (MATOS, 2010).

Nesse momento histórico, a temática da violência contra a mulher foi introduzida enquanto pauta de um novo sujeito político “mulher”. Essa inserção da temática como uma das principais pautas do movimento feminista se deve como resposta política aos casos de feminicídio que adquiriram destaque na mídia, o que estimulou a formação de organizações feministas no território nacional (MOURA; RAMOS, 2022).

Na época, houve a mobilização do movimento feminista contra o assassinato das mulheres por seus companheiros e contra a absolvição destes sob o argumento de legítima defesa da sua honra. Com o slogan “quem ama não mata”, o movimento feminista traçou na agenda política este agravo social que acontece dentro dos lares (BONETTI; FONTOURA; MARINS, 2018).

A violência contra a mulher foi durante muito tempo tratada ao longo da história de forma velada, reservada apenas a esfera doméstica e familiar. Somente nas últimas décadas adquiriu uma maior visibilidade, sendo inserida como um problema de caráter público e social na agenda governamental (CANTARES; GUZZO, 2022). Destarte, sublinha-se que graças ao movimento feminista, as mulheres conquistaram mais espaço e visibilidade na sociedade (SANTOS *et al*, 2019).

No ano de 1979, com a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, promovida pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), a violência contra a mulher passa a ser considerada como um crime contra a humanidade (CANTARES; GUZZO, 2022). Após cinco anos, o governo brasileiro promulgou a Convenção, mediante decreto nº 89.460 (BRASIL, 1984)

No ano de 1980, diante do quadro de indignação dos movimentos feministas frente a falta de atenção, ao preconceito e ao desrespeito que as mulheres vivenciavam durante o atendimento prestado nas delegacias de polícia ao registrar uma denúncia da violência doméstica, foi criado o SOS Mulher. Trata-se de uma organização não governamental – grupos feministas – que prestavam atendimento as mulheres em situação de violência (GROSSI, 1994; SANTOS *et al*, 2019).

Já no ano de 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), estabelecido pela lei de nº 7.353. Este conselho tem o objetivo de promover no território brasileiro o planejamento de políticas públicas voltados a erradicar as situações de

discriminação contra a mulher, garantindo o direito à liberdade e à igualdade, além da participação feminina nas atividades políticas, econômicas e culturais do país (BRASIL, 1985).

Nesse mesmo ano, o governo de São Paulo, por intermédio do decreto de nº 23.769, foi o pioneiro na criação da Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, no qual atribui a esta delegacia o papel de investigar e apurar crimes contra a população feminina (SÃO PAULO, 1985).

Salienta-se que os dois fatos históricos estimularam a criação da delegacia da mulher foram a intensificação dos movimentos feministas e de mulheres, conhecida como a “segunda onda”, e o cenário de transição política do governo militar para o civil e da redemocratização do Estado ocorrido no início da década de 1980, momento no qual houve a construção de novas leis e instituições voltados a estabelecer um Estado de Direito democrático e para legitimar os direitos de cidadania da população brasileira (PASINATO; SANTOS, 2008).

A criação de novas delegacias da mulher foi fruto dos movimentos feministas e de mulheres. A partir destes movimentos diversas mulheres de outros estados brasileiros começaram a reivindicar a criação de novas delegacias da mulher após a inauguração da primeira delegacia em São Paulo. Contudo, os governos estaduais nem sempre responderam as solicitações deste movimento no tocante a criação de novas delegacias da mulher, alocação de recursos e a promoção da capacitação das policiais com enfoque na perspectiva de gênero. Todavia, mesmo com os obstáculos, o Brasil fez desta delegacia sua principal estratégia política de enfrentamento a violência contra a mulher na época (PASINATO; SANTOS, 2008).

No ano de 1988, na Constituição Federal, houve a incorporação da questão da violência contra a mulher, tendo a CNDM um protagonismo importante no processo da constituinte. Uma das maiores conquistas mais aclamadas pelo movimento feminista foi o reconhecimento da igualdade de cidadania entre homens e mulheres pela Carta Magna, de forma a quebrar a hierarquia de gênero que pautou a tradição cultural brasileira. No entanto, no âmbito da proteção do Estado, o texto constitucional estabelece que as mulheres são sujeitas de direitos, mas como um “ser na família” que demanda segurança. Dessarte, a ideia dos direitos da mulher como seres na família acarreta a cidadania feminina subalterna, posto que é condicionada a uma ordem hierárquica cuja prioridade é a família (BONETTI; FONTOURA; MARINS, 2018).

Já na década de 1990 foi observado esforços internacionais para a aprovação de tratados e convenções em relação a garantia dos direitos dos grupos sociais vulneráveis, entre

os quais, o da população feminina. Todavia, o governo brasileiro não era ágil em publicar atos legais que correspondessem os objetivos das convenções internacionais pactuadas (TAVARES; CAMPOS, 2018).

Apesar de identificar no panorama internacional um progresso no tocante a atos legais de proteção a mulher, o governo brasileiro não acompanhava essas mudanças, especialmente pelo cenário burocrático grave encontrado no poder judiciário e perante as autoridades policiais, os principais meios de acesso da mulher em situação de violência. Como produto deste sistema inoperante, destaca-se o caso da Maria da Penha (TAVARES; CAMPOS, 2018).

A história de vida da farmacêutica bioquímica Maria da Penha Maia Fernandes, mais conhecida como Maria da Penha, nascida em Fortaleza - CE no ano de 1945, representa um símbolo de luta por uma vida livre de violência (IMP, 2018).

Maria da Penha conheceu Marco Viveros em 1974, enquanto estudava na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo (FCF-USP). Eles se casaram dois anos depois, tiveram três filhas e se mudaram para Fortaleza, onde Viveros começou a agredir Maria e suas filhas. Em 1983, Maria sofreu a primeira tentativa de feminicídio por arma de fogo, resultando em sua paraplegia (IMP, 2018).

Depois de hospitalizada, Maria retornou ao seu lar, onde foi vítima de cárcere privado por Viveros, que ainda tentou eletrocutá-la. Familiares e amigos conseguiram sua saída da residência e Viveros foi condenado a 15 anos de reclusão em 1991, mas saiu do fórum em liberdade devido a recursos da defesa (IMP, 2018).

Destaca-se que nesse ínterim, em junho de 1994, foi realizada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, popularmente conhecida como Convenção de Belém do Pará, a qual representa um instrumento internacional de suma relevância no tocante a proteção da mulher que visa resguardar a integridade feminina e reforçar o fenômeno da violência contra mulher como uma violação dos direitos humanos e liberdades básicas (TAVARES; CAMPOS, 2018).

Retomando o caso Maria da Penha, em 1996 houve o segundo julgamento. Viveros foi sentenciado a pena de reclusão de 10 anos e 6 meses e mais uma vez, sob a alegação de irregularidades processuais por parte da defesa, a sentença não foi cumprida (IMP, 2018).

Diante da omissão da justiça brasileira, Maria da Penha buscou em 1998 o Centro para a Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e o Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) com o objetivo de denunciar o caso para a

Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/OEA) (IMP, 2018).

No ano de 2001, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/OEA) julgou o governo brasileiro culpado por omissão, negligência e tolerância a situações de violência doméstica, especialmente por não respeitar as normas da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Dessarte, uma das punições para o Brasil foi a de que criasse uma lei para prevenir e reduzir os casos de violência contra a mulher, de forma a se adequar aos preceitos interamericanos de defesa dos direitos humanos (TAVARES; CAMPOS, 2018).

Desse modo, no ano de 2006, foi promulgada a Lei de nº 11.340, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, constituindo um dos maiores marcos na proteção do direito das mulheres no território nacional. Esta lei tem a finalidade de prevenir, punir e erradicar a ocorrência de casos de violência doméstica e familiar contra as mulheres, além de tipificar as agressões que as mulheres vivenciam em função de seu gênero (CANTARES; GUZZO, 2022).

Ressalta-se, portanto, a relevância da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e da lei Maria da Penha para o Brasil, visto que atuam como ferramentas efetivas e que tem consolidado os direitos e garantias em relação à mulher e à proteção familiar previstas na Constituição Federal de 1988 (TAVARES; CAMPOS, 2018).

Um outro importante marco no enfrentamento a violência contra a mulher no âmbito nacional foi a promulgação da Lei do Femicídio – Lei de nº 13.104/15 -, que estabelece como o feminicídio o assassinato de mulheres relacionado a violência de âmbito doméstico e familiar, e menosprezo ou discriminação à condição de mulher da vítima (CAICEDO-ROA; BANDEIRA; CORDEIRO, 2022).

Verifica-se ainda que as políticas públicas de saúde voltada para as mulheres no território nacional sofreram avanços significativos no decorrer da história, cuja construção contou com a participação do movimento feminista.

O primeiro grande marco foi a publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, que rompeu a ótica “materno-infantil” utilizado como orientador das ações de saúde para as mulheres e ampliou para o termo “integralidade”, além de ter assegurado a mulher no tocante aos seus direitos reprodutivos, de concepção e contracepção com assistência, segurança e autonomia. Esse programa também alterou a estrutura do Ministério da Saúde, no qual a ‘área técnica materno-infantil’ passou a ser “área técnica de saúde da mulher” (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Outro marco significativo foi a substituição do PAISM para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004. Além do avanço da estrutura de programa à política, o PNAISM, ainda em vigor, promoveu a superação de políticas que entendiam a saúde da mulher na ótica reducionista do seu papel como mãe, reprodutora e cuidadora de seus filhos. Seu aspecto “integral” concerne a uma visão que ultrapassa o período reprodutivo e compreende a mulher como cidadã, diversa e plena de seus direitos (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Contudo, na contemporaneidade, com base nas estatísticas nacionais e mundiais acerca da violência contra a mulher, ainda se observa uma emergência tanto no planejamento quanto no aprimoramento das políticas públicas de prevenção e enfrentamento a este agravo (KRENKEL; MORÉ, 2022).

Apesar da magnitude deste fenômeno, ainda se identifica uma dificuldade de conhecer a real incidência dos casos, sendo um relevante obstáculo para legitimar a implementação de políticas de combate à violência contra a mulher (MELO; SOARES; BEVILACQUA, 2023).

Entretanto, verifica-se atualmente esforços governamentais para o enfrentamento da violência contra a mulher. Para o cargo de ministra das mulheres foi empossada no dia 03 de janeiro de 2023 uma especialista em gênero e em enfrentamento a violência contra mulheres e ativista de defesa dos direitos das mulheres, a ministra Aparecida Gonçalves. Em seu discurso de posse, a ministra asseverou que o Ministério das Mulheres adotará uma abordagem transversal das ações com outros ministérios e destacou ainda que pretende fortalecer e resgatar o Ligue 180, um serviço público gratuito de alta relevância no combate à violência contra as mulheres (BRASIL, 2023b).

Durante seu discurso, a ministra apresentou o modelo proposto de atuação do Ministério das Mulheres, delineando as atribuições de cada Secretaria. Para a Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência, foi delegado a função de reintrodução de projetos notáveis, tais como a Casa da Mulher Brasileira e o Programa Mulher, Viver sem Violência. Para a Secretaria Nacional de Autonomia e Cuidado, foi encarregado o papel de promover a inserção das mulheres no mercado de trabalho, elaborar políticas para coibir o assédio moral e equiparar a remuneração entre os gêneros. Por sua vez, para a Secretaria de Articulação Institucional e Participação Política, foi delegado a responsabilidade de promover a expansão da capacidade das ações governamentais em políticas públicas direcionadas às mulheres (BRASIL, 2023b).

4.3.2 Diretrizes para o atendimento em saúde as mulheres em situação de violência

O campo da saúde integra a rede de proteção às mulheres em situação de violência, sendo este enfrentamento um desafio relevante para a saúde pública, posto que a violência contra a mulher resulta em danos sociais, econômicos, epidemiológicos e organizativos da rede de atenção à saúde (BARUFALDI et al, 2017). À vista disso, os estabelecimentos assistenciais de saúde se constituem um ponto de acesso para a identificação dos casos de violência de gênero (RUIZ-FERNÁNDEZ; ORTIZ-AMO; ALCARAZ-CÓRDOBA, 2022).

Os serviços de saúde, assim como demais pontos da rede de apoio, devem oportunizar o atendimento as mulheres em situação de violência que promova a superação dos valores sociais impostos que naturalizam as desigualdades de gênero, as opressões e as agressões (SOUZA; REZENDE, 2018). Salienta-se ainda que nessa assistência as mulheres em situação de violência, é elementar que os serviços trabalhem de forma articulada e que tenham fluxos de atendimento previamente estabelecido (BARUFALDI et al, 2017).

O Brasil, como país signatário dos acordos internacionais, deve integrar a temática da violência contra a mulher na agenda de saúde, implementando estratégias que visem a promoção da saúde, prevenção do agravo e oferta da assistência integral e humanizado as mulheres em situação de violência (BARUFALDI et al, 2017). Além disso, para possibilitar a identificação dos casos de violência, é imprescindível que as unidades de saúde sejam organizadas de modo a criar um ambiente humanizado e acolhedor, com respeito e livre de julgamentos, não apenas em situações de vulnerabilidade perceptíveis, e sim de modo constante (FUSQUINE; SOUZA; CHAGAS, 2021).

No que concerne as práticas de enfrentamento a violência contra a mulher desenvolvidas pelos profissionais da saúde, estes devem estar habilitados a reconhecer as necessidades de saúde das mulheres em situação de violência, seja esta necessidade visível ou invisível. As necessidades visíveis se correlacionam com o corpo biológico da mulher e se manifestam através das queixas clínicas. Por outro lado, as necessidades invisíveis se distanciam do aspecto biológico e exige cuidados para além da assistência de saúde (SANTOS; FONSECA, 2022).

Considerando o processo de adoecimento das mulheres, a violência vivida tem o potencial de impactar tanto na sua saúde física como na sua saúde psicológica. As repercussões físicas da agressão se apresentam através dos danos gerados ao corpo da mulher, sendo estas as escoriações, as lacerações, os hematomas, as fraturas, entre outros sinais. Quanto as repercussões psicológicas da agressão, estes se manifestam através de sentimentos

de tristeza, medo e ansiedade, o que pode desencadear um comportamento depressivo, transtorno de estresse pós-traumático e nos casos extremos em tentativas e/ou suicídio consumado (CARNEIRO et al, 2022).

Por efeito do adoecimento gerado pelas situações de violência, as mulheres tendem a procurar os estabelecimentos assistenciais de saúde para atender as suas necessidades (CARNEIRO et al, 2022). Contudo, apesar da busca pelo atendimento público em saúde ser motivado principalmente por repercussões da violência física, comumente estas mulheres já vivenciaram outros tipos de agressão, como a violência psicológica e sexual (SOUZA; REZENDE, 2018).

Embora os casos de violência contra a mulher se apresentem de forma mais explícita nos serviços de urgência e emergência, pelo perfil de atendimento a eventos de maior gravidade, frequentemente relacionado as repercussões físicas da agressão, é na atenção primária a saúde o espaço estratégico no qual os profissionais encontram uma conjuntura favorável ao reconhecimento dos casos e para o enfrentamento da violência, especialmente no início do problema (CARNEIRO et al, 2022).

No território brasileiro, considerando a equipe multidisciplinar da atenção primária a saúde, o enfermeiro tem se destacado por trabalhar de forma direta ou indiretamente na gestão e na efetivação do Sistema Único de Saúde e dos programas ministeriais. Acredita-se que este lugar estratégico oportuniza a detecção dos casos de violência contra a mulher, cujas práticas de cuidado em saúde desenvolvidas devem ser embasadas na perspectiva da integralidade e da humanização (MOTA et al, 2020; MILANEZ et al, 2022).

Portanto, fundamental o cuidado proativo e qualificado dos enfermeiros para o estabelecimento de vínculo de confiança em relação com as usuárias em situação de violência, com a valorização do acolhimento, corroborando para um correto diagnóstico dos casos de violência contra a mulher, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (TEOFILO et al, 2019; MOTA et al, 2020).

Entretanto, cabe aos profissionais de saúde buscar não apenas estratégias que promovam a detecção dos casos, como também a intervenção apropriada. Dessarte, além da identificação correta das usuárias em situação de violência e do acolhimento, outras práticas de enfermagem passíveis de serem adotadas são a articulação do caso entre os membros da equipe multidisciplinar de saúde, a notificação compulsória dos casos, a oferta de cuidados às usuárias no próprio serviço de saúde e o encaminhamento oportuno dentro da rede de enfrentamento a violência contra a mulher, com o objetivo de interromper o ciclo da violência vivenciado pela usuária (BARUFALDI et al, 2017; CARNEIRO et al, 2022).

No tocante a estes encaminhamentos, compete aos profissionais de saúde não somente a orientação para que as usuárias em situação de violência possam procurar os serviços da rede de proteção à mulher. É necessário que os profissionais de saúde compreendam os fluxos existentes, para que os processos de referência e contrarreferência eficazes sejam definidos pela boa articulação entres os pontos que integram a rede de proteção as mulheres (MOTA et al, 2020). Uma vez que, pesquisas evidenciam que o atendimento as mulheres em situação de violência não têm sido adotadas de modo institucionalizado, com fluxos e protocolos pré-estabelecidos, conseqüentemente compromete a assistência integral a estas mulheres (CARNEIRO et al, 2022).

A literatura ressalta ainda que nem sempre os casos de violência contra a mulher são percebidos pelos profissionais da saúde (MOTA et al, 2020). Tal fato resulta do déficit na formação profissional, seja no decorrer da graduação ou no momento de ingresso no serviço de saúde. Logo, as experiências profissionais para o atendimento as mulheres em situação de violência são aprendidas na prática, no cotidiano de trabalho, o que conseqüentemente prejudica a notificação dos casos e a construção adequada do planejamento de ações de âmbito local (SOUZA; REZENDE, 2018).

Um outro aspecto que conjuntamente tem corroborado com a subnotificação dos casos é o tipo de agressão sofrida pela mulher. Situações no qual a violência não acarreta em marcas físicas tem resultado no não reconhecimento da agressão sofrida pela mulher pelos profissionais da saúde, onde a mulher por vezes tem o seu relato questionado. Este quadro retrata uma importante problemática no tocante ao enfrentamento da violência de gênero e para o atendimento as mulheres em situação de violência (MELO; SOARES; BEVILACQUA, 2023).

Diante disso, por eventualmente os casos de violência contra a mulher não serem detectados pelos estabelecimentos assistenciais de saúde, não há a notificação dos casos no Sistema de Informação em Saúde, acarretando a subnotificação do agravo (MELO; SOARES; BEVILACQUA, 2023). Quando há a notificação dos casos, de forma prevalente são realizados pelos profissionais que atuam no ambiente hospitalar (TEOFILO et al, 2019).

Acentua-se que para o devido planejamento de estratégias efetivas para o enfrentamento deste problema de saúde pública, é de suma importância a compreensão do perfil das notificações e da mortalidade decorrentes da violência contra a mulher (BARUFALDI et al, 2017). Logo, embora haja uma fragilidade na notificação dos casos de violência contra a mulher, até mesmo pela violência ser uma temática que envolve questões sensíveis, os Sistemas de Informação a Saúde representam um instrumento institucional

relevante para estimar a magnitude do agravo e elementar para promover a visibilidade do fenômeno a fim de melhor subsidiar estratégias de enfrentamento (MELO; SOARES; BEVILACQUA, 2023).

Nesse sentido, torna-se imprescindível obter informações com vistas a avaliar a amplitude e as especificidades da violência, para assim promover a vigilância adequada e melhorias na qualidade de vida e de saúde da população feminina, além de prevenir a violência por meio de abordagens intersetoriais (BARUFALDI et al, 2017).

Contudo, ao aprimoramento e mudanças no atual cenário das práticas de atendimento as mulheres em situação de violência, evidencia-se que a promoção da educação permanente destinado aos profissionais de saúde corresponde uma peça indispensável nesse processo (TEOFILO et al, 2019).

Considerando as práticas de cuidado no tocante ao atendimento as mulheres em situação de violência, há diretrizes oficiais publicadas capazes de nortear a conduta dos profissionais de saúde neste cenário.

Posto isto, a seguir se encontra reunido as orientações para as práticas de saúde no tocante ao atendimento as mulheres em situação de violência, conforme recomendações extraídas dos manuais do Ministério da Saúde - *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço* (BRASIL, 2001), *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica* (BRASIL, 2012) e *Saúde sexual e saúde reprodutiva* (BRASIL, 2013) – e do documento publicado pela ONU MULHERES - *Diretrizes para atendimento em casos de violência de gênero contra meninas e mulheres em tempos da pandemia da covid-19* (PASINATO, 2020):

1. Apresentar-se a usuária e, após identificar a situação de violência, verificar se a mesma se encontra em situação de segurança para prosseguir com o atendimento e se o agressor se encontra próximo. Verificar ainda se a usuária tem filhos, e caso possua, perguntar se as crianças estão em segurança.

2. Promover um espaço que assegure a privacidade da mulher durante o seu atendimento, de preferência sem a presença de pessoas que possam fazê-la se sentir constrangida e inibir o seu relato. A equipe de saúde deve ter cautela, a fim de evitar o vazamento das informações provenientes do relato da mulher, com o intuito de não gerar estigmas sobre a assistência ofertada.

3. Estabelecer um fluxograma com vistas a dar agilidade e resolutividade ao atendimento as mulheres em situação de violência, resguardando a usuária de ir repetidamente

a unidade de saúde e tenha que repetir sua história para os diferentes integrantes da equipe multiprofissional de saúde. A equipe deve adotar estratégias para realizar um registro unificado que contemple as informações específicas de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

4. Adotar uma postura profissional que propicie às mulheres uma sensação de acolhimento e de suporte, mediante um conjunto de atitudes e medidas que transmita credibilidade e consideração a usuária assistida. Trata-se de receber e escutar a usuária de forma solidária e respeitável, procurando meios de entender suas demandas e expectativas, além de demonstrar empatia e respeito acerca da situação que a mulher vivencia.

5. Auxiliar a mulher a construir um vínculo de confiança individual e institucional com vistas a analisar sua história de exposição a agressões, identificar os riscos inerentes, compreender as motivações para o término da relação abusiva, avaliar os limites e possibilidades pessoais, além de levantar seus recursos sociais e familiares. O estabelecimento da relação de confiança possibilitará a continuidade do atendimento.

6. Dialogar com a mulher acerca das alternativas existentes para enfrentar a situação que está vivenciando, respeitando o seu direito de escolha e promovendo o fortalecimento da sua autoestima e autonomia, e visando a superação da situação traumática.

7. Esclarecer a usuária sobre tudo o que será realizado em todas as etapas do atendimento previstas e a relevância de cada uma das ações.

8. Definir uma sequência de etapas progressivas, tangíveis e viáveis, elaborando um plano que contemple recursos, alternativas e medidas, visando à implementação da metodologia proposta. Destaca-se que a autonomia da mulher deve ser considerada em caso de eventual recusa de alguma etapa.

9. Fornecer suporte a mulher que pretende registrar o ocorrido junto às autoridades policiais e esclarecer o significado do exame de corpo de delito, destacando a relevância de visibilizar a situação de violência.

10. Verificar as medidas prévias ou providências já instituídas e recomende o encaminhamento para os órgãos locais responsáveis, preferencialmente a Delegacia de Proteção a Mulher. Informar ainda sobre seu direito e importância de guardar uma cópia do Boletim de Ocorrência.

11. Incentivar a mulher a estabelecer vínculos com outros serviços de assistência as mulheres em situação de violência, enfatizando a abordagem sistemática e coordenada dessa rede de proteção.

12. Se preciso, direcionar a mulher para cuidados clínicos na mesma unidade ou para um serviço de emergência ou internação hospitalar, a depender da gravidade e natureza dos danos e lesões.

13. Em caso de violência sexual, se atentar para as medidas de profilaxia contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis, acompanhamento laboratorial, anticoncepção de emergência e para as situações gravidez decorrente do abuso. Nesta última condição, deve ser esclarecido a mulher ou a adolescente juntamente com seu representante legal as alternativas legais existentes, sendo estas a assistência ao pré-natal, a entrega da criança a adoção ou a interrupção da gestação conforme o Decreto-Lei nº 2848/1940, art. 128, inciso II, do Código Penal.

14. Com base na disposição da mulher em prosseguir com o processo de separação do companheiro, orientá-la a procurar serviços jurídicos, como a Defensoria Pública, o Fórum local ou organizações não-governamentais que prestem apoio jurídico.

15. Nas situações em que a mulher opte em manter o relacionamento íntimo ou quando houver filhos, onde há a necessidade de preservar os vínculos parentais, recomendar o encaminhamento para o atendimento de casal/família.

16. Indicar o encaminhamento para o acompanhamento psicológico individual, conforme a avaliação da situação, no intuito de auxiliar a mulher a superar os conflitos e os problemas relacionados a situação vivida. Preferencialmente, a assistência psicológica deve ser iniciada desde o primeiro atendimento e ser mantida no decorrer do acompanhamento.

17. Esclarecer a mulher todas as informações que ela necessita para tomar a decisão, pontuando os riscos e benefícios de cada encaminhamento indicado. Todo encaminhamento proposto deve ser realizado com a anuência da mulher.

18. Conferir se as informações cruciais foram prestadas a usuária e se a ela compreendeu os esclarecimentos ou se ainda apresenta dúvida a ser sanada.

19. Realizar a notificação compulsória dos casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET), respeitando a lei de nº 10.778/2003.

20. Registrar em prontuário dados da agressão vivida pela mulher, como o local, dia e hora aproximada do ocorrido, tipo de violência, número de agressores, e dados do exame físico.

21. Realizar visitas domiciliares regulares no intuito de monitorar o caso.

22. Buscar realizar o acompanhamento da usuária na própria unidade básica de saúde, de forma continuada e que dê suporte a vítima, destacando a relevância do trabalho multiprofissional. Caso necessário, deve-se ainda buscar um acompanhamento conjunto com

outros serviços, como o como os Centros de Apoio Psicossocial à Saúde (CAPS), as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (e-Multi) e os ambulatórios especializados.

O domínio da temática violência contra a mulher é capaz de não somente oportunizar a detecção das mulheres assistidas em situação de risco, como também qualifica o atendimento prestado e viabiliza os processos de educação em saúde, de modo a incentivar o empoderamento feminino através da apropriação do conceito de equidade de gênero, reconhecimento do papel da mulher na sociedade e na sua compreensão enquanto sujeito de direito (SOUZA; REZENDE, 2018; TEOFILO *et al*, 2019).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal, de abordagem quantitativa. Os estudos descritivos têm como objeto delinear ou analisar as características dos fatos, fenômenos e/ou de uma população específica, oportunizando ainda a verificação da relação entre as variáveis. Empregam técnicas padronizadas para a coleta sistemática dos dados de uma amostra delimitada (GIL, 2002; MARCONI, LAKATOS, 2003).

Por sua vez, o estudo transversal se constitui uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada. Caracteriza-se em uma investigação epidemiológica na qual o fator e efeito são analisados no mesmo ponto no tempo (ROUQUAYROL, 1994).

A abordagem quantitativa, por outro lado, representa uma modalidade de pesquisa que investiga uma problemática social, aplicando técnicas estatísticas para analisar variáveis quantificáveis. O objetivo é verificar se as generalizações teóricas previstas se confirmam. Esta abordagem utiliza instrumentos metodológicos neutros em relação ao fenômeno estudado, cujos resultados podem ser apresentados em tabelas, gráficos ou textos (KNECHTEL, 2014).

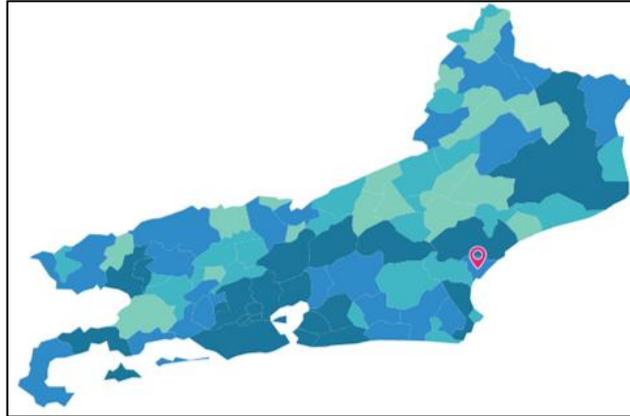
Este estudo utilizou como modelo de pesquisa o KAP (*Knowledge, Attitude, Practices*). Este método consiste em quantificar e mensurar um determinado fenômeno mediante a aplicação de um questionário e análise estatísticas das informações coletadas. Isso possibilita a coleta de uma quantidade significativa de dados em uma única pesquisa (GUMUCIO *et al*, 2011). O método KAP se estrutura em perguntas pré-definidas formatadas em questionários padronizados, permitindo a obtenção de resultados referentes ao conhecimento, atitude e comportamento sobre saúde associados aos aspectos sociais, tradicionais e/ou religiosos. Além disso, fornecer dados sobre a concepção que cada pessoa tem de seu corpo e de doenças (GUMUCIO *et al*, 2011).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado nas unidades de atenção primária à saúde de Rio das Ostras (Figura 1), município pertencente a região de saúde da Baixada Litorânea no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Foram contempladas a participação das 14 unidades de saúde existentes,

sendo três unidades em modelo de unidade básica de saúde e 11 em modelo de unidade de saúde da família.

Figura 1- Localização do município de Rio das Ostras no estado do Rio de Janeiro, Brasil.



Fonte: IBGE, 2022b.

A região de saúde da Baixada litorânea abrange aproximadamente 6,2 % do território total do estado do Rio de Janeiro. Sua cobertura de atenção básica à saúde é de 53,06 %, um valor superior à média estadual (49,3 %). Ademais, esta região detém a menor cobertura por planos privados em todo o estado (RIO DE JANEIRO, 2021).

Em relação à demografia, Rio das Ostras tem uma população estimada de 159.529 habitantes (Censo 2021), distribuídos em uma área territorial de 228,044 km² (Censo 2021), resultando em uma densidade demográfica de 461,38 habitantes/km² (Censo 2010) (IBGE, 2022).

No âmbito socioeconômico, a cidade exibe uma taxa de ocupada de 19,2% (Censo 2020), com o salário médio mensal dos trabalhadores formais de 3,4 salários-mínimos (Censo 2020). Ademais, o percentual de escolarização da população de 6 a 14 anos é de 98,2% (Censo 2010) (IBGE, 2022).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O município de Rio das Ostras conta com a atuação de 32 enfermeiros nas unidades de saúde, sendo 7 enfermeiros de unidade básicas de saúde e 25 enfermeiros de unidade de saúde da família.

Os participantes deste estudo foram enfermeiros que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: atuação na rede de atenção primária à saúde do município de Rio das Ostras;

tempo mínimo de exercício profissional como enfermeiro de um ano e jornada de trabalho de 20h ou 40h/semanais na rede de atenção primária à saúde.

Foram excluídos do estudo os enfermeiros que não desenvolvem atividades assistenciais. Assim, este estudo se concentrou nos profissionais que estavam diretamente envolvidos no atendimento e assistência aos pacientes.

5.4 COLETA DE DADOS

Esta pesquisa almejou contemplar a participação dos enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e nas Estratégias de Saúde da Família do município de Rio das Ostras.

Os convites para a participação na pesquisa foram divulgados por meio do contato telefônico com os enfermeiros e/ou com as unidades de saúde selecionadas. Os enfermeiros receberam esclarecidos sobre o propósito da pesquisa e, em caso de aceite em participar da pesquisa, tiveram uma data e horário agendados para a realização da pesquisa em sua unidade de saúde. Nos casos em que a pesquisa presencial não foi possível, foram realizadas a coleta de dados em via remotas, podendo ser via *Google Meet* ou *Zoom Meeting*.

A respeito dos artigos 2º e 4º da Resolução CNS nº 580/2018, as coletas de dados foram agendadas de forma a não comprometer o atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde.

O período da coleta dos dados ocorreu de fevereiro a abril de 2023.

Inicialmente, foi oferecido tempo para que os participantes pudessem ler atentamente o de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Na coleta de dados de modo presencial, o registro foi disponibilizado em formato impressa. A coleta de dados via remota, a leitura do TCLE foi audiogravado e o participante teve acesso à mídia mediante *link* encaminhado por e-mail.

Para preservar o anonimato dos participantes, os enfermeiros foram representados pelo termo “Enf”, acrescido pelo algoritmo cronológico da sua inclusão no estudo.

A pesquisa foi feita mediante um a aplicação de um questionário fechado individual com cada participante, contemplando 38 perguntas (Apêndice B). As categorias analíticas do questionário incluíram: a) caracterização social (4 questões); b) formação profissional em enfermagem (4 questões); c) experiência profissional como enfermeiro (4 questões); d) atuação profissional (4 questões); e) práticas de atendimento à mulher em situação de

violência (9 questões); f) caracterização do ambiente de trabalho para o atendimento as mulheres em situação de violência (6 questões); e g) percepção sobre a temática violência contra a mulher (7 questões).

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir dos questionários foram importados para uma planilha do *Microsoft Excel*. As medidas obtidas na análise foram apresentadas em frequência absoluta e relativa, e representadas por meio de tabelas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O protocolo do estudo foi submetido à apreciação pelo sistema CEP/CONEP (Comitês de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e a coleta de dados iniciou somente após a obtenção da aprovação ética, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 66052322.3.0000.5241.

Em razão da coleta de dados desta pesquisa envolver questões sensíveis relacionadas à situação de violência de gênero, houve um risco mínimo de gerar desconforto e emoções negativas nos participantes do estudo. No entanto, esse risco foi amenizado após a discussão e revisão do roteiro da entrevista, o preparo da pesquisadora para conduzir a entrevista, a promoção de um ambiente reservado e confortável para a coleta de dados, e a garantia da liberdade do participante do estudo em não responder questões que causassem constrangimento. Além disso, os participantes tiveram a possibilidade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A pesquisadora se comprometeu em preservar o sigilo e a confidencialidade dos participantes e, conduziu a análise dos dados de forma agregada para minimizar qualquer forma de identificação dos participantes, inclusive na divulgação dos resultados.

Os benefícios desta pesquisa são indiretos e estão relacionados ao estímulo à discussão sobre as atribuições do enfermeiro no enfrentamento à violência contra a mulher, fornecendo

subsídios para o planejamento de políticas públicas e estratégias assistenciais e educacionais na área de enfermagem, visando aprimorar a qualidade do atendimento às mulheres em situação de violência no município de Rio das Ostras.

6 RESULTADOS

Do total de 32 enfermeiros nas unidades de atenção primária a saúde de Rio das Ostras, houve a participação de 30 enfermeiros, sendo 6 enfermeiros de unidade básica de saúde e 24 enfermeiros de unidade de saúde da família, sendo todas as coletas de dados feitas de modo remoto. Destaca-se que 2 enfermeiros foram excluídos da amostra por não terem aceitado o convite de participar da pesquisa.

A maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino (93,3%), tinha idade entre 31 e 35 anos (33,3%), estado civil casado (60,0%) e de cor branca (46,7%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização social dos participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	28	93,3
Masculino	2	6,7
Idade		
18 a 20 anos	0	-
21 a 25 anos	1	3,3
26 a 30 anos	6	20,0
31 a 35 anos	10	33,3
36 a 40 anos	7	23,3
41 a 55 anos	6	20,0
Acima de 56 anos	0	-
Estado civil		
Solteiro (a)	10	33,3
Casado (a)	18	60,0
União estável	0	-
Divorciado (a)	2	6,7
Viúvo (a)	0	-
Dequitado (a)	0	-
Cor		
Branca	14	46,7
Preta	8	26,7
Parda	8	26,7
Amarelo	0	-
Indígena	0	-

Fonte: autoria própria.

No tocante a formação profissional, de forma predominante os participantes tinham cursado uma especialização (70,0%). Somente 60,0% dos participantes relataram que a temática violência contra a mulher foi incorporada no currículo da instituição de ensino superior, e que a qualidade do preparo para o atendimento às mulheres em situação de violência pela instituição de ensino não foi positiva em 63,3% dos casos (soma das variáveis totalmente inadequado, parcialmente inadequado e nem adequado, nem inadequado) (Tabela

10).

Tabela 10 - Caracterização da formação profissional em enfermagem dos participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023

Variáveis	N	%
Titulação		
Graduado (a)	4	13,3
Especialista	21	70,0
Mestre	5	16,7
Doutor (a)	0	-
Pós-doutor (a)	0	-
A temática violência contra a mulher foi incorporada na grade curricular da instituição de ensino?		
Sim	18	60,0
Não	7	23,3
Não lembro	5	16,7
Qualidade do preparo ao atendimento as mulheres em situação de violência ofertada pela instituição de ensino		
Totalmente inadequado	1	3,3
Parcialmente inadequado	13	43,3
Nem adequado, nem inadequado	5	16,7
Parcialmente adequado	6	20,0
Totalmente adequado	6	16,7
Já participou de capacitação profissional para lidar com atendimento as mulheres em situação de violência?		
Sim	20	66,7
Não	1	3,3
Não lembro	9	30,0

Fonte: autoria própria.

Verificou-se ainda que 66,7 % dos enfermeiros participaram de algum tipo de capacitação profissional para lidar com o atendimento a mulheres em situação de violência (Tabela 10).

Foi observado que boa parte dos participantes tinha pelo menos cinco anos de exercício profissional como enfermeiro (76,7%). Destaca-se que quase todos os enfermeiros relataram ter identificado mulheres em situação de violência durante sua prática profissional (90%), e a maioria identificou mulheres em situação de violência no último ano (73,3%) (Tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização da experiência profissional como enfermeiro dos participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023

Variáveis	N	%
Tempo de exercício profissional como enfermeiro		
Entre 1 e 2 anos	5	16,7
Entre 2 e 5 anos	2	6,7
Entre 5 e 10 anos	12	40,0
Acima de 10 anos	11	36,7
Já identificou mulheres em situação de violência durante a prática profissional?		
Sim	27	90,0
Não	3	10,0
Não lembro	0	-
Já identificou mulheres em situação de violência no último ano?		
Sim	22	73,3
Não	8	26,9
Não lembro	0	-

Fonte: autoria própria.

O principal tipo de violência que os participantes indicaram ter mais facilidade de identificar foi a psicológica (88,9%), seguida pelas agressões do tipo física e sexual. Ademais, foi evidenciado que uma parcela significativa dos profissionais (81,5%) afirmou já ter preenchido uma ficha de notificação compulsória durante sua experiência profissional (Tabela 12).

Tabela 12 - Caracterização da atuação profissional como enfermeiro dos participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023

Variáveis	N	%
Tipos de agressão contra a mulher que os profissionais relataram facilidade de identificar no âmbito dos atendimentos (múltipla escolha) (*)		
Agressão de natureza física	22	81,5
Agressão de natureza sexual	18	66,7
Agressão de natureza psicológica	24	88,9
Agressão de natureza moral	11	40,7
Agressão de natureza patrimonial	8	29,6
Não tenho facilidade de identificar	1	3,7
Já preencheu uma ficha de notificação compulsória de violência contra a mulher durante a experiência profissional? (*)		
Sim	22	81,5
Não	5	18,5
Não lembro	0	-
Realizou a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher nesse último ano? (**)		
Sim	14	63,3
Não	7	31,8
Não sei	1	4,5

Variáveis	N	(conclusão)
		%
Realizaria a notificação compulsória caso a mulher reforce a necessidade de sigilo sobre a situação de violência?		
Sim	23	76,7
Não	5	16,7
Não saberia o que fazer	2	6,7

Fonte: autoria própria.

Nota: (*) Considerado apenas a resposta de enfermeiros que identificaram mulheres em situação de violência durante a vida profissional. (**) Considerado apenas a resposta de enfermeiros que identificaram mulheres em situação de violência no último ano.

No entanto, considerando os enfermeiros que relataram ter identificado mulheres em situação de violência no último ano, apenas 63,3% desses profissionais informaram ter feito uma notificação compulsória do agravo. Foi possível evidenciar que a solicitação da mulher de manter em sigilo a situação de violência não foi um fator significativo que comprometeu a notificação compulsória dos casos (Tabela 12).

Quanto às práticas de atendimento a mulheres em situação de violência, apesar da elevada proporção de enfermeiros que relataram a inexistência de um protocolo de enfermagem específico para este tipo de cuidado (76,7%), a maioria afirmou realizar as ações esperadas dessa consulta, conforme ilustrado pela Tabela 13, com exceção da disponibilização de material educativo sobre a temática.

Tabela 13 - Caracterização das práticas de atendimento à mulher em situação de violência durante o último ano. Rio das Ostras-RJ, 2023

Variáveis	N	%
Realizou durante a consulta esclarecimentos e informações acerca da violência contra a mulher? (*)		
Sim	22	100,0
Não	0	-
Disponibilizou a mulher um material educativo sobre a violência contra a mulher? (*)		
Sim	10	45,4
Não	12	54,6
Prestou acolhimento com empatia, escuta ativa e análise da situação vivida pela mulher: (*)		
Sim	22	100,0
Não	0	-
Informou e/ou encaminhou a mulher aos serviços de apoio disponíveis na localidade? (*)		
Sim	19	86,4
Não	3	13,6
Esclareceu a mulher sobre os riscos e benefícios de cada encaminhamento proposto? (*)		
Sim	17	77,3
Não	5	22,7

Variáveis	N	(conclusão)
		%
Discutiu com a mulher estratégias para superação da violência vivida? (*)		
Sim	21	95,6
Não	1	4,5
Verificou se as informações necessárias foram dadas a mulher e se a mesma compreendeu ou tem dúvidas a serem sanadas? (*)		
Sim	20	90,9
Não	2	9,1
Registrou no prontuário da usuária a situação de violência vivida e achados do exame físico? (*)		
Sim	20	90,9
Não	2	9,1
Há um protocolo de enfermagem/ da saúde para o atendimento as mulheres em situação de violência na sua unidade?		
Sim	7	23,3
Não	23	76,7
Não sei	0	-

Fonte: autoria própria.

Nota: (*) Considerado apenas a resposta de enfermeiros que identificaram mulheres em situação de violência no último ano.

Em relação aos fatores associados ao ambiente de trabalho para atender mulheres em situação de violência, a *promoção da relação com confiança e respeito entre usuária-enfermeiro* representou o fator mais positivamente avaliado (soma das variáveis totalmente adequado e parcialmente adequado), compondo 96,6%. Este aspecto foi seguido pela avaliação do *ambiente e organização do espaço físico*, que foi considerado adequado por 60% dos participantes (Tabela 14).

Tabela 14 - Caracterização do ambiente de trabalho para o atendimento as mulheres em situação, Rio das Ostras-RJ, 2023

Variáveis	N	%
Ambiente e organização do espaço físico (silêncio e privacidade)		
Totalmente inadequado	1	3,3
Parcialmente inadequado	9	30,0
Nem adequado, nem inadequado	2	6,7
Parcialmente adequado	14	46,7
Totalmente adequado	4	13,3
Atendimento humanizado as mulheres em situação de violência pela recepção da unidade		
Totalmente inadequado	7	23,3
Parcialmente inadequado	9	30,0
Nem adequado, nem inadequado	3	10,0
Parcialmente adequado	9	30,0
Totalmente adequado	2	6,7

Variáveis	N	(conclusão) %
Preparo da equipe de saúde para o acolhimento as mulheres em situação de violência		
Totalmente inadequado	3	10,0
Parcialmente inadequado	9	30,0
Nem adequado, nem inadequado	5	16,7
Parcialmente adequado	12	40,0
Totalmente adequado	1	3,3
Promoção da relação com confiança e respeito entre usuá- ria-enfermeiro		
Totalmente inadequado	0	-
Parcialmente inadequado	0	-
Nem adequado, nem inadequado	1	3,3
Parcialmente adequado	16	53,3
Totalmente adequado	13	43,3
Realização de ações de saúde na unidade voltadas ao empoderamento feminino		
Totalmente inadequado	5	16,7
Parcialmente inadequado	9	30,0
Nem adequado, nem inadequado	7	23,3
Parcialmente adequado	9	30,0
Totalmente adequado	0	-
Articulação e trabalho conjunto com os demais pontos da rede de atendimento as mulheres em situação de violência		
Totalmente inadequado	4	13,3
Parcialmente inadequado	7	23,3
Nem adequado, nem inadequado	6	20,0
Parcialmente adequado	13	43,7
Totalmente adequado	0	-

Fonte: autoria própria.

Por sua vez, a *realização de ações de saúde na unidade voltadas ao empoderamento feminino* foi o aspecto com maior avaliação negativa (soma das variáveis totalmente inadequado, parcialmente inadequado e nem adequado, nem inadequado), totalizando 70,0%. Seguido pelo *atendimento humanizado as mulheres em situação de violência pela recepção da unidade* (63,3%), o *preparo da equipe de saúde para o acolhimento as mulheres em situação de violência* (56,7%) e a *articulação e trabalho conjunto com os demais pontos da rede de atendimento as mulheres em situação de violência* (56,3%) (Tabela 14).

Com relação às percepções sobre o fenômeno da violência contra a mulher, a maioria dos enfermeiros considerou que a agressão psicológica (50,0%) é a principal violência sofrida pelas mulheres. Todavia, de uma forma geral, os enfermeiros acreditam que as mulheres não relatam as situações de violência (83,3%) durante o atendimento (Tabela 15).

Tabela 15 - Caracterização das percepções sobre a temática violência contra a mulher entre os participantes da pesquisa. Rio das Ostras-RJ, 2023

Variáveis	N	%
Principal forma de violência contra a mulher		
Agressão de natureza física	6	20,0
Agressão de natureza sexual	7	23,3
Agressão de natureza psicológica	15	50,0
Agressão de natureza moral	1	3,3
Agressão de natureza patrimonial	1	3,3
Não sei responder	0	0,0
Acredita que, de forma predominante, as mulheres relatam as situações de violência vividas para o profissional da saúde durante o atendimento?		
Sim	5	16,7
Não	25	83,3
Não sei	0	-
Quão seguro se sente para atuar em cenário de violência contra a mulher?		
Totalmente inseguro	4	13,3
Parcialmente inseguro	11	36,3
Nem seguro, nem inseguro	1	3,3
Parcialmente seguro	14	46,7
Totalmente seguro	0	-
Acredita que o atendimento em saúde ao agressor pela mesma equipe que acolhe a mulher em situação de violência pode influenciar na implementação de ações para empoderar esta mulher a romper o ciclo de violência?		
Sim	18	60,0
Não	5	16,7
Não sei	7	23,3
Quais situações de violência devem ser notificadas?		
Suspeitos	1	3,3
Confirmados	1	3,3
Suspeitos e confirmados	28	93,4
Não sei	0	-
Quais tipos de agressão a mulher NÃO são obrigatórios a notificação?		
Agressão de natureza física	1	3,3
Agressão de natureza sexual	1	3,3
Agressão de natureza psicológica	2	6,7
Agressão de natureza moral	5	16,7
Agressão de natureza patrimonial	7	23,3
Nenhuma das opções	23	76,7
Quais aspectos acredita que cause a violência contra a mulher? (múltipla escolha)		
Consumo de álcool	26	86,7
Consumo de tabaco	8	26,7
Consumo de drogas ilícitas	26	86,7
Situação financeira	21	70,0
Traição e infidelidade	23	76,7
Ciúmes	27	90,0
Comportamento da companheira	12	40,0
Descontentamento da relação íntima	18	60,0

Variáveis	N	(conclusão)
		%
Quais aspectos acredita que cause a violência contra a mulher? (múltipla escolha)		
Não aceitação da separação	29	96,7
Transtorno psicológico	22	73,3
Outros	9	30,0

Fonte: autoria própria.

Destaca-se que somente 46,7% dos enfermeiros apontaram se sentirem seguros para lidar com a violência contra a mulher (soma das variáveis totalmente seguro e parcialmente seguro). Ademais, apenas 16,7% dos enfermeiros consideram que o atendimento em saúde ao agressor pela equipe que acolheu a mulher em situação de violência não interfere nas ações de empoderamento para romper o ciclo da violência (Tabela 15).

Acerca da notificação compulsória dos casos, a maioria dos enfermeiros afirmou que os casos suspeitos e confirmados devem ser notificados (93,4%). Quanto aos tipos de violência, todos os enfermeiros consideram que as agressões psicológicas, físicas e sexuais devem ser notificadas. Entretanto, houve enfermeiros que alegaram que as agressões morais e patrimoniais não são obrigatórias a notificação (Tabela 15).

Por fim, sobre os fatores desencadeantes da violência contra a mulher na perspectiva dos enfermeiros, os principais fatores apontados foram a não aceitação da separação (96,7%) e ciúmes (90,0%). O consumo de álcool (86,7%) e de drogas (86,7%) também foram considerados relevantes pelos enfermeiros (Tabela 15).

7 DISCUSSÃO

Considerando que o fenômeno da violência contra a mulher é uma questão de alta complexidade que exige a desconstrução de estereótipos de gênero e a não revitimização das mulheres, é imprescindível a capacitação específica dos profissionais da rede de proteção para atender tais casos (FORNARI; FONSECA, 2022). É enfatizado que essa temática deve ser introduzida durante a graduação, podendo ser abordada de vários modos e embasada a partir das diferentes perspectivas, sejam elas relacionadas aos aspectos sociais inerentes à violência, restritas à visão biologicista ou através da fusão de ambas as abordagens (SILVA; SANTOS; BEZERRA, 2022). Entretanto, neste estudo, apenas 60% dos enfermeiros relataram que a temática violência contra a mulher foi incorporada na grade curricular da graduação, um resultado aquém do ideal, que seria a inclusão da temática na formação de todos os profissionais.

A ausência de preparação profissional adequada para o atendimento às mulheres em situação de violência pode resultar em obstáculos para a detecção dos casos e para o manejo adequado das usuárias assistidas (SANTOS; SILVA; PEDREIRA, 2022). Essa percepção sobre a falta de preparo profissional proporcionado pela instituição de ensino foi relatada por um número significativo de enfermeiros deste estudo.

Na literatura científica, é possível encontrar estudos com resultados semelhantes, como o realizado por Silva, Santos e Bezerra (2022), com profissionais médicos. Apesar de todos os entrevistados reconhecerem a relevância e singularidade do atendimento às mulheres em situação de violência, os pesquisadores apontaram a ausência de discussões sobre o tema violência contra a mulher durante a formação profissional dos participantes. Dos cinco participantes, apenas três relataram ter contato com a temática durante a graduação, sendo que um deles afirmou que o contato foi estritamente técnico, focando apenas nas características das lesões decorrentes das agressões físicas.

À vista disso, a educação continuada dos profissionais de saúde sobre o fenômeno da violência contra mulher torna-se crucial, dada a alta demanda por esses serviços (FORNARI; FONSECA, 2022). Nesse sentido, 66,7 % dos participantes deste estudo indicaram ter participado de algum tipo de capacitação profissional para lidar com o atendimento a mulheres em situação de violência.

No que diz respeito à preparação profissional para identificar casos de violência contra a mulher, predominaram de enfermeiros que afirmaram ter identificado tais casos ao longo de

sua prática profissional, com 73,3% indicando ter identificado casos somente no último ano. Esse resultado é similar ao encontrado em outros estudos.

Na pesquisa de Signorelli, Taft e Pereira (2018), a maioria dos profissionais de saúde identificou casos de violência contra a mulher. Na pesquisa de de Silva, Santos e Bezerra (2022), todos os médicos entrevistados relataram já ter atendido mulheres em situação de violência.

Terra e d'Oliveira (2022), ao analisarem o atendimento prestado a mulheres em situação de violência nas unidades básicas de saúde em São Paulo - SP, constataram que os casos identificados nesse nível de atenção foram os de extrema gravidade. Mesmo que a situação de violência seja detectada, não é garantido que haverá acolhimento pela equipe de saúde, considerando que a violência muitas vezes só se torna parte das responsabilidades profissionais quando a mulher solicita ajuda (TERRA; D'OLIVEIRA, 2022).

O processo de reconhecimento e/ou suspeita de casos de situação de violência perpassa o estabelecimento de vínculo entre a usuária e o profissional de saúde, uma vez que a situação de violência é vista como um assunto de natureza privada e íntima, e a mulher deve se sentir segura para revelar esta vivência (CARNEIRO *et al*, 2022).

Quanto os tipos de violência contra a mulher, os participantes deste estudo relataram maior facilidade em reconhecer as agressões de natureza psicológica, dado que diverge do encontrado em outros estudos.

Borburema *et al* (2017), por exemplo, analisar prontuários com registro de violência, verificaram que predominaram as anotações de agressão física (45%), seguidas pela agressão psicológica (24%), sexual (10%), moral (10%), física e psicológica simultaneamente (7%), e patrimonial (3,4%). Destaca-se que 58% desses registros foram feitos por médicos, seguidos por 24% dos enfermeiros.

Todavia, com o reconhecer a situação de violência vivido pelas mulheres, independentemente do tipo de agressão, é crucial realizar a notificação compulsória dos casos. Entretanto, erroneamente, alguns profissionais de saúde apenas realizam a notificação frente a situações de violência confirmadas (CARNEIRO *et al*, 2022).

Há também a possibilidade de os profissionais de saúde sentirem ansiedade, medo, apresentarem dúvidas técnicas e questionamentos éticos diante da notificação compulsória dos casos. Tais aspectos, aliados à sobrecarga de trabalho vivenciada por esses profissionais, podem levar a não percepção da real complexidade do problema e da premência em equacioná-la, promovendo à perpetuação da subnotificação dos casos e na invisibilidade do fenômeno. Além disso, o preenchimento da ficha de notificação compulsória dos casos pode

gerar desconforto tanto para a mulher quanto para o profissional de saúde envolvido, devido à incerteza quanto às consequências do documento (LEITE; FONTANELLA, 2019).

Dessarte, torna-se relevante esclarecer as diferenças entre notificar o caso e denunciar o caso. A notificação do caso consiste na comunicação interna do sistema de saúde, fundamental para produzir indicadores que nortam a formulação de políticas e estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher. Por outro lado, a denúncia do caso equivale a comunicação externa ao sistema de saúde, de forma a recorrer ao apoio das instâncias judiciais e apresenta como finalidade a judicialização do caso (SILVA; SANTOS; BEZERRA, 2022).

Por conseguinte, entende-se a relevância da notificação compulsória dos casos. Embora não seja esperado que o ato de denunciar se torne um elemento integrante das atribuições dos profissionais de saúde, é indispensável que os profissionais realizem a notificação compulsória sigilosamente às autoridades sanitárias (LEITE; FONTANELLA, 2019).

A lei nº 10.778/2003 determina que todos os casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços de saúde, inclusive privados, devem ser notificados (SILVA; SANTOS; BEZERRA, 2022). Apesar desta obrigatoriedade, foi possível identificar neste estudo que somente 63,3% dos enfermeiros que identificaram mulheres em situação de violência realizaram a notificação compulsória do agravo.

Este baixo índice de notificação é confirmado por outros estudos na literatura científica. Na pesquisa de Borburema *et al* (2017), de um total de 29 prontuários com registro de violência analisados, apenas dois (6,89%) foram notificados compulsoriamente. Os autores associaram esta subnotificação ao despreparo dos profissionais de saúde e à subestimação da morbidade associada à violência, resultando na invisibilidade do fenômeno.

Enfatiza-se que, no presente estudo, não foi possível correlacionar o número de mulheres em situação de violência com o número de notificações compulsórias realizadas por cada enfermeiro. Entretanto, presume-se que cada enfermeiro possa ter identificado mais de uma mulher em situação de violência durante sua prática assistencial. Portanto, a identificação de enfermeiros que não realizaram a notificação compulsória, mesmo tendo identificado mulheres em situação de violência, sugere que o número de casos não notificados seja multiplicado.

Salienta-se ainda que, conforme apresentado na seção de justificativa desta dissertação, Rio das Ostras foi o município que exibiu a maior prevalência de notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher da Baixada Litorânea nos anos de 2019 e

2020. Portanto, apesar da subnotificação dos casos de violência pelos profissionais de saúde evidenciado nesta investigação, supõe-se que em outros municípios esta subnotificação é ainda mais alarmante.

Ainda na justificativa, foi apontado que o principal tipo de violência contra a mulher notificado pelos profissionais de saúde em diversos estados e no território nacional foi do tipo física. Todavia, deparando-se com o fato que a agressão psicológica foi elencada a principal forma de violência contra a mulher neste estudo, conjectura-se que a subnotificação dos casos encontrado esteja associada a subestimação da gravidade deste tipo de violência pelos profissionais de saúde.

A literatura científica aponta ainda outros possíveis fatores associados à subnotificação. Nas entrevistas realizadas por Leite e Fontanella (2019) com 14 profissionais de atenção primária à saúde, 64% (nove) desconheciam os procedimentos de notificação compulsória, 71% (10) acreditavam que existem serviços de saúde “próprios” para esse tipo de atendimento, 57% (oito) acreditavam que o Boletim de Ocorrência é o principal instrumento de notificação, mesmo na atenção primária a saúde, e 21% (três) consideravam a notificação uma atividade facultativa.

Atentando-se para as práticas profissionais no contexto da violência contra a mulher, além do reconhecimento dos casos e da realização da notificação compulsória, há outras estratégias de intervenção adequadas para atender as necessidades específicas dessas pacientes. Nesse contexto, as consultas em saúde se apresentam como um momento propício que os profissionais de saúde possam planejar e implementar as ações (WILLIAMS *et al*, 2020).

No entanto, introduzir a temática violência contra a mulher na rotina das consultas de saúde não é uma tarefa simples. Demanda que determinadas condições e princípios éticos sejam assegurados. A capacitação técnica dos profissionais de saúde sobre como perguntar e responder é essencial, uma vez que a violência de gênero consiste em uma temática sensível que exige respeito à autonomia das mulheres, empatia e livre de julgamentos (SURITA; SANCHEZ, 2022).

Apesar de a violência contra a mulher ser um problema complexo e multifacetado, o que dificulta a resolução dos casos, acredita-se que uma abordagem adequada das usuárias que vivenciam essa violência pode contribuir para enfrentar esse agravo, conforme preconizado pelas políticas nacionais. Nesse sentido, torna-se relevante discutir de forma científica o atendimento que as mulheres em situação de violência recebem nos serviços de acolhimento e cuidado (SILVA; SANTOS; BEZERRA, 2022).

Destaca-se que, comumente, os profissionais que atuam na atenção primária a saúde são os primeiros a prestar o atendimento as mulheres em situação de violência. Muitas vezes, essas mulheres ainda não foram acolhidas por outros serviços da rede de proteção à mulher e, dessa forma, ainda não foram devidamente caracterizadas como vítimas de violência (LEITE; FONTANELLA, 2019).

Ademais, os profissionais de atenção primária à saúde têm um potencial significativo para reconhecer, acolher e assistir mulheres em situação de violência como parte integrante de suas atividades diárias, conforme apontado pela Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres e pela Lei Maria da Penha (TERRA; D'OLIVEIRA, 2022). Por exemplo, no estudo realizado por Borburema *et al* (2017), a maior proporção de registros de mulheres em situação de violência no setor saúde ocorreu na atenção primária, abrangendo 75,86% dos casos.

Ao avaliar o impacto das ações de intervenção no enfrentamento à violência contra a mulher, pesquisas mostram que o suporte ofertado pelos profissionais da saúde, seja através dos encaminhamentos intersetoriais ou por outras medidas, tem sido associado ao empoderamento feminino e ao fortalecimento das mulheres para romper o ciclo da violência (CARNEIRO *et al*, 2022).

Sob esta perspectiva, neste estudo, o percentual de enfermeiros da atenção primária à saúde que relataram realizar práticas de esclarecimento acerca do agravo, acolhimento e escuta ativa, orientações e/ou encaminhamentos para outros pontos da rede de proteção, discussão sobre a superação da violência vivida e registro do caso no prontuário durante o atendimento a mulheres em situação de violência foi predominante, embora o ideal fosse que esse percentual atingisse a totalidade da amostra. Contudo, encontra-se na literatura estudos cujo percentual referente às práticas de atendimento às mulheres em situação de violência apresentaram um resultado menos satisfatório.

No levantamento realizado por Borburema *et al* (2017) em Florianópolis-SC, foram analisados 769 prontuários de mulheres residentes, e 29 (3,77%) tinham registro de violência de gênero. Considerando os casos registrados, em 10% não houve qualquer tipo de conduta pelos profissionais de saúde, em 41,4% dos casos ocorreu o encaminhamento para atendimento com outros profissionais de saúde, em 10,3% houve encaminhamento para outras instituições e em 48% foi solicitado o retorno para um novo atendimento.

Todavia, a presente investigação apresenta a limitação de exibir o percentual de práticas implementadas sob a perspectiva dos participantes envolvidos, o que não reflete a proporção real das intervenções realizadas a todas as mulheres assistidas pelos participantes.

Entretanto, neste estudo e no de Borburema *et al* (2017) foi possível identificar que as ações são fundamentadas na sensibilidade dos profissionais envolvidos, pois em ambas as situações não havia um protocolo específico de atendimento para as mulheres em situação de violência. As intervenções eram implementadas conforme as demandas da usuária, identificadas pelos profissionais envolvidos.

Dependendo exclusivamente da sensibilidade pessoal do enfermeiro, que não é norteado pelos princípios preconizados pelas políticas públicas que regulam o Sistema Único de Saúde, ao tomar conhecimento da situação de violência vivido pela mulher, o profissional pode assumir duas posturas distintas: a) acolher as mulheres, analisar suas principais demandas e fornecer informações relevantes; ou b) negligenciar a situação de violência e tratá-la como parte de um problema de saúde (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2018).

Por conseguinte, é fundamental promover a atenção à mulher de forma institucionalizada nos estabelecimentos assistenciais de saúde para que os profissionais assumam a responsabilidade pelo cuidado e norteiem sua prática na escuta sensível e acolhedora, além de fornecer informações relevantes sobre os direitos das mulheres (CARNEIRO *et al*, 2022).

A elaboração de fluxogramas de atendimento permite organização e operacionalizar as ações a serem adotadas frente as especificidades de cada caso, compostas por um conjunto de práticas de abordagem interinstitucionais e multidisciplinares (SILVA; SANTOS; BEZERRA, 2022). No entanto, há outros estudos que evidenciaram a ausência da elaboração e implementação desse fluxograma.

A citar, na pesquisa desenvolvida por Silva, Santos e Bezerra (2022) com médicos que atuam no âmbito hospitalar, todos os participantes afirmaram não ter um protocolo de atendimento específico para assistir as mulheres em situação de violência. Dos cinco médicos entrevistados, apenas um considerou como relevante a criação desse protocolo, enquanto os outros quatro afirmaram que o atendimento a vítimas de violência é o mesmo para todos os pacientes, independente da causa ou do tipo de agressão. Desta forma, os autores evidenciaram uma fragilidade na condução dos casos e falta de padronização no atendimento, onde a abordagem subjetiva e, muitas vezes, arbitrária.

De modo semelhante, no estudo desenvolvido por O'Reilly e Peters (2018) com profissionais de saúde que assistem gestantes e puérperas na Austrália, quando questionados sobre a existência de políticas institucionais no local de trabalho para identificar violência doméstica, 23 (48%) entrevistados disseram não saber sobre a existência, 17 (35%) disseram

não existir e apenas sete (15%) afirmaram ter uma política para identificar violência doméstica.

Como resultado, O'Reilly e Peters (2018) ainda evidenciaram em sua pesquisa que pouco mais da metade (58%) dos profissionais fazem uma triagem para violência doméstica em gestantes e puérperas. Tal dado evidenciou que um percentual significativo (42%) dos profissionais não realiza esse rastreio, resultado este em conformidade com a literatura, que reporta a falta de triagem para casos de violência contra a mulher por muitos profissionais de saúde.

Portanto, embora a atenção primária a saúde deva estar preparada para acolher e atender as mulheres em situação de violência, e estas mulheres sejam usuárias desses serviços, procurando assistência em razão do adoecimento resultante das agressões, na tentativa de dar resolutividade as suas necessidades, o fenômeno da violência ainda não está devidamente integrado na rotina de cuidados em saúde (CARNEIRO *et al*, 2022; TERRA; D'OLIVEIRA, 2022).

Corroborando a narrativa de que a temática de violência contra a mulher não se integra adequadamente à rotina dos serviços de saúde, o cenário de atendimento às mulheres em situação de violência identificado neste estudo apresentou um número considerável de escores negativos no tocante ao acolhimento pela recepção da unidade de saúde (63,3%) e à preparação da equipe de saúde para esse tipo de atendimento (56,7%).

No entanto, a relação de confiança e respeito entre usuária e o enfermeiro foi um aspecto satisfatório evidenciado nesta pesquisa. Esse elemento é fundamental para o atendimento às mulheres em situação de violência ofertado na atenção primária à saúde. A ação-interação entre os profissionais de saúde e as usuárias representa uma peça-chave para a identificação e intervenção nos casos (CARNEIRO *et al*, 2022).

Além dos aspectos humanos apontados, a estrutura física dos serviços também reflete na qualidade dos atendimentos prestados aos usuários/a), uma vez que a insuficiência e a falta de recursos materiais comprometem a realização das atividades pelos profissionais (SANTOS; SILVA; PEDREIRA, 2022). Todavia, o ambiente e a organização do espaço físico (silêncio e privacidade) das unidades de saúde nesta pesquisa foram considerados satisfatórios em apenas 60% dos relatos.

Outro aspecto relevante para o enfrentamento da violência contra a mulher é que as ações de saúde contemplem estratégias de prevenção primária ao agravo e as ações que integrem uma abordagem multidisciplinar (SURITA; SANCHEZ, 2022). Nesse sentido, analisou-se neste estudo a implementação de ações de saúde dentro das unidades voltadas ao

empoderamento feminino e à dinâmica de articulação e trabalho conjunto da unidade com os demais pontos da rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Contudo, ambos os resultados apresentaram um escore negativo significativo, não sendo, portanto, aspectos adequadamente incorporados à rotina dos serviços de saúde no cenário estudado.

Entende-se que é fundamental que a temática violência contra a mulher seja integrada na rotina dos serviços de saúde, pois o número de usuárias assistidas nesta situação é considerável. Na pesquisa de Williams *et al* (2020) nos Estados Unidos com usuárias que vivenciaram violência de gênero, 68% das participantes relataram ter plano de saúde e 100% afirmaram que foram atendidas por profissionais de saúde no último ano. Quanto à frequência de utilização dos serviços de saúde, 32% das usuárias afirmaram ter utilizado mais de cinco vezes por ano e 52% afirmaram ter utilizado entre duas e cinco vezes por ano.

Segundo o Boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2023a), nos últimos 12 meses anteriores ao levantamento de dados, 16,4 milhões de mulheres brasileiras adultas sofreram algum tipo de agressão física, psicológica ou sexual, totalizando 19,4% da população feminina, percentual superior quando comparado à população masculina que contabiliza 17%. Ademais, o levantamento constatou que 8,9% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido alguma agressão sexual, representando 7,5 milhões de brasileiras, um valor 3,6 vezes maior quando comparado à prevalência dessa mesma agressão em homens.

Considerando a percepção dos profissionais de saúde, a principal forma de agressão é a de natureza psicológica. Essa realidade observada é congruente com o estudo de Silva *et al* (2021), que, ao entrevistar 565 mulheres usuárias das unidades básicas de saúde de Foz do Iguaçu-PR sobre a violência perpetrada pelo parceiro íntimo, evidenciou a prevalência da agressão psicológica (n= 290; 51,3%), seguida da agressão física (n= 206; 36,5%) e sexual (n= 129; 22,8%).

Por outro lado, os participantes desta pesquisa apontaram que as mulheres em situação de violência, de forma geral, não têm relatado a violência sofrida durante as consultas.

Muitas mulheres que vivenciam o ciclo da violência não relatam a situação ao serem assistidas nas unidades básicas de saúde e nem se consideram como vítimas (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2018). No entanto, a literatura indica possíveis fatores associados a essa falta de relato por parte das mulheres sobre a situação de violência para os profissionais de saúde.

Dichter *et al* (2021), ao avaliar as experiências de mulheres que vivenciaram violência perpetrada pelo parceiro íntimo, evidenciaram que as participantes desconheciam o papel dos

estabelecimentos assistenciais de saúde no que diz respeito aos serviços disponíveis para esse tipo de agravo antes de serem atendidas, o que influenciou negativamente na busca por ajuda.

Dichter *et al* (2021), também evidenciaram que muitas usuárias decidiram não relatar a situação de violência ao profissional de saúde por acreditar que o estabelecimento assistencial de saúde não seria capaz de oferecer serviços que pudessem ajudá-las. Contudo, outras mulheres participantes apontaram que buscaram a unidade de saúde para tratamento de lesões decorrentes da violência ou relataram a situação de violência, mas que nenhuma conduta foi implementada pelo profissional de saúde no decorrer da consulta.

Por consequência, segundo o Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023a), considerando todas as mulheres que apontaram efeitos negativos à saúde gerados pela violência, apenas 16,9% dessas mulheres declararam ter procurado atendimento de saúde. Foi também elencado que essa procura por atendimento foi menor entre mulheres pretas (13,1%) e com renda mensal de até um salário mínimo (14,9%), o que indica que fatores de desigualdade racial e social também afetam o acesso ao atendimento.

Outros aspectos que influenciam a dificuldade das mulheres em revelar situações de violência incluem sentimentos de constrangimento, medo de julgamentos por parte dos profissionais de saúde e preocupações com a própria segurança. Desse modo, muitas mulheres hesitam em expor a verdadeira origem de suas lesões ou problemas de saúde (SOUZA; REZENDE, 2018; WILLIAMS *et al*, 2020; SURITA; SANCHEZ, 2022).

O temor em relação ao agressor muitas vezes silencia a vítima. Todavia, esse silêncio pode ser quebrado quando a mulher desenvolve confiança suficiente para relatar as agressões (MOTA *et al*, 2020). Nesse sentido, a atenção primária a saúde desempenha um papel fundamental na rede de enfrentamento à violência contra a mulher, proporcionando contato mais próximo com a população, maior facilidade para obter informações sobre a situação social do usuário e o estabelecimento de vínculo de confiança na relação usuário-profissional (FUSQUINE; SOUZA; CHAGAS, 2021).

No entanto, os profissionais de saúde também podem se sentir inseguros diante de situações de violência, conforme revelado neste estudo. Signorelli, Taft e Pereira (2018) analisaram os riscos inerentes ao trabalho desses profissionais e constataram que a violência urbana compromete sua segurança. Nesse contexto, há limites no que as unidades básicas de saúde podem fazer diante de situações complexas.

De acordo com os achados de Williams *et al* (2020), a presença do agressor pode coibir as vítimas a relatar a situação de violência aos profissionais de saúde, alimentando preocupações sobre a confidencialidade das informações.

Quanto às motivações para a violência, os participantes desta pesquisa identificaram uma série de fatores, principalmente a não aceitação da separação e o ciúme. A literatura científica também aponta para uma variedade de gatilhos.

A citar, Duran e Eraslan (2019) entrevistando 156 mulheres sobre as razões da violência perpetrada pelo parceiro íntimo. As principais causas foram a raiva instantânea dos parceiros (66,7% das entrevistadas), problemas financeiros (58,3%), problemas familiares (54,5%), maus hábitos dos parceiros (50,7%), ciúmes (47,4%), questionamento sobre o cônjuge chegar tarde em casa (28,3%) e distúrbio mental dos parceiros (23%).

Nihel *et al* (2021) apontaram o consumo do álcool como a principal causa da violência contra a mulher, representando 29,6% das motivações, seguido por instabilidade ocupacional e conflitos familiares.

Silva *et al* (2021) ressaltaram que o consumo frequente de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, bem como um temperamento agressivo e envolvimento em brigas, foram identificados como fatores de risco para exposição à violência (física, sexual e psicológica).

Silva *et al* (2021) também descrevem que a romantização do comportamento agressor por parte dos parceiros íntimos pode ocultar a natureza violenta dos atos e dificultar o reconhecimento da situação de violência tanto por parte das mulheres como dos profissionais de saúde.

Em síntese, a violência contra a mulher é um fenômeno complexo que apresenta importantes desafios. Investir em processos de educação continuada que abordem a detecção e os impactos deste problema na saúde, bem como os valores pessoais que influenciam a postura profissional diante de tal problemática, é fundamental (BORBUREMA *et al*, 2017).

Mesmo com uma mudança gradual no entendimento do fenômeno da violência contra a mulher, muitos profissionais de saúde no Brasil - e em grande parte dos países - ainda não é reconhecem esse agravo como um problema de saúde pública (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2018).

À vista disso, é essencial implementar uma educação permanente em saúde, com uma perspectiva de gênero sensível, para os trabalhadores de saúde. Isso deve incluir estratégias de diálogo, de não julgamento, de não vitimização, e de entendimento da violência e da desigualdade de gênero. De forma, estimular o desenvolvimento de uma cultura institucional propícia para escutar e prestar um atendimento adequado às mulheres em situação de violência e, conseqüentemente, aprimorar a qualidade das práticas de cuidado integral às mulheres nessa situação na atenção primária à saúde (SURITA; SANCHEZ, 2022; TERRA; D'OLIVEIRA, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher, agravo social com raízes históricas, alimentado pelo sistema patriarcal e a subjugação das mulheres, constitui-se como um problema de saúde pública de amplitude mundial, acarretando uma série de efeitos deletérios à saúde da população feminina.

Dada sua magnitude e severidade, é primordial e urgente aprimorar as políticas públicas existentes de enfrentamento à violência contra a mulher, almejando sua redução e erradicação. Neste sentido, destaca-se na literatura a relevância do papel do enfermeiro no combate à violência contra a mulher.

Contudo, o mapeamento das práticas exercidas pelos enfermeiros no atendimento a mulheres em situação de violência revelou que muitos desses profissionais não realizam a notificação compulsória dos casos. Identificou-se que as práticas de atendimento foram fundamentadas essencialmente na sensibilidade individual de cada enfermeiro diante dos casos, uma vez que os entrevistados relataram a inexistência de um protocolo específico para tais atendimentos. Além disso, a preparação oferecida pela instituição de ensino superior foi apontada como inadequada.

Neste estudo, os enfermeiros orientaram sua atuação para o acolhimento, esclarecimento sobre a violência, discussão de formas de superação, registro em prontuário e encaminhamento para outros pontos da rede de apoio, práticas essenciais preconizadas pelas diretrizes e manuais do Ministério da Saúde.

Entretanto, a ausência de um protocolo de atendimento específico, a preparação inadequada dos profissionais, a sensação de falta de segurança pessoal dos enfermeiros diante do contexto de violência, a presença do agressor nas instalações de saúde, a capacitação insuficiente da recepção e da equipe de saúde para acolher adequadamente essas mulheres e a ausência de uma abordagem articulada entre as unidades de saúde e os demais pontos da rede de proteção foram identificados como fatores que interferem no atendimento a mulheres em situação de violência.

Reitera-se a importância de estudar as práticas dos enfermeiros no atendimento a mulheres em situação de violência em unidades de saúde para identificar e compreender os obstáculos que impedem um cuidado eficaz e de qualidade a essas mulheres. Isso visa promover transformações e a implementação de estratégias que assegurem a proteção e o bem-estar da população feminina.

Este fortalecimento das práticas dos enfermeiros no âmbito da assistência às mulheres em situação de violência contribui para a consolidação do setor de saúde como um componente estratégico de significativa relevância no enfrentamento efetivo da violência de gênero, particularmente no contexto da atenção primária à saúde, devido à sua ênfase nas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e na implementação de iniciativas intersetoriais.

A introdução da abordagem da violência contra a mulher nas unidades de saúde auxilia a romper com a naturalização da cultura patriarcal e da desigualdade de gênero que permeia a vida em sociedade. Consequentemente, almeja-se aprimorar as práticas de cuidados em saúde com o intuito de lidar efetivamente com esse sério problema de saúde pública, promovendo uma sociedade ancorada na igualdade de gênero e trabalhando por um futuro em que as mulheres possam viver livres de violência, opressão e discriminação, simplesmente por serem mulheres.

As práticas de educação em saúde sobre a violência de gênero na rotina dos serviços assistenciais pode auxiliar a mulher agredida a se identificar como vítima e a reconhecer a unidade de saúde como um ponto de ajuda para a superação da violência vivida e para o atendimento as suas necessidades, como também colaborar para que o homem, o principal perpetrador da violência, tome consciência dos impactos negativos que os comportamentos machistas têm, especialmente na vida de uma mulher, e auxilie na luta contra o sistema patriarcal.

Em suma, esta pesquisa tem como objetivo promover o fortalecimento do papel do enfermeiro no enfrentamento a violência contra a mulher, a fim de que as mulheres percebam o setor de saúde como um ambiente de acolhimento adequado no qual suas necessidades serão atendidas, independentemente da natureza da agressão sofrida.

Para modificar a situação atual identificada no município sob análise, sugere-se como uma das estratégias a adoção de ações de educação em saúde nas unidades com buscas a sensibilizar a população acerca deste problema de saúde pública, o planejamento de protocolos de atendimento de saúde/enfermagem às mulheres em situação de violência a serem implementados em todos os estabelecimentos assistenciais de saúde e, por fim, o estabelecimento de um fluxograma de atendimento intersetorial e interdisciplinar entre os pontos de proteção a mulher existente na localidade, visando promover um trabalho articulado entre os serviços.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F. *et al.* Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e. 61308, p. 1-8, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100417&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2021.
- ALMEIDA, A. S. *et al.* Perfil da violência doméstica contra a mulher: estudo em um centro de referência. **Ensaio e Ciência**, v. 25, n. 5, p.688-692, 2021. DOI: 10.17921/1415-6938.2021v25n5-esp688-692. Disponível em: <<https://ensaioseciencia.pgskroton.com.br/article/view/8792>>. Acesso em 22 mar. 2023.
- ALMEIDA, C. F.; DANNER, F. Perfil da violência contra a mulher no Acre. **Revista Conexão na Amazônia**, v. 3, n. edição especial, p. 146-176, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ifac.edu.br/index.php/revistarca/article/view/158/102>>. Acesso em 22 mar. 2023.
- ALMEIDA, M. B.; SOTERO, B. P. Violência contra a mulher: uma análise das notificações compulsórias realizadas no estado do rio grande do sul, brasil, entre 2009-2017. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 51-64, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/3177/viol%C3%Aancia-contra-a-mulher:-uma-an%C3%A1lise-das-notifica%C3%A7%C3%B5es-compuls%C3%B3rias-realizadas-no-estado-do-rio-grande-do-sul,-brasil,-entre-2009-2017>. Acesso em: 08 jan. 2021.
- ALVES, K. B. *et al.* Violência contra a população negra na região sudeste do Brasil: uma análise epidemiológica. **Journal Health NPEPS**, v. 6, n. 2, p. 235-251, 2021. DOI: 0.30681/252610105463. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5463/4487>>. Acesso em 23 mar. 2023
- ANTLOGA, C. S. *et al.* Trabalho feminino: uma revisão sistemática da literatura em psicodinâmica do trabalho. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 36, e36nspe2, p. 1-8, 2020. DOI: 10.1590/0102.3772e36nspe2. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/qj5Wmt3hmXK77qy4qkMPqMN/?lang=pt>>. Acesso em 25 mar. 2023.
- BARUFALDI, L. A. *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017229.12712017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/rWPMHqtbdrDjMJrG5CL5MzC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 14 fev. 2023.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. 2 ed. São Paulo, Difusão Européia do livro, 1967. 500 p.
- BEZERRA, A. R.; RODRIGUES, Z. M. R. Violência contra mulheres: o perfil da vítima e do agressor em São Luís - MA. **Revista do Departamento de Geografia**, v. 41, n. 1, e176806,

p. 1-14, 2021. DOI: 10.11606/eISSN.2236-2878.rdg.2021.176806. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdg/article/view/176806>>. Acesso em 22 mar. 2023.

BIROLI, F. Divisão sexual do trabalho e democracia. **Rev. ciênc. Sociais**, v. 59, n. 3, p. 719-681, 2016. DOI: 10.1590/00115258201690. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dados/a/kw4kSNvYvMYL6fGJ8KkLcQs/?lang=pt>>. Acesso em 25 mar. 2023.

BONETTI, A.; FONTOURA, N.; MARINS, E. Capítulo 4: Sujeito de direitos? Cidadania feminina nos vinte anos da constituição cidadã. In: **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: IPEA, 2018. P. 199-257. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4328/1/bps_17_2009_Sujeito.pdf>. Acesso em 05 fev. 2023.

BORBUREMA, T. L. R. *et al.* Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na atenção primária: registro de violência em prontuários. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-13, 2017. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1460/866>>. Acesso em 11 abr. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979. Diário Oficial da União - Seção 1 - 21/3/1984, p. 4018. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-89460-20-marco-1984-439601-norma-pe.html>>. Acesso em 05 fev. 2023.

BRASIL. **Lei n. 7.353, de 29 de agosto de 1985**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. Brasília, p. 12713, ago., 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm>. Acesso em 29 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde**. Número especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. 68 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023>>. Acesso em 29 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em 08 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em 08 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O que é atenção primária? Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee#:~:text=A%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde,manuten%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20com%20o>>. Acesso em 05 dez. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Violência interpessoal/autoprovocada - Rio de Janeiro.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violeRJ.def>>. Acesso em 24 out. 2022b.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília: Assessoria de Comunicação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. 44 p. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/hp/acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em 17 mar. 2023.

BRASIL. Serviços e informações do Brasil. **À frente do Ministério das Mulheres, Cida Gonçalves defende o fortalecimento do Ligue 180.** GOV.BR, publicado em 03 jan. 2023b. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2023/01/a-frente-do-ministerio-das-mulheres-cida-goncalves-defende-o-fortalecimento-do-ligue-180>>. Acesso em 28 mar. 2023.

CAICEDO-ROA, M. *et al.* Queima às bruxas: feminismo e feminicídios íntimos por queimadura em uma metrópole brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 2, p. 525-534, 2022. DOI: 10.1590/1413-8123202272.45522020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VvSMVjcSYtZ67wBFWhFrVdv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 14 jan. 2023.

CAICEDO-ROA, M.; BANDEIRA, L. M.; CORDEIRO, R. C. Femicídio e Feminicídio: discutindo e ampliando os conceitos. *Rev. Estud. Fem.*, v. 30, n. 3, p. 1-16, 2022. DOI: 10.1590/1806-9584-2022v30n383829. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/8GzxSjJtLX7P3ryZRbtsvmH/citation/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 16 jan. 2023.

CAMPOS, I. O.; MAGALHÃES, Y. B.; ANGULO-TUESTA, A. Mulheres em situações de violência doméstica acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista do NUFEN**, Belém, v. 12, n. 3, p. 116-133, set./dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº03artigo77>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 jan. 2021.

CANTARES, T. S.; GUZZO, R. S. L. Violência contra mulheres: diretrizes políticas da psicologia para o exercício profissional. **Psicol. cienc. prof.**, v. 42, e236907, 1-15, 2022. DOI: 10.1590/1982-3703003236907. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pcp/a/v8TC7jcqfx39gyyPPNs6mck/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 15 jan. 2023.

CARNEIRO, I. **Enfrentamento à violência doméstica e familiar contra mulher: 2 - processo de debate e a construção dos direitos**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020. 31 p. Disponível em: <<https://institutoressurgir.org/wp-content/uploads/2018/07/F2-Enfrentamento-a-violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher-compressed.pdf>>. Acesso em 11 fev. 2023.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Modelo teórico-explicativo do cuidado à mulher em situação de violência na atenção primária. **Texto contexto - enferm.**, v. 31, e. 20200639, p. 1-14, 2022. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0639. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/7TF3ZT9VttdnVxtZdVhg6Ds/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 14 jan. 2023.

CAVALCANTI, G.M. B. *et al.* A violência contra a mulher no sistema único de saúde. **Rev Fun Care Online**: v. 12, p. 146-154, jan./dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7148>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7148>. Acesso em: 06 jan. 2021.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da violência 2020**. IPEA, 2020. 91 p. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/08/atlas-da-violencia-2020.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2023.

COELHO, A. C. V. D. *et al.* Perfil sociodemográfico de registro de mulheres vítimas de violência física no ceará durante a covid-19, 2019-2021. **Saúde Coletiva**, v. 12, n. 74, p. 9961-9964, 2022a. Disponível em: <<https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2354/2907>>. Acesso em 22 mar. 2023.

COELHO, L. M.; BAPTISTA, M. A história da inserção política da mulher no Brasil: uma trajetória do espaço privado ao público. **Rev. psicol. polít.**, v. 9, n. 17, p. 85-99, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em 05 fev. 2023.

COELHO, S. F. *et al.* Homicídios femininos no Maranhão, Brasil, 2000-2019: estudo ecológico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-15, 2022b. DOI: 10.1590/S2237-96222022000200007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/SzJBKh563pfyYngYW3zTBk/?lang=pt#>>. Acesso em 22 mar. 2023.

CORTES, L. F. *et al.* Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.36, n.spe, p. 77-84, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500077#aff1. Acesso em: 08 jan. 2021.

DAHAL, P; JOSHI, S. K; SWAHNBERG, K. A qualitative study on gender inequality and gender-based violence in Nepal. **BMC Public Health**, v. 22, n. 2005, p. 1-15, 2022. DOI:

10.1186/s12889-022-14389-x. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9628167/>>. Acesso em 09 jul. 2023.

DÍAZ E. L. G. *et al.* Preparación de los Equipos Básicos de Salud para enfrentar la violencia de género. **Revista Cubana de Medicina Geral Integral**, v. 32, n. 3, p. 1-10, 2016. Disponível em: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/166/77>. Acesso em: 08 jan. 2021.

DICHTER, M. E. *et al.* Survivors' Input on Health Care-Connected Services for Intimate Partner Violence. **J Womens Health**, v. 30, n. 12, p. 1744–1750, 2021. DOI: 10.1089/jwh.2020.8585. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8823674/pdf/jwh.2020.8585.pdf>>. Acesso em 14 abr. 2023.

DURAN, S.; ERASLAN, S. T. Violence against women: Affecting factors and coping methods for women. **Journal of pakistan medical association**, v. 69, n. 1, p. 53-57, 2019. Disponível em: <https://jpma.org.pk/article-details/8999?article_id=8999>. Acesso em 30 abr. 2023.

EINHARDT, A.; SAMPAIO, S. S. Violência doméstica contra a mulher - com a fala, eles, os homens autores da violência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 138, p. 359-378, maio/ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.217>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000200359&tlng=pt. Acesso em: 06 jan. 2021.

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Violência contra mulheres em 2021**. FBSP, 2022. 13 p. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contra-mulher-2021-v5.pdf>>. Acesso em 23 out. 2022.

FERREIRA, P. C. *et al.* Caracterização dos casos de violência contra mulheres. **Rev enferm UFPE on line**, v. 14, e. 243993, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243583>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243583>. Acesso em: 08 jan. 2021.

FIELD S. *et al.* Domestic and intimate partner violence among pregnant women in a low resource setting in South Africa: a facility-based, mixed methods study. **BMC Women's Health**, v. 18, n. 119, p. 1-13, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0612-2>. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0612-2>. Acesso em: 05 jan. 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; LEITE, A. C. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1-12, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)2059. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2059>>. Acesso em 30 abr. 2023.

FORD-GILBOE M. *et al.* A tailored online safety and health intervention for women experiencing intimate partner violence: the iCAN Plan 4 Safety randomized controlled trial protocol. **BMC Public Health**, v. 17, n. 273, p. 1-12, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4143-9>. Disponível em:

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4143-9>. Acesso em: 05 jan. 2021.

FORNARI, L. F.; FONSECA, R. M. G. S. Validação qualitativa de um jogo para enfrentamento da violência contra a mulher. **Acta Paul Enferm**, v. 35, eAPE0317345, p. 1-8, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO0317345. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/fdg5XnKPKLlNxiCvf8PTBmz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 02 abr. 2023.

FRAZÃO, M. C. L. O. *et al.* Violência praticada por parceiros íntimos a mulheres com depressão. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, e. 1324, p. 1-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200061>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1478>. Acesso em: 06 jan. 2021.

FREITAS, R. J. M. *et al.* Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 2, p. 91-97, abr./jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2017.v43.2585>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2585>. Acesso em: 08 jan. 2021.

FRIZZERA, M. P.; MOREIRA, N. C. Movimento feminista e reconhecimento das donas de casa na obra de Clarice Lispector. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 7, n. 14, p. 232-248, 2019. DOI: 10.21527/2317-5389.2019.14.232-248. Disponível em: <<http://191.252.194.60:8080/bitstream/fdv/954/1/MOREIRA%20-%20Movimento%20Feminista%20e%20Reconhecimento%20das%20donas%20de%20casa%20na%20obra%20de%20Clarice%20Lispector.pdf>>. Acesso em 05 fev. 2023.

FUSQUINE, R. S.; SOUZA, Y. A.; CHAGAS, A. C. F. Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 113-124, 2021. DOI: 10.20435/pssa.v13i1.1010. Disponível em: <<https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1010>>. Acesso em 14 fev. 2023.

GARCIA, B. C.; MARCONDES, G. S. As desigualdades da reprodução: homens e mulheres no trabalho doméstico não remunerado. **R. bras. Est. Pop.**, v. 39, e0204, p. 1-20, 2022. DOI: 10.20947/S0102-3098a0204. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/YFcF3Nd3WfXGvmwhsByQqBH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 25 mar. 2023.

GEBRIE, S. *et al.* Gender-based violence and associated factors among private college female students in Dessie City, Ethiopia: mixed method study. **BMC Womens Health**, v. 22, n. 513, p. 1-15, 2022. DOI: 10.1186/s12905-022-02076-3. Disponível em: <<https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-022-02076-3>>. Acesso em 11 fev. 2023.

GELDER, N. E. V. *et al.* SAFE: an eHealth intervention for women experiencing intimate partner violence – study protocol for a randomized controlled trial, process evaluation and open feasibility study. **BMC Public Health**, v. 20, n. 640, p.1-8, maio. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08743-0>. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08743-0>. Acesso em: 05 jan. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 57 p.

GOMES, N. P. *et al.* Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: desvelando o cotidiano conjugal. **Cogit. Enferm.**, v. 27, e. 78904, p. 1-10, 2022. DOI: 10.5380/ce.v27i0.78904. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cenf/a/T7QLLxBtg7n4Lc6SnJYhsTP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 15 jan. 2023.

GROSSI, M. P. Novas/velhas violências contra a mulher no Brasil. **Estudos Feministas**, ano 2, p. 473-483, 1994. Disponível em: <<https://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2012/03/16179-49803-1-PB.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2023.

GUIMARÃES, A. P. S. *et al.* Notificação de violência intrafamiliar contra a mulher idosa na cidade de São Paulo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, n. 1, p. 91-97, 2018. DOI: 10.1590/1981-22562018021.160213. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/BD6w3Pnjw3xCNHD6YQJQDKy/?lang=pt>>. Acesso em 22 mar. 2023.

GUMUCIO, S. *et al.* **Data collection: quantitative methods: The KAP survey model (knowledge, attitude & practices)**. 2011. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=56acfe3160614b17788b4592&ass etKey=AS%3A323666162716672%401454179434027>>. Acesso em: 03 ago. 2022.

GURIEVA, S. D. *et al.* Social Perceptions of Gender Differences and the Subjective Significance of the Gender Inequality Issue. **Psychol Russ**, v. 15, n. 2, p. 65–82, 2022. DOI: 10.11621/pir.2022.0205. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9833609/>>. Acesso em 09 jul. 2023.

IBGE. Brasil/ Rio de Janeiro/ Rio das Ostras. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-das-ostras/panorama>>. Acesso em 24 out. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero. **IBGE**, Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,412440,41,21,23,12&cat=2,3,4,-3,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,128&ind=4707>>. Acesso em 23 mar. 2023.

IMP. Instituto Maria da Penha. Quem é Maria da Penha. **IMP**, 2018. Disponível em: <<https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>>. Acesso em 11 fev. 2023.

ISP. **Dossiê mulher 2022**. Instituto de Segurança Pública, 2022. 214 p. Disponível em: <https://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2022.pdf>. Acesso em 17 mar. 2023.

ISP. Instituto de Segurança Pública. **Dossiê mulher 2020**. 15. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2020. 162 p. Disponível em: <http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2020.pdf?fbclid=IwAR3>

Nj29WHUKXv1Ppz_SDmWEisgXaqqHrtuYZU3oEGXQ-Q9liwq1U-E8NPts>. Acesso em: 22 out. 2022.

ISP. Instituto de Segurança Pública. **Dossiê mulher 2021**. 16. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2021. 197 p. Disponível em: <http://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2021.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

JARAMILLO-BOLÍVAR, C.D.; CANAVAL-ERAZO, G. E. Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. **Univ. Salud.**, v. 22, n. 2, p. 178-185, maio/ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202202.189>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v22n2/2389-7066-reus-22-02-178.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2021.

JEWKES R. *et al.* Women's and men's reports of past-year prevalence of intimate partner violence and rape and women's risk factors for intimate partner violence: A multicountry crosssectional study in Asia and the Pacific. **PLoS Medicine**, v. 14, n.9, e. 1002381, p. 1-20, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002381>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28873087/>. Acesso em: 05 jan. 2021.

KNECHTEL, M. R. **Metodologia da pesquisa em educação**: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.200 p.

KRENKEL, S.; MORÉ, C. L. O. O. Características estruturais e funções das redes sociais significativas de mulheres ex-abrigadas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 38, e38516, p. 1-12, 2022. DOI: [10.1590/0102.3772e38516.pt](https://doi.org/10.1590/0102.3772e38516.pt). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/NKFZ47DHTPMdqrCHHShChYw/citation/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 16 jan. 2023.

KWAGALA B. *et al.* Empowerment, intimate partner violence and skilled birth attendance among women in rural Uganda. **Reproductive Health**, v. 13, n. 53, p. 1-9, maio. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0167-3>. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0167-3>. Acesso em: 05 jan. 2021.

LAKSONO, A. D.; WULANDARI, R. D. Violence against Pregnant Women in Indonesia. **Iran J Public Health**, v. 51, n. 6, p. 1265–1273, 2022. DOI: [10.18502/ijph.v51i6.9670](https://doi.org/10.18502/ijph.v51i6.9670). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9659517/>>. Acesso em 22 mar. 2023.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22, e.190056, p. 1-14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1415-790X2019000100455. Acesso em: 08 jan. 2021.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, e. 190056, p. 1-14, 2019. DOI: [10.1590/1980-549720190056](https://doi.org/10.1590/1980-549720190056). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/jMJhN76v8PgW4nwZP6Djkzh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 23 mar. 2023.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher: caracterizando a vítima, a agressão e o autor. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 1, p. 2181-2191, jan./mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2181-2191>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3464>. Acesso em: 08 jan. 2021.

LIMA, J. C. V. *et al.* Rastreamento e encaminhamento de casos de violência contra a mulher por enfermeiras na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, e. 65579, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.65579>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/65579>. Acesso em: 06 jan. 2021.

MADUREIRA, A. B. *et al.* Social representations of aggressive men denounced for violence against women. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 2, e. 20180824, p. 1-7, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0824>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200165&tlng=en. Acesso em: 06 jan. 2021.

MARASCA, A. R. *et al.* Marital physical violence suffered and committed by men: repeating family patterns? **Psico-USF**, v. 22, n. 1, p. 99-108, 2017. DOI: 10.1590/1413-82712017220109. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/hHqynQNgKtsdsFTVfXCvFjf/?lang=en>. Acesso em 12 fev. 2023.

MARCACINE, K. O. *et al.* Intimate partner violence among postpartum women: associated factors. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 3, p. 1386-1392, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0643>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000601306. Acesso em: 08 jan. 2021.

MARCACINE, K. O. *et al.* Prevalência de violência por parceiro íntimo relatada por puérperas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 395-400, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400015. Acesso em: 08 jan. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.

MARTINS, J. C.; TEIXEIRA, E. C. Determinantes da violência doméstica contra a mulher no Brasil. **Pesquisa e planejamento econômico**, v. 50, n. 2, p. 0-0, 2020. DOI: 10.38116/ppe50n2art6. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10562/1/ppe_50_n2_ViolDomMulher.pdf. Acesso em 23 mar. 2023.

MATOS, M. Movimento e teoria feminista: é possível reconstruir a teoria feminista a partir do sul global? **Rev. Sociol. Polít.**, v. 18, n. 36, p. 67-92, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/d3NZRM8zPZb49RYwdSPr5jQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05 fev. 2023.

MATOS, R. A.; ALBUQUERQUE, C. S. “Questão social”, divisão sexual do trabalho e saúde mental na pandemia. **R. Katál.**, v. 26, n. 1, p. 43-53, 2023. DOI: 10.1590/1982-0259.2023.e88287. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/yc338hjbNC9CWCCJQKy8QRx/>>. Acesso em 25 mar. 2023.

MAXQDA. Software para a Análise de Dados Qualitativos. **MAXQDA**. Disponível em: <https://www.maxqda.com/brasil/software-analise-qualitativa?gclid=CjwKCAjw9e6SBhB2EiwA5myr9h2tU91GJQdKxPXN8Wiuz_xsiozk2ifyVyctwvM18i5doF1jg_4xoCt7EQAvD_BwE>. Acesso em 17 de abr. de 2022.

MELO, C. M.; SOARES, M. Q.; BEVILACQUA, P. D. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3715-3728, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022279.07242022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/CjvBkCMNDbM47xWMgdTgMqq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 09 jan. 2023.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602247&tlng=pt. Acesso em: 06 jan. 2021.

MILANEZ, L. S. *et al.* Saúde de lésbicas: experiências do cuidado das enfermeiras da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3891-3900, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06912022>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/s9KXTyhT9QMtKrPxKh9YFhC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 09 jan. 2023.

MOROSKOSKI, M. *et al.* Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: uma análise de tendência. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 3, p. 4993-5002, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.02602020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/nF8zMFw8XCnzfFMJTnqLLqG/?lang=pt#>>. Acesso em 22 mar. 2023.

MOTA, A. R. *et al.* Práticas de cuidado da(o) enfermeira(o) à mulher em situação de violência conjugal. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v. 12, p. 840-849, 2020. DOI: [0.9789/2175-5361.rpcf.v12.7814](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7814). Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7814/pdf_1>. Acesso em 14 fev. 2023.

MOURA, S. N. C.; RAMOS, M. M. A mulher lésbica é mulher para a Lei Maria da Penha? **Rev. Direito e Práx.**, v. 13, n. 2, p.1168-1199, 2022. DOI: 10.1590/2179-8966/2022/66798. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdp/a/N99bHhTK3v9CW366bHDDQDc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 29 jan. 2023.

MUÑOZ-SELLÉS, E., *et al.* Detection of gender-based violence in primary care in Central Catalonia: a descriptive cross-sectional study. **BMC Health Serv Res.**, v. 23, n. 110, p. 1-9,

2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09091-6. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9893199/>>. Acesso em 11 fev. 2023.

NETO, K. R. E. M.; GIRIANELLI, V. R. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 488-499, out./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x202028040404>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x202028040404>. Acesso em: 06 jan. 2021.

NIHEL, H. *et al.* Characteristics of violence against women in Kairouan, Tunisia, in 2017. **Libyan J Med.**, v. 16, n. 1, p. 1-7, 2021. DOI: 10.1080/19932820.2021.1921900. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8118423/>>. Acesso em 10 abr. 2023.

O'REILLY, R.; PETERS, K. Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. **BMC Women's Health**, v. 18, n. 128, p. 1-8, 2018. DOI: 10.1186/s12905-018-0620-2. Disponível em: <<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0620-2#citeas>>. Acesso em 10 abr. 2023.

OLIVEIRA, C. A. B.; *et al.* Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia – Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2019. DOI: 10.15649/cuidarte.v10i1.573. Disponível em: <<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/573>>. Acesso em 21 mar. 2023.

OLIVEIRA, C.A.B. *et al.* Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia – Brasil. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 10, n. 9, e. 573, p. 1-12, abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.573>. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/573>. Acesso em: 08 jan. 2021.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Violência contra a mulher**. Washington, D.C: OPAS/OMS, 2015. 27 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y>. Acesso em 22 out. 2022.

PAHO. Pan American Health Organization. **Addressing violence against women in health policies and protocols in the americas: a regional status report**. Washington, D.C.: PAHO, 2022. 76 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56750/9789275126387_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 17 mar. 2023.

PASINATO, W. **Diretrizes para atendimento em casos de violência de gênero contra meninas e mulheres em tempos da pandemia da covid-19**. Brasília: ONU Mulheres, 2020. 28 p. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Diretrizes-para-atendimento_ONUMULHERES.pdf>. Acesso em 12 mar. 2023.

PASINATO, W.; SANTOS, C. M. Mapeamento das delegacias da mulher no Brasil. Campinas: **PAGU/UNICAMP**, 2008. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/mapeamento-das-delegacias-da-mulher-no-brasil>>. Acesso em 21 jan. 2022.

PÊ, F. C. *et al.* Violência contra a mulher: experiência de profissionais facilitadores de um grupo reflexivo de homens. **Revista da SPAGESP**, v. 23, n. 1, p. 87-102, 2022. DOI: 10.32467/issn.2175-3628v23n1a8. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v23n1/v23n1a08.pdf>>. Acesso em 24 mar. 2023.

RIO DE JANEIRO. Secretária de Saúde. **Atualização do Plano Diretor de Regionalização: 2012-2013**. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzA0OQ%2C%2C>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

ROCHA, S. S. M.; SOKOLONSKI, A. R. Violência contra mulher no período da COVID -19. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 21, n. 3, p. 650-656, 2022. DOI: 10.9771/cmbio.v21i3.52005. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/52005>>. Acesso em 23 mar. 2023.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. 527 p.

RUIZ-FERNÁNDEZ, M. D.; ORTIZ-AMO, R.; ALCARAZ-CÓRDOBA, A. Attention given to victims of gender violence from the perspective of nurses: a qualitative study. **Int J Environ Res Public Health**, v. 19, n. 19, p. 1-11, 2022. DOI: 10.3390/ijerph191912925. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9564834/>>. Acesso em 18 fev. 2023.

SANTOS, D. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Necessidades em saúde de mulheres vítimas de violência sexual na busca pelo aborto legal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 30, e3561, p. 1-9, 2022. DOI: 10.1590/1518-8345.5834.3561. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/WfhmRpSZSpssgwbzhHyJNjt/citation/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 16 jan. 2023.

SANTOS, K. D. A.; SILVA, J. P.; PEDREIRA, L. M. E. The invisibility of women caring for women victims of violence. **Rev. Katálysis**, v. 25, n. 2, p. 425-435, 2022. DOI: 10.1590/1982-0259.2022.e84550. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/g8BRJVM4nykxxPChp6dJ3Bp/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em 01 abr. 2023.

SANTOS, R. G. *et al.* Violência contra a Mulher à Partir das Teorias de Gênero. **Rev. Mult. Psic.**, v. 13, n. 44, p. 97-117, 2019. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/download/1476/2363/5949>>. Acesso em 05 fev. 2023.

SÃO PAULO. Decreto nº 23.769, de 6 de agosto de 1985. Cria a delegacia de polícia de defesa da mulher. **São Paulo**, p. 8, ago., 1985. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1985/decreto-23769-06.08.1985.html>>. Acesso em 21 jan. 2022.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 93-102, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.16562015. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/J55Jxm9XWYcSr5pqxtGW8Xr/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em 01 mai. 2023.

SILVA, A. F. *et al.* Elementos constitutivos da masculinidade ensinados/apreendidos na infância e adolescência de homens que estão sendo processados criminalmente por violência contra a mulher/parceira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2123-2131, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022276.18412021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/N5NZMqyRYxh763Fq3pPfzgS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 24 mar. 2023.

SILVA, C. D. *et al.* Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e. 63935, p. 1-9, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.63935>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100419&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2021.

SILVA, C. D. *et al.* Violência contra a mulher: agressores usuários de drogas ilícitas. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 2, p. 2494-2504, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2494-2504>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3880>. Acesso em: 08 jan. 2021.

SILVA, E. B.; NASCIMENTO, R. P. Trabalho e violência doméstica: uma investigação a partir de grupos de apoio às vítimas no Facebook. **Cad. EBAPE.BR**, v. 20, n. 5, p. 675-687, 2022. DOI: 10.1590/1679-395120210160. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cebape/a/dv7kPWH6JkTw9J5zyPSPDyM/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 12 fev. 2023.

SILVA, G. K. *et al.* Violência por parceiro íntimo em região de tríplice fronteira. **Rev Min Enferm.**, v. 25, e-1361, p. 1-8, 2021. DOI: 10.5935/1415.2762.20210009. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v25/1415-2762-reme-25-e1361.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2021.

SILVA, J. P. A.; CARMO, V. M.; RAMOS, G. B. J. R. As quatro ondas do feminismo: lutas e conquistas. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, v. 7, n. 1, p. 101–122, 2021. Disponível em: <<https://indexlaw.org/index.php/direitoshumanos/article/view/7948/pdf>>. Acesso em 09 jul. 2023.

SILVA, K. E. A.; SANTOS, J. I. O.; BEZERRA, W. C. O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas. **Physis**, v. 32, n. 1, p. 1-25, 2022. DOI: 10.1590/S0103-73312022320118. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/VQS3QFvN5kpB3Yg8rqBxg8K/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 02 abr. 2023.

SILVA, M. C. M. *et al.* Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-412, jul./set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679->

49742013000300005. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a05.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2021.

SOUTO, K; MOREIRA, M. R. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde debate**, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/>>. Acesso em 09 jul. 2023.

SOUZA, T. M. C.; REZENDE, F. F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Est. Inter. Psicol.**, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018. DOI: 10.5433/2236-6407.2016v9n1p21. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n2/a03.pdf>>. Acesso em 14 fev. 2023.

SURITA, F. G.; SANCHEZ, O. R. Routine Enquiry for Domestic Violence during Antenatal Care: An Opportunity to Improve Women's Health. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 44, n. 3, p. 211-213, 2022. DOI: 10.1055/s-0042-1742735. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-1742735.pdf>>. Acesso em 01 mai. 2023.

TASSINARI, T. T, *et al.* Violência de gênero em mulheres estudantes universitárias: evidências sobre a prevalência e sobre os fatores associados. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 25, n. 1, p. 105-120, 2022. DOI: 10.14718/ACP.2022.25.1.8. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v25n1/0123-9155-acp-25-01-105.pdf>>. Acesso em 24 mar. 2023.

TAVARES, L. A.; CAMPOS, C. H. A convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “convenção de belém do pará”, e a lei maria da penha. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, v. 6, n. 3, p. 9-18. 2018. DOI: 10.17564/2316-3801.2018v6n3p9-18. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Interf-Hum_v.6_n.3.02.pdf>. Acesso em 29 jan. 2023.

TEOFILO, M. M. A. *et al.* Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). **Cad. Saúde Colet.**, v. 27, n. 4, p. 437-447, 2019. DOI: 10.1590/1414-462X201900040302X. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/S5DmRHyz9HLypcKZwpywnRp/?lang=pt>>. Acesso em 14 fev. 2023.

TERRA, M. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Análise das trajetórias assistenciais ofertadas às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde em Redes**, v. 8, n. 3, p. 163-181, 2022. DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p163-181. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3681>>. Acesso em 29 abr. 2023.

TRINDADE, T. A.; PAVAN, I. L. Segregação urbana e a dimensão socioespacial da divisão sexual do trabalho. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, v. 37, n. 110, p. 1-19, 2022. DOI: 10.1590/3711003/2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/gGtqVkJZkhrFgjCwRVrHLCH/>>. Acesso em 25 mar. 2023.

UNIC RIO. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: UNIC RIO, 2009. 17 p. Disponível em: <<https://www.sigas.pe.gov.br/files/04092019102510-declaracao.universla.dos.direitos.hmanos.pdf>>. Acesso em 29 jan. 2023.

UNICEF. **Objetivo do desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>>. Acesso em 05 dez. 2022.

VALENZUELA, V. V. V. *et al.* Violência por parceiro íntimo e resiliência em mulheres da Amazônia ocidental brasileira. **Acta Paul Enferm**, v. 35, e. APE0199345, p. 1-8, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO0199345. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/Hb8hH8rBFDm98NvLTyn3v8H/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 15 jan. 2023.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. S.; BARBOSA, R. M. A contribuição da revista ciência & saúde coletiva para os estudos sobre e gênero e saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 25, n. 12, p. 4803-4812, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202512.15582020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/4RGdJSqFJbFnVDmXTmQhMgF/?lang=pt>>. Acesso em 23 mar. 2023.

WILLIAMS, J. R. *et al.* Disclosing Gender-Based Violence During Health Care Visits: A Patient-Centered Approach. **J Interpers Violence**, v. 35, p. 1-18, 2020. DOI: 10.1177/0886260517720733. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9527868/>>. Acesso em 10 abr. 2023.

ZHU, N; CHANG, L. Evolved but Not Fixed: A Life History Account of Gender Roles and Gender Inequality. **Front Psychol.**, v. 10, n. 1709, p. 1-12, 2019. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01709. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6664064/>>. Acesso em 09 jul. 2023.

APENDICE A – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada atendimento às mulheres em situação de violência: mapeamento das práticas dos enfermeiros nas unidades de saúde, a qual é realizada no âmbito do programa de pós-graduação em educação profissional em saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, sob a responsabilidade da pesquisadora Giúlia Kamille de Medeiros Padilha, sob a orientação do professor Marcio Sacramento de Oliveira e da coorientação da professora Ana Cláudia Mateus Barreto.

O objetivo dessa pesquisa é analisar as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros no atendimento as mulheres em situação de violência nas unidades de atenção primária a saúde do município de Rio das Ostras e de Cabo Frio, ambos situado no estado do Rio de Janeiro, Brasil.

A razão de você estar sendo convidado(a), se deve ao fato de que você atuar na rede de atenção primária a saúde do município de Rio das Ostras e/ou Cabo Frio, possuir o tempo mínimo de um ano de exercício profissional como enfermeiro e ter a jornada de trabalho de 20h ou 40h/semanais na rede de atenção primária a saúde.

Sua participação consistirá em participar de uma entrevista individual de forma a responder um questionário fechado pré-definido. Essa entrevista terá uma duração aproximada de 20 minutos.

Este questionário abrange um total de 38 perguntas, cujas categorias são: a) a caracterização social, composta por 4 questões; b) a formação profissional em enfermagem, englobando 4 questões; c) a experiência profissional como enfermeiro, contemplando 4 questões; d) a atuação profissional, com um conjunto de 4 perguntas; e) as práticas de atendimento à mulher em situação de violência, abrangendo 9 questões; f) caracterização do ambiente de trabalho para o atendimento as mulheres em situação de violência, integrando 6 questões; e g) a percepção sobre a temática violência contra a mulher, composta por 7 questões.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados, sendo que nesse estudo há um risco mínimo de gerar desconforto e emoções negativas nos participantes por envolver questões sensíveis relacionados a situação de violência de gênero. Contudo, este risco foi amenizado após a discussão e revisão do roteiro da entrevista, o preparo do pesquisador para realizar a entrevista, a promoção de um ambiente reservado e confortável para a coleta de dados, e a garantia da liberdade do participante do estudo em não responder questões que causem constrangimento e, a possibilidade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A pesquisadora se compromete em preservar o sigilo e confidencialidade dos participantes e, realizar a análise dos dados de forma agregada a fim de minimizar qualquer forma de identificação dos participantes, inclusive quando do momento da divulgação dos resultados.

Os benefícios esperados com a realização desse estudo são indiretos e estão relacionados ao auxílio em promover a discussão sobre as atribuições do enfermeiro no enfrentamento a violência contra a mulher, fornecendo subsídios para o planejamento de políticas públicas e estratégias assistenciais e educacionais na área de enfermagem para aprimorar a qualidade do atendimento às mulheres em situação de violência nos

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____



municípios de Rio das Ostras e Cabo Frio.

Destaca-se que não haverá qualquer remuneração pela participação na pesquisa. Em observância ao 9º artigo da Resolução do CNS n° 510/2016, você será indenizado pelo decorrente da pesquisa, nos termos da Lei, e da possibilidade de ressarcimento de despesas diretamente em função da participação na pesquisa

Em respeito ao 2º e 4º artigo da Resolução CNS n° 580/2018, a sua participação na pesquisa não deve ser confundida com atividade de atenção à saúde, de forma a não prejudicar o atendimento aos usuários.

Não divulgaremos o nome de nenhum dos entrevistados. Entretanto, em razão do cargo que você ocupa, existe o risco de você vir a ser indiretamente identificado. Visando minimizar este risco de identificação do participante, a análise e o resultado desta pesquisa serão divulgados de forma agregada.

Ao final da pesquisa, você receberá um relatório impresso com os resultados da pesquisa.

Você tem o direito de retirar a sua participação do estudo, agora ou a qualquer tempo, sem qualquer penalidade ou prejuízo para a sua relação com a instituição proponente desse estudo.

Em caso de dúvida sobre qualquer aspecto desse estudo, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz nos endereços abaixo. O Comitê de Ética é a instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes.

O presente termo será emitido em duas vias, ficando uma em poder do participante da pesquisa.

Declaro que li o termo e concordo em participar da pesquisa.

[Local], [data]

[Assinatura e nome do participante]

[Assinatura e nome do pesquisador responsável]

Contatos da pesquisadora responsável:

Endereço: Rua Barbosa Lima Sobrinho, 898, Enseada, Rio das Ostras-RJ

Tel.: (22) 99862-7272 / e-mail: giuliapadilha@id.uff.br

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz

Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – RJ / Cep 21040-360

Tel.: 3865-9809 / e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

APENDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA



ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

1. Quanto a sua caracterização social, responda qual seu/sua?

1.1 Sexo:

A) Feminino. B) Masculino.

1.2 Idade:

A) 18 a 20 anos. B) 21 a 25 anos. C) 26 a 30 anos. D) 31 a 35 anos.
E) 36 a 40 anos. F) 41 a 55 anos. G) Acima de 56 anos.

1.3 Estado civil:

A) Solteiro (a). B) Casado (a). C) União estável.
D) Divorciado (a). E) Viúvo (a). F) Dequitado (a).

1.4 Cor:

A) Branca. B) Preta. C) Parda. D) Amarela. E) Indígena.

2. Quanto a sua formação profissional em enfermagem, responda:

2.1 Qual a sua titulação?

A) Graduado (a). B) Especialista. C) Mestre. D) Doutor (a). E) Pós-doutor (a).

2.2 Durante a sua graduação em enfermagem, a temática violência contra a mulher foi incorporada na grade curricular da instituição de ensino?

A) Sim. B) Não. C) Não lembro.

2.3 Em relação ao atendimento as mulheres em situação de violência, como você considera o preparo oferecido pela instituição de ensino:

A) Totalmente inadequado. B) Parcialmente inadequado.
C) Nem adequado, nem inadequado. D) Parcialmente adequado.
E) Totalmente adequado.



2.4 Já participou de alguma capacitação profissional para lidar com o atendimento as mulheres em situação de violência?

A) Sim. B) Não. C) Não lembro.

3. **Quanto a sua experiência profissional como enfermeiro, responda:**

3.1 Local de atuação profissional:

A) Cabo Frio. B) Rio das Ostras.

3.2 Possui quanto tempo de exercício profissional como enfermeiro?

A) Entre 1 e 2 anos. B) Entre 2 e 5 anos. C) Entre 5 e 10 anos. D) Acima de 10 anos.

3.3 Durante a sua prática de cuidado, já identificou mulheres em situação de violência?

A) Sim. B) Não. C) Não lembro.

3.4 Nesse último ano, você identificou mulheres em situação de violência durante a consulta de enfermagem?

A) Sim. B) Não. C) Não lembro.

4. **Quanto a sua atuação profissional, responda:**

4.1 Quais tipos de agressão contra a mulher você comumente tem facilidade de identificar no âmbito dos atendimentos? (**Múltipla escolha**)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| A) Agressão de natureza física. | B) Agressão de natureza sexual. |
| C) Agressão de natureza psicológica. | D) Agressão de natureza moral. |
| E) Agressão de natureza patrimonial. | F) Não tenho facilidade de identificar. |

4.2 Nesse último ano, você realizou a notificação compulsória de casos de situação de violência contra a mulher?



A) Sim. B) Não. C) Não lembro.

4.3 Durante a sua experiência profissional, você já preencheu uma notificação compulsória de casos de situação de violência contra a mulher?

A) Sim. B) Não. C) Não lembro.

4.4 Caso a mulher reforce a necessidade do sigilo da situação de violência relatado durante a consulta de enfermagem, você costuma realizar a notificação do caso?

A) Sim. B) Não. C) Não saberia o que fazer.

5. **Quanto as práticas de atendimento à mulher em situação de violência durante o último ano, responda:**

5.1 Realizou durante a consulta esclarecimentos e informações acerca da violência contra a mulher:

A) Sim. B) Não.

5.2 Disponibilizou a mulher um material educativo sobre a violência contra a mulher:

A) Sim. B) Não.

5.3 Prestou acolhimento com empatia, escuta ativa e análise da situação vivida pela mulher:

A) Sim. B) Não.

5.4 Informou e/ou encaminhou a mulher aos serviços de apoio disponíveis na localidade:

A) Sim. B) Não.

5.5 Esclareceu a mulher sobre os riscos e benefícios de cada encaminhamento proposto:

A) Sim. B) Não.

5.6 Discutiu com a mulher estratégias para superação da violência vivida:

A) Sim. B) Não.



5.7 Verificou se as informações necessárias foram dadas a mulher e se a mesma compreendeu ou tem dúvidas a serem sanadas:

A) Sim. B) Não.

5.8 Registrou no prontuário da usuária a situação de violência vivida e achados do exame físico:

A) Sim. B) Não.

5.9 Há um protocolo de enfermagem/ da saúde para o atendimento as mulheres em situação de violência na sua unidade?

A) Sim. B) Não. C) Não sei.

6. Quanto as características do seu ambiente de trabalho para o atendimento as mulheres em situação, quão adequado você acredita que se encontra os seguintes aspectos:

6.1 Ambiente e organização do espaço físico (silêncio e privacidade):

- A) Totalmente inadequado. B) Parcialmente inadequado.
C) Nem adequado, nem inadequado. D) Parcialmente adequado.
E) Totalmente adequado.

6.2 Atendimento humanizado as mulheres em situação de violência pela recepção da unidade:

- A) Totalmente inadequado. B) Parcialmente inadequado.
C) Nem adequado, nem inadequado. D) Parcialmente adequado.
E) Totalmente adequado.

6.3 Preparo da equipe de saúde para o acolhimento as mulheres em situação de violência:

- A) Totalmente inadequado. B) Parcialmente inadequado.
C) Nem adequado, nem inadequado. D) Parcialmente adequado.
E) Totalmente adequado.



- 6.4** Promoção da relação com confiança e respeito entre usuária-enfermeiro:
- A) Totalmente inadequado. B) Parcialmente inadequado.
C) Nem adequado, nem inadequado. D) Parcialmente adequado.
E) Totalmente adequado.
- 6.5** Realização de ações de saúde na unidade voltadas ao empoderamento feminino:
- A) Totalmente inadequado. B) Parcialmente inadequado.
C) Nem adequado, nem inadequado. D) Parcialmente adequado.
E) Totalmente adequado.
- 6.6** Articulação e trabalho conjunto com os demais pontos da rede de atendimento as mulheres em situação de violência:
- A) Totalmente inadequado. B) Parcialmente inadequado.
C) Nem adequado, nem inadequado. D) Parcialmente adequado.
E) Totalmente adequado.

7. Quanto a sua percepção sobre a temática violência contra a mulher, responda:

- 7.1** Qual a principal forma de violência contra a mulher?
- A) Agressão de natureza física. B) Agressão de natureza sexual.
C) Agressão de natureza psicológica. D) Agressão de natureza moral.
E) Agressão de natureza patrimonial. F) Não sei responder.
- 7.2** Acredita que, de forma predominante, as mulheres relatam as situações de violência vividas para o profissional da saúde durante o atendimento?
- A) Sim. B) Não. C) Não sei.
- 7.3** No tocante a segurança pessoal, quão seguro você se sente para atuar em cenário de violência contra a mulher?
- A) Sinto-me totalmente inseguro. B) Sinto-me parcialmente inseguro.



- C) Sinto-me nem seguro, nem inseguro. D) Sinto-me parcialmente seguro.
E) Sinto-me totalmente seguro.

7.4 Considerando a Lei n. 10.778/2003, que estabelece a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher, quais situações de violência devem ser notificados?

- A) Suspeitos. B) Confirmados. C) Suspeitos e confirmados. D) Não sei.

7.5 Considerando a mesma lei supracitada, quais tipos de agressão a mulher NÃO é obrigatório a notificação? **(Múltipla escolha)**

- A) Agressão de natureza física. B) Agressão de natureza sexual.
C) Agressão de natureza psicológica. D) Agressão de natureza moral.
E) Agressão de natureza patrimonial. F) Nenhuma das opções.

7.6 Quais aspectos a seguir você acredita que cause a violência contra a mulher?

(Múltipla escolha)

- A) Consumo de álcool. B) Consumo de tabaco.
C) Consumo de drogas ilícitas. D) Situação financeira.
E) Traição e infidelidade. F) Ciúmes.
G) Comportamento da companheira. H) Descontentamento da relação íntima
I) Não aceitação da separação. J) Transtorno psicológico.
K) Outros.

7.7 Você acredita que o atendimento em saúde ao agressor pela mesma equipe que acolhe a mulher em situação de violência pode influenciar na implementação de ações para empoderar esta mulher a romper o ciclo de violência?

- A) Sim. B) Não. C) Não sei.