



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

LUÍZA PEREIRA MAIA DE OLIVIERA

**CONHECIMENTO E CONDUTA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
MATERNIDADES ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER
PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

RIO DE JANEIRO

2023

LUÍZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA

**CONHECIMENTO E CONDOTA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
MATERNIDADES ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER
PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem, saúde e cuidado na
sociedade.

Linha de Pesquisa: Saúde, história e cultura: saberes em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Selma Villas Boas Teixeira

RIO DE JANEIRO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

048 OLIVEIRA, Luíza Pereira Maia de
Oliv Conhecimento e conduta de profissionais de saúde de maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo/ Luíza Pereira Maia de Oliveira - Rio de Janeiro, 2023.
126 fls.; il.

Orientadora: Prof. Dra. Selma Villas Boas Teixeira – Rio de Janeiro: 2023.
Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

1. Violência contra a mulher. Violência por parceiro íntimo. 3. Gravidez. 4. Pessoal de Saúde I TEIXEIRA, Selma Villas Boas (Orient.) II Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. III. Título.

LUÍZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA

**CONHECIMENTO E CONDUTA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
MATERNIDADES ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER
PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem, saúde e cuidado na
sociedade.

Linha de Pesquisa: Saúde, história e cultura: saberes em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Selma Villas Boas Teixeira

Aprovada em: 05/05/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Selma Villas Boas Teixeira
Presidente

Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia Mateus Barreto
1^a Examinadora Externa
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof.^a Dr.^a Adriana Lemos Pereira
1^a Examinadora Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof.^a Dr.^a Luciane Marques de Araújo
Suplente Externa
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof.^a Dr.^a Andressa Teoli Nunciaroni
Suplente Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

RIO DE JANEIRO

2023

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Lydia, e à minha avó, Maria Luíza (*in memoriam*), por terem contribuído para a minha formação enquanto ser humano e, sobretudo, mulher.

Às mulheres com quem tive a oportunidade de estudar, trabalhar e ter discussões saudáveis sobre a luta por igualdade, e que me inspiraram a seguir de cabeça erguida em busca dos meus objetivos.

Às minhas amigas e à minha sogra, mulheres que de tantas formas e jeitos caminham comigo e acreditam nos mesmos ideais que eu.

A todas as mulheres que cruzaram a minha vida profissional: vocês inspiraram esta Dissertação. Agradeço por todas as histórias compartilhadas, seja na Atenção Básica ou hospitalar, na infância, adolescência, vida adulta ou no processo de envelhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me permitido chegar até aqui e ter trilhado este sonho lado a lado comigo, e à Nossa Senhora, por sempre iluminar e conduzir os meus passos.

À minha mãe, Lydia, por ser um exemplo de mulher de garra e por sempre ter me incentivado a estudar mais e mais. Obrigada por estar comigo em todos os momentos. Conseguimos mais esta vitória!

À minha amada Maria Luíza (*in memoriam*), que mesmo não estando fisicamente comigo, sei que na morada em que está, me deu forças e coragem para prosseguir. Obrigada, vovó, por ser fonte de inspiração constante!

Ao José Augusto (*in memoriam*) e a Luciano, vovô e tio, essa conquista também é de vocês! Obrigada por acreditarem em mim e contribuírem com a minha formação!

Ao Danilo, por todo o companheirismo ao longo deste período. Por sempre debater e militar comigo sobre temas voltados às políticas sociais. Obrigada por ser tão parceiro e por entender todos os meus momentos difíceis ao longo desse período. Grata por ter ao meu lado um homem que preza pelo respeito, justiça e igualdade!

À Ana, por ter acreditado no meu potencial ainda na graduação e ter me encorajado a seguir em frente, quando nem eu mesma acreditava. Obrigada por tanta parceria e conselhos valiosos!

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Selma Villas Boas Teixeira, por ter caminhado comigo ao longo desta jornada, pela paciência e todos os ensinamentos. Grata pelos valiosos conselhos e direcionamentos!

Às integrantes da Banca de Qualificação e Dissertação, Prof.^a Dr.^a Adriana Lemos, Prof.^a Dr.^a Ana Claudia Barreto, Prof.^a Dr.^a Andressa Nunciaroni e Prof.^a Dr.^a Luciane, gratas por todas as contribuições que fizeram para esta dissertação e por todo conhecimento compartilhado.

Ao LEGS e NuPEEMC, grupo e núcleo dos quais esta pesquisa faz parte, sou grata por todos os momentos de construção de conhecimento. E por ter sido através do Núcleo o início da coleta de dados desta pesquisa. Agradeço imensamente por todo apoio!

A todos os profissionais que aceitaram participar desta pesquisa, mesmo em meio à correria de suas jornadas de trabalho e vida pessoal. Agradeço imensamente pelas valiosas entrevistas e por confiarem em mim para compartilhar suas experiências. Seguimos juntos rumo à melhoria da nossa assistência!

Às minhas amigas da época de residência, principalmente Carine e Nathalia, quando o Mestrado ainda era um projeto, agradeço por tanto compartilhamento e por acreditarmos na melhoria da assistência à saúde.

Às minhas amigas desde a adolescência, em especial à Luana Bragança, que por tantas vezes me acolheu e enxugou minhas lágrimas quando batia o cansaço e problemas pessoais. Nosso encontro é de almas, e sou muito grata por ter você comigo em mais esta jornada!

À Yamê Alves, Luma Guida, Mayara Ribeiro e Bruna Martins, mestrandas com as quais dividi estresses e alegrias. Sonhamos juntas e seguimos! Obrigada pela nossa "Panelinha", ela tornou tudo mais fácil! E à Verônica, mestranda na época do meu início, gratidão por toda parceria!

Às minhas colegas de trabalho do início do mestrado: Dayanne e Amanda, que acompanharam minha rotina exaustiva de conciliar pesquisa e assistência e sempre ouviram meus desabafos e colheram. E à minha coordenadora de Enfermagem da época, Lívia Albino, que sempre acolheu, incentivou e me impulsionou a perder o medo em diversas situações, para que eu continuasse focada em alcançar meus objetivos. Gratidão a vocês por tudo, principalmente em um dos momentos mais delicados da minha vida!

À minha coordenação de Enfermagem atual, Katherine e Gabriela, e às enfermeiras que atuam comigo, Ana Carolina Defanti, Nayanna Nassif e Karine Ferraz, por entenderem os momentos em que eu precisava estar mais focada no Mestrado e sempre dividirem a assistência comigo. Obrigada por tornarem a jornada mais leve com o apoio de vocês! À Cecília, Elayne e toda a equipe, por entenderem meus momentos de estresse e dedicação ao Mestrado, tentando me auxiliarem no que fosse possível para que eu não perdesse o foco!

A todos os profissionais que atuaram ao meu lado, por me motivarem a desenvolver esta pesquisa com foco na melhoria da assistência. Nossas trocas de saberes sempre foram extremamente valiosas!

E a todas as mulheres, tantas...Que me sensibilizaram com suas histórias e a mim confiaram tantos relatos! É por vocês, por nós, pelas que estão por vir, que busco contribuir um pouco para impactar na busca por uma assistência digna! Vocês me encorajam a sonhar!

EPÍGRAFE

Eu não sou livre enquanto alguma mulher não o for, mesmo quando as correntes dela forem muito diferentes das minhas.

Audre Lord

RESUMO

A violência perpetrada por parceiro íntimo (VPI) é considerada uma violência de gênero e representa um grande problema de saúde pública, diante da magnitude, repercute negativamente na saúde mental, física, sexual e reprodutiva das mulheres. Fato que aponta para a necessidade de os profissionais conhecerem os dispositivos legais e éticos para assistirem às mulheres. Tem como objeto de estudo o conhecimento de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. Seus objetivos são: Caracterizar o perfil sociodemográfico e formativo de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo; analisar o conhecimento de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo; discutir a conduta ética e legal de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades frente a mulher em situação de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, que teve como enfermeiras e médicas participantes que atuavam em maternidades públicas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e maio de 2022, após aprovação do Parecer Consubstanciado do CEP Unirio, CAAE n.º 54156121.4.0000.5285. A entrevista foi individual, online e guiada por formulário semiestruturado, utilizando-se da técnica conhecida como *Snowball Technique*, após assinatura do TCLE pela participante. A análise dos dados foi realizada a partir da análise temática, emergindo a 1ª categoria - Conhecimento de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, dividida em duas subcategorias: 1.1 - Conhecimento de enfermeiras e médicas acerca da VPI; 1.2 - Conduta de enfermeiras e médicas à luz dos dispositivos éticos e legais. Os resultados permitiram evidenciar que as diferenças no perfil sociodemográfico e formativo entre as categorias das profissionais participantes interferiram em sua conduta. Foi revelado que embora fossem capazes de identificar a VPI e suas repercussões na saúde materno-fetal, as participantes apresentaram desconhecimento acerca dos dispositivos legais que versam sobre a temática, a fim de respaldar as condutas, que foram pautadas no biologicismo. Situação que impactou em encaminhamentos pontuais, de forma a não abranger os fluxos da rede de enfrentamento à violência. Houve dúvidas e o não preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória, por atribuírem a responsabilidade à outra categoria profissional. Em outros casos, houve o desconhecimento desse instrumento. Portanto, salienta-se a necessidade de capacitação dos profissionais, atentarem-se para o cuidado humanizado, conforme preconizado pelos dispositivos legais, exercendo suas profissões com ética e embasamento científico, afastando-se de conceitos e princípios fundamentados no machismo e patriarcalismo. Torna-se fundamental a incorporação dessa temática nos cursos de graduação na área da Saúde e fortalecimento da comunicação entre os serviços que compõem a Rede de Enfrentamento à violência, a fim de garantir o direito das mulheres, repercutindo na redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência por parceiro íntimo. Gravidez. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Intimate partner violence (IPV) is considered a gender-based violence and represents a significant public health problem. Its detrimental impact on women's mental, physical, sexual, and reproductive health highlights the urgent need for professionals to be well-versed in the legal and ethical frameworks required to support and assist women. This study focuses on the knowledge of nurses and doctors working in maternity wards regarding gender-based violence against women perpetrated by intimate partners. The objectives include characterizing the sociodemographic and educational profile of these healthcare professionals, analyzing their knowledge of gender-based violence, and discussing their ethical and legal conduct when faced with women experiencing violence from intimate partners. The study employed a qualitative descriptive and exploratory approach, involving nurses and doctors practicing in public maternity wards affiliated with the Unified Health System (SUS). Data collection took place between February and May 2022, following the approval of the research ethics committee. Individual online interviews were conducted using a semi-structured form and the Snowball Technique, with participants providing informed consent. Thematic analysis was applied to the data, leading to the emergence of two subcategories within the overarching category of knowledge: 1.1 - Knowledge of nurses and doctors concerning IPV and 1.2 - Conduct of nurses and doctors based on ethical and legal frameworks. The findings revealed that differences in sociodemographic and educational backgrounds influenced the professionals' conduct. While participants demonstrated the ability to identify IPV and recognize its impact on maternal-fetal health, they exhibited a lack of familiarity with the legal provisions pertaining to this issue. Consequently, their actions were based on a biologicistic perspective, resulting in limited referrals that failed to encompass the comprehensive violence prevention and response network. Some participants had doubts or failed to complete the Compulsory Notification Form, often attributing responsibility to other professional categories or being unaware of the form itself. The study emphasizes the necessity of training healthcare professionals to provide care in a manner consistent with ethical and legal guidelines, while adopting a humanistic approach and rejecting concepts rooted in sexism and patriarchy. Incorporating this topic into undergraduate health programs becomes imperative, as does enhancing communication among the various services within the violence prevention and response network. By doing so, the rights of women can be safeguarded, and maternal and neonatal morbidity and mortality can be reduced. In conclusion, intimate partner violence perpetrated against women is a pressing issue with far-reaching public health implications. To effectively address this problem, healthcare professionals must possess comprehensive knowledge of the legal and ethical frameworks governing their practice. This necessitates training, a focus on humanized care, and a departure from concepts and principles rooted in sexism and patriarchy. By incorporating this topic into healthcare education and fostering effective communication within the violence prevention and response network, we can ensure the protection of women's rights and contribute to the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality.

Keywords: Violence against women. Intimate partner violence. Pregnancy. Health staff.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Processo de identificação e inclusão dos estudos.	27
Quadro 1 Síntese dos artigos selecionados de acordo com título do estudo, ano da publicação, objetivo e nível de evidência	28
Quadro 2 Agrupamento de unidades temáticas em eixos temáticos	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDENF	Base de Dados de Enfermagem CEP
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
LEGS	Laboratório de Estudos em Gênero, Saúde e Diretos Sexuais e Reprodutivos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciência da Saúde
MeSH	Medical Subject Heading
NuPEEMC	Núcleo de Pesquisa e Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PubMed	<i>U.S. National Library of Medicine</i>
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
VCM	Violência Contra Mulher
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	16
1.2	PROBLEMÁTICA.....	17
1.3	QUESTÕES NORTEADORAS.....	25
1.4	OBJETIVOS.....	25
1.5	JUSTIFICATIVA.....	26
1.6	CONTRIBUIÇÃO.....	32
2	BASES CONCEITUAIS	34
2.1	GÊNERO: CATEGORIA DE ANÁLISE QUE SUSTENTA A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO.....	34
2.2	VIOLÊNCIA DE GÊNERO COMO UMA FORMA DE VIOLÊNCIA PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO	36
2.3	VIOLÊNCIA PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO: A (IN) VISIBILIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE.....	38
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER.....	40
3	METODOLOGIA.....	44
3.1	TIPO DE ESTUDO	44
3.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	45
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	45
3.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	46
3.5	COLETA DE DADOS	46
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	48
3.7	RISCOS E BENEFÍCIOS	49
3.8	ANÁLISE DE DADOS.....	49
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FORMATIVO DAS PARTICIPANTES	55
4.2	CATEGORIA – CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS E MÉDICAS QUE ATUAM EM MATERNIDADES ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO.....	62
4.2.1	Subcategoria 1 - Conhecimento de enfermeiras e médicas acerca da VPI..	63

4.2.2	Subcategoria 2 - Conduta de enfermeiras e médicas à luz dos dispositivos éticos e legais	79
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
	APÊNDICE A – Roteiro da entrevista	114
	APÊNDICE B – Convite para participação de pesquisa	115
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	116
	APÊNDICE D – Carta de anuência	120
	APÊNDICE E – Perfil sociodemográfico e formativo das participantes	121
	ANEXO A – Parecer substanciado CEP UNIRIO	122

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Essa pesquisa tem como objeto de estudo o conhecimento de enfermeiras¹ e médicas² que atuam em maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo e está inserida na Linha de Pesquisa: "Saúde, História e Cultura: saberes em Enfermagem", da Pesquisa Institucional intitulada "A saúde da mulher no seu ciclo vital: aspectos biológicos, sociais e culturais", do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, que pertence à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

A motivação para confecção desse estudo emergiu das situações observadas durante o curso de residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal Fluminense, que tinha como campo prático uma Clínica da Família e, em um segundo momento, uma Maternidade Municipal, ambas localizadas na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro. Mediante essa experiência, foi possível observar algumas situações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que envolviam mulheres que vivenciaram violência doméstica, principalmente a perpetrada por parceiro íntimo durante o ciclo gravídico-puerperal. Durante a busca dessas mulheres pelo serviço de saúde, observei haver uma dificuldade tanto das mesmas em expressarem a situação vivenciada quanto dos profissionais da equipe em abordarem a temática e conduzirem o caso. Essa situação ocorria desde a porta de entrada do serviço, denominado Acolhimento e Classificação de Risco, até outros setores que dizem respeito à Atenção Hospitalar, como o Alojamento Conjunto.

Em relação aos relatos de violência de gênero, observou-se que algumas mulheres que o relataram não o fizeram na primeira abordagem junto ao profissional, e sim à medida que o vínculo era estabelecido. Um fato que muito me inquietou para o aprofundamento das questões da problemática deste estudo ocorreu quando uma gestante admitida por hipertensão arterial na maternidade relatou que vivenciava agressões físicas perpetradas pelo parceiro e afirmou não

¹ Utilizou-se o termo "enfermeira" em decorrência desse gênero constituir a realidade majoritária no universo da Enfermagem

² Utilizou-se o termo "médica" em decorrência da Medicina estar passando por um processo histórico de feminização e pelos participantes médicos, serem predominantemente do sexo feminino.

ter coragem de "abandoná-lo" por conta dos filhos e por não ter para onde ir. Também foi possível observar que muitas outras não reconheciam as situações de violência sexual e psicológica como uma forma de violência contra a mulher.

Outro fato que também me chamou a atenção foi o comportamento dos profissionais de saúde, especialmente das enfermeiras e das médicas, frente ao atendimento a essas mulheres. Observei que a maioria dos profissionais apresentava dificuldades na conduta frente ao fenômeno, seja por negligenciar a violência de gênero, ou seja, eles fingiam que não a identificavam, ou também pelo julgamento realizado sustentado em fatores culturais, como o machismo.

Além disso, durante a minha atuação na Atenção Básica, havia a ausência do preenchimento da "Ficha de Notificação Compulsória" por parte dos profissionais, mesmo existindo casos de violência de gênero contra mulheres grávidas e não grávidas na unidade. Essa situação infelizmente existe em nosso país e contribui para a invisibilidade desses casos. Além disso, a falta de humanização na abordagem era outro fator destacado, onde muitas vezes a mulher era obrigada a confidenciar suas vivências sem um espaço privativo que garantisse sua privacidade e uma resolução para seu problema.

Nesse contexto, a motivação para o desenvolvimento desse estudo advém da minha vivência na prática assistencial e da participação em cursos e palestras que abordavam a temática da violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal, bem como o papel do profissional de saúde diante dessa situação.

1.2 PROBLEMÁTICA

Ao pensar na violência como fenômeno histórico, observa-se que ela afeta tanto homens quanto mulheres. No entanto, os homens geralmente são vítimas em ambientes públicos, enquanto as mulheres vivenciam a violência em diversos espaços e ambientes, principalmente em seus lares, por meio de ações de seus próprios familiares, com destaque para seus parceiros (BRASIL, 2011).

O domicílio, geralmente associado como um refúgio e lugar de proteção, acaba se tornando um ambiente propício para práticas violentas, aumentando, assim, o risco de agressões contra as mulheres em comparação com outros espaços (SANTOS; SANTOS; NASCIMENTO, 2015). Considerada um problema de saúde pública, a violência contra a mulher (VCM) é um

fenômeno presente ao longo da história e consiste na violação dos direitos humanos, pois implica na integridade física das mulheres, afetando também seus direitos à saúde e à vida (BRASIL, 2011). Segundo a Who (2002), esse tipo de violência é caracterizado como interpessoal, sendo definido como o uso de força física ou poder, real ou ameaçador, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra um grupo, resultando em danos físicos, psicológicos, no desenvolvimento ou até mesmo na morte.

Neste contexto, a violência perpetrada por parceiro íntimo (VPI) é definida como qualquer comportamento que ocorra no âmbito de uma relação íntima entre o casal e que repercute em danos físicos, psicológicos ou sexuais. É um fenômeno que ocorre em todos os países do mundo, não se restringindo a grupos sociais, econômicos, religiosos ou culturais (BRASIL, 2006; TEIXEIRA et al., 2015).

Ao abordar a VPI, destaca-se que esta é considerada uma violência de gênero, uma vez que se fundamenta emergindo das expressões de desigualdades de sexo, tendo início principalmente no contexto das relações conjugais, uma vez que ao homem cabe o papel de dominador e às mulheres a subjugação. Contudo, ao se abordar relações de poder, deve-se considerar a possibilidade de que a mulher, ao vivenciar essa violência, pode também apresentar e ansiar sentimentos como a resistência e o desejo de luta (AMARIJO et al, 2020).

O Gênero é definido como a construção social de características que diferenciam homens de mulheres, como normas, relações e papéis atribuídos a cada um, variando de uma cultura para a outra (WHO, 2021). Nessa perspectiva, embora os homens sejam os principais perpetradores, do ponto de vista da sociedade machista e patriarcal, não se pode excluir que a mulher também possa assumir este papel, agredindo de diversas formas o seu companheiro, com destaques a violência psicológica, e à associação de álcool e drogas à prática da mesma (CEZARIO; CARVALHO; LOURENÇO, 2016; KISA, ZEYNELOĞLU, 2019).

Embora a predominância seja da VPI perpetrada contra a mulher, como exposto, em relação aos dados epidemiológicos, pode-se afirmar que os dados são subestimados, uma vez que há a invisibilidade desse tipo de violência, seja pela omissão de seu acontecimento pelos profissionais ou por conta das próprias mulheres que não desejam relatar o ocorrido. Há ainda de ser considerado o contexto histórico e social em que a VCM ocorre, uma vez que as relações de poder são fundamentadas no machismo e no patriarcalismo, sendo desiguais entre homens e mulheres, o que corrobora para que situações de violência sejam mascaradas na sociedade ou intimidem a mulher a não denunciar o ato sofrido por medo de preconceitos, dependência emocional e/ou financeira, abalo psicológico ou novo ciclo de violência (NÓBREGA et al., 2019).

Estima-se que, a nível mundial, a incidência de violência contra a mulher no âmbito doméstico tenha atingido níveis elevados, sendo a violência praticada pelo parceiro íntimo a mais evidente, afetando cerca de 641 milhões de mulheres. Estima-se que uma em cada três mulheres, totalizando 736 milhões, sofra violência física ou sexual pelo parceiro, ou sexual por um não parceiro, e esse número não tenha sofrido grandes e significativas alterações na última década (WHO, 2021).

No Brasil, um estudo realizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Instituto de Pesquisas Datafolha (BUENO et al., 2021) evidenciou que uma em cada quatro mulheres acima de 16 anos vivenciou algum tipo de violência nos últimos 12 meses, totalizando 17 milhões de mulheres. Dentre essas, a violência física, psicológica e sexual foram as mais prevalentes. Reforça-se, assim, que o ambiente doméstico é o menos seguro para a mulher, ou seja, é o local em que há mais chances de vivenciar a VCM.

Dados do Dossiê Mulher (MANSO; CAMPAGNAC, 2021), considerando o estado do Rio de Janeiro, evidenciaram que 72% das mulheres que vivenciaram a VPI possuíam até 17 anos, sendo a violência psicológica a mais vivenciada (63%), e o domicílio o local de maior ocorrência (74%), assim como no ano anterior. Quanto ao feminicídio, foram registrados 78 casos, nos quais 78% dos autores eram companheiros ou ex-companheiros, 74% ocorreram em ambiente residencial, e 59% dos agressores tinham passagem prévia pela polícia.

Existem fatores que atenuam a situação desse tipo de violência, como relacionamento familiar, vínculos afetivos consistentes, apoio social, perseverança e autoestima para enfrentar os obstáculos, e conhecimento acerca de seus direitos. Contudo, existem fatores que agravam essa situação. Um deles foi a ocorrência da pandemia COVID-19 a partir do ano de 2020. Com o confinamento da população, foi notório o aumento do número de casos de violência perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher em todos os países do mundo, uma vez que as mulheres e os integrantes de seu núcleo familiar, como o parceiro, começaram a passar mais tempo no ambiente doméstico (WHO, 2021; MARCOLINO et al., 2021). Houve ainda, neste contexto, o acesso à rede de apoio prejudicado, visto que as pessoas se afastaram do convívio social, bem como uma dificuldade acerca da busca pelos serviços de saúde (MARCOLINO et al., 2021).

Destaca-se que os atos violentos podem ocorrer em qualquer fase do ciclo vital das mulheres, ou seja, da infância à terceira idade, assim como no período gestacional, considerando que a gravidez pode ter sido uma consequência da violência ou uma causa para a ocorrência dessa situação, acarretando agravos à saúde materna e neonatal (WHO, 2021; TEIXEIRA, 2013).

Em relação ao período gestacional, observa-se que ele não impede que a mulher vivencie situações violentas, principalmente pelo parceiro íntimo. São graves as repercussões, acentuadas especialmente no período gestacional, em função do elevado risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal. Dentre as situações desfavoráveis que ocorrem devido à violência contra a mulher na gestação, destacam-se: trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer, ruptura precoce das membranas, maior ocorrência de cesarianas e hospitalizações, sendo a mortalidade o estágio mais grave (MARQUES et al., 2017; BARROS et al., 2016).

Diante da magnitude da violência, seus diversos tipos e formas, observa-se que esta impacta negativamente na saúde da mulher que vivência, estendendo-se ainda ao feto e posteriormente ao neonato, caso ocorra no período gestacional (RODRIGUES, 2017). O período gestacional não inviabiliza ou poupa a mulher de vivenciar situações violentas, contudo, o tipo sofre uma modificação: a violência física é menos evidente, se comparada à violência psicológica, moral e sexual (WHO, 2012; TEIXEIRA et al., 2015).

Corroborando com essa afirmativa, destaca-se um estudo realizado no município de Caxias, estado brasileiro do Maranhão, com gestantes no terceiro trimestre da gestação, que revelou que 33% das participantes com idade inferior a 20 anos relataram ter vivenciado alguma situação de VPI, na qual a violência psicológica foi a mais prevalente, seguida da violência física e sexual (CONCEIÇÃO et al., 2021). Observa-se que, embora a gestação possa alterar a forma de violência sofrida, não impede que a mesma ocorra, principalmente em situações em que a mulher já vivenciava antes do período gestacional.

O risco de vivenciar algum ato de violência durante a gestação é aumentado em mulheres múltiparas (FIOROTTI et al., 2018). Constata-se ainda que raramente o início da violência é na gestação, sendo assim, ela tende a ser considerada padrão na relação do casal, permanecendo durante o período gestacional (TEIXEIRA, 2013; SOARES; LOPES, 2018). Há outros fatores de risco que propiciam a ocorrência desse ato, como: história prévia na infância e adolescência de violência, idade precoce da coitarca, transtorno mental, baixa escolaridade, dependência financeira, pré-natal irregular e histórico de abortamento (VIELLAS et al., 2013).

Dentre os danos causados pela violência durante o período gestacional, destacam-se: cefaleia, infecção do trato urinário, sangramento vaginal, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer, ruptura precoce das membranas, abortamento e morte materna (WHO, 2021; CONCEIÇÃO et al., 2021). Em relação ao risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer, eles associam-se principalmente à sobreposição dos tipos de violência e/ou ocorrência de violência física (BERHANIE et al., 2019).

Ressalta-se ainda que gestantes que vivenciam algum tipo de violência são mais suscetíveis a desenvolver estresse associado à baixa autoestima, isolamento social, uso e/ou abuso de álcool e outras drogas, dificultando o cuidado a si mesma e ao seu filho, podendo acarretar situações mais complexas, como suicídio (OKADA et al., 2015; CONCEIÇÃO et al., 2021).

Em relação ao atendimento às mulheres que vivenciaram situações de violência, independentemente do tipo, destaca-se que cabe ao profissional de saúde, dentre os quais destacamos a Enfermagem, realizar uma escuta ativa, acolhê-la, atentando-se para as particularidades da história de vida de cada mulher (SANTOS et al., 2020). Deve-se considerar ainda a atuação interdisciplinar, a fim de contemplar o indivíduo em todos os seus aspectos, reforçando a importância do atendimento integral (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019).

O principal dispositivo legal que versa sobre a violência contra a mulher no país, a Lei n.º 11.340/2006, traz em seu bojo a intersetorialidade, de modo que sejam articuladas ações da União, Estados, Distrito Federal e Organizações Não Governamentais (ONGs) a fim de formar uma rede de atendimento e acolhimento à mulher, para enfrentar a violência contra a mulher (PIRES; MANSUR; FERREIRA, 2018).

Nesse sentido, entende-se por intersetorialidade no campo da saúde como a articulação do trabalho, que visa superar um atendimento fragmentado, para fortalecer as estruturas sociais envolvidas e impactar significativamente na saúde da população (FEUERWERKER; COSTA, 2000). No que tange à violência contra a mulher, a intersetorialidade é composta pelos serviços oferecidos em hospitais, maternidades, pronto-socorro, ou seja, em todas as unidades de saúde, mas também pelos serviços de segurança pública, dentre outros serviços que compõem a rede e possuem equipe multiprofissional.

Ampliando o significado da palavra "dispositivo", Foucault (2008) afirma que é um "conjunto de elementos heterogêneos articulados, elaborados a partir de um objetivo estratégico [...], consistindo em uma estratégia, uma intervenção racional". Assim sendo, dispositivos podem ser desde instituições até leis, regras, decretos, discurso, proposições morais e enunciados científicos.

Sabe-se que a VPI é um fenômeno complexo e que envolve diversas esferas, tornando-se fundamental que a abordagem do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde que integram a equipe multidisciplinar (médicos, psicólogos, assistentes sociais) contemple a subjetividade da mulher, não limitando assim sua assistência aos sinais e sintomas objetivos e com enfoque curativo (MARQUES et al., 2017).

O Ministério da Saúde recomenda que qualquer membro da equipe multiprofissional que suspeite ou detecte os sinais de violência de gênero durante o atendimento, deve dar continuidade ao cuidado, com a devida notificação, orientações e encaminhamentos com o objetivo de auxiliar a mulher a enfrentar a VPI (BRASIL, 2016)

Cabe destacar que tão importante quanto a identificação da violência é a sua notificação. Logo, os membros da equipe de Enfermagem e os demais profissionais de saúde, tais como médicos, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e outros que prestam cuidados às mulheres nos serviços de saúde, têm a obrigação legal e ética de notificá-la, conforme a Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher (Lei n.º 10.778/2003) e os respectivos Códigos de Ética que norteiam as ações de cada profissional (TEIXEIRA, 2013).

Entretanto, são vários os problemas relacionados a esse procedimento, tendo em vista que alguns profissionais não se sentem seguros em realizá-lo, por medo dos agressores, insegurança em abordar um problema que consideram não ser de sua competência solucionar, culpabilização da mulher, medo, sobrecarga de trabalho e naturalização do fenômeno por outros motivos (BRASIL, 2002; MARQUES et al., 2017; TEIXEIRA, 2013).

Ademais, outros fatores contribuem para o não registro da ocorrência, tais como déficit na formação nos cursos de graduação, dificuldade de abordar a temática (devido aos estigmas) e julgamentos permeados por influência cultural, o que impacta negativamente a assistência, bem como máscara dados oficiais, visto que a ocorrência da VPI é maior que o número de casos notificados (ACOSTA et al., 2017; SILVA; RIBEIRO, 2020).

Ademais, o Artigo 34 do Código de Ética da Enfermagem (COFEN, 2017) afirma que é considerada infração ética "provocar, cooperar ou ser conivente ou omissa com qualquer forma de violência", sob penas que variam de uma simples advertência à cassação do direito de exercer a profissão. Isso significa que enfermeiros e médicos precisam conhecer e reconhecer os casos de violência para intervirem de forma correta, a fim de que a mulher consiga enfrentar o fenômeno e notificar os novos casos.

Cabe destacar que esse procedimento é fundamental para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas para seu enfrentamento (TEIXEIRA et al., 2015).

Há a necessidade de conhecimento das seguintes leis que vigoram em nosso país por parte dos profissionais que atuam nas unidades de saúde, como a Lei n.º 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), a Lei n.º 12.845/2013 (Lei do Minuto Seguinte), que detalha o rol de procedimentos para casos de violência sexual, a Lei n.º 13.145/2020, que dispõe sobre a notificação em até 24

horas após o ato de violência contra a mulher, bem como os respectivos Códigos de Ética que regulamentam as condutas desses profissionais frente às situações de violência de gênero.

Portanto, além dos dispositivos legais acerca da temática, é de suma importância que o profissional de saúde detenha conhecimento sobre a rede de enfrentamento da violência e os serviços disponibilizados em seu território. Os serviços ainda são insuficientes diante da magnitude da VCM, porém estão em constante expansão e consolidação. Apesar de sua quantidade limitada, é relevante considerar que a rede de atendimento à mulher em situação de violência foi construída em um período curto, em resposta a uma política recente que está em fase de crescimento e fortalecimento (BRASIL, 2011).

Dentre os integrantes da rede, é possível citar as Casas de Passagem, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, os Juizados, os Centros de Referência e a Promotoria especializada. Além disso, temos a “Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180”, que oferece informações sobre a rede e orientação de acordo com a demanda da mulher. Observa-se, portanto, que a rede abrange ações de prevenção, garantia de direitos e combate (responsabilização dos agressores) (BRASIL, 2011).

Portanto, é necessário que os enfermeiros e demais profissionais de saúde conheçam, compreendam e cumpram os dispositivos legais. Uma vez familiarizados com esses dispositivos, devem incentivar a denúncia, orientar sobre os diversos serviços de apoio disponíveis na rede, realizar a notificação compulsória, efetuar os encaminhamentos necessários e manter o sigilo, cumprindo assim seu compromisso ético e legal no atendimento a essas mulheres (ARBOIT et al., 2017; ACOSTA et al., 2017).

O estudo realizado com enfermeiras da Atenção Primária no Rio de Janeiro revelou que a consulta de Enfermagem é uma oportunidade para identificar a violência contra a mulher, especialmente a violência física. No entanto, o "silêncio da vítima" diante da violência vivenciada e a submissão ao parceiro foram apontados como fatores que dificultam a percepção da violência. Diante desses desafios, as enfermeiras relataram sentir-se despreparados para abordar a violência, uma vez que, na maioria das vezes, ela não se manifesta por meio da fala, mas sim por meio de comportamentos, reclusão e/ou marcas físicas (SILVA; RIBEIRO, 2020).

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos e membros da equipe multiprofissional, permitam que a mulher expresse seus sentimentos, seja por meio da fala ou por situações identificadas em seu contexto familiar e social. É importante esclarecer suas dúvidas e fornecer orientações em todas as fases da vida. O vínculo entre o profissional e a mulher é um facilitador na abordagem da violência de gênero e no atendimento multidisciplinar da rede de enfrentamento. Destaca-se a importância da

identificação e notificação da violência, bem como a promoção de estratégias de cuidado que ajudem a mulher a enfrentar e romper com esse ciclo, tanto na Atenção Básica, durante as consultas de pré-natal, quanto na Atenção Hospitalar (BRASIL, 2012; FIOROTTI et al., 2018).

O estudo realizado com enfermeiras da Atenção Hospitalar que prestam assistência a mulheres grávidas revelou que eles possuem um conhecimento incipiente sobre a legislação vigente e as condutas relacionadas à violência contra a mulher. Na detecção de casos, desconheciam como proceder diante da situação, o que resultou na falta de encaminhamentos para a rede de enfrentamento e na subnotificação. Um número significativo de profissionais relatou desconhecer a obrigatoriedade da notificação compulsória (ACOSTA et al., 2017).

Diversos estudos corroboram a dificuldade enfrentada pelas enfermeiras e outros profissionais de saúde ao abordar a violência contra a mulher (MARINHO; GONÇALVES, 2016; MARQUES et al., 2017; SILVA; RIBEIRO, 2020). Um estudo realizado em uma maternidade em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, psicólogos e assistentes sociais), evidenciou a dificuldade enfrentada por eles na detecção e condução da violência contra a mulher durante a gestação, devido à falta de capacitação nessa temática desde a graduação (MARINHO; GONÇALVES, 2016).

Outro estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, (MARQUES et al., 2017) revelou fragilidades das enfermeiras nesse tipo de atendimento, como o medo e a insegurança em realizar a notificação, assim como o desconhecimento sobre como e quando realizar a notificação ou encaminhar a paciente para a rede de atendimento. O estudo reforça que o acolhimento e o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a mulher grávida que vivenciou violência por parceiro íntimo são fundamentais para a identificação desse grave problema de saúde pública.

O estudo de Freitas et al. (2017) destaca que os profissionais muitas vezes associam a notificação da violência com a denúncia e a criminalização, o que pode levá-los a ignorar a ficha de notificação compulsória.

É importante ressaltar que a violência contra a mulher muitas vezes é invisibilizada pelas próprias mulheres que a vivenciam, devido à naturalização, banalização ou relativização do fenômeno (TEIXEIRA, 2013). Estudos realizados em maternidades com puérperas revelam que a violência só é identificada por elas quando as manifestações são físicas ou têm impacto na saúde dos filhos (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012; OLIVEIRA; FERIGATO, 2019).

Nesse contexto, profissionais de maternidades destacam a necessidade de capacitação sobre a violência contra a mulher e a elaboração de protocolos específicos para lidar com esse

problema, principalmente no que se refere aos aspectos profissionais. Isso visa melhorar a qualidade da assistência prestada às mulheres e fortalecer a implementação de políticas públicas e legislação relacionadas ao tema (MIRANDA et al., 2021).

Por fim, a ética e a legislação não só resguardam os profissionais e a sociedade, como legitimam a exercer seus deveres e direitos, uma vez que a ética, segundo Padilha (1995), consiste no conjunto de princípios morais e valores que respaldam os direitos e deveres de cada cidadão, sendo estabelecidos e aceitos por um povo em um tempo determinado. A legislação, por sua vez, é definida como um conjunto de leis (HOUAISS, 2009). Nota-se, portanto, que para que o profissional exerça suas atividades pautados na ética, além de cumprir os valores, inspirações e motivações do ser humano, deve obedecer e pôr em prática as leis, o código deontológico e demais dispositivos legais que regem a sua profissão e vão ao encontro da assistência prestada (FREITAS et al., 2017 SILVA et al., 2017).

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

Com base no exposto, elaboramos as seguintes questões norteadoras:

- Qual o perfil sociodemográfico e formativo de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades em relação à violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo?
- Qual o conhecimento de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo?
- Qual a conduta ética e legal das enfermeiras e médicas que atuam em maternidades diante da mulher em situação de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo?

1.4 OBJETIVOS

Com base nesses questionamentos, foram formulados os seguintes objetivos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e formativo de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades em relação à violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.

- Analisar o conhecimento de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.
- Discutir a conduta ética e legal de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades diante da mulher em situação de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo.

1.5 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a realização desta pesquisa diante da escassez de produção científica sobre essa temática, considerando a magnitude e o impacto da VPI no período gravídico-puerperal, bem como a importância da capacitação e aprimoramento do conhecimento dos profissionais para melhorar a assistência prestada. Assim, realizou-se um estudo de revisão integrativa com a seguinte pergunta orientadora: Qual é o conhecimento de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades sobre a violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo? A pesquisa foi conduzida por meio de busca online nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e PubMed (U.S. National Library of Medicine), abrangendo o período de 2015 a 2021, a fim de ampliar a busca sobre o objeto de estudo. Os idiomas escolhidos para a pesquisa foram inglês, espanhol e português.

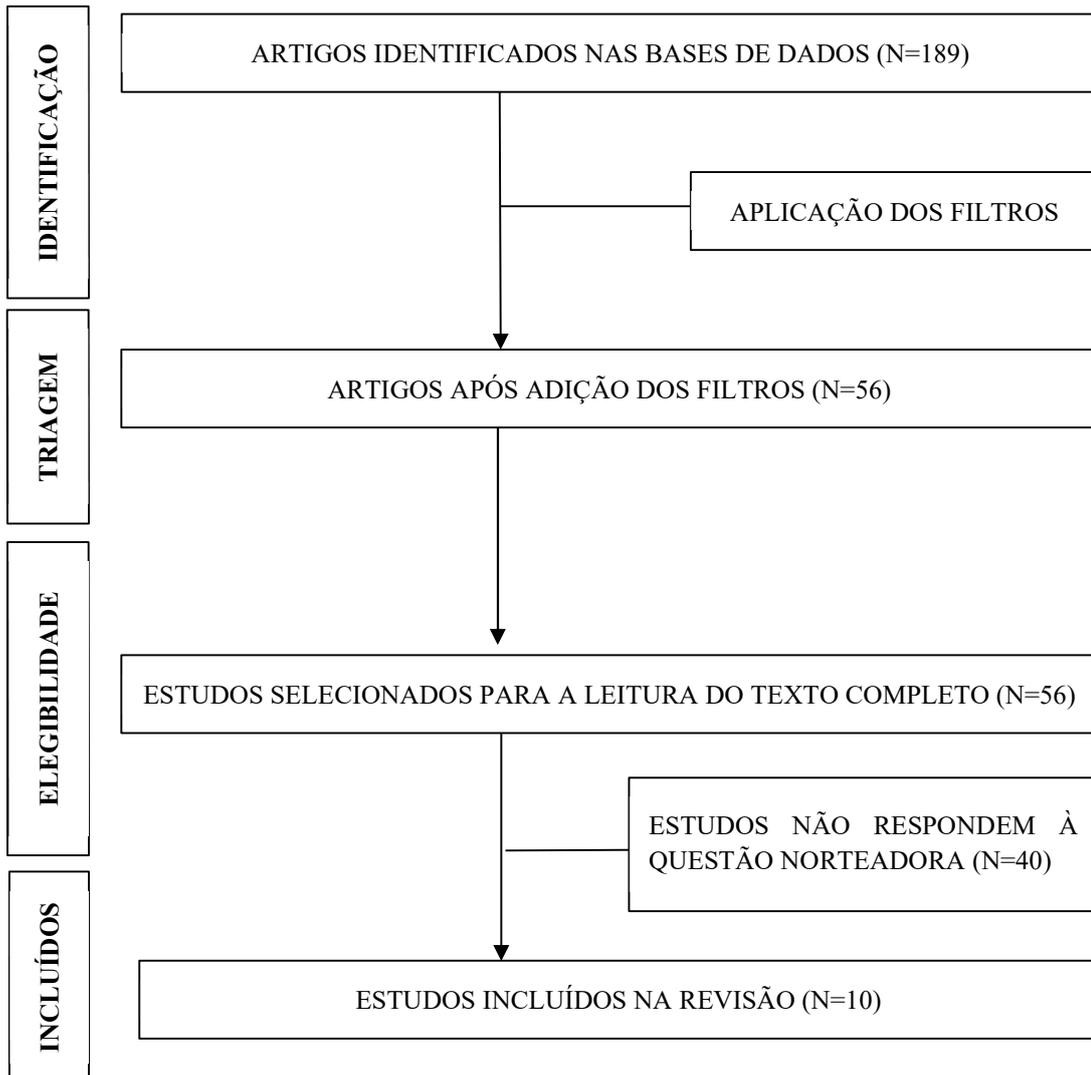
Foram selecionados os seguintes termos MeSH (Medical Subject Heading) para a busca no PubMed: "violence against women"; "intimate partner violence"; "health personnel"; "nursing"; "medicine" e "parturition and pregnancy". Na LILACS e na Scielo, foram utilizados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DECS): "violência por parceiro íntimo", "parto", "gravidez", "violência contra a mulher", "gravidez", "pessoal da saúde", "Enfermagem" e "Medicina", com a aplicação dos operadores booleanos OR/AND/NOT.

Foram definidos como critérios de inclusão os seguintes: artigos científicos publicados em português, espanhol ou inglês; artigos completos que abordassem a temática em questão; artigos publicados e indexados. Os critérios de exclusão foram os seguintes: artigos de revisão de literatura ou meta-síntese, artigos anteriores a 2015, teses, dissertações e monografias. A coleta de dados ocorreu de maio a setembro de 2021.

As fontes mencionadas foram acessadas e a busca resultou em um total de 189 artigos científicos. Após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, foram obtidos 56 estudos.

Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 16 artigos que se adequaram à pergunta orientadora. Após refinamento, foram identificados os artigos que se repetiram nas bases de dados, resultando em um total de 10 estudos, sendo 5 da PubMed, 2 da Scielo, 2 da LILACS e 1 da Medline conforme a Figura 1:

Figura 1 - Processo de identificação e inclusão dos estudos.



Fonte: Dados da Pesquisa (AUTORA, 2023)

A seguir foi construído um instrumento a fim de exibir os principais dados coletados, agrupando em um mesmo quadro as informações mais relevantes acerca dos estudos selecionados, como: título do artigo, ano de publicação, periódico publicado, objetivo, método e resultados do estudo conforme Quadro 1:

Quadro 1- Síntese dos artigos selecionados de acordo com título do estudo, ano da publicação, objetivo e nível de evidência

Ordem/ Ano	Título	Periódico	Objetivo	Método	Resultados
A1- 2016	Testing a counselling intervention in antenatal care for women experiencing partner violence: a study protocol for a randomized controlled trial in Johannesburg, South Africa	BMC Health Services Research	Testar uma intervenção de aconselhamento liderada por enfermeiras para mulheres grávidas vítimas de abuso que recebem cuidados pré-natais na África do Sul que poderia ser incorporada ao pacote de cuidados pré-natais de rotina; determinar se a intervenção testada durante a gravidez pode reduzir a recorrência da VPI e a frequência e gravidade dela.	Pesquisa formativa, ensaio clínico randomizado conduzido para testar uma intervenção de aconselhamento de empoderamento, originalmente desenvolvida para ambientes de alta renda e adaptada para áreas urbanas do Sul África.	O resultado primário é a redução da violência do parceiro, e os resultados secundários incluem melhora na saúde mental, segurança e autoeficácia das mulheres.
A2- 2017	Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study	Midwifery Education in Practice	Examinar a presença de conteúdos relacionados à VPI e a profundidade com que eles são abordados no Licenciatura em Enfermagem e no programa de especialização em Obstetrícia.	Abordagem qualitativa. Realizada entrevista com 16 docentes universitários que lecionam conteúdos de VPI no curso de graduação e especialização em obstetrícia.	Os docentes se sentem pessoalmente comprometidos com a capacitação para prevenção e detecção da VPI. A principal metodologia de ensino é ativa, experiencial e requer atividade do aluno.
A3- 2017	Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation	J Clin. Nurs	Desenvolver estratégias para a identificação e avaliação de violência conjugal em um programa de visita domiciliar de enfermeiras.	Estudo de caso qualitativo. Quatro agências de Parceria Enfermeira-Família foram envolvidas neste estudo.	Várias oportunidades para perguntar sobre a violência do parceiro íntimo são valorizadas. O uso de ferramentas de triagem estruturada no momento da inscrição não promove a divulgação ou exploração aprofundada de experiências de abuso das mulheres. As mulheres são mais propensas a discutir experiências de violência quando as enfermeiras

					iniciam discussões não estruturadas focadas na parentalidade, segurança ou relacionamentos saudáveis. As enfermeiras requerem conhecimentos e habilidades para iniciar avaliações baseadas em indicadores quando a exposição a suspeita de abuso, bem como estratégias para responder a divulgações iniciadas pelo cliente.
A4-2017	'It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence	BMC Pregnancy and Childbirth	Aprofundar compreensão das experiências das parteiras com inquéritos de rotina para violência por parceiro íntimo durante o período pré-natal.	Estudo qualitativo. Entrevistas individuais semiestruturadas com oito parteiras fornecendo foram realizados cuidados pré-natais em oito Centros de Saúde Materno-Infantil (MCHC) na Noruega.	Emergiram três temas principais: As parteiras perguntam sobre a violência; pode ser um desafio; e Fatores que o tornam mais fácil de perguntar. Todas as parteiras perguntaram, mas não regularmente, sobre violência.
A5-2018	Educating Nurses to Screen and Intervene for Intimate Partner Violence During Pregnancy	Nursing for Women's Health	Descrever como a equipe implementou um Protocolo para triagem de gestantes para VPI e gestão de casos para vítimas de violência	Implementação de protocolo em uma unidade de triagem pré-parto onde enfermeiras foram educadas sobre VPI.	Foi observada dificuldade dos profissionais em notificar a VPI e a gestão destes casos. Foi constatado aumento significativo no conhecimento das enfermeiras após a conclusão do módulo e programa educacional geral foi classificado como excelente.
A6-2018	Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes	Revista Gaúcha de Enfermagem	Conhecer as estratégias utilizadas por enfermeiras de Unidades de Saúde da Família para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, com entrevista semiestruturada direcionada a 23 enfermeiras da atenção básica.	Emergiu a categoria: "É bem complexo" - ações de identificação e enfrentamento da violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. As lesões físicas foram o principal indicativo de violência identificada na consulta pré-natal. As estratégias de enfrentamento foram os encaminhamentos a serviços especializados e discussão conjunta com a equipe de saúde.

A7-2018	Training reproductive and health providers to talk about intimate partner violence and reproductive coercion: an exploratory study	Health Education Research	Explorar o efeito do treinamento de habilidades de comunicação do provedor na frequência do parceiro íntimo violência (IPV) e coerção reprodutiva (RC)	Estudo randomizado em quatro clínicas de planejamento familiar. Para avaliar habilidades de comunicação IPV/RC oficina de construção ou treinamento IPV/RC baseado em conhecimento padrão e comparado com controles históricos das mesmas clínica	Participantes (treinamento: n¼ 103; controle histórico: n = 576) eram predominantemente brancas com média de idade de 22 anos. Mais pacientes relataram discussão sobre relacionamentos saudáveis em ambos os grupos de treinamento (78–90%) em comparação com os controles históricos (49–52%, P < 0,001 para ambos). A discussão sobre sabotagem de controle de natalidade e coerção da gravidez foi infrequente com pacientes-participantes em ambos os grupos (6-17 e 4-13%, respectivamente) Mais pacientes nas clínicas que recebeu treinamento relatou ter recebido um certificado de segurança cartão (72–84%) em comparação com controles históricos (9%, P < 0,001 para ambos). No geral, neste estudo exploratório, tanto as habilidades de comunicação quanto o treinamento padrão melhoraram a frequência de VPI comunicação em comparação com o histórico controle, mas com poucas diferenças quando comparados um para o outro.
A8-2019	Perspectiva de profesionales de salud sobre la violencia de la pareja en el embarazo *	Investigación en Enfermería : Imagen y Desarrollo	Explorar a perspectiva dos profissionais de saúde da Unidade de Serviços de Saúde de Usaquén, Bogotá, sobre violência na gravidez.	Estudo qualitativo, entre março e dezembro de 2016. Foram realizados quatro grupos focais com a participação de 38 profissionais.	Idade jovem e falta de recursos e redes de apoio perpetuam a VP. As participantes sugerem a intervenção de equipes multidisciplinares coordenados na detecção e cuidado biopsicossocial do problema, construir ambientes de apoio emocional para usuários, empoderar para o exercício de seus direitos e capacitar o pessoal de saúde na gestão do problema.

A9-2020	Ethiopian Health Care Workers' Insights into and Responses to Intimate Partner Violence in Pregnancy —A Qualitative Study	Environ Res. Public Health	Explorar as percepções e respostas dos profissionais de saúde etíopes violência conjugal na gravidez	Desenho exploratório, este estudo qualitativo inclui dez entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que representam diferentes centros de atenção pré-natal em Jimma, Etiópia.	Os profissionais de saúde compartilharam suas percepções sobre as consequências da violência por parceiro íntimo durante a gravidez, além de sua experiência e respostas às vítimas. Havia uma compreensão limitada da extensão dos impactos adversos da violência por parceiro íntimo nos resultados da gravidez, assim como as potenciais implicações para a saúde a longo prazo. Os informantes descreveram como eles só deram tratamento médico para complicações obstétricas ou trauma visível durante a gravidez. Não houve encaminhamento formal ou ligações com outros recursos. Os impactos adversos da violência nos resultados da gravidez foram mal compreendidos pelos profissionais de saúde etíopes neste estudo. Ofereceram assistência limitada às vítimas e recomendaram mudanças na rotina cuidados pré-natais (ANC) e sistemas de saúde. Eles identificaram várias iniciativas políticas com foco sobre o empoderamento das mulheres para reduzir a violência por parceiro íntimo e suas complicações, especialmente durante a gravidez.
A10-2020	“From taboo to routine”: a qualitative evaluation of a hospital-based advocacy intervention for domestic violence and abuse	BMC Health Services Research	Relatar a avaliação de uma intervenção de advocacia e apresentar pontos de vista sobre as abordagens dos serviços de identificação de violência doméstica no ambiente hospitalar.	Abordagem de amostragem por conveniência, através de entrevista semiestruturada, com análise temática	Os profissionais de saúde consideram o serviço de identificação da violência doméstica em hospitais valioso, impactando na melhora de suas habilidades, conhecimento e confiança em abordar a violência doméstica e abuso. Destacou-se ainda a importância do treinamento contínuo acerca da temática

Fonte: Dados da pesquisa (AUTORA, 2023)

Dos artigos selecionados, quanto ao idioma, 10% são em português, 80% em inglês e 10% em espanhol. Quanto ao método, 80% utilizaram abordagem qualitativa, 20% usaram abordagem quantitativa. No que tange ao instrumento de coleta de dados, foi observado que 60% utilizaram entrevista semiestruturadas, 20% utilizaram estudo randomizado, 10% implementação de protocolo e 10% grupo focal. Quanto à classe de profissionais de saúde que participaram dos estudos, 70% eram enfermeiros e 30% equipe multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais e médicos). Em relação aos países, destaca-se Colômbia, Austrália, África, Espanha, Brasil e Estados Unidos.

Os estudos supracitados versavam sobre a VPI, seja abordando a temática no ambiente acadêmico, seja abordando a identificação, detecção e conduta dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. Assim, evidenciou-se que, embora os professores de graduação se sintam responsáveis por abordar essa temática durante a formação dos profissionais, ainda persiste uma lacuna de conhecimento em relação à VPI quando comparamos os campos de formação e atuação profissional. Além disso, constatou-se que a temática é considerada de extrema relevância por médicas e enfermeiras, mas também constitui um desafio diário em suas práticas, principalmente em relação à conduta profissional. Portanto, há necessidade de reestruturação da assistência por meio de capacitação profissional.

Nesse sentido, a realização desta revisão integrativa evidencia a lacuna de conhecimento em relação ao objeto de estudo, ressaltando a importância de investir em estudos qualitativos que estimulem a busca de conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a problemática em questão.

1.6 CONTRIBUIÇÃO

Essa pesquisa se justifica por contribuir para a **prática da Enfermagem** e das demais áreas que compõem o núcleo multiprofissional de atendimento às mulheres que vivenciam a VPI, como médicos, psicólogos, assistentes sociais e profissionais da Segurança Pública. Ela oferece subsídios com o objetivo de promover a integralidade da assistência na perspectiva da humanização.

Nesse sentido, o estudo aponta a necessidade urgente de capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde para garantir a visibilidade dos casos e o reconhecimento da violência como uma violação ética dos direitos humanos. A violência de gênero fere a integridade das mulheres, contrariando os princípios de autonomia e o direito de serem respeitadas. Além disso, é um grave problema de Saúde Pública com repercussões negativas na vida e na saúde de mulheres e crianças.

No âmbito **do ensino**, o estudo contribuirá com informações relevantes para o aprimoramento da formação nos cursos de graduação e especialização. Isso permitirá a incorporação de discussões cada vez mais significativas sobre a temática, promovendo debates e reflexões críticas. Dessa forma, os profissionais de saúde serão capazes de incorporar novos conhecimentos e atitudes à sua prática no que diz respeito à violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.

Para **a pesquisa**, este estudo fornecerá subsídios para a realização de novas pesquisas que abordem a temática em voga, dentro do programa ao qual está inserido, assim como para os grupos de pesquisa e extensão que se dedicam a essa temática, como o LEGS e o NuPEEMC. Além disso, busca fortalecer as proposições no avanço de políticas públicas e movimentos relacionados à temática, como a Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), que tem como um de seus objetivos a redução da violência em sua totalidade. Dessa forma, contribui para um melhor atendimento às mulheres, visando a redução da morbidade e mortalidade causada por esse fenômeno.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 GÊNERO: CATEGORIA DE ANÁLISE QUE SUSTENTA A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Derivada do latim, "*violentia*", a violência significa força (HOUAISS, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esse termo refere-se ao uso intencional de força física ou poder, real ou ameaçado, contra si próprio, outra pessoa ou um grupo, resultando em lesão, morte, dano psicológico ou de desenvolvimento, privação. É denominada violência interpessoal (WHO, 2002).

Também é considerada uma violação dos direitos inerentes ao ser humano, como liberdade e igualdade, e tem sido historicamente praticada e pouco reconhecida, afetando todas as etnias, classes sociais e culturas (GROSSI, 1996). Além disso, pode ser explicada com base nas relações de poder e gênero, uma vez que a desigualdade entre homens e mulheres tem sido evidente ao longo dos séculos, com a mulher ocupando uma posição de subordinação em relação ao homem. No entanto, isso não implica na ausência absoluta de poder (NARVAZ, 2002).

Para compreender as desigualdades de gênero que impulsionam os atos violentos, é necessário entender o conceito de gênero. Segundo Scott (1990), "gênero é um elemento constitutivo das relações sociais com base nas diferenças percebidas entre os sexos". Além disso, o gênero tem três características principais, a saber: dimensão relacional, construção social das diferenças percebidas entre os sexos e campo primordial em que o poder é articulado.

Pode-se compreender, assim, que embora o gênero seja baseado no sexo, há uma construção social em torno dele, na qual são atribuídos valores sociais, históricos, políticos e culturais a homens e mulheres, resultando na colocação dos homens como superiores e as mulheres como subalternas. Isso ocorre por meio da construção e desenvolvimento da sociedade (GOMES et al., 2015). Tal fato também é salientado por Safiotti (1997), ao afirmar que, ao longo da história, as mulheres eram consideradas objetos sexuais dos homens, além de serem a força de trabalho do lar, enquanto os homens eram seus dominadores. Dessa forma, reforça-se a construção social do sexo, que abrange não apenas seu caráter biológico, mas também os papéis e valores atribuídos ao longo da história.

Dessa forma, evidenciam-se as raízes históricas da violência contra a mulher a partir da perspectiva de gênero, enraizada pelo patriarcado e machismo. O gênero pode ser compreendido do ponto de vista histórico, social e cultural como a atribuição de papéis e comportamentos aos sexos (BALBINOTTI, 2018; MORERA et al., 2014).

O patriarcalismo sustenta a ideologia do "poder do pai", ao qual a mulher é submetida, tendo sua sexualidade controlada e restrita ao domínio público, caracterizado pelo espaço doméstico, baseado em relações de dependência, controle e violência. Enquanto isso, ao homem cabia o domínio público, como trabalho e política, nos quais imperavam o poder, a competitividade e a violência. Nessa perspectiva, surge também a ideologia machista, na qual o homem é visto pela sua força, virilidade e posse, enquanto à mulher cabe a emoção, fragilidade e submissão. Nesse contexto de hierarquia e desigualdade, destaca-se a violência imposta às mulheres, na qual o homem reafirma sua ideologia viril e superior diante de situações que poderiam ameaçá-lo e torná-lo impotente, de acordo com sua perspectiva (BALBINOTTI, 2018).

Os movimentos feministas têm lutado ao longo da história contra a posição de inferioridade socialmente atribuída às mulheres e as manifestações de violência baseadas no poder masculino e sustentadas culturalmente (BALBINOTTI, 2018). No Brasil, um marco para o movimento feminista foi a década de 1970, quando mulheres de diferentes classes sociais, etnias e regiões se uniram em reivindicações baseadas nas experiências relatadas por mulheres sobre as violências sofridas simplesmente por serem mulheres (BARSTED, 2016; BANDEIRA, 2014). Em 1975, as Nações Unidas lançaram uma declaração fortalecendo os ideais defendidos pelo movimento, designando aquele ano como o "Ano Internacional da Mulher" e dando destaque a jornais como o "Brasil Mulher" e o "Nós Mulheres" (FACCHINI; FERREIRA, 2016).

Embora ainda haja discriminação e violação dos direitos humanos das mulheres, a luta promovida pelo movimento feminista tem se destacado na desconstrução de paradigmas e na superação de tabus que envolvem o universo feminino e o papel da mulher na sociedade. Nesse contexto, a discussão sobre a violência de gênero é de suma importância no que diz respeito às ações de promoção e prevenção da saúde, bem como às orientações em caso de ocorrência de violência. Além disso, é relevante para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para esse público (PURIFICAÇÃO et al., 2017; BANDEIRA, 2014).

Em relação às repercussões, as agressões contra as mulheres são diversas, abrangendo aspectos patrimoniais, morais, psicológicos, físicos e sexuais, muitas vezes culminando em assassinato e agravando a manifestação desse tipo de violência. Diante dessa realidade

impregnada pelo machismo e patriarcalismo, as mulheres se sentem coagidas, seja pela dificuldade de denunciar seus agressores, seja pelo medo de que situações mais graves, como assassinatos, ocorram, especialmente entre aquelas com renda insuficiente e/ou baixo nível de escolaridade (MENGHEL; PORTELLA, 2017; MARQUES et al., 2020).

É evidente como a violência contra as mulheres afeta diversos aspectos de suas vidas, como sua forma de agir, pensar, estabelecer novas relações, estudar, trabalhar, saúde e bem-estar econômico (LUCENA et al., 2017). As consequências dos atos violentos podem ter efeitos a curto prazo ou perdurar ao longo da vida (WHO, 2010).

O fato de as mulheres denunciarem ou procurarem ajuda em serviços de saúde está relacionado a vários aspectos. Entre os facilitadores, destacam-se o sentimento de revolta e a consciência do risco de vida em que se encontram, bem como a existência de uma rede de apoio. Já entre os dificultadores, incluem-se o medo, a vergonha, a culpa, a dependência econômica e o tipo de agressão sofrida (LEITE; MOURA; PENA, 2013). Uma pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) em 2019 evidenciou que, entre as mulheres brasileiras que relataram ter vivenciado uma situação de violência, apenas 22,3% procuraram algum órgão oficial para receber atendimento (CERQUEIRA et al., 2018).

Observa-se, portanto, que além das desigualdades de gênero, os fatores culturais e os preconceitos enraizados na sociedade contribuem para a perpetuação da violência, que muitas vezes tem desfechos fatais. Grande parte das mulheres pode vivenciá-la de forma oculta por muitos anos, o que agrava sua ocorrência e, em certos casos, leva ao feminicídio (CERQUEIRA et al., 2018).

2.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO COMO UMA FORMA DE VIOLÊNCIA PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO

A violência pode ser classificada de acordo com as características do agressor, podendo ser coletiva, auto infligida ou interpessoal (subdividida em comunitária e familiar). Também pode ser classificada com base no espaço relacional em que ocorre, como violência intrafamiliar, doméstica, institucional e no trabalho (WHO, 2002; BRASIL, 2014).

A violência intrafamiliar afeta muitas mulheres, pois tem origem entre os membros da família, desde aqueles com laços de consanguinidade até aqueles que assumem função parental. O agressor pode compartilhar ou não do mesmo domicílio que a vítima (BRASIL, 2002;

BRASIL, 2014). Portanto, esse tipo de violência é definido não apenas pelo espaço físico em que ocorre, mas também pelas relações entre o agressor e a pessoa agredida.

A violência doméstica, por sua vez, ocorre no ambiente doméstico, onde são estabelecidas relações interpessoais entre homens e mulheres, frequentemente marcadas por desigualdade de gênero. Essas relações podem estar ligadas por laços de consanguinidade, afetividade, amizade, casamento, convívio ou confiança (BRASIL, 2002).

A distinção entre violência doméstica e violência intrafamiliar ocorre porque a primeira engloba outros membros do grupo, mesmo sem relação de consanguinidade, desde que haja convivência no espaço doméstico. Tanto na violência doméstica quanto na violência intrafamiliar, podem ocorrer agressões físicas, sexuais, psicológicas, econômicas e até mesmo resultar em morte (BRASIL, 2002).

A violência doméstica difere da violência intrafamiliar ao incluir outros membros do grupo, como empregados domésticos e pessoas que convivem no espaço doméstico, mesmo que esporadicamente, sem função parental (BRASIL, 2002). Em ambos os casos, podem ocorrer agressões físicas, sexuais, psicológicas, econômicas e que, em algumas situações, resultam na morte da mulher (BRASIL, 2002).

A violência no ambiente de trabalho ocorre devido ao poder hierárquico exercido pela chefia sobre a subordinada, manifestando-se de forma psicológica ou sexual (BANDEIRA et al, 2004). A violência contra a mulher também pode ser institucional, quando as instituições prestadoras de serviços ou os sistemas públicos, como delegacias, hospitais e unidades básicas de saúde, oferecem atendimento inadequado, resultando em danos físicos ou psicológicos (BANDEIRA et al, 2004; MONTEIRO, 2010; TEIXEIRA, 2013).

Quanto às formas pelas quais a violência doméstica e familiar contra a mulher pode se manifestar, de acordo com a ação ou omissão do agressor, destacam-se as seguintes: violência física, que engloba qualquer ato que resulte em dano ou lesão corporal à vítima; violência psicológica, relacionada aos danos emocionais que podem ter consequências no desenvolvimento da mulher e em sua autoestima; violência sexual, caracterizada pelo constrangimento ao presenciar, manter ou participar de relações sexuais sem consentimento, mediante ameaças ou uso de força física; violência patrimonial, que envolve a destruição parcial ou total de objetos e bens da vítima; e violência moral, caracterizada por atos como calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Observa-se ainda que a ocorrência de VPI pode estar correlacionada com características sociodemográficas e comportamentais do parceiro, influenciando não só a sua ocorrência, mas também o tipo de ação violenta (psicológica, física ou sexual). A maior proporção de prática de

violência contra as mulheres ocorre por homens com baixa escolaridade (menos de oito anos), desempregados, perfil controlador, ingestão de bebidas alcoólicas e/ou uso de drogas ilícitas (LEITE et al., 2019).

Estima-se que a violência contra a mulher ocorra três vezes mais do que a vivenciada por homens (IPEA, 2016). Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2020), das 350.354 notificações acerca da violência interpessoal e autoprovocada feitas em território brasileiro, 78.393 foram perpetradas por parceiro íntimo. Deste quantitativo, 91,5% correspondem a situações de violência vivenciadas por mulheres e perpetradas pelo parceiro íntimo, havendo predominância da raça negra (52%), de residentes de áreas urbanas (88,6%) e de mulheres casadas ou em união consensual (49,5%). Em relação ao local onde a violência foi vivenciada, o domicílio destaca-se, correspondendo a 79,2%, enquanto a via pública corresponde a 9,8%. Destaca-se ainda que 58,2% das mulheres relataram repetição da violência vivenciada. Quanto à forma de violência, destaca-se a física, seguida da psicológica e, posteriormente, a sexual.

2.3 VIOLÊNCIA PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO: A (IN) VISIBILIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE

Dada a complexidade da violência contra a mulher, observa-se que ainda há um equívoco no que tange à condução para romper com a ocorrência dela. Tal fato se dá uma vez que a violência transcende a atuação de apenas um âmbito, estendendo-se ao jurídico, social, de segurança pública e da saúde. Observa-se que o atendimento às mulheres que sofreram violência ainda está centrado em encaminhamentos e foco medicamentoso, contudo, a abordagem da violência requer uma abordagem integral, focada não somente na interrupção do ato, mas também na redução das diversas consequências que ele propiciou à tríade biopsicossocial da mulher (SANTOS et al., 2015).

Nessa perspectiva, o profissional da saúde, com vistas ao enfermeiro, torna-se fundamental tanto na identificação quanto notificação e intervenção de um caso de violência contra a mulher, uma vez que este, no âmbito da equipe de Enfermagem, deve realizar uma consulta de Enfermagem baseada no acolhimento e escuta ativa, atentando-se para as particularidades da mulher, a fim de compreender o meio em que se insere, seu modo de vida e suas demandas de saúde (SANTOS, 2020). Atenta-se ainda para a importância da abordagem

interdisciplinar, uma vez que a mulher deve ser compreendida em sua integralidade ao procurar os serviços de saúde.

Segundo estudos, mulheres geralmente comparecem aos serviços de saúde acompanhando algum familiar. As que vivenciam violência, ao comparecerem aos serviços de saúde, não deixam explícito o que vivem, relatando, portanto, queixas de ordem mental ou reprodutiva (GOMES; ERDMANN, 2014; SILVA et al., 2017; SILVA; PADOIN; VIANA, 2015). Reforça-se assim a necessidade dos profissionais de saúde se sensibilizarem acerca do atendimento, a fim de compreender, durante a assistência, o que também não é dito explicitamente pela mulher, captando detalhes e direcionando o atendimento baseando-se na identificação da agressão, nas vulnerabilidades com vistas aos encaminhamentos e possíveis articulações com a rede. Há necessidade não somente de formação acadêmico-científica, mas também de preparo psicológico e humanizado (SOUZA; REZENDE, 2018).

A equipe multiprofissional, conforme Protocolo do Ministério da Saúde, caso detecte sinais de violência durante a abordagem interdisciplinar, deve dar seguimento à assistência independentemente da existência de boletim de ocorrência. Torna-se ainda de suma importância a notificação da violência, identificando seu tipo e as diversas situações de vulnerabilidade que a mulher possa estar exposta. Havendo risco de vida para a mulher, deve-se elaborar um Plano de Segurança junto à mesma, a fim de monitorar sua saúde (BRASIL, 2016).

Embora discussões sobre violência contra a mulher tenham aumentado, bem como os dispositivos legais acerca da condução da mesma tanto em esfera jurídica quanto da saúde e cursos/capacitações acerca da temática, ao longo das décadas, o conhecimento e detecção do profissional de saúde durante a assistência ainda possui lacunas, o que em diversas situações atenua a violência vivenciada pela mulher.

Diante do exposto, é visível a correção da VPI com a construção histórico-social de gênero, visto que as ações assistenciais desempenhadas pelos profissionais são baseadas em seus próprios valores e conhecimento, que influenciam diretamente a definição de homem e mulher e seus papéis na sociedade. Assim, as raízes históricas e sociais sobrepõem-se e guiam tais ações, de modo a tornar o fenômeno da violência em diversas situações, invisível, fato que agrava a submissão enfrentada pelas mulheres na sociedade e reforça o machismo e o patriarcalismo, acentuando o fenômeno da VPI (SOUZA; REZENDE, 2018).

O posicionamento profissional frente à percepção e detecção da violência durante atendimento assistencial reflete ainda na notificação e condução do caso, de modo que em grande parte dos estudos acerca da temática, relatam não se sentirem confortáveis para abordar a temática e notificá-la. Além disso, observa-se que muitos profissionais, embora conheçam a

definição da VPI, desconhecem a ocorrência frequente desta na gestação ou apresentam conhecimento incipiente acerca da notificação compulsória, o que mascara a real situação da violência no país (MARTINS et al, 2018).

Constata-se ainda que o atendimento à mulher que vivencia ou vivenciou situação de violência pelo parceiro íntimo ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER

Vista sob a perspectiva vigente desde a Idade Média ao século XIX, de que à mulher cabia a função de cuidar de sua casa, esposo e familiares, além de considerá-la como frágil e delicada e de que necessitava da figura masculina para protegê-la, a saúde da mulher passou a ser garantida nas primeiras décadas do século XX, englobando somente o ciclo reprodutivo. Isso contemplava assim o período da gestação e parto, reforçando a visão biologistica acerca de sua saúde, com vistas à redução da mortalidade materna e infantil (COSTA et al., 2017; LIMA et al., 2014).

Contudo, o movimento feminista, tanto nacional quanto internacional, lutando por igualdade entre homens e mulheres e condenando, dentre outras questões, a visão da mulher reduzida apenas à reprodução, foi ganhando evidência. Nesse contexto, em 1983 é criada a proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado no ano seguinte após sua criação e que, embora englobasse apenas a saúde do ponto de vista ginecológico e obstétrico, foi um marco para a saúde da mulher (BANDEIRA, 2014; BRASIL, 2004).

Observa-se que a ótica reducionista pela qual as mulheres eram representadas, também no âmbito da saúde, não contemplava seu bem-estar físico, mental, psíquico e espiritual, bem como os danos e agravos a que estas poderiam estar suscetíveis, como a violência e consequentemente o feminicídio, visto na época sob a perspectiva de "crime de legítima defesa de honra". Assim, a luta do movimento feminista em prol dos direitos das mulheres ganhava cada vez mais força, não só a nível nacional, mas também internacional, sendo fundamental para propiciar debates acerca dessa temática e impulsionar a criação, em 1985, das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAM's), dando assim visibilidade à violência sofrida pelas mulheres e lutando por seus direitos (BANDEIRA, 2014; SANTOS; MARQUES, 2014). Posteriormente, na década de 1990, surgem as Casas Abrigo, que apresentam caráter temporário

e sigiloso, a fim de acolher mulheres em maior situação de vulnerabilidade e risco em relação à violência sofrida, garantindo integralidade física e psicológica para elas (BRASIL, 2011).

Embora as DEAM's tenham sido uma grande conquista no que tange à violência contra a mulher, não houve diminuição significativa da violência contra as mulheres, principalmente no espaço doméstico (OLIVEIRA; LIMA; ARANA, 2017). Dada a necessidade de contemplar a mulher de forma integral, bem como todas as mulheres, inclusive aquelas com menor visibilidade na sociedade, articulou-se as áreas técnicas de saúde da mulher com as demais áreas, culminando assim na criação, em 2004, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que contemplava, dentre outros aspectos, a mulher em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004). Este ano também foi marcado pela criação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, objetivando definir princípios e diretrizes, com foco em ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres (BRASIL, 2011).

No ano de 2006, em consonância com as políticas que apresentavam como enfoque a violência contra a mulher e os direitos humanos, é criada a Lei n.º 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que foca na prevenção, punição e erradicação da violência doméstica e familiar contra a mulher, abarcando conceitos discutidos e definidos na Convenção de Belém do Pará, em 1994, sob a perspectiva de romper com os paradigmas até então vigentes pelo sistema (PURIFICAÇÃO et al., 2017).

Neste contexto, esse dispositivo legal criminaliza a violência doméstica, com vistas ao combate e erradicação dela. Além disso, versa sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e altera o Código de Processo Penal, Código Penal e a Lei de Execução Penal (BRASIL, 2006). Em seu artigo 5º, a presente lei define violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. Este tipo de violência pode ocorrer no âmbito do domicílio, perpetrado por pessoas que possam ou não possuir vínculo familiar; no âmbito familiar, considerando os indivíduos que possuem laços naturais ou por afinidade/vontade expressa; ou em qualquer relação íntima de afeto, havendo ou não coabitação com o agressor (BRASIL, 2006).

Em 2012, foi criada a Lei n.º 12.737/2012, denominada como "Lei Carolina Dieckmann", que determina que é crime a violação de direitos em âmbito cibernético, como invasão de computadores, celulares e outros dispositivos eletrônicos, bem como a interrupção de site (BRASIL, 2012). Segundo estudo realizado com adolescentes na Espanha, as mulheres estão mais expostas às situações de cyberbullying do que os homens, visto que a população

masculina afirmou ser mais agressora em relação à feminina (CHOCARRO; GARAIGORDOBIL, 2019).

Outro marco na luta pela saúde das mulheres, bem como seus direitos frente à violência sofrida, foi a qualificação do feminicídio como crime hediondo, a partir da alteração do Código Penal de 1940, com a criação da Lei n.º 13.104/2015. A Lei n.º 2.848/1940, versa sobre o Código Penal Brasileiro, caracteriza como violência: física, psicológica, sexual e negligência. Traz ainda, em seu artigo 136, que esse tipo de maus tratos é crime, cabendo cumprimento de pena (BRASIL, 1940).

O ano de 2018, por sua vez, foi de grande destaque no que tange à legislação que versa sobre a VCM, visto que foram criadas três leis: a Lei n.º 13.641/2018 que torna crime autônomo o descumprimento das medidas protetivas já previstas na Lei Maria da Penha, n.º 13.642/2018, que torna a Polícia Federal responsável pela investigação dos crimes envolvendo conteúdo misógino na internet e a Lei n.º 13.178/2018, que também versa sobre a divulgação de crimes de cunho sexual. Observa-se assim, que diversos são os dispositivos legais que visam preservar a integridade da mulher e proporcionar segurança e direito às mesmas, principalmente no que tange ao rompimento e superação da VCM.

Outro ganho legal de proteção às mulheres ocorreu em 2022, visto que o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) estabeleceu que a Lei Maria da Penha (Lei n.º 11.340/2006) passa a ser aplicada não só às mulheres cisgênero, mas também em situação de violência doméstica ou familiar contra as mulheres transexuais (STJ, 2022). As mulheres transexuais sofrem violência em nível mundial, assim como as mulheres cisgênero, seja ela verbal, psicológica, física ou sexual, perpetrada por familiares, parceiros íntimos ou qualquer outro indivíduo, próximo ou não, do sexo masculino (SILVA et al, 2022).

No que tange ao atendimento às mulheres em situação de violência, em 2017, a Resolução COFEN n.º 564/2017, que resultou no Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, válido em todo o território brasileiro e aplicado aos profissionais de Enfermagem, estabeleceu o caráter obrigatório da notificação compulsória dos casos de violência. Observa-se, assim, que a assistência à mulher vítima de violência abrange tanto esferas jurídicas quanto de saúde, fortalecendo a atenção, o direito e o atendimento dessas mulheres.

Já o Código de Ética Médica, publicado por meio da Resolução 1.931/2009, estabelece que o médico não deve se abster de notificar práticas violentas, que são aquelas que causam tortura ou degradam a saúde humana. Dessa forma, destaca-se que a violência se enquadra nessa categoria, sendo de extrema importância sua notificação por parte desse profissional de saúde (CFM, 2009).

Neste contexto, destaca-se ainda a Lei n.º 10.778, sancionada em 2003, que trata da notificação compulsória em nível nacional dos casos de violência contra a mulher atendida nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. A notificação deve ser realizada não apenas quando a ocorrência for confirmada, mas também em situações de suspeita, e tem caráter sigiloso (BRASIL, 2003). Em 2011, ocorreu a reformulação da lista de doenças de notificação compulsória do Ministério da Saúde, na qual a violência doméstica, violência sexual e outras formas de violência foram incorporadas, tornando obrigatória a notificação desses casos pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

Com base nos dispositivos éticos e legais, é importante destacar que a conduta profissional deve se pautar nos princípios da Bioética, que incluem beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Dessa forma, a tomada de decisão por parte do profissional deve ser orientada pela obrigação moral de evitar causar danos, avaliar os riscos, agir promovendo a independência da mulher assistida e encorajando-a a fazer suas próprias escolhas (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005; BARRETO et al, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa. O estudo descritivo é caracterizado por descrever fatos e fenômenos que ocorrem em uma determinada realidade, tendo como singularidades a utilização de técnicas padrões em coletas de dados, como questionário e observação sistemática (GIL, 2021; POLIT; BECK, 2019). Assim, o estudo se dá mediante a busca pela compreensão de determinado problema levando em consideração seu cenário, seus significados e fenômenos atribuídos às pessoas que nele estão inclusas (DENZIN; LINCOLN, 2006). A natureza exploratória do estudo, por sua vez, permite que haja maior familiaridade com o problema e a forma como este está em evidência, tornando-o mais explícito (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016; GIL, 2021).

Já no que tange à abordagem qualitativa, segundo Minayo (2015), esse tipo de pesquisa está relacionado às ciências sociais, uma vez que aborda uma realidade que não deveria ser quantificada. Entende-se assim que aborda os fenômenos humanos como parte da realidade social, uma vez que aborda crenças, valores, atitudes. O ser humano é visto pela sua capacidade de pensar sobre o que fazer e por interpretar suas ações mediante a realidade em que está inserido e é partilhada com os demais à sua volta.

Ou seja, há proposição de se investigar as histórias sociais levando em consideração seus sujeitos e aprofundando-se no mundo dos seus significados. Sendo assim, segundo Minayo e Guerreiro (2014), é possível analisar o "estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem (...)".

A subjetividade da vivência e das relações humanas tem relação com a forma como o indivíduo pensa, interage e entende a si mesmo e o mundo. Este campo está sendo explorado por meio das pesquisas qualitativas, já que a subjetividade humana não é inata e mesmo sendo integrante do universo interno, resulta do desenvolvimento pessoal decorrente da vivência humana. Esta pesquisa envolve a utilização de estudos de uma variedade de materiais, tais como experiência pessoal, história de vida, entrevistas, introspecção, artefatos, textos, observação, entre outros (AMATUZZI, 2006).

Nesse contexto, a proposta desta pesquisa de ser um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa emergiu no sentido de aprofundar acerca dos saberes e condutas das enfermeiras e médicas acerca da VPI no ciclo gravídico-puerperal, mediante o delineamento do objeto de estudo. Dessa forma, as informações fornecidas pelas participantes, parte fundamental do processo de investigação, possibilitariam alcançar a compreensão acerca da temática em evidência.

A subjetividade das entrevistas das participantes permitiu o reconhecimento e aprofundamento acerca de seus saberes e condutas, bem como o contexto em que estão inseridos para prestar assistência às mulheres que vivenciam VPI durante a gestação, permitindo assim a extração das experiências que refletem não só em sua atuação profissional, mas também em seu contexto sociocultural. Assim sendo, a partir da delimitação da temática como uma realidade historicamente construída, objetivou-se o mergulho na subjetividade das participantes em vez da quantificação ou generalização dos resultados, a fim de permitir a identificação dos diversos fatores que permeiam o problema em questão.

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram vinte e uma (21). Dentre elas, 10 enfermeiras e 11 médicas que atuavam em maternidades públicas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: enfermeiras e médicas, que tivessem no mínimo seis meses de experiência na instituição onde atuavam.

Justifica-se o tempo de atuação profissional, por entendermos que abrange o período necessário para o conhecimento sobre as rotinas das unidades de saúde.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os enfermeiras e médicas que ocupassem exclusivamente cargos de gestão e os que nunca exerceram o cuidado direto às mulheres em maternidades públicas.

3.5 COLETA DE DADOS

Devido ao cenário da pandemia de COVID-19 no início do desenvolvimento do projeto de pesquisa e a fim de aumentar o número de participantes, optamos pela técnica de coleta de dados denominada Bola de Neve (*Snowball Technique*).

Essa técnica utiliza um tipo de amostragem que é considerada uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência com fins exploratórios. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem, não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa (VINUTO, 2016).

A abordagem inicial da Bola de Neve se dá a partir de pessoas informantes-chave, consideradas sementes. Isso significa que essas sementes indicarão outras pessoas que, por sua vez, indicarão outros contatos com as características desejadas, e assim sucessivamente, aumentando o número da amostragem (VINUTO, 2016). Dessa forma, o contato entre o entrevistador e o entrevistado é intermediado pela semente. Esse fato ocorre uma vez que a semente e o entrevistado fazem parte da mesma rede pessoal. Portanto, caso não haja interesse em participar da pesquisa, existe a possibilidade de outros contatos com as mesmas características. Eventualmente, a amostragem torna-se saturada, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise (VINUTO, 2016).

A fim de implementar essa técnica, optamos por encontrar a semente no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC), que pertence ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil da UNIRIO, pois nele reúnem-se os profissionais de saúde que atuam ou atuaram em maternidades públicas.

Para o processo de captação, inicialmente foi feito o convite aos membros do NuPEEMC para participarem da pesquisa por meio do grupo no WhatsApp, a fim de

encontrarmos a semente e pudéssemos dar sequência à coleta de dados. Destaca-se que nesse convite estava explicitado que o profissional deveria ter mais de 6 meses de experiência profissional. Logo após, uma enfermeira obstetra manifestou interesse em participar do estudo, respondendo por mensagem na mesma conversa. A partir desse momento, o primeiro contato se deu por ligação telefônica com a semente, para confirmar se a mesma atendia aos critérios de inclusão e/ou exclusão, sendo apresentados os objetivos, procedimentos metodológicos e esclarecidas as dúvidas relacionadas à pesquisa. Após a confirmação de participação e o aceite da mesma, foi agendado o dia e a hora da entrevista.

Dessa forma, no dia da entrevista, foi enviado a esse entrevistado o link do TCLE (<https://forms.gle/DNT8zx1W37wtfRxQ8>) (Apêndice C) por WhatsApp e o link da entrevista, via plataforma Google Meet, para acesso à sala virtual. Após o recebimento dos links pela entrevistada, foi realizada a leitura do TCLE em conjunto com ela, e após a sua assinatura, iniciamos a entrevista. Posteriormente, essa semente indicou outras pessoas pertencentes à população-alvo, fornecendo o contato telefônico de outras três (03) possíveis participantes. Foi enviado o convite (Apêndice B). Dessas, somente uma (01) aceitou participar da pesquisa, e após a confirmação dos critérios de inclusão e/ou exclusão, definiu-se o melhor dia e horário entre a pesquisadora e a participante para a realização da entrevista, sendo encaminhados os links e, assim, sucessivamente, com as demais participantes. Ressalta-se que as entrevistas tiveram em média cinquenta (50) minutos.

As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro de entrevista individual e semiestruturada, abordando perguntas abertas e fechadas, constituído por duas partes: a primeira contemplando dados sociodemográficos e formação dos profissionais, e a segunda sobre o conhecimento e conduta junto às mulheres em situação de violência (Apêndice A).

A utilização de um roteiro teve como objetivo guiar as entrevistas, a fim de considerar as diversas questões específicas e obter detalhes sobre o tema, além de questões abertas que oferecessem liberdade de expressão às entrevistadas e permitissem à pesquisadora introduzir novas perguntas, caso julgasse necessário, com o propósito de melhor esclarecer as questões da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em um aparelho digital e imediatamente transcritas na íntegra, permitindo a organização dos dados de forma completa. As gravações e transcrições serão guardadas por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora, e decorrido esse período, os textos serão incinerados e as gravações apagadas.

Destacam-se algumas dificuldades encontradas em relação às entrevistas com os profissionais de saúde, pois eles, devido à sobrecarga de trabalho e conseqüentemente à falta

de tempo, esqueciam das datas e horários delas, necessitando que fossem remarcadas. Além disso, a coleta por meio da "bola de neve" foi outro fator que, em alguns momentos, dificultou a seleção das participantes, pois nem sempre os indicados estavam disponíveis ou desejavam participar, sendo necessário retornar ao entrevistado anterior para solicitar outros profissionais.

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro a maio de 2022, realizado pela pesquisadora principal do estudo, uma enfermeira e mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem, que foi devidamente treinada pela orientadora para realizar as entrevistas. O número de participantes foi determinado com base no princípio da saturação de dados, que ocorre quando as respostas das participantes não geram mais informações novas, ou seja, quando as entrevistas começaram a gerar informações repetidas (POLIT; BECK, 2019).

Com o propósito de garantir o anonimato das participantes, foram adotados códigos de identificação alfanuméricos. Esses códigos consistiram nas letras "E" para enfermeiras e "M" para médicas, seguido do numeral correspondente à ordem de realização das entrevistas (E/M1 a E/M21) nas gravações e transcrições. Isso facilitou a identificação de quais entrevistas correspondem a enfermeiras e quais a médicas. É importante destacar que em nenhum momento foi gravado ou transcrito o nome das participantes. Eles foram informados de que sua participação era voluntária e que poderiam solicitar sua saída do estudo a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em consonância com as normas estabelecidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012), o presente estudo foi registrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Foi aprovado em 16 de dezembro de 2021, através do Parecer Consubstanciado CAAE nº 54156121.4.0000.5285. Destaca-se que a coleta de dados só teve início após a sua aprovação.

O TCLE foi elaborado em linguagem acessível, garantindo as participantes sigilo e anonimato, assim como foi resguardado o respeito à dignidade humana. Também lhes foi facultado o direito de recusa à participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer ônus pessoal ou profissional.

A pesquisa atendeu aos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e da igualdade às participantes. Foi assegurado a elas que os dados coletados nos depoimentos seriam veiculados apenas com finalidade científica e difusão de conhecimentos em períodos. Destaca-se que as perguntas realizadas foram voltadas à experiência profissional da participante acerca da temática da pesquisa e não foram referentes diretamente aos seus sentimentos, mas à sua conduta e conhecimento acerca do tema em questão.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Esta pesquisa ofereceu riscos mínimos e alguns benefícios as participantes. Quanto aos riscos relacionados à pesquisa, um deles poderia estar relacionado à fragilidade dos dados frente à internet. Outro risco relacionou-se ao possível incômodo em responder às perguntas do formulário, visto que se tratou da experiência própria da participante durante sua assistência como profissional de saúde, mas caso ele se sentisse desconfortável, não precisaria responder às perguntas. Com o objetivo de diminuir os riscos, também foi assegurada a confidencialidade e privacidade das participantes da pesquisa, assim como condições de acompanhamento e orientação, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

No que tange aos benefícios, podemos afirmar que os resultados deste estudo poderão contribuir com a assistência prestada ao público-alvo, uma vez que poderão aperfeiçoar o cuidado às mulheres grávidas em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo. Além disso, enriquecerão as discussões acerca da temática nos espaços acadêmicos.

3.8 ANÁLISE DE DADOS

A organização dos dados advindos da transcrição das entrevistas ocorreu por meio da análise temática, que é um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, aplicado a discursos com conteúdo e formatos diversos (BARDIN, 2015).

Para realizar a análise, foi necessário decodificar o texto em vários elementos, a fim de criar agrupamentos. Esses agrupamentos foram formados a partir das semelhanças encontradas nos questionários, que foram combinados para formar categorias. Portanto, a análise temática permitiu a categorização com base em um ou mais temas, originados de palavras ou frases semelhantes, dando origem às unidades de registro (BARDIN, 2015).

Os dados foram processados seguindo as etapas propostas por Bardin, que são: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2015).

Neste estudo, a inferência estatística foi substituída pela unidade temática. Dessa forma, foi necessário identificar os núcleos de sentido presentes na comunicação, cuja presença ou aparição poderiam ter relevância para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2015).

Na primeira etapa, denominada pré-análise, as entrevistas foram transcritas para que as ideias fossem estruturadas e o objetivo da pesquisa fosse alcançado. Cada entrevista recebeu um número de acordo com a ordem cronológica, facilitando a organização e identificação para a criação das categorias analíticas.

Em seguida, foi realizada a exploração do material, que envolveu a audição das entrevistas e a leitura das transcrições. Nesse processo, houve um aprofundamento teórico dos discursos, com o objetivo de estabelecer os eixos temáticos e suas respectivas unidades de registro, que foram categorizadas como "conhecimento" e "conduta".

A análise dos dados ocorreu posteriormente, envolvendo a organização dos dados e a leitura flutuante para identificar o corpo da pesquisa, conforme descrito por Bardin (2015). As categorias de análise emergiram da decodificação das entrevistas em diferentes elementos, que foram classificados com base em suas semelhanças e agrupados de acordo com suas finalidades.

Concomitantemente, realizou-se a técnica de marcação colorimétrica das unidades de significação, das quais destaca-se a análise temática, que permite a categorização por um ou vários temas, formados por palavras ou frases que consistem nas unidades de registro (BARDIN, 2015).

Posteriormente, elaboraram-se tabelas no software Microsoft Excel visando a melhor organização dos agrupamentos temáticos, suas respectivas unidades de registro e temáticas. Esse procedimento foi realizado pela pesquisadora principal, com a supervisão da orientadora do estudo.

Após a codificação, foi realizada uma releitura do material, resultando em quatro agrupamentos que foram denominados como eixos temáticos, conforme demonstrado no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Agrupamento de unidades temáticas em eixos temáticos

Eixo temático 1: Identificação das várias formas de VPI
Habilidade do profissional/ vínculo/ (des)conhecimento de médicas e enfermeiras/ dificuldade de identificar
Unidades temáticas:
Sinais expressos pela mulher
Verbalização da mulher
Observação do casal
Sensibilidade
Identificação por meio de violência verbal
Identificação de violência sexual
Identificação de lesões corporais
Presenciar agressão física
Identificação de gravidez como consequência de estupro
Queixas ginecológicas pós estupro
Ofensa do parceiro
Uso de drogas ilícitas frente à prática da violência
Eixo temático 2: Conhecimento de médicas e enfermeiras acerca dos dispositivos legais
(Des)conhecem a lei da notificação/ (Des)conhecem a lei Maria da penha/ (Des)conhecem o Código de Ética
Unidades temáticas:
Conhecimento da Lei Maria da Penha (Lei 11340/06) por médicas
Conhecimento da Lei Maria da Penha (Lei 11340/06) por enfermeiras
Conhecimento do Código de Ética profissional pelas médicas
Conhecimento do Código de Ética profissional pelas enfermeiras
Desconhecimento do Código de Ética profissional pelas médicas
Conhecimento de médicas acerca da violência sexual (Lei 12845/13)
Conhecimento de enfermeiras acerca da violência sexual (Lei 12845/13)
Conhecimento de médicas acerca do aborto legal (Código Penal/1940)
Desconhecimento da ficha de notificação pela médica

Conhecimento da ficha de notificação pela médica
Conhecimento da ficha de notificação pela enfermeira
Enfermeira que conhece ficha de notificação
Enfermeira que não conhece ficha de notificação
Médica desconhece a legislação acerca da notificação (Lei 10778/03)
Médica conhece a legislação acerca da notificação (Lei 10778/03)
Enfermeira conhece a legislação acerca da notificação (Lei 10778/03)
Desconhecimento das leis
Atuação da segurança pública
Direito ao distanciamento do parceiro
Ficha de notificação extensa
Ficha de notificação “autoexplicativa”
Eixo temático 3: Conhecimento sobre as repercussões da VPI na saúde da mulher
Complicações maternas / complicações neonatais/ reflexo no vínculo mãe-bebê / reflexo no puerpério/ (não) adesão ao pré-natal/ apoio familiar
Unidades temáticas:
Infecções Sexualmente Transmissíveis
Gestação não planejada
Vínculo mãe-bebê
Depressão pós-parto
Transtornos neonatais
Crescimento Intrauterino Restrito
Falta de autonomia materna
Feminicídio
Mortalidade materna
Mortalidade neonatal
Psicose materna
Violência contra a criança
Ausência de suporte emocional e familiar
Direito à saúde negado
Reinfecção de sífilis
Amamentação prejudicada

Cuidados com recém-nascido prejudicado
Trabalho de parto prematuro
Hemorragia materna
Abortamento
Medo
Insegurança materna
Baby blues
Baixa autoestima
Rejeição da criança
Descolamento de placenta
Perpetuação do ciclo de violência
Eixo temático 4: Conduta de médicas e de enfermeiras frente a VPI
Notificação/ equipe multidisciplinar/ segurança/ segurança do local/sentimento frente a problemática/ rede de apoio institucional
Unidades temáticas
Sigilo profissional
Acolhimento
Encaminhamento ao serviço de psicologia
Encaminhamento ao serviço de assistência social
Patrulha Maria da Penha acionada por enfermeira
Notificação via SINAN por enfermeira
Notificação via SINAN por médica
Médica que preencheu ficha de notificação
Médica que não preencheu ficha de notificação
Enfermeira que preencheu ficha de notificação
Enfermeira que não preencheu ficha de notificação
Ausência de dificuldade de preenchimento de ficha de notificação por enfermeira
Comunicar à coordenação do serviço
Encaminhamento à Sala Lilás por enfermeira
Incentivo à denúncia ao parceiro na DEAM
Impotência frente à situação
Sentimento de impotência pelas profissionais do sexo feminino
Encaminhamento à Casa da Gestante

Médica relata que seguiu protocolo após estupro

Enfermeira ouviu falar sobre Casa Abrigo
--

Fonte: Dados da pesquisa (AUTORA, 2023)

A partir da leitura do Quadro 1, foram identificadas 67 unidades temáticas relacionadas ao primeiro eixo, que estão relacionadas às unidades de registro "conhecimento". Enquanto o segundo eixo temático é composto por 20 unidades temáticas que se referem às "condutas", totalizando assim 87 unidades temáticas.

Com base na elaboração dos eixos temáticos, foi realizada uma nova leitura das unidades temáticas, e em seguida, elas foram submetidas a uma nova recodificação. Nesta fase, os pontos de convergência encontrados dentro de cada eixo temático deram origem à primeira categoria intitulada "Conhecimento de enfermeiras e médicas que atuam em maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo", a qual foi dividida em duas subcategorias: 1.1 - Conhecimento de enfermeiras e médicas acerca da VPI; 1.2 - Conduta de enfermeiras e médicas à luz dos dispositivos éticos e legais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo discute os resultados das entrevistas realizadas com médicas e enfermeiras que atuam em maternidades públicas e prestaram assistência a mulheres que vivenciaram violência por parte de parceiro íntimo. Inicialmente, foi elaborada a caracterização sociodemográfica e educacional do perfil das participantes. Em seguida, é apresentada a análise das categorias analíticas que foram desenvolvidas com base nos resultados, levando em consideração o objeto e os objetivos da pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FORMATIVO DAS PARTICIPANTES

Para facilitar a compreensão, o “Apêndice E” apresenta o perfil sociodemográfico das 21 profissionais participantes da pesquisa, sendo dez (10) enfermeiras e onze (11) médicas.

Em relação à categoria da Enfermagem, os resultados reforçam a predominância do sexo feminino, com nove (09) participantes, enquanto apenas um (01) é do sexo masculino. Essa constatação está de acordo com o estudo de Andrade, Monteiro e Rodrigues (2022), que afirma que a Enfermagem é uma profissão majoritariamente feminina. Vale ressaltar que, no Brasil, as profissionais de Enfermagem correspondem a 85,1% do total, conforme dados da FIOCRUZ (2013) e do COREN RJ (2021).

Do ponto de vista histórico, a Enfermagem tem sido exercida principalmente por mulheres desde o início da profissão (ANDERSON; MONSEN; RORTY, 2006). Esse fato pode ser explicado pela história da Enfermagem, tanto no cenário mundial quanto no brasileiro, que é marcada pela divisão de gênero (MELO, 1986).

Cabe ressaltar que, historicamente, a Enfermagem tem suas raízes nos serviços de cuidado regidos por ordens religiosas, nas quais se esperava que o cuidado e a caridade fossem exercidos por mulheres. Esse vínculo também está relacionado à figura feminina como protetora e responsável pelo cuidado dos membros de sua família. Além disso, há a perspectiva de que práticas de cuidado, baseadas na divisão de gênero, eram desempenhadas por

curandeiras que transmitiam conhecimentos informais sobre cuidados em saúde de geração em geração (LOPES; LEAL, 2005).

Observa-se, portanto, que a história da Enfermagem está ligada à divisão sexual influenciada por valores ideológicos religiosos, que tiveram impacto na organização dos sistemas de saúde (LOPES; LEAL, 2005). No Brasil, a partir da década de 1960, houve a inclusão de homens nos cursos de graduação em Enfermagem, impulsionada pela reforma universitária, e em 1974, a Escola de Enfermagem Anna Nery formou 51 alunos, sendo 10 deles homens (TYRREL; SANTOS, 2007).

Em relação à faixa etária das enfermeiras participantes do estudo, a maioria (07) estava na faixa etária de 26 a 30 anos, enquanto as demais (03) estavam na faixa de 33 a 50 anos. Esse resultado corrobora com um estudo de Marinho et al. (2022), que também identificou uma predominância de profissionais com menos de 40 anos, especialmente entre 21 e 29 anos. Outro estudo realizado por Pereira et al. (2018) também observou que a faixa etária predominante entre enfermeiras obstetras na cidade do Rio de Janeiro é de 25 a 30 anos.

Quanto à autodeclaração de raça/cor, sete (07) enfermeiras se declararam pardas, duas (02) brancas e uma (01) preta. Esse achado difere de um estudo nacional com profissionais de Enfermagem, que aponta uma predominância da cor branca entre enfermeiras, seguida pela cor parda e, em seguida, pela cor preta, totalizando 274,8 mil enfermeiras (MARINHO et al., 2022). No entanto, na região Sudeste do Brasil, destaca-se a cor parda entre as enfermeiras, seguida pela cor preta e, posteriormente, pela cor branca (MARINHO et al., 2022).

É evidente que o recorte racial/cor dos profissionais de Enfermagem está diretamente relacionado à composição populacional. No Brasil, a distribuição racial/cor varia de acordo com as regiões do país, sendo o Sul e o Sudeste predominantemente compostos por indivíduos brancos, independentemente da profissão, enquanto o Nordeste e o Norte têm o maior número de pessoas pretas e pardas (TELLES, 2004). Relacionado a isso, também é observada a presença de desigualdades nas condições de renda e trabalho, mesmo entre indivíduos da mesma classe profissional de Enfermagem, o que também tem um contexto histórico (SILVA; PAIXÃO, 2014).

Em relação ao município de residência das participantes, nove (09) são do estado do Rio de Janeiro e um (01) é de São Paulo. Quanto à cidade, quatro (04) são do Rio de Janeiro, uma (01) é de Maricá, uma (01) é de Teresópolis, uma (01) é de São Gonçalo, uma (01) é de Seropédica, uma (01) é de Araruama e uma (01) é de São Paulo. Esse resultado corrobora um estudo que afirma que a maior concentração de enfermeiras no país está nas capitais, sendo o Rio de Janeiro uma das cidades com maior taxa de enfermeiras por 1.000 habitantes, tanto a

nível municipal como estadual (FROTA et al., 2020). Além disso, os Conselhos Regionais de Enfermagem também indicam que a maior concentração de enfermeiras ocorre nos estados do Sudeste, como Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, como mencionado anteriormente.

No que diz respeito à instituição de formação, oito (08) enfermeiras se formaram em instituições públicas de ensino e duas (02) em instituições privadas. Essa descoberta contrasta com um estudo realizado por Frota et al. (2020), que afirma que apenas 19% das enfermeiras são formadas por instituições públicas. Essa situação é resultado do aumento dos cursos de graduação em Enfermagem em instituições privadas. No entanto, no século XX, o cenário era oposto, uma vez que as instituições públicas eram responsáveis pela formação da maioria das enfermeiras no país, atingindo um percentual de 59,1% nos anos de 1990 a 1999.

Em relação ao tempo de atuação profissional, variou de dois a onze anos. Tal fato relaciona-se, conseqüentemente, com a faixa etária encontrada e predominante neste estudo. A pesquisa intitulada "Características gerais da Enfermagem: o perfil sociodemográfico" corrobora com este estudo, uma vez que destaca que a Enfermagem está passando por um processo de rejuvenescimento, se levarmos em consideração a faixa etária e o tempo de atuação dos profissionais. Um quarto dos profissionais tem idade até 30 anos (25,3%) e 61,4% até 40 anos. Sendo assim, o tempo de atuação não é tão longo, marcado pelo "início da vida profissional", representando profissionais até 25 anos de idade, seguido da fase intitulada "formação profissional", que se estende até os 35 anos de idade (MACHADO et al., 2016).

Quanto à especialização lato sensu, que se refere a cursos de especialização, todas relataram ser enfermeiras obstétricas. De acordo com a pesquisa intitulada "Perfil da Enfermagem no Brasil" (COFEN, 2015), 38% das enfermeiras possuem pós-graduação nas diversas áreas de atuação em Enfermagem. A especialização em Enfermagem obstétrica, por sua vez, vem crescendo mundialmente e, conseqüentemente, em território brasileiro (COFEN, 2022). Nas Américas, há aproximadamente 160 mil enfermeiras obstétricas, das quais 2.049 concentram-se em território brasileiro, de um total de 676.125 mil enfermeiras (OLIVEIRA et al., 2021).

Vale esclarecer que se entende por enfermeiras obstétricas profissionais que prestam cuidados específicos durante a gestação, parto e puerpério, não sendo restritos ao momento do parto (OLIVEIRA et al., 2021). Ressalta-se que o reconhecimento da importância da Enfermagem obstétrica na assistência ao ciclo gravídico-puerperal deu-se com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), visando tornar a assistência neste período mais humanizada (COSTA; COSTA, 2017).

Destaca-se que o primeiro curso desta área foi ofertado em 1939, em São Paulo. No entanto, nos moldes de pós-graduação, passaram também a fazer parte do contexto da Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro, em 1948, sendo ofertado primeiramente para formação de professores e posteriormente incorporado à graduação. Os alunos que o cursavam saíam com a titulação de habilitados em Obstetrícia ou Saúde Pública. Posteriormente, em 1949, foi promulgada a Lei n.º 775/1949, que versava acerca do conhecimento especializado na área do ensino da Enfermagem (CARVALHO, 2002). Após isso, em 1966, foi criado o curso de pós-graduação em Obstetrícia pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (SCHRECK et al., 2021). Assim, observa-se que o Sudeste se destacou como a região brasileira pioneira no ensino da Enfermagem obstétrica, o que corrobora com o achado de ser a região com maior número de registro profissional de enfermeiras no território brasileiro (MACHADO et al., 2016).

A atuação desses profissionais é estimulada pela OMS, uma vez que impacta positivamente na saúde materno-infantil, visando à melhoria de seus indicadores e à redução da taxa de morbidade e mortalidade materna e neonatal (ALVARES et al., 2018). No entanto, ainda é notório que esses profissionais encontrem dificuldades para atuarem no mercado de trabalho, principalmente devido aos confrontos com a categoria médica (CARDILI; SENA et al., 2012).

Um estudo (AMARAL et al., 2019) realizado na região serrana do Rio de Janeiro, região Sudeste do país, alerta que a principal dificuldade encontrada pelas enfermeiras obstétricas ao exercerem a profissão é a hegemonia médica, que gera como consequência a dificuldade para a autonomia de sua atuação. Estudos realizados por Lima et al. (2018), Pereira e Nicácio (2014) enfatizam ainda que as enfermeiras obstetras enfrentam a falta de reconhecimento profissional por uma grande parcela da população, precárias condições de trabalho e a ausência de concursos públicos específicos.

Tais dificuldades podem ser explicadas, visto que existe resistência dos profissionais médicos, bem como da sociedade, em reconhecer a autonomia do enfermeiro no cenário de parturição de risco habitual, devido à dicotomia das classes em sua formação. Enquanto a Medicina é intervencionista, a Enfermagem destaca-se pela prática do cuidado humanizado. Destaca-se ainda a cultura da sobreposição do médico sobre o enfermeiro verbalmente, impondo uma hierarquia e disputa de poder e conhecimento, devido ao desconhecimento da legislação de Enfermagem (MAGALHÃES; TAFFNER, 2020).

No que tange à capacitação na temática da violência contra a mulher, os resultados apontaram que somente metade (05) das enfermeiras afirmou ter realizado, principalmente o

curso ofertado pelo UNA-SUS. Um estudo (GOMES et al., 2013) realizado com enfermeiras evidenciou que a maioria das participantes não possuía essa capacitação e sentia-se despreparada ao se deparar com uma mulher grávida ou não em situação de violência de gênero. Essa situação alerta para as fragilidades no curso de graduação e na educação permanente nas instituições de trabalho (MOREIRA et al., 2018).

Além disso, a sobrecarga de trabalho contribui para a não realização de capacitação sobre esta e outras temáticas (VIEIRA et al., 2016; SANTOS et al., 2022; DUARTE et al., 2019). Outro fato relacionado à não capacitação é o fato de os profissionais, especialmente os homens, naturalizarem a problemática, inferindo que não é necessário mudar de postura e aumentar o conhecimento acerca da temática (DUARTE et al., 2019). Ademais, o estudo de Santos et al. (2022) afirma que a falta de incentivo das secretarias estaduais e municipais são fatores que contribuem para a falta de capacitação acerca da violência contra a mulher (SANTOS et al., 2022).

Em relação às médicas, a maioria (10) das participantes era do sexo feminino, e apenas um (01) do sexo masculino. Destaca-se que no passado a Medicina era predominantemente uma profissão masculina. Entretanto, desde a década de 1970, com o crescimento das escolas médicas, as mulheres passaram a ingressar na profissão, especialmente em áreas voltadas para Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia (FRANCO; SANTOS, 2010; POPPAS et al., 2008; SCHEFFER et al., 2020). Um estudo realizado por Barbosa et al. (2019) corrobora com esse fato, evidenciando que, em um grupo de 36 médicos, vinte e dois (22) eram do sexo feminino.

Na atualidade, assim como na Enfermagem, observa-se que o gênero também influencia a profissão médica, havendo discrepância na escolha das áreas de atuação quando comparamos os sexos feminino e masculino. Um estudo (SANTOS, 2010) observou que a busca por determinadas áreas de atuação, como Ginecologia e Obstetrícia, concentra o maior percentual de mulheres, enquanto especializações como Cirurgia e Cardiologia são predominantemente masculinas. Essa correlação está relacionada aos papéis sociais impostos e perdurantes na sociedade, em que persiste a imagem do homem dominador e à mulher é atribuído um estereótipo voltado para a figura materna (SCHEFFER et al., 2020).

Quanto à faixa etária das profissionais médicas, variou de 25 a 38 anos. Tal fato corrobora com uma pesquisa realizada em território brasileiro, que afirmou que o perfil dos médicos no Brasil é predominantemente jovem, até 39 anos, e do sexo feminino (CFM, 2015). Um estudo realizado por Scheffer et al. (2020) também ressalta que a Medicina tende a ser mais jovem e feminina, pois há predominância do sexo feminino entre os médicos de até 34 anos, havendo equilíbrio entre homens e mulheres dos 35 aos 39 anos.

Já em relação à cor, a maioria (09) se autodeclararam brancas e duas (02) pardas. Tal fato pode ser explicado diante da história da Medicina, visto que a profissão era considerada como “profissão imperial” (VARGAS, 2011). Segundo um estudo denominado Demografia Médica, a cor branca totalizava 56% dos médicos do país, seguido da parda (24,3%) e posteriormente, a preta (3,4%) (SCHEFFER et al, 2020).

Quanto ao município de residência, cinco (05) participantes são do estado do Espírito Santo, sendo que quatro (04) residem em Cachoeiro de Itapemirim e um (01) em Vitória. Os outros seis (06) são do estado do Rio de Janeiro, com quatro (04) residindo na cidade do Rio de Janeiro e dois (02) em Campos dos Goytacazes. Observa-se que a concentração de médicos na região Sudeste corrobora com os achados de um estudo que destaca a maior proporção dos cursos de Medicina concentrados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (POVOA; ANDRADE, 2006; NASSAR; PASSADOR; JUNIOR, 2021).

Em relação à formação das participantes, nove (09) deles se graduaram em instituições privadas, enquanto apenas dois (02) em instituição pública. Esse fato está em consonância com o estudo de Oliveira et al. (2019), que, ao analisar o perfil de 323 escolas médicas no país, revelou que 58,5% eram privadas e estavam concentradas nas capitais. Observa-se, no entanto, que esse panorama sofreu alterações ao longo da história, uma vez que, até 1963, a Medicina era predominantemente um curso oferecido por instituições públicas. No entanto, ao longo das mudanças governamentais, as instituições privadas ganharam destaque (OLIVEIRA et al., 2019).

Destaca-se que as instituições privadas de ensino se destacam na formação de novos médicos, em comparação com as instituições públicas, especialmente na região Sudeste. Dentre os fatores que contribuíram para esse cenário, observa-se o aumento significativo das instituições privadas de ensino no Brasil, impulsionado tanto pelo crescimento dos níveis de emprego e renda quanto pelos incentivos do governo para esse setor. No caso da Medicina, a ampliação do número de vagas também se deu em resposta à necessidade de suprir os déficits relacionados à escassez de médicos no território brasileiro (SCHEFFER; POZ, 2015).

Observa-se ainda que o fator socioeconômico está diretamente relacionado aos achados deste estudo, em que há uma predominância de médicos formados em instituições privadas.

O estudo realizado com egressos de Medicina no estado de São Paulo revelou que, considerando a renda mensal familiar, aproximadamente um terço das participantes provêm de famílias com renda de três a dez salários-mínimos, enquanto cerca de um quarto provêm de famílias com renda superior a 21 salários-mínimos mensais. Além disso, há uma predominância

de pais com ensino superior completo, e cerca de 32% das participantes têm algum médico em seu núcleo familiar (SCHEFFER et al., 2016).

Esses dados indicam que o curso de graduação em Medicina pode ser considerado elitizado, uma vez que a maioria das vagas é oferecida por instituições privadas e requer um alto nível de renda financeira. Isso ocorre em um país em que cerca de 29,6% da população vive com uma renda domiciliar per capita de até quatrocentos e noventa e sete reais por mês (FGV, 2022). Quanto ao tempo de atuação profissional, observou-se uma variação de 1 a 14 anos, sendo predominante de 1 a 5 anos.

No que se refere à especialização em Obstetrícia, onze (11) médicas possuem essa formação. É importante destacar que no Brasil cerca de 40% das vagas de especialização médica não são preenchidas em sua totalidade. No entanto, a região Sudeste concentra a maior proporção de profissionais que se especializam por meio da residência médica, correspondendo a 58,5% do total (SCHEFFER et al., 2018). Curiosamente, nenhuma das participantes relatou ter realizado um curso de capacitação voltado para a violência contra a mulher. Em um estudo realizado por Hasse e Vieira (2014), que entrevistou médicos e enfermeiros, apenas 27% dos entrevistados afirmaram ter recebido capacitação nessa temática, havendo também uma discrepância entre médicos e enfermeiros. Os enfermeiros tendiam a buscar mais capacitação por meio de treinamentos realizados no serviço.

O estudo realizado na rede de saúde pública de São Paulo revelou que metade das enfermeiras entrevistadas relataram ter recebido algum tipo de capacitação sobre a temática da violência contra a mulher. No entanto, na categoria médica, apenas 20% dos entrevistados o fizeram (HASSE; SANTOS; VIEIRA, 2013). Esse fato pode ser justificado pela ênfase na abordagem biologicista na formação médica desde a graduação. Isso significa que o ensino acadêmico prioriza principalmente os aspectos biológicos, o que se reflete em uma atenção impessoal, seguindo protocolos institucionais ou governamentais, em que o foco do profissional está voltado para a doença e não para a singularidade do indivíduo (BACKES et al., 2009; MAYEMA et al., 2018). Como resultado, práticas assistenciais baseadas na humanização, que são parte de uma política pública, muitas vezes não são realizadas e não são priorizadas pela equipe médica em sua maioria (PEDROSA; SPINK, 2011; HASSE; SANTOS; VIEIRA, 2013).

Portanto, é evidente que a interseccionalidade está presente na formação dos profissionais de saúde, tanto na Enfermagem quanto na Medicina. Nossos resultados reforçam as desigualdades sociais, econômicas, culturais e políticas entre enfermeiras e médicas. Isso está em consonância com a história das profissões ao longo dos anos, em que um curso de graduação era considerado "nobre", enquanto o outro era destinado a serviços de caridade e

pessoas com menor poder aquisitivo, o que está diretamente relacionado à raça e cor predominantes entre os profissionais.

Vale ressaltar que, embora o processo de ensino-aprendizagem esteja passando por alterações e as áreas da saúde estejam direcionando seu olhar para uma abordagem mais integral do ser humano, as ações ainda estão centradas no modelo biologicista que prevalece nas instituições acadêmicas, refletindo-se na assistência prestada pelos profissionais.

4.2 CATEGORIA – CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS E MÉDICAS QUE ATUAM EM MATERNIDADES ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Nesta categoria, discute-se o conhecimento das enfermeiras e médicas sobre a violência no ciclo gravídico-puerperal, levando em consideração aspectos como a identificação dos casos, o vínculo estabelecido, a capacitação, a sensibilidade e a postura profissional. Além disso, aborda-se a conduta ética e legal de cada categoria diante desse fenômeno, uma vez que o enfrentamento da violência não se resume apenas à sua identificação, mas também requer uma postura profissional embasada nos dispositivos legais e éticos que abordam essa temática, a fim de auxiliar a mulher a romper o ciclo da violência.

Resumindo o que já foi apresentado em relação ao perfil das participantes, os resultados dessa pesquisa identificaram que o perfil sociodemográfico das participantes varia de acordo com a categoria profissional. As enfermeiras entrevistadas (10) são predominantemente do sexo feminino (09), de cor parda (07), com faixa etária de 26 a 30 anos (07) e residentes no estado do Rio de Janeiro (09). Quanto ao tempo de atuação, a maioria (7) possui de 2 a 11 anos de experiência, são formadas em instituição pública (08) e todas possuem especialização em Enfermagem obstétrica (10). Esses achados são semelhantes aos estudos realizados em território nacional (COREN RJ, 2021; MARINHO et al., 2022; FROTA et al., 2020; MACHADO et al., 2016; COREN RJ, 2021).

Por outro lado, as médicas entrevistadas (11) são predominantemente do sexo feminino (10), de cor branca (09), com faixa etária de 25 a 38 anos (10), residem no estado do Rio de Janeiro (06), se formaram em instituição privada (09) e todos são obstetras (10). Esses resultados corroboram com estudos nacionais em relação ao perfil dessa categoria profissional (SCHEFFER et al., 2020; NASSAR; PASSADOR; JUNIOR, 2021; OLIVEIRA et al., 2019).

Na primeira subcategoria, analisamos o conhecimento das participantes acerca da VPI e a forma como identificaram os casos durante o ciclo gravídico-puerperal, seja durante as consultas de pré-natal ou nos diversos cenários da maternidade – acolhimento e classificação de risco, enfermaria de gestantes, Centro de Parto Normal e/ou Alojamento Conjunto.

Na segunda subcategoria, abordou-se a conduta ética e legal dos profissionais frente à VPI, ou seja, a notificação dos casos, encaminhamentos e postura profissional frente às diversas situações nos cenários da maternidade e do pré-natal.

4.2.1 Subcategoria 1 - Conhecimento de enfermeiras e médicas acerca da VPI

Nessa subcategoria, discute-se o conhecimento de enfermeiras e médicas sobre a VPI e a forma como eles identificaram as diversas formas de violência de gênero nos diferentes cenários de cuidado do ciclo gravídico-puerperal.

Nesse sentido, entende-se por conhecimento, segundo Houaiss (2009), "ato ou efeito de conhecer; ideia, noção; prática da vida, experiência". Sendo assim, pode-se afirmar que o conhecimento advém da interação com o objeto, de modo que, ao assimilar o objeto a ser conhecido, ocorra desenvolvimento cognitivo do sujeito (WERNECK, 2006).

Das 21 participantes no total, todos afirmaram ter conhecimento acerca da VPI, como pode ser observado nas falas a seguir.:

Já detectei violência várias formas (física, psicológica, patrimonial), então acho que todos os tipos de violência possíveis contra a mulher eu já detectei. E1)

Já ouvi a paciente relatar agressão, abuso do parceiro [...] Já vi a violência física, psicológica [...] E eu sei que a violência impacta muito na mulher e no bebê também, pode gerar uma mulher com medo, mais fechada. (M11)

Já atendi caso de estupro. Mas neste caso não era parceiro da mulher. Já presenciei cenas entre casais durante o trabalho de parto, mas nunca relatado pela mulher em si [...] O impacto da violência é sempre negativo, independentemente de estar gestante ou não, ninguém quer sofrer nenhum tipo de violência. E ainda mais numa situação dessa, que é um momento que todo mundo espera que seja especial. (E20)

Já detectei violência psicológica, física, sexual. Teve uma que me marcou bastante, era uma gestante de 28 semanas, ela chegou na madrugada [...] A violência tem um grande impacto, tanto na saúde materna quanto na saúde fetal ou desse RN quando vir a nascer. Acho que alguns traumas são irreparáveis. (E21)

Essas expressões revelam que as participantes afirmaram ter conhecimento prévio sobre a violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. No entanto, os resultados foram claros de que todas as participantes se pautaram no modelo biomédico, fazendo com que seu olhar estivesse centrado nos sinais e sintomas condicionados a uma doença, dificultando assim a identificação da VPI, seja no pré-natal ou no ambiente hospitalar (SILVA; ARRAIS, 2020).

Ela estava com mancha roxa nos dois braços, do tamanho do dedo polegar. (E5)

Ao exame físico [...] A gente viu que ela tinha muita marca de polegar. (M19)

As falas evidenciam que a identificação da VPI estava relacionada aos sinais e sintomas referidos ou observados. No entanto, destaca-se que a maioria das formas de VPI nem sempre será visível aos olhos dos profissionais, reforçando a necessidade de desvinculação do profissional das condutas hospitalocêntricas e biologicistas presentes nos cursos de graduação e pós-graduação.

Torna-se evidente que, para haver identificação da VPI, o profissional deve estar sensibilizado e capacitado por meio de práticas humanizadas, proporcionando o acolhimento de forma a estabelecer vínculo com a mulher e, assim, favorecer a identificação da VPI (FUSQUINE et al., 2021; SOUZA; REZENDE, 2018; LEITE et al., 2022). Isso significa que o vínculo entre o profissional e a mulher trará a confiança necessária para a identificação da VPI, por meio da observação de expressões corporais e comportamentais (SILVA et al., 2021; ISLAM et al., 2017).

Os resultados apontaram que as duas médicas e três enfermeiras identificaram a VPI no âmbito do pré-natal, conforme o relato a seguir:

Na ESF, durante a consulta de pré-natal, já identifiquei algumas mulheres que estavam sofrendo violência do parceiro. [...] Muitas vezes a mulher não tem nem consciência que ela está sendo violentada [...] muitas vezes a mulher acha que o parceiro bate nela e que ela merece aqueles tapas, porque ela não conseguiu atender às expectativas dele. (E1)

Ela se prontificou a falar que estava sofrendo abuso do parceiro numa das consultas de pré-natal. (M15)

As expressões desses profissionais reforçam que as consultas de pré-natal são um local estratégico para a identificação da VPI, visto que é composto por visitas regulares, nas quais reforça-se o estabelecimento do vínculo entre o profissional de saúde e a gestante (BRASIL, 2016). Nesse sentido, a Atenção Básica destaca-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, visto que é a partir dela que a mulher realiza o diagnóstico de gravidez e é acompanhada até o momento do parto; cabendo assim, aos profissionais de saúde, entre os quais destaca-se o enfermeiro e o médico, estarem atentos e traçarem estratégias que facilitem na identificação da VPI, bem como na condução desses casos (SILVA; ARRAIS, 2020; LEITE et al., 2022).

Portanto, recomenda-se que a VPI seja detectada no pré-natal, vislumbrando menores impactos da mesma no ciclo gravídico-puerperal. Uma vez que as consultas do pré-natal também são um momento de acolhimento ao parceiro, com vistas às transformações referentes ao contexto social que englobam o gênero (SILVA et al., 2021; COUTO et al., 2019).

Estudos nacionais (SILVA et al., 2021; COUTO et al., 2019, LEITE et al., 2022) apontam que o pré-natal é um momento propício para identificação da VPI em função do vínculo da gestante com o profissional. Estudo realizado na Itália com parteiras também reforça essa afirmativa, no entanto, elas não são favoráveis à abordagem da VPI na primeira consulta pré-natal, alegando que a melhor investigação advém do conhecimento do contexto social da mulher, que se dá no decorrer dos atendimentos (ZOBBI et al., 2022).

Logo, os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, devem embasar o seu cuidado respeitando a individualidade da mulher grávida, pois a observação sensível e o levantamento de problemas identificados durante a anamnese e o exame físico, são relevantes para a implementação de suas ações nas consultas de pré-natal. Para tanto, faz-se necessário que ela conheça o seu contexto social e familiar, a fim de que possa orientá-la e encaminhá-la a rede de enfrentamento a fim de evitar um desfecho trágico.

Desta forma, ressalta-se a importância do acolhimento e a escuta sensível a fim de favorecer a detecção dos casos de violência, uma vez que ela utiliza com mais frequência as

Unidades Básicas de Saúde, seja para as consultas de pré-natal e coleta de exames laboratoriais, ou quando retorna para a consulta pós-natal (TEIXEIRA,2013; COUTO et al., 2021; LEITE et al., 2022).

Foi possível evidenciar que houve a identificação, pelas participantes, da VPI nos Serviços de Urgência e Emergência Obstétrica, tais como, no Acolhimento da maternidade, Centro de Parto Normal ou Alojamento Conjunto/enfermaria. Os dois primeiros cenários, respectivamente, destacam-se como os principais locais de identificação da VPI na maternidade, conforme relatos a seguir:

Estava no acolhimento e identifiquei essa paciente. Ela estava com o braço machucado, arranhado, com um pouco de sangue. Então aos poucos a gente foi perguntando o que tinha acontecido, se ela tinha caído, e aí a acompanhante que falou que o marido tinha batido nela. (M3)

Na época, estava no acolhimento e ela chegou dando entrada com relato de violência pelo companheiro. (E9)

Uma paciente chegou no acolhimento. Foi um caso do casal, pois eles brigaram e ele deve ter batido nela, pois ela estava bem roxa e tinha acabado de ganhar neném. Ou seja, ela era uma puérpera e essa foi a causa que a levou à emergência. (M14)

Essas falas expressam que a identificação dos casos de VPI ocorre especialmente pelas marcas físicas ou pela verbalização da própria mulher. Estudo de Marques et al. (2017), corrobora com essa situação quando afirma que embora o acolhimento seja um momento propício para identificar a VPI pelos profissionais, a fragilidade do vínculo no cenário da maternidade, dificulta a sua identificação pelo profissional. Isto significa que a identificação fica restrita as marcas físicas e/ou a queixa da mulher. Contudo, segundo Leite et al. (2017), os fatores como medo, vergonha e até mesmo a dependência financeira e emocional do parceiro podem contribuir para que esta mulher não verbalize a violência vivenciada.

Destaca-se que a procura pela mulher aos serviços de saúde, se dá quando a VPI vai além da forma psicológica e se externa aos danos físicos, sob marcas no corpo, dores crônicas, depressão, tentativa de suicídio (SIQUEIRA et al., 2018; OLIVEIRA; FERIGATO, 2019). No entanto na gravidez, os traumas no ventre materno, podem trazer como consequência o

descolamento prematuro de placenta, ruptura uterina, abortos espontâneos ou partos prematuros (LEITE et al., 2022):

Uma paciente que eu peguei no plantão noturno, com queixa de bolsa rota e quando foram fazer o exame físico, viram uma série de hematomas na barriga e no restante do corpo [...]. (M19)

Ainda no cenário da maternidade, os Centros de Parto Normal são destacados pelas participantes como locais em que a VPI é identificada:

Essa semana teve um parto e a menina, enquanto o marido estava presente, ela só reclamava de dor. Quando o marido saiu, uma das coisas que ela falou foi que ‘Olha, eu não queria esse filho. Eu fiquei grávida, mas foi porque ele quis e assim, ele me bate’. (E1)

Eu já percebi algumas situações de tipo, o homem não ser muito compreensivo com a mulher em trabalho de parto [...] não tem muita paciência mesmo com o processo de parturição. As vezes eles falam: ‘Para de chorar, que você está me irritando’, ‘Você consegue, anda logo!’ ‘Pô, você é mole pra caramba!’ (E7)

Presenciei cenas entre casais, durante o trabalho de parto [...]. Foram palavras, gestos, frases, que diminuía a mulher, durante o sofrimento dela no trabalho de parto. Coisas desagradáveis de ouvir [...] E não só falta de apoio do parceiro, mas com frases depreciando aquele momento, brincadeiras sem graça. (M20)

Esses relatos expressam a percepção dos profissionais acerca da falta de apoio do parceiro e da presença de palavras que diminuía a imagem da mulher no período partitivo, que evidenciam a violência psicológica. Essa forma de violência, que pode gerar diversas consequências emocionais a parturiente, uma vez que a gestação é um momento de transição física e comportamental. Além de ter repercussões negativas no puerpério tais como: dificuldade na vinculação com o RN, desenvolvimento de quadros depressivos no pós-parto, sentimento de culpa, incapacidade e baixa autoestima, havendo assim interferência no bem-estar materno (LEITE; SOUZA, 2019).

Ainda no contexto na maternidade, também houve quatro (04) participantes que afirmaram terem identificação a VPI na enfermaria de gestantes e no alojamento conjunto, conforme destacado:

Eu identifiquei porque foi falada, foi verbalizada [...] Ocorreu na enfermaria, ela internou em trabalho de parto e estava machucada. Ela estava um pouquinho ralada, o primeiro atendimento tinha sido no acolhimento e classificação de risco, que foi até onde foi feita a notificação compulsória. E aí depois ela veio pra mim, na enfermaria de gestante, e aí quando eu fui fazer a admissão dela no setor, ela falou que ela tinha caído, que o parceiro dela tinha empurrado ela. Ela tinha alguns ralados no corpo, também estava muito chorosa. E aí ela falou que tinha sido agredida pelo parceiro íntimo. (E4)

Ela já tinha relatado que foi uma gestação conturbada devido a brigas e confusões com esse parceiro e ele compareceu à unidade hospitalar pra fazer a visita né, e ela pediu que não o deixasse subir pra ver o bebê no alojamento conjunto.” (E6)

Essas expressões evidenciam que as participantes identificaram a VPI por meio das queixas das mulheres. Estudo de Alberton et al. (2021), realizado no Alojamento Conjunto de um hospital público na região metropolitana de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, com puérperas e gestantes internadas apontou que a maior parte das entrevistadas relatou ao profissional que vivenciou alguma forma de violência no período gestacional, principalmente moral, psicológica e física, de seus parceiros íntimos ou ex-parceiros (ALBERTON et al., 2021).

Outro estudo realizado com profissionais de saúde que atuam em Alojamento Conjunto e Centro Obstétrico em uma maternidade escola na região Sul do Brasil, evidenciou que a principal forma de violência detectada por esses profissionais durante o ciclo gravídico-puerperal é a psicológica. Contudo, eles relataram que apresentam dificuldade de identificar essa e as outras formas de violência (ESPÍNDOLA; ZUCCO, 2017).

Ainda no que se refere às dificuldades encontradas para a identificação da VPI, todas (21) as participantes dessa investigação relataram apresentá-la, seja pelo fato de abordar a temática durante o atendimento, seja pela dificuldade de a mulher verbalizar, quando não há marcas de violência física.

Sobre a presença do parceiro durante o atendimento, (05) participantes afirmaram que por meio da presença do homem foi possível identificar a VPI, de acordo com as falas a seguir:

Conseguimos ver através da relação deles se há agressões verbais, grosseria, essas coisas. Percebemos também o medo delas em relação ao que devem falar. É como se elas não pudessem falar o que acontece na vida delas. Coisas assim [...] (E2)

É muito comum a gente estar dentro do consultório com a paciente e o seu parceiro. E a gente percebe que ela está meio tímida, meio acanhada para falar. E eu tento ter essa consulta em dois momentos, quando eu percebo que o acompanhante a inibe. (M19)

Essas expressões apontam que, embora as participantes tenham afirmado que a presença do homem inibiu as queixas das mulheres, eles conseguiram detectar a submissão da mulher e a opressão do parceiro. Isso evidencia a importância da sensibilidade dos profissionais durante o atendimento à mulher.

Portanto, a percepção do profissional na observação do relacionamento do casal é um elemento facilitador na identificação da VPI, uma vez que pode ser presenciada a violência psicológica, bem como se a gestação foi aceita ou não pelo parceiro (LEITE et al., 2022).

Em relação às formas de violência mais detectadas, os resultados foram semelhantes entre as participantes. As enfermeiras (10) detectaram principalmente a violência física (09), seguida da violência psicológica (06) e, posteriormente, a violência sexual (04) e uma forma de violência patrimonial (01). Entre as médicas, nove (09) identificaram a violência física, seguida da violência psicológica (08) e sexual (02).

Ah, fisicamente pelas lesões que ela apresentava pelo corpo, mas também psicologicamente, pela fala dela, pela postura. Acho que os dois, psicológico e físico. (E8)

‘Ah, porque essa gestação foi fruto de um estupro, então fui obrigada a manter’. Duas ou três já aconteceram isso, então me contando mesmo, espontaneamente. (E10)

Já vi a violência física e mais é, eu nem sei descrever direito, no sentido de a paciente ficar sozinha, do marido não estar apoiando, uma violência mais emocional, não sei dizer se psicológica, mas mais uma falta de apoio ali. (M11)

Já presenciei cenas entre casais durante o trabalho de parto, mas nada nunca relatado pela mulher em si... Foram palavras assim, frases, que agrediam a mulher. E não só

falta de apoio do parceiro, mas com frases depreciando aquele momento, brincadeiras sem graça. (M20)

Os relatos das participantes revelaram que todas as formas de VPI estiveram presentes em seus ambientes de trabalho. Estudos realizados com gestantes e puérperas divergem dos nossos achados, revelando que a violência psicológica foi a mais evidenciada, seguida da violência física e da violência sexual (OLIVEIRA et al., 2015; SILVA; LEITE, 2020). Portanto, esses dados se opõem aos nossos achados, visto que identificamos principalmente a violência física, seguida da violência psicológica e, posteriormente, a violência sexual. No entanto, reforça-se que qualquer forma de violência de gênero contra a mulher traz consequências negativas para a saúde das mulheres, levando-as a procurar os serviços de saúde mais próximos de suas residências em busca de respostas dos profissionais.

Foi possível observar que os resultados apontaram que duas (02) médicas ouviram relatos de violência bidirecional, ou seja, quando ambos se agridem mutuamente.

Marido e mulher brigaram [...] ela veio (para o hospital) porque ela sofreu violência física e bateu no marido também. Eu perguntei: ‘Você caiu em alguma coisa?’ E ela respondeu que partiu pra cima dele. Ela estava com marcas, com roxo nos braços. (M14)

Estudos nacionais e internacionais corroboram com esta pesquisa no que tange à violência perpetrada bilateralmente (MONTESINO; GOMEZ, 2018; CARVALHAES; CÁRDENAS, 2021). Portanto, há que se pensar que nem todas as mulheres são submissas e que nem todos os homens são dominadores; por isso, a relação conjugal violenta deve ser pensada sob uma ótica relacional na qual cada um detém parcelas de poder, mesmo que de forma desigual, e cada um desenvolve suas próprias estratégias de dominação ou de submissão (TEIXEIRA et al., 2015).

No entanto, em função da construção histórica e sociocultural que atribui relações assimétricas entre homens e mulheres, alimentado pelo patriarcado e pela dominação masculina, faz com que as mulheres sejam alvos da submissão masculina e desencorajadas a romperem esse ciclo (Nunes; Carmo, 2021). Reforça-se, assim, que a violência contra a mulher sofre a influência de diversos fatores, como o ciclo familiar, condições sociodemográficas,

históricas e culturais, agravadas principalmente pela distinção entre os gêneros, o que leva a mulher a vivenciar mais essa situação do que praticá-la (RAZERA et al., 2022).

Estudos (TEIXEIRA, 2013; WHO, 2012; SOUZA et al., 2021; CAMPOS et al., 2019) ressaltam que a VPI identificada nas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal já existia antes da gravidez. Logo, o padrão da VPI na gestação pode ser alterado quanto à forma, frequência e gravidade, especialmente quando já havia violência antes da gravidez.

No que tange aos sentimentos diante das diversas situações de VPI vivenciadas pelas mulheres, todos as participantes revelaram o sentimento de impotência, conforme relatos a seguir.

Me senti bastante mal. A gente se sente triste. Eu tento sempre me colocar no lugar do outro, então o sentimento mesmo é além da tristeza, dá um sentimento mesmo de revolta, de raiva. E, de você querer fazer justiça pelo outro e você ficar assim, um pouco limitada. (E4)

A gente se sente impotente. Na questão de a gente não ter uma rede ali dentro da unidade, pra gente atuar nessa defesa. Então muitas vezes fica só no relato dela, e não tem nenhuma conduta frente a esse relato. (E6)

Esses relatos são corroborados pelo estudo de Serafim et al. (2016) ao entrevistar 126 profissionais de saúde inscritos em um curso de capacitação contra violência oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo evidenciou que os sentimentos de preocupação e angústia, seguidos de impotência, refletem o despreparo desses profissionais para lidar com esse tipo de atendimento de forma segura, o que pode sugerir uma fragilidade na assistência (SERAFIM et al., 2016).

Outro fator que muitas vezes interfere na identificação é o receio do agressor reagir de forma violenta contra o profissional. Nesse sentido, uma enfermeira relatou medo do parceiro diante da detecção da VPI:

A gente às vezes se sente coagida, especialmente em áreas muito violentas [...]Uma vez era noite e o agressor da mulher chegou e a instituição toda estava ciente que ele não poderia entrar. A gente ficou com medo, porque ficar dar plantão a noite mesmo que tenha segurança, é uma situação de impotência frente ao que pode acontecer. Porque a gente tem medo de chegar no dia seguinte e sair, e ele estar do lado de fora nos esperando, algo assim. (E5)

Essa fala expressa o medo da participante, mesmo ao sentir-se preparada para atender a mulher, diante da possibilidade real da retaliação do agressor da mulher. O medo surge como um dos principais sentimentos, devido à cultura machista e patriarcal, principalmente nas profissionais do sexo feminino, e à falta de segurança que o profissional sente frente ao contexto em que está inserido para prestar esse atendimento. Tal fato também é destacado por um estudo realizado com enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde, em que o medo foi destacado na fala dessas profissionais (SILVA; RIBEIRO, 2020).

Observa-se, no entanto, segundo estudos de Lencha et al. (2019) e Conceição et al. (2021), que a abordagem do profissional acerca da VPI varia de acordo com o sexo do mesmo, visto que profissionais do sexo masculino tendem a agir procurando o agressor a fim de auxiliar na resolução da situação conjugal das mulheres, como evidenciou também o estudo de Leite et al. (2022), realizado com enfermeiras da Atenção Básica do município do Rio de Janeiro.

Segundo outro estudo realizado com enfermeiras, o medo em atuar no território a fim de estabelecer condutas frente à VPI é evidente, principalmente em locais que predominam violência urbana e o tráfico de drogas (MARQUES et al., 2017). Tal fato pode contribuir para a invisibilidade da VPI, como uma medida de proteção para si mesmo, visto que os profissionais ficam inseguros em entrar e cuidar de forma integral da população feminina (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

Cabe destacar que o fenômeno da VPI também pode ser naturalizado por profissionais do sexo masculino, quando eles não identificam as diversas formas de violência que a mulher vivencia, por acharem "comum e normal" essas situações entre os casais. Fato que favorece a invisibilidade do fenômeno, pois legitima não só a submissão feminina, uma vez que é pautado em valores culturais embasados por papéis impostos socialmente sobre o que é ser homem ou mulher, e expõe as mulheres às repercussões negativas na saúde e ao risco de morte (SILVA et al., 2021). Essa situação reforça as relações hierárquicas estabelecidas pela sociedade existentes nos serviços de saúde, principalmente pelos homens, que legitimam e estabelecem o controle sobre o corpo das mulheres (SAFFIOTI, 2004).

Em relação às repercussões da VPI na saúde materna, foi evidenciado que todos as participantes (21) souberam correlacionar os seus agravos, citando principalmente os danos emocionais ocasionados pelo fenômeno:

Tem a depressão pós-parto, a paciente não vai conseguir cuidar direito da criança, de si própria, ela não vai ter autoconfiança, a autoestima também vai estar muito baixa. (M10)

O quadro psíquico da gestante conta muito, porque tem a ansiedade, depressão e até o uso de drogas antidepressivas. (M12)

Essa mulher pode desenvolver depressão pós-parto, baby blues, que pode acabar evoluindo para um dano maior ainda. (E8)

Se a gente parar pra pensar, principalmente na questão de dano psicológico, como essa mulher vai lidar com o pós-parto, com os traumas, porque eles são irreparáveis. (E21)

As falas revelam que as participantes reconhecem as repercussões negativas da VPI na saúde mental. Estudos realizados por Masho et al. (2019) e Conceição et al. (2021) corroboram com os nossos dados ao reforçar que o sofrimento psíquico é uma das principais consequências vivenciadas pelas mulheres que enfrentam a VPI. Essas mulheres costumam apresentar sintomas frequentes, como medo, tristeza e angústia, que podem evoluir para o desenvolvimento de doenças como depressão, transtorno de ansiedade generalizada e estresse pós-traumático (MASHO et al., 2019). Além disso, durante a gestação, a ocorrência de sintomas depressivos em mulheres que vivenciam a VPI varia de 21,7% a 27,2% (LIMA et al., 2017).

O reconhecimento precoce dos sintomas psíquicos é fundamental para realizar avaliações de risco e, conseqüentemente, intervenções oportunas visando desfechos favoráveis para a saúde materno-fetal (LIMA et al., 2017).

Associado aos danos psicológicos e emocionais que as mulheres enfrentam ao vivenciar a VPI durante a gestação, oito (08) participantes ressaltaram o prejuízo no vínculo com o recém-nascido:

Tem casos de violência que a criança foi fruto de um estupro, então isso atrapalha o vínculo, ela pode ser rejeitada, ir para adoção. (M10)

A violência pode atrapalhar todo esse afeto dela com o bebê, porque ela pode até rejeitar o próprio filho. E isso atrapalha também o aleitamento materno, porque ela deprimida libera adrenalina e não ocitocina, então tem todo esse processo do binômio, medo, insegurança. (E5)

É notório a compreensão das participantes quanto aos malefícios da VPI no que tange à saúde mental desta mulher, evidenciada na fala de seis enfermeiras (06) e duas (02) médicas. Situação que influenciará negativamente no vínculo mãe-bebê. Do ponto de vista materno, os danos emocionais já ocasionados pela VPI podem ser agravados com o nascimento do bebê, visto que este precisará e demandará cuidados diretos de sua mãe, que conseqüentemente já está com sua saúde mental afetada. O estudo de Moraes (2017) vai ao encontro dos achados desta pesquisa e acrescenta a possibilidade de a mãe desenvolver depressão pós-parto. Para o bebê, o sofrimento materno impacta diretamente no aleitamento materno e nos cuidados que ele necessita, contribuindo até mesmo para a desnutrição infantil (MORAES, 2017; SOARES; LOPES, 2018).

Sobre a importância da rede de apoio, quatro (04) participantes reconheceram que, sem a ajuda de familiares, vizinhos e amigos, a situação de saúde e vida da mulher e do bebê pode ser agravada, inclusive com a possibilidade de um desfecho trágico, conforme as falas a seguir:

Se a mulher não tem uma rede de apoio, se o próprio parceiro não dá apoio, a invés disso ele a violenta, é perigoso tanto para ela quanto para o bebê. Eles correm risco de vida. (E9)

Em inúmeras situações a gente não pode julgar e a mulher não consegue sair desse ciclo, não tem rede de apoio, não tem para onde ir, não tem dinheiro e ela e o bebê acabam ficando expostos a todas as formas de agressão. (M17)

Essas falas expressam que as participantes consideram a importância da rede de apoio para que essa mulher consiga romper o ciclo de violência e cuidar de seu filho de forma livre e saudável. Entretanto, deve-se considerar que o enfrentamento das mulheres em situação de violência, em função da proteção à gravidez e aos outros filhos, acrescido da dependência econômica e emocional, da esperança na mudança no comportamento do parceiro, do medo do agressor e da falta de apoio de sua rede primária, são fatores relevantes que dificultam o enfrentamento da VPI e a libertação delas (TEIXEIRA, 2013).

Esclarece-se que a rede de apoio, que envolve desde familiares e amigos até o apoio religioso e ONGs, é um elemento fundamental para o enfrentamento da VPI, uma vez que as mulheres que a possuem tendem a conseguir enfrentar de forma mais efetiva o rompimento do ciclo da VPI, apresentando maior equilíbrio emocional, espiritual e material (GOMES et al.,

2015; SINGULANO; TEIXEIRA, 2020). Portanto, a rede de apoio é um agente facilitador para o rompimento da VPI. As repercussões negativas da VPI que envolvem a gestação foram mencionadas, conforme relatado por cinco (05) participantes, sendo três (03) médicas e duas (02) enfermeiras:

Se for algum tipo de violência física, ela pode ter algum tipo de hemorragia e até perder a criança. (E2)

Nesse caso de agressão, faz ela ter contrações e entrar em trabalho de parto, dependendo da IG (idade gestacional) tem o risco de parto prematuro. (E4)

Qualquer trauma na barriga, tipo chute, pode ocasionar um descolamento de placenta, placenta prévia. (M14)

Essas expressões evidenciam que, embora os outros aspectos relacionados às repercussões da VPI tenham sido contemplados, as repercussões obstétricas ocasionadas pela violência física foram as mais salientadas, principalmente pelos profissionais médicos. Isso está de acordo com estudos que destacam que as mulheres que vivenciam VPI estão mais expostas a problemas obstétricos e ginecológicos, como aborto espontâneo, ruptura prematura de membranas, descolamento de placenta, parto prematuro, aumento de complicações no trabalho de parto, maior número de cesáreas e hospitalizações, e infecções do trato urinário e vaginal (BARROS et al., 2016; CONCEIÇÃO et al., 2021; ARAÚJO et al., 2023).

Em relação às repercussões fetais, algumas participantes (05) relataram a correlação entre a VPI e os agravos à saúde do feto e, posteriormente, do recém-nascido, devido a manifestações de natureza física, conforme relatos:

Tem casos que quando a mulher é agredida na gestação acaba afetando o feto, ele pode vir com algum trauma por conta das agressões físicas sofridas. (E2)

Uma grávida que sofre violência [...] Pode até culminar num CIUR, podendo ter repercussões quando esse bebê nascer, como baixo peso. (M12)

Essas expressões evidenciam que, embora os outros aspectos relacionados às repercussões da VPI tenham sido contemplados, as repercussões obstétricas ocasionadas pela violência física foram as mais salientadas, principalmente pelos profissionais médicos. Isso está de acordo com estudos que destacam que as mulheres que vivenciam VPI estão mais expostas a problemas obstétricos e ginecológicos, como aborto espontâneo, ruptura prematura de membranas, descolamento de placenta, parto prematuro, aumento de complicações no trabalho de parto, maior número de cesáreas e hospitalizações, e infecções do trato urinário e vaginal (BARROS et al., 2016; CONCEIÇÃO et al., 2021; ARAÚJO et al., 2023).

Em relação às repercussões fetais, algumas participantes (05) relataram a correlação entre a VPI e os agravos à saúde do feto e, posteriormente, do recém-nascido, devido a manifestações de natureza física, conforme relatos:

A Lei Maria da Penha é uma das leis que é muito debatida na nossa graduação. Na minha graduação, a gente debate muito violência de gênero, né [...] (E1)

Não, a fundo, a fim de que eu possa usá-lo na minha vida profissional. Conheço algo sobre a Lei Maria da Penha, como lugar pra encaminhar a mulher, mas os serviços de referência, desconheço. (M18)

Nessas falas, observam-se divergências entre as participantes de acordo com a categoria profissional. Enquanto as enfermeiras ressaltam que possuem conhecimento acerca da lei supracitada desde a graduação, os médicos a citam, dizendo apenas conhecê-la, sem detalhá-la.

A Lei Maria da Penha, Lei n.º 11.340/2006, embora vigente em território nacional, possui reconhecimento internacional, sendo uma das três leis mais completas que abordam essa temática a nível mundial. Foi resultado de mobilização social e política por parte dos movimentos feministas, que ao longo de sua história reivindicavam por um dispositivo legal que erradicasse, prevenisse e punisse as situações de violência doméstica no país (LISBOA, ZUCCO, 2022).

Assim sendo, esta Lei não se limita à definição de violência contra a mulher apenas como um ato físico, mas ressalta todas as suas possíveis formas de ocorrência, como violência psicológica, sexual, patrimonial, moral, tráfico de mulheres, abuso e incesto. Além disso, ela se estende também às mulheres trans e travestis. Ou seja, a Lei Maria da Penha parte do princípio

da desigualdade e violência de gênero, traçando metas intersetoriais e interdisciplinares que abrangem desde a Segurança Pública até a saúde (LISBOA, ZUCCO, 2022).

Dentre as participantes que não mencionaram a lei supracitada, um deles discorreu sobre os direitos das mulheres que vivenciam violência, previstos na legislação brasileira.

Sim. Agora você me pegou, especificamente assim não lembro, do número do artigo não lembro. É complicado! Mas estudei isso na graduação. Sei que a mulher tem direito do próprio corpo e que tem um artifício legal de que só o discurso dela da violência conta como prova, que é um fator legal. A gente tem que sempre encorajá-la a tomar essa posição. E a polícia, fazer o seu papel na investigação. (M15)

A fala dessa participante médica evidencia que ele não lembrava qual era a Lei que conheceu na graduação, mas ela sabia algo acerca dos direitos da mulher sobre o próprio corpo. Entretanto, ela destaca apenas a denúncia como decisão da mulher, reforçando assim a ideia de que o ato violento é competência apenas da segurança pública e não de outros setores da sociedade. Este achado vai ao encontro do estudo de Lisboa e Zucco (2022) quando revela que os profissionais destacam apenas o caráter punitivo da lei, não contemplando os outros aspectos inclusos nela, como os aspectos biopsicossociais.

Sobre os dispositivos legais que versam sobre violência sexual, apenas quatro (04) profissionais, duas (02) enfermeiras e duas (02) médicas afirmaram que conheciam algo, de acordo com as falas que se seguem:

Tem a lei que assegura o aborto em caso de violência sexual, isso eu me lembro... Eu não me lembro mais... a do estupro, risco materno. (E2)

A lei de violência sexual que vem na mente, só lembro dessa. Do aborto e tudo mais, que a gente pode fazer. (M14)

Essas falas revelam que é incipiente o conhecimento que eles possuem acerca da temática. Tal fato corrobora com o estudo de Souza e Cintra (2018), que afirma que o médico necessita de conhecimento científico para além do olhar biologicista, adotando ainda medidas de responsabilidade social, para que assim compreenda o fenômeno da violência e a importância

das leis que versam sobre a temática. Corroborando ainda com este achado o fato das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina não trazerem em seu bojo a obrigatoriedade de abordar este tema em sua grade curricular, embora seja de caráter obrigatório a discussão de temas voltados para a saúde pública (BRASIL, 2014).

Em relação à Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal, dezoito (18) participantes afirmaram conhecê-la:

Conheço a ficha [...]. (M12)

Conheço a ficha e já preenchi. Ela é bem autoexplicativa, acho que não tem muita dificuldade [...]. (M17)

Conheço e já preenchi a ficha[...]. (E8)

Embora os achados evidenciem conhecimento acerca da ficha de notificação e facilidade em preenchê-la, este fato vai de encontro com estudo realizado por Bento et al. (2014), afirmou que os 45 participantes tinham conhecimento acerca da necessidade do preenchimento da Ficha de Notificação, mas não a realizavam em função das dificuldades encontradas.

Vale destacar que três (03) participantes – duas (02) médicas e uma (01) enfermeira, afirmaram não conhecer a respectiva ficha de notificação e nunca terem ouvido falar acerca da existência e obrigatoriedade desta ficha, conforme relatos a seguir:

[...] Eu não lembro de já ter visto essa ficha. (E4)

Essas falas revelam o desconhecimento dos profissionais sobre a importância desse instrumento. Fato que contribui para a invisibilidade do fenômeno, uma vez que há subnotificação dos casos. Destaca-se que a Notificação Compulsória de Violência Interpessoal é um instrumento fundamental para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas para o enfrentamento da violência contra mulher (TEIXEIRA, 2013). Logo, todos os profissionais de saúde (médicos,

enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e outros) que prestam cuidados às mulheres nos diversos serviços de saúde, no caso de detecção de violência, têm a obrigação legal e ética de notificá-la, de acordo com a Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher (Lei n.º 10.778/2003) e com os respectivos Códigos de Ética que norteiam as ações de cada profissional. (MOREIRA et al., 2013).

Sobre a lei que versa sobre o feminicídio, apenas uma participante (01) afirmou ter ouvido falar:

De violência tem o feminicídio também, tá relacionada à violência de gênero, são essas, que eu me lembro. (E9)

Essa expressão revela que há um conhecimento incipiente acerca da temática, visto que a profissional apenas diz conhecer a lei, sem atentar-se para a profundidade e para o que a mesma garante à mulher. Isso ressalta a necessidade de aprofundamento sobre a temática, uma vez que os serviços só garantirão melhores resultados na prevenção e interrupção do ciclo da violência, evitando, assim, seu desfecho mais trágico, que é o feminicídio. Isso pode ser alcançado por meio do esclarecimento dos profissionais não apenas sobre as condutas a serem tomadas, mas também sobre o conhecimento da legislação (SANTOS et al., 2018).

4.2.2 Subcategoria 2 - Conduta de enfermeiras e médicas à luz dos dispositivos éticos e legais

Esta subcategoria discute a conduta das participantes à luz dos dispositivos éticos e legais frente às mulheres no período gravídico-puerperal que vivenciam as diversas formas de violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.

Nesse contexto, no que tange aos dispositivos legais, os resultados revelaram que todas (21) as participantes possuíam dúvidas em suas condutas diante da VPI, embora tenham demonstrado algum conhecimento acerca da Lei Maria da Penha, de acordo com a fala a seguir:

Eu sei pouco sobre a Lei Maria da Penha, não lembro do número, ano e tudo mais. Tenho dúvidas para onde encaminhar[...] se ela tem que ser encaminhada para um hospital, se tem direito ao distanciamento do parceiro [...]. (E16)

A Lei Maria da Penha eu conheço e sempre me vem à cabeça [...], mas eu não sei, se como médica, o que eu tenho que fazer, se eu posso denunciar, se isso é sigilo profissional, se esse problema é nosso dever resolver [...]. (M17)

Essas expressões revelaram que todos as participantes (21) apresentaram insegurança e desconhecimento sobre as ações que devem ser realizadas para auxiliar as mulheres no enfrentamento da VPI. Os achados desta pesquisa corroboram com um estudo anterior realizado com profissionais de saúde em uma maternidade no Rio de Janeiro, que também mostrou o desconhecimento dos dispositivos legais e o receio dos profissionais diante dos casos de VPI (MARINHO; GONÇALVES, 2016).

Além disso, foi observado que esse desconhecimento não se limita à Atenção Hospitalar, pois um estudo realizado com enfermeiras em Unidades Básicas de Saúde do mesmo município também revelou dificuldades na definição de condutas e fragilidades no atendimento a mulheres em situação de VPI (LEITE et al., 2022).

Quanto à conduta das participantes diante das diferentes situações de identificação, os resultados indicaram que suas ações se restringem ao tratamento clínico, independentemente da forma de VPI identificada. Nesse sentido, oito (08) participantes mencionaram como os casos de violência sexual deveriam ser conduzidos:

Em relação ao abuso sexual, a mulher tem que ser direcionada para o hospital, para o exame, fazer as medicações, doenças sexualmente transmissíveis. Mas tenho dúvidas de como abordar a situação. (E16)

Em caso de violência sexual você vai pedir sorologia, você vai fazer a contracepção de emergência. Mas você não sabe o que vai falar para paciente, como você vai abordar isso, o emocional dela. (M10)

Observa-se nessas falas que o cuidado foi centrado no modelo biomédico. Esse cuidado centrado no "combate às lesões" evidencia o conhecimento do profissional acerca dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde. No entanto, todos demonstraram insegurança

na forma de abordar as mulheres. Há de se considerar que essas mulheres necessitam receber um atendimento digno, respeitoso e acolhedor, que as proteja da revitimização. Esse é o papel da enfermeira e dos demais profissionais, garantindo a humanização do cuidado, uma vez que elas precisam de apoio emocional para melhorar a autoestima e ter motivação para superar o trauma.

Destaca-se que nossos achados vão ao encontro de outro estudo (TRENTIN et al., 2019) quando reforça que o cuidado prestado pelos profissionais é pautado no modelo biomédico e em uma assistência fragmentada frente às mulheres em situação de violência sexual.

Ressalta-se a importância do conhecimento e da conduta dos profissionais de saúde que prestam atendimento à mulher em situação de violência sexual e atuam em maternidades e em outras unidades de saúde acerca da Lei n.º 12.845/2013. Uma vez que versa sobre o atendimento obrigatório a essas mulheres e orienta em relação aos encaminhamentos para o hospital de referência, a fim de realizar a profilaxia de ISTs, hepatite B, HIV e gravidez (BRASIL, 2013).

Portanto, pode-se afirmar que a violência de gênero contra a mulher requer a integração de conhecimentos e serviços, além do treinamento dos profissionais no que diz respeito à identificação, acolhimento e encaminhamento das mulheres em situação de violência aos serviços de saúde, até porque, no Brasil, a preocupação em treinar e capacitar os profissionais é uma das prioridades da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011).

Há necessidade de que as universidades e o ensino fundamental e médio reorientem os eixos adotados em seus currículos, considerando as necessidades do cotidiano e reorganizem outras formas de conhecimento. Trata-se da construção de uma nova relação com o saber, com capacidade de escutar e interagir com outros espaços sociais (TEIXEIRA, 2013).

Nesse sentido, a ausência de abordagem acerca do tema na formação das áreas da Saúde e Humanas faz com que haja dissociação dos fatores que permeiam a violência de gênero, corroborando assim para uma assistência focada nas lesões físicas (SOUZA; CINTRA, 2018).

Tal situação é evidenciada na fala de uma participante que relata que a dificuldade que possui na condução desses casos é reflexo da ausência desta temática durante sua graduação:

É muito complicado, né? Eu não sei direito assim, como que eu vou agir, porque é uma situação que é difícil, a gente não é muito preparado para isso na faculdade, assim, quais são as ferramentas que a gente vai usar em caso de violência. (M10)

Essa fala reforça a necessidade da inclusão do tema na grade curricular das universidades. Fato também destacado no estudo de Souza e Rezende (2018), realizado com médicos, enfermeiros e psicólogos, que atribuíram a dificuldade de condução dos casos de violência contra a mulher devido à ausência desse tema durante a graduação, fazendo com que as condutas profissionais sejam aprendidas e replicadas somente durante a vivência nos campos práticos laborais. Esse fato compromete a assistência, desde a detecção dos casos até os encaminhamentos dessas mulheres.

Em relação à conduta das participantes diante dos casos de violência física e sexual, os resultados afirmaram que suas ações ficaram limitadas à orientação da mulher para procurar o serviço de segurança pública, conforme relatos a seguir:

[...] Encaminhei a mulher e a orientei que se necessário ela podia acionar a polícia. (E8)

[...] Orientamos a ela que poderia denunciar o parceiro, que aí teria as medidas protetivas se fosse necessário. A gente sabe que em muitos casos as mulheres ficam com medo de denunciar. Então a gente a [...]. (E9)

Eu oriento as pacientes a denunciarem, fazerem B.O. (boletim de ocorrência), a não se deixar intimidar por conta disso. Até porque, os parceiros são muito violentos em casa. (M10)

Tais falas evidenciam a associação da VPI (Violência contra a Pessoa Idosa) ao caráter punitivo que deve ser aplicado ao agressor, visto que, das participantes (21), três (03) médicas e cinco (05) enfermeiras se remeteram à denúncia à polícia e abertura de boletim de ocorrência.

Essa situação corrobora com um estudo realizado em um hospital público de Maceió, em Alagoas, que entrevistou médicos que assistiam mulheres em situação de violência. Em suas entrevistas, foi possível evidenciar o conhecimento deficiente acerca dos dispositivos legais. Essa situação favoreceu o reconhecimento da violência apenas pelo aspecto relacionado à segurança e de caráter punitivo. Ou seja, há um conflito de entendimento acerca do papel do profissional no atendimento a esse público, visto que a própria lei traz em seu bojo a atuação multiprofissional e intersetorial a fim de solucionar o problema, não contemplando apenas um de seus aspectos (LISBOA; ZUCCO, 2022).

Os profissionais de saúde devem estar atentos a que, ao orientar a mulher a dirigir-se a uma DEAM (Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher) para realizar uma denúncia contra o agressor, podem estar colaborando para o agravamento do ciclo de violência, ao invés da atenuação deste problema.

Destaca-se que as enfermeiras e outros profissionais necessitam compreender que as mulheres se expõem ainda mais a situações de violência pelo agressor, pois o retorno ao lar após a denúncia pode representar o aumento das agressões. Uma vez que não tendo um local para se abrigarem em segurança, elas se submetem a dividir o espaço com o agressor. Desta forma, desprovidas de recursos que lhes permitam não voltar para casa, também se deparam com a falta de segurança no que se refere à preservação de suas vidas (TEIXEIRA, 2013).

Para a mulher, a denúncia pode significar uma possibilidade de romper com o ciclo de violência. Entretanto, a aplicação das medidas protetivas recomendadas pela Lei "Maria da Penha" não tem ocorrido de forma eficaz pelo sistema de segurança. Essa situação coloca a mulher frente a uma realidade de desamparo e descrença na justiça social.

Os resultados revelaram que a maioria das participantes (20), a fim de conduzir os casos, restringiram-se ao encaminhamento aos profissionais de psicologia ou serviço social, conforme relato a seguir:

Na maternidade eu acho que não tem nenhum serviço especializado para apoio casos de violência contra a mulher. Tem no município, mas eu não conheço, nunca tive nem a oportunidade de visitar. Na maternidade acaba sendo restrito à psicologia e ao serviço social. (E4)

Aqui não tem rede de apoio. Inclusive, quando a gente absorve essa paciente vítima de estupro, penso na possibilidade de transferir para algum serviço que tenha um acompanhamento psicológico [...]. (M18)

Essas falas reforçam que há desconhecimento quanto aos serviços que compõem a Rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Este achado vai ao encontro do estudo realizado por Silva, Santos e Bezerra (2022), no qual os médicos entrevistados somente encaminharam para a psicologia, assistência social e delegacias.

É importante ressaltar que essas mulheres precisam de um cuidado integral e resolutivo por parte dos serviços de saúde, que lhes permitam recuperar sua integridade. Recomenda-se que, articuladamente, façam parte de uma rede social com a finalidade de assegurar o suporte

emocional, material e informativo de que necessitam, considerando também a importância da inserção de sua rede no processo de enfrentamento e busca pela saída do ciclo de violência.

Essa rede social é composta pelos serviços especializados, tais como Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência, Casas Abrigo, Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, dentre outros, e não especializados (Serviços de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público, etc.), podendo ser acionados de acordo com as características e individualidades de cada situação (BRASIL, 2011).

É notório que os diversos resultados apresentados, como a incipiência de conhecimento sobre os dispositivos legais, o modelo biologicista de ensino, bem como os componentes históricos e culturais, colaboram para que o profissional aja, rompendo com o princípio da integralidade no atendimento, visto que ele não tem continuidade ou está limitada. Acrescido a isso, observa-se que há uma falta de protocolos específicos pautados na Política de Enfrentamento à violência nas unidades de saúde, o que dificulta a conduta a ser traçada. Fato ressaltado também no estudo realizado por Souza e Cintra (2018).

No entanto, algumas participantes (04) citaram que, além dos encaminhamentos para os serviços de segurança pública, psicologia e assistência social, eles orientaram as mulheres grávidas sobre outras instituições de proteção caso elas se afastem do agressor:

Eu Niterói tem, mas o endereço da Casas Abrigo não é muito divulgado porque tem os riscos de o parceiro descobrir a casa que a gestante ou a mulher ficam. Niterói tem esse lugar que elas ficam acolhidas. (E8)

A gente tinha pacientes em situações de vulnerabilidade social, muitas pacientes já conseguiram, como as etilistas, tabagista, moradoras de rua. As grávidas, podem ir para a Casa da Gestante. (M12)

As falas remetem a uma rede que vai além dos serviços mais conhecidos, uma vez que esses serviços, como Casas Abrigo e Casa da Gestante, não são ofertados em todos os municípios. Nos casos mencionados, os dois serviços encontram-se em regiões de metrópoles brasileiras.

As Casas Abrigo são instituições que podem ser de longa ou curta permanência para a mulher, uma vez que ela é encaminhada para esses locais devido à vulnerabilidade à qual está exposta, após abordagem do serviço social ou após a denúncia da violência vivenciada em algum órgão de Segurança Pública. Esses locais acolhem a mulher e contam com profissionais da área multiprofissional, incluindo psicólogos, assistentes sociais e demais áreas da saúde, jurídica e administrativa (BRASIL, 2011).

Já a Casa das Gestantes foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, em 1998, com o objetivo de estabelecer apoio assistencial às gestantes de alto risco, a fim de auxiliar no tratamento e prevenir agravos, promover saúde e humanização, ampliando ainda a atuação dos serviços de Enfermagem (BRASIL, 2001).

Sobre o conhecimento e encaminhamento nos casos de violência sexual, apenas duas (02) participantes que atuavam no mesmo município da Região Serrana do estado do Rio de Janeiro mencionaram a Sala Lilás como integrante da rede de apoio ao enfrentamento da violência contra a mulher.

[..]Tem até a sala Lilás, para acolher essas mulheres [...] lá tinha uma rede de apoio muito boa. Era uma equipe bem completa (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo). (E16)

Aqui tem um atendimento pré-hospitalar voltado para isso (VCM), elas chamam de Sala Lilás. É uma estrutura física fora do hospital, ainda que no complexo hospitalar. Fora da maternidade, fora da obstetria. Lá não tem médico, só enfermeiro. Esses atendimentos vão direto para lá. (M18)

Observa-se, com base na fala dessas participantes, que este município possui um atendimento especializado para casos de violência sexual, evidenciando que essas participantes conheciam a rede de enfrentamento.

Salienta-se, assim, que a Sala Lilás compõe a Política de Enfrentamento da Violência, sendo criada com a finalidade de proporcionar um atendimento especializado e humanizado às mulheres que vivenciaram VPI, com enfoque principalmente nas formas física e sexual, contando com uma equipe multidisciplinar, tais como policiais, assistentes sociais, médicos e enfermeiros. Assim, propicia à mulher um local de acolhimento diante de todo o sofrimento causado pela violência vivenciada (BRASIL, 2011).

Vale destacar que o município do Rio de Janeiro possui duas (02) Salas Lilás, uma no Centro e outra em Campo Grande, associadas ao complexo do Instituto Médico Legal (IML), sendo responsáveis por 3341 notificações de violência contra mulher no ano de 2019 (TJRJ, 2019). No estado do Rio de Janeiro, há ainda unidades de Sala Lilás nos municípios de Niterói, Petrópolis e Nova Iguaçu.

Cabe ressaltar também que, além da importância de fazer os devidos encaminhamentos durante o atendimento às mulheres em situação de VPI, é obrigatório que o profissional realize a Notificação Compulsória da mesma, conforme Lei n.º 10.778/2003. Sobre o preenchimento dessas fichas, a maioria (12) das participantes afirmou ter realizado o seu preenchimento, independentemente da forma de violência identificada:

Já preenchi (a ficha) em caso de violência sexual. (M19)

Já preenchi (a ficha). Todas as vezes que a gente atende esses casos, a gente notifica em conjunto com o serviço social e psicologia. (E21)

Ressalta-se que a Notificação Compulsória, ao ser realizada pelos profissionais, dá visibilidade ao fenômeno, de modo a corroborar com os dispositivos legais que versam sobre ele. Logo, ao detectarem um caso de violência de gênero contra a mulher, as enfermeiras e outros profissionais devem ser cautelosos no que diz respeito a reter a informação de forma sigilosa, obedecendo aos princípios éticos, registrando objetivamente o ocorrido no prontuário da mulher e preenchendo a ficha de notificação compulsória (TEIXEIRA, 2013).

Essa atitude profissional preservará a identidade da mulher, além de permitir a visibilidade do fenômeno. Não é demais lembrar que atualmente, em que prevalecem as anotações eletrônicas, a mulher pode se sentir insegura em confidenciar suas vivências ao profissional de saúde, sob risco de ter sua vida exposta por meio de prontuários aos quais todos podem ter acesso.

Dentre as participantes, a maioria (12) - sete (07) enfermeiras e cinco (05) médicas - afirmaram ter realizado o preenchimento das Fichas de Notificação e não apresentaram dificuldades para preenchê-las:

Já preenchi (a ficha), até que ela é autoexplicativa, acho que não tive muita dificuldade [...]. (M17)

Já preenchi a ficha e não apresentei dificuldade [...] Eu sei que a ficha é de notificação de violência interpessoal, que caracteriza qualquer tipo de violência. (E6)

Tal fato corrobora com estudo de Marinho Neto e Girianelli (2020), que ao analisar as Fichas de Notificações Compulsórias de violência contra a mulher, no município de São Paulo, evidenciou que, no período de 2008 a 2015, houve aumento das notificações com de violência física, seguida da psicológica, a partir dos casos de violência sexual.

Entretanto, outras (06) participantes apresentaram dificuldades no preenchimento da ficha. Dentre os que apresentaram dificuldades, destaca-se:

[...]A maior dificuldade para mim é perguntar essas coisas: ‘Que horas, não sei mais o quê...’, no caso de violência sexual, estupro, que a pessoa tem que ficar lembrando[...]. (M17)

[...]Tive dificuldade, acho uma questão muito extensa e a mulher está fragilizada, e você fica ali fazendo o papel de um investigador, agindo e tentando tirar informações que ela não está apta para pensar naquilo. (M19)

Tem dois campos (da ficha) que a gente vai lendo e dá um duplo sentido, tem que reler para entender [...]. (E5)

Preenchi uma vez e tive dificuldade em alguns pontos específicos, mas agora não lembro bem quais, ela é bem comprida [...]. (E2)

Essas falas expressam que as dificuldades foram as dúvidas sobre alguns questionamentos da ficha e a dificuldade de fazer a mulher reviver a situação de agressão. Observa-se que, embora as rotinas de plantão fossem exaustivas e o serviço cansativo, nenhum profissional relatou como dificuldade a falta de tempo para realizar o preenchimento.

Essa situação é corroborada pelo estudo de Delvizio et al. (2018), ao analisar as Fichas de Notificação de Violência contra a mulher em Santa Catarina - SC, que evidenciou as dificuldades encontradas por profissionais ao preencher os campos da ficha, com destaque para dados que remetiam à mulher lembrar e detalhar a violência sofrida, como, por exemplo, a hora da agressão. Esse fato está de acordo com os achados desta presente pesquisa. Além disso, houve dificuldade em relação à classificação do tipo de violência, principalmente em situações de violência sexual e na classificação da natureza da lesão em casos de violência física.

Destaca-se que nove (09) participantes afirmaram nunca ter realizado o preenchimento das fichas de Notificação, mesmo tendo identificado situações de VPI. Dentre esse total, a maioria (05) era composta por médicas.

Eu conheço, mas nunca preenchi. (M15)

Se eu tive contato com ela (a ficha), não lembro, nem preenchi.” (M10)

Sei que ela existe, mas nunca preenchi. (E7)

Uma (01) relatou, inclusive, que não era competência de sua categoria profissional:

Conheço. A gente não fazia, tá. Isso aí era a cargo da Enfermagem. (M12)

As falas revelam que essas participantes não tinham conhecimento de sua obrigação legal e ética diante dos casos de violência contra a mulher. Além disso, uma participante atribuiu a função, que seria sua, a outra classe profissional. Essa situação comprova a necessidade de capacitação e sensibilização por parte dos profissionais de saúde, além da implantação de protocolos institucionais. Ademais, contribuiu para a invisibilidade do problema, pois não houve notificação dos casos detectados. Lembra-se que a notificação contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas para enfrentá-lo.

Nesse sentido, a subnotificação é evidenciada como um agravo da VPI. Segundo pesquisas, os profissionais de saúde, mesmo sabendo que possuem o dever ético de realizá-la, não o fazem por vários motivos, como identificar a VPI como suspeita e não como uma confirmação, naturalização da violência, dificuldade de preenchimento ou sobrecarga de trabalho (SOUZA et al., 2018; SILVA et al., 2020; LEITE et al., 2022).

Portanto, a falta de capacitação e treinamento dos profissionais de saúde em relação às situações de violência pode ser considerada um fator limitante para que a conduta ocorra de forma ética e legal. Vale lembrar que, tão importante quanto identificar a violência, é notificá-la (MARTINS et al., 2018; BOTELHO et al., 2021). Logo, todos os profissionais de saúde que prestam cuidados às mulheres nos diversos serviços de saúde têm a obrigação legal e ética de notificar, de acordo com a Lei de Notificação Compulsória (MARTINS et al., 2018).

Neste contexto, a interdisciplinaridade apresenta uma relação com o conhecimento e a construção coletiva do saber, representando uma linguagem comum entre diferentes campos do conhecimento. Significa o processo de integração recíproca entre várias disciplinas e campos de conhecimento. Constitui uma associação de disciplinas por conta de um objeto que lhes seja comum (TEIXEIRA, 2013).

Depreende-se que há necessidade da inserção da temática "violência de gênero contra a mulher", bem como a discussão sobre a inclusão dessas práticas nas propostas pedagógicas das instituições de ensino de graduação e pós-graduação, na perspectiva da interdisciplinaridade, para obter uma mudança no atendimento oferecido às mulheres em todos os ciclos da vida nos serviços de saúde. Essas propostas devem estar fundamentadas no reconhecimento da violência como objeto da saúde, uma vez que está presente nas unidades de emergência e em outros cenários, como nas Unidades Básicas de Saúde e maternidades, devendo incluir como eixo o princípio da autonomia das mulheres, buscando estratégias que possam ampliar a humanização no atendimento.

Deve-se considerar que o cuidado à mulher deve ser integral e incluir a saúde mental, física e sexual, a fim de preservar sua vida. Nesse sentido, faz-se necessário a intersetorialidade entre as ações, para que cada profissional intervenha com base em sua ótica de saberes e área de trabalho. Portanto, é de fundamental importância haver articulação entre os serviços e profissionais envolvidos, a fim de interromper o ciclo da violência (PIRES; MANSUR; FERREIRA, 2018).

Os resultados evidenciaram que todos as participantes acolheram as mulheres ao detectarem os casos, mostrando assim comprometimento com a ética profissional, conforme relatos:

Minha conduta foi mais de acolher a gestante [...]Foi de receber ela no meu setor, além de toda aquela rotina hospitalar que a gente faz, foi de fazer uma escuta ativa, perguntar o que ela estava sentindo, precisava, de que eu estava ali a disposição dela. (E4)

O mais importante é acolher essa mulher e dar um apoio integral à situação dela, quanto à saúde física quanto emocional. (E7)

Eu tento acolher, confortar a pessoa, mas de uma maneira assim que não fique tão pesada de consulta. Então não fico muito voltando atrás, como foi, de que jeito. (M10)

[...] Penso em acolher primeiro. Ouvir, me disponibilizar na escuta mesmo, e depois tentar pensar no lado legal da situação, tranquilizar no caso que tiver que tranquilizar de neném, da maternidade ali. (M11)

A importância da empatia no atendimento a mulheres em situação de violência é evidenciada pelos profissionais, agindo de acordo com o preconizado pelos dispositivos legais. Dessa forma, eles vislumbram um atendimento baseado nos princípios da humanização (DELVIOZO et al., 2018).

É crucial considerar que qualquer mulher em situação de violência que busca os serviços de saúde para tratar de ferimentos necessita de um atendimento acolhedor. Nesse sentido, o profissional não deve questionar a veracidade da história relatada, devendo adotar uma postura livre de julgamentos e manifestações contrárias aos seus valores pessoais.

Ao identificar um caso de violência contra a mulher, oferecer apoio e notificar a violência, os enfermeiros e outros profissionais de saúde estão agindo de acordo com a ética, não apenas em relação à profissão, mas também em relação à sociedade e à mulher, permitindo que ela exerça seus direitos como cidadã e proteja sua integridade (TEIXEIRA, 2013).

Destaca-se, portanto, a necessidade e importância da educação continuada para permitir que esses profissionais ampliem seu conhecimento sobre a temática, tornando-se instrumentalizados e preparados para reconhecer a violência de gênero e preencher o instrumento de notificação, enfatizando um atendimento de qualidade (DELVIOZO et al., 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu aprofundar o conhecimento acerca da VPI durante o ciclo gravídico-puerperal, de modo a compreendê-la como um problema de saúde pública. Foi perceptível a necessidade de abordar a temática com as enfermeiras e médicas, visto que são os principais profissionais de saúde, estão na linha de frente no cuidado a essas mulheres e apresentam diversos desafios para a execução de sua assistência. Os resultados deste presente estudo possibilitaram traçar o perfil sociodemográfico e formativo das participantes que atuam em maternidades, mas que em algum momento de sua vida profissional também atuaram em outros serviços que compõem a Rede de Enfrentamento à Violência, como a Atenção Básica, cuidando de mulheres que vivenciaram a VPI no ciclo gravídico-puerperal.

Ao analisar os dados dessa pesquisa, ficou claro a diferença entre as duas categorias profissionais, principalmente no que tange à formação acadêmica e à busca pelo aprimoramento nessa temática. Foi evidenciado que as participantes enfermeiras e médicas não tiveram o conhecimento acerca dos dispositivos legais e éticos, necessário durante sua formação profissional para detectar e conduzir a situação de forma eficaz e segura para as mulheres. No entanto, a diferença entre enfermeiras e médicas se deu a partir da inquietação e do desejo de poder contribuir na saúde e na vida delas.

As participantes enfermeiras se mostraram mais preocupadas com o contexto social e familiar das mulheres e na busca por conhecimentos por meio de capacitações, cursos e atualizações. Fato que vai ao encontro da formação da Enfermagem em busca de um cuidado integral e humanizado. As participantes médicas, por sua vez, não evidenciaram nenhum desejo de aperfeiçoamento, mesmo reconhecendo que havia déficit de conhecimento nessa temática. Além disso, foi notório que o déficit acerca da violência de gênero apresenta-se desde a graduação, onde impera o enfoque da assistência biologicista e curativa frente aos atendimentos. Situação que favorece a permanência da mulher no ciclo de violência, uma vez que ela não sabe onde buscar ajuda, repercutindo negativamente sobre sua saúde e vida.

Quanto ao conhecimento, as participantes demonstraram desconhecer os dispositivos legais que versam sobre o assunto. Embora saibam o nome da Lei Maria da Penha ou alguma outra, válida em território nacional, foi evidenciado que suas condutas foram permeadas por insegurança e medo.

A deficiência acerca do conhecimento da VPI foi perceptível ao longo das entrevistas, pois as participantes conseguiram identificar as formas de VPI existentes pelas marcas físicas

ou pela verbalização da própria mulher. A forma física foi a mais identificada, pois foi observada em seu corpo, através das marcas físicas. Fato este que mais uma vez evidencia o enfoque na sintomatologia e no caráter curativo do atendimento, fragmentando assim a abordagem à mulher, que não é vista a partir do âmbito biopsicossocial e contemplada em sua integralidade.

Portanto, ao centrar o cuidado apenas nos sinais visíveis da VPI, sem conhecer o seu contexto social e familiar, os profissionais de saúde perdem a oportunidade de proporcionar um cuidado integral pautado em suas reais necessidades, ou seja, o "não dito" por ela não é valorizado, de modo que não há profundidade neste atendimento, o que muitas vezes dificulta a identificação da violência ou suspeita da mesma. Reforça-se que a VPI vai além das marcas físicas e do verbalizado, deixando traumas e "feridas não visíveis" que em muitas circunstâncias são expressos no comportamento da mulher e não são identificadas pelos profissionais.

No que tange às repercussões da VPI na saúde reprodutiva, as participantes demonstraram conhecimento acerca da saúde da mulher e saúde neonatal. Todos foram capazes de citá-las, demonstrando conhecimento prévio acerca das mesmas e reforçando, especialmente, as consequências psicológicas para a mãe, que repercutem negativamente no vínculo entre mãe e bebê. Ressaltaram ainda o quão é importante a rede de apoio para que essa mulher rompa com o ciclo da violência, bem como elencaram as principais complicações na gravidez que poderiam impactar na saúde fetal e neonatal, tais como ameaça de parto prematuro, rotura precoce das membranas, descolamento de placenta, malformações fetais, baixo peso ao nascer.

No entanto, embora eles apresentem esse conhecimento, que vai ao encontro das condutas clínicas que fazem parte dos protocolos de saúde, os resultados revelaram que os atendimentos prestados por eles não demonstram a valorização da escuta ativa e do vínculo a ser estabelecido, a fim de proporcionar a essa mulher maior segurança e confiabilidade.

Torna-se imperioso o conhecimento aprofundado não só acerca do reconhecimento da VPI, mas também sobre as leis, protocolos, Notas Técnicas e Códigos de Ética de cada profissional que versam sobre a VPI, de modo a garantir segurança ao profissional para executar seu atendimento, traçando condutas baseadas no cientificismo e na ética profissional, distanciando-se de preconceitos e estigmas que permeiam a VPI, principalmente na sociedade machista e patriarcal na qual estamos inseridos.

Em relação à conduta, observou-se que foram pautadas na resolutividade da queixa de ordem física. Fato que deixou em evidência mais uma vez a deficiência dessa temática desde a graduação. Fato que reforça a necessidade de incorporação de debates e treinamentos desde a

formação profissional, a fim de preparar e sensibilizar os futuros profissionais acerca da realidade de seus campos de atuação, que vão além da "cura de doenças" e prevenção de agravos ao corpo físico.

Evidenciou-se também que a maioria das participantes, diante do desconhecimento sobre os dispositivos legais, pautaram suas condutas em ações imediatas e pontuais, principalmente no que tange aos encaminhamentos. Foi evidenciado que os encaminhamentos foram feitos para psicólogos e assistentes sociais, e que alguns profissionais estimularam a mulher a denunciar o agressor nas DEAMs. Isso demonstra, além do desconhecimento dos dispositivos legais, desconhecimento do fluxo de encaminhamento das mulheres em situação de violência, que faz parte da Política de Enfrentamento à violência em nosso país.

Ao se referir apenas a psicólogos e assistentes sociais, houve uma fragmentação na continuidade da assistência, demonstrando assim a fragilidade na rede intersetorial. Portanto, não reconhecer a violência como um fenômeno multifacetado com repercussões imensuráveis para a saúde das mulheres resultou em atendimento fragmentado, uma vez que a assistência nos serviços de saúde restringe-se à "sua parte", não compreendendo a mulher em sua totalidade. Acredita-se na necessidade de uma assistência holística às mulheres, de modo que as enfermeiras e demais profissionais reconheçam a importância das vivências de cada uma, considerando os contextos socioeconômico e familiar envolvidos no processo de cuidar.

Salienta-se a importância da equipe multiprofissional para resguardar essa mulher de possíveis fatores que agravem a situação de VPI vivenciada. Uma vez identificada a VPI, os profissionais devem atuar na perspectiva da integralidade, baseados nos fluxos de encaminhamento à luz dos dispositivos legais, a fim de que a mulher consiga se libertar do ciclo da violência, resguardando assim sua vida e a de seu(s) filho(s).

Dada a importância de compreender os fenômenos que envolvem a VPI, salienta-se que os achados deste estudo apontaram que a maioria das participantes, embora conhecessem a Ficha de Notificação Compulsória, não a realizou em todos os atendimentos, principalmente no que tange às condutas realizadas por médicas. Isso evidencia o descuido com sua assistência, demonstrando falta de compromisso ético, pois além dessa ação ser obrigatória, sua não realização contribui para a invisibilidade do fenômeno.

Reforça-se assim a necessidade dos profissionais se atentarem para a obrigatoriedade de notificar os casos suspeitos e confirmados de VPI, uma vez que as Fichas de Notificação são de extrema importância para o desenvolvimento de políticas e ações voltadas para o seu enfrentamento, permitindo o real dimensionamento epidemiológico no município ou estado onde ocorre o fenômeno.

Por fim, a trajetória percorrida foi valiosa e repleta de aprendizagem na construção desta dissertação, que encontra ressonância em meu próprio crescimento profissional e pessoal. Nesse sentido, o presente estudo evidenciou a necessidade dos profissionais das áreas da Saúde e Humanas se capacitarem, atentando para o cuidado humanizado, conforme preconizado pelos dispositivos legais, de forma a exercerem suas profissões com ética e embasamento científico, afastando-se de conceitos fundamentados no machismo e patriarcalismo. Além disso, torna-se fundamental fortalecer a comunicação entre os profissionais da Rede de Enfrentamento, a fim de garantir o direito das mulheres, impactando na redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, D. F. et al. Cuidado à mulher em situação de violência doméstica: representações de enfermeiras (os) hospitalares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p. a21, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42471>. Acesso em: 10 out. 2021.

ALVARES, A. S. et al. Práticas humanizadas de enfermeiras obstétricas: contribuições para o bem-estar materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 6, p. 2620-2627, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qtTNByrxCbX3sfPYG9PYgGv/?lang=pt#>. Acesso em: 10 dez. 2022.

AMARAL, R. C. S. et al. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, e20180218, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dn3bd7j5vHK95QVX9D5XpMh/?format=pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

AMARIJO, C. L. et al. Violência doméstica contra a mulher na perspectiva dos quatro pilares da educação. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/Enfermagem/article/view/16573>. Acesso em: 10 abr. 2023.

AMATUZZI, M. M. **A subjetividade e sua pesquisa. Memorandum: Memória e História em Psicologia**, [S. l.], v. 10, p. 93–97, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6735>. Acesso em: 20 mar. 2023.

ANDERSON, G. W.; MONSEN, R. B.; RORTY, M. V. Enfermagem e genética: uma crítica feminista rumo ao trabalho em equipes transdisciplinares. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2006000200006>. Acesso em: 20 out. 2022.

ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, I.; RODRIGUES, N. R. Trabalho de cuidado, gênero e violências: estudo com técnicos/as de Enfermagem. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 77-84, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/BZvBKm68KNcGmHf6WbmB7hw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

ARAÚJO, G. A. et al. Violência por parceiro íntimo na gestação e repercussão na saúde da mulher e do conceito. **Revista Enfermagem Atual in derme**, v. 97, n. 1, p. e023047-e023047, 2023. Disponível em:

<https://revistaEnfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1514/1711>. Acesso em: 19 abr. 2023.

ARBOIT, J. et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 51, p. e03207, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/gzp587MjnqYCY5CSycCPP7h/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **Revista da ESMESC**, v. 25, n. 31, p. 239-264, 2018. Disponível em: <https://revista.esmesc.org.br/re/article/viewFile/191/165>. Acesso em: 20 set. 2020.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, maio/agosto 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>.

BANDEIRA, Lourdes et al. (org.). **Violência contra as mulheres: a capacitação das DEAM do Centro-Oeste**. Brasília: Cadernos Agende, 2004.

BARBOSA, S. de P. et al. Aspectos que compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, pp. 396-403, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180177>. Acesso em: 19 nov. 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1ª. Ed. - Português. Edições 70, 288 p., 2015.

BARROS, E. N. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 591-598, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015>.

BOTELHO, M. H. S et al. Violence against women: knowledge and preparation of primary health care professionals in a municipality in southeastern Pará. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e486101119486, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19486. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19486>. Acesso em: 01 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 229, 25 nov. 2003. Seção 1, p. 11.

_____. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.html. Acesso em: 15 jul. 2021.

_____. **Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União. Brasília; 8 ago. 2006. Seção 1, p. 1.

_____. **Lei nº 9.714, de 25 de novembro de 1998**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Gestante de alto risco: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12**. Brasília, Brasil, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 19 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento e Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM. (2011). **Diretrizes Nacionais para o abrigo de mulheres em situação de risco e violência**. Brasília, DF.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de **Políticas para as Mulheres**, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 10 abr. 2023.

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

BUENO, S. et al. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 3. ed. São Paulo: FBSP: Datafolha, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CARVALHAES, R. S.; CÁRDENAS, C. M. M. “Namorar é só sofrência”: violências na relação afetivo-sexual de adolescentes de uma escola na região Costa Verde, Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.09242021>. Acesso em: 15 jan. 2023.

CARVALHO, Anayde Corrêa de. Associação Brasileira de Enfermagem-1926/1976: documentário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 3, p. 249–263, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672002000300003>

CFM. Conselho Federal De Medicina. **Código de Ética Médica: confiança para o médico, segurança para o paciente**. Resolução CFM N.º 1931/2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>. Acesso em: 12 nov. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Demografia médica no Brasil 2015**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo, 2015.

CHOCARRO, E.; GARAIGORDOBIL, M. Bullying y cyberbullying: Diferencias de sexo en víctimas, agresores y observadores. **Pensamiento Psicológico**, v. 17, n. 2, p. 57–71, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI17-2.bcds>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v17n2/1657-8961-pepsi-17-02-00057.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN n.º 364/2017. Brasília, 2017.

_____. **Cofen: é necessário olhar para quem mais precisa**. 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/Enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 14 dez. 2022.

_____. **Em 2022, Dia da Enfermagem Obstétrica é data de resistência.** 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/em-2022-dia-da-Enfermagem-obstetrica-e-data-de-resistencia_97738.html. Acesso em: 01 dez. 2022.

_____. **Enfermagem em números.** 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/Enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 20 dez. 2022.

_____. **Pesquisa inédita traça perfil da Enfermagem.** 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-Enfermagem_31258.html. Acesso em: 01 dez. 2022.

_____. **Resolução COFEN n.º 358/2009, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília, 2009.

CONCEIÇÃO, H. N. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo na gestação em Caxias, Maranhão, 2019-2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000200012>. Acesso em: 29 mar. 2021.

COSTA, D. C. S. et al. Factors associated with physical violence against pregnant women from São Luís, Maranhão State, Brazil: an approach using structural equation modeling. **Caderno Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. e00078515, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078515>. Acesso em: 20 dez. 2022.

COSTA, R. L. M.; COSTA, I. L. S. A point of resistance: nursing, medicine and gender in the hospital context. **Caderno Espaço Feminino**, v. 30, n. 2, pp. 357-366, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/CEF-v30n2-2017-20>. Acesso em: 26 nov. 2022.

DELVIOZO, C. R. et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2018.v27n1/e20171493/>. Acesso em: 05 abr. 2023.

DENZIN, N. K; LINCOLN, I. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUARTE, B. A. R. et al. Vítimas de violência: Atendimento dos profissionais de Enfermagem em Atenção Primária. **Revista REFACS**, v. 7, n. 3, pp. 401-411, 2019.

DURAND, J. G. et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 355-364, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PGxNC9t5mRNqHQhDf9t3xCP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ESPÍNDOLA, Carla Knorr; ZUCCO, Luciana Petrucci. Violências de gênero: como as/os profissionais de saúde a identificam. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO**, 12., 2017, Florianópolis. Anais eletrônicos. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. p. 1-15. Disponível em: http://wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499428412_ARQUIVO_VERSAOFINALcomcontribuicoesZUCCOArtigoFazendoGeneroTCRCarlaeLuciana.pdf. Acesso em: 22 jan. 2023.

FACCHINI, Regina; FERREIRA, Carolina Branco Coelho. Feminismos e violência de gênero no Brasil: apontamentos para o debate. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 04-05, set. 2016. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000300002. Acesso em 20 set. 2020.

FERREIRA, B. S. Et al. Dificuldades de profissionais de saúde do Estado de São Paulo com o preenchimento da ficha de notificação compulsória dos casos de violência sexual contra mulheres. **BIS. Boletim Do Instituto De Saúde**, v. 15, n. 1, pp. 29–35, 2014. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.2014.v15.37398>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/37398>. Acesso em: 10 abr. 2023.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. **Intersectorialidade na rede UNIDA**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Impactos da Violência na Saúde**. Fiocruz, 2013.

FIOROTTI, K. F. et al. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e0810017, 2018.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008

FRANCO, T.; SANTOS, E.G. Mulheres e cirurgiãs. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 37, n. 1, p. 72-77, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/HpWHF5srbtKSrLZFMbt8KYr/?lang=pt>. Acesso em 20 nov. 2022.

FREITAS, Raíssa Janes 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, 2017.

Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2585/pdf_1. Acesso em: 03 nov. 2021.

FROTA, Márcia Araújo; et al. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 25-35, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>. Acesso em: 25 nov. 2022.

FUSQUINE, R. S. et al. Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. **Revista Psicologia & Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 1, p. 113-124, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2021.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.I.], v. 22, n. 1, 2014.

GOMES, N. P. et al. Identification of violence in the conjugal relationship based on the Family Health Strategy. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 789-796, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a27.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GOMES, N. P. et al. The social network for confronting conjugal violence: representations of women who experience this health issue. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 316-324, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200316&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 19 abr. 2023.

GOMES, N. P. et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 683-689, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RjxNhgHXyKsxypS9kcTD5rq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

GOMES, V. L. O. et al. Domestic violence against women: representations of health professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.I.], v. 23, n. 4, p. 718-724, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MXnSLLyBtgPGGMspwbX6ZpJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 dez. 2020.

GROSSI, K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 133-149, 1996.

HASSE, M.; SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. **Médicos, enfermeiras e a violência contra a mulher: conhecimentos, condutas e encaminhamentos**. Seminário Internacional Fazendo Gênero – Anais, Florianópolis – SC, 2013. Disponível em: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373328397_ARQUIVO_textoanais.pdf. Acesso em: 06 nov. 2022.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, [S.I.], v. 38, n. 102, pp.482-493, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>. Acesso em: 18 nov. 2022.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios contínua. **Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019** [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf. Acesso em: 25 nov. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (Org.). **Atlas da violência 2018**. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2018.

IPEA, INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **Mortalidade de mulheres por agressões no Brasil: perfil e estimativas corrigidas (2011-2013)**. IPEA, Brasil, 2016.

ISLAM, M. J. et al. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: **The experience of women of Bangladesh**. PloS one, v. 12, n. 5, p. e0176211, 2017.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/sfWwVVSXcjQzzbDH3vyWv3KC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2020.

KISA S.; ZEYNELOGLU, S. Perceptions and predictors of dating violence among nursing and midwifery students. **J Adv Nurs.**, v. 75, n.10, pp. 2099-2109, 2019. DOI: 10.1111/jan.13982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791113/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LEITE, B. L. P. et al. Identificação e conduta de enfermeiras frente a violência por parceiro íntimo a mulher grávida. **Research, Society and Development**, [S.I.], v.11, n.3, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26811>. Acesso em: 14 jan. 2023.

LEITE, F.; MOURA, M. A. V.; PENA, L. **Percepções das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa de literatura**. Philosophy, 2013.

LEITE, I. M. S; SOUZA, D. H. A. Violência obstétrica: o relato de uma dor. **Rev. Interscientia**, v. 7, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/download/784/620/>. Acesso em: 08 de out. de 2021.

LEITE, M. T. et al. Reports of violence against women in different life cycles. **Rev. Lat- Am. Enfermagem**, v. 22, n.1, p. 85-92, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3186.2388>. Acesso em 16 dez. 2022.

LENCHA, B. et al. Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: **A cross-sectional study**. **PloS one**, v. 14, n..5, e0214962, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214962>. Acesso em: 16 jan. 2023.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta Paulista De Enfermagem**, v. 25, n.4, pp. 524–529. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400007>. Acesso em: 17 ago. 2022.

LIMA, F. et al. Educação permanente em saúde como fortalecimento da Enfermagem obstétrica. **Revista Enfermagem. UFPE Online**, Recife, v.12, n. 2, pp. 391-7, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaEnfermagem/article/view/23550/27842>. Acesso em: 16 dez. 2022.

LIMA, M. O. P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista De Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n.1, pp. 29-46, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NMBmYV38fbJcTFTGmDXLzWh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2023.

LISBOA, T. K.; ZUCCO, L. P. Os 15 anos da Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.30, n. 2, pp. e86982, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n286982>. Acesso em: 18 abr. 2023.

LOPES, Claudia S.; COUTINHO, Evandro SF. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, pp. 477-86, 1999.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 105-125, jan.-jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>.

LUCENA, K. D.T. et al. Association between domestic violence and women's quality of life. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MAGALHÃES, T. T. S.; TAFFNER, V. B. M. Dificuldades para a atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil. **Revista REVISa**, São Paulo, v. 9, n.4, pp. 685-97, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p685a697>. Acesso em: 03 jan. 2022.

MANSO, F. V.; CAMPAGNAC, V. **Dossiê mulher**: 2019 - 14 ed. Rio de Janeiro, Rio Segurança, 2019.

MARCOLINO, E. C. et al. O distanciamento social em tempos de Covid-19: uma análise de seus rebatimentos em torno da violência doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, supl. 1, pp. 1-19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jCBm4rn9TSXDzrZQ5JXKnNL/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

MARINHO NETO, K.R.E.; GIRIANELLI, V.R. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p. 488-99, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040404>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MARINHO, G. L. et al. Nursing in Brazil: socioeconomic analysis with a focus on the racial composition. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 2, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/4>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

MARINHO, P. A. S.; GONÇALVES, H. B. As práticas dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 97-104, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1941/2434-15192-1-pb.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MARQUES, S. S. et al. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n. 38, v.3, e67593, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qyWVSftzKKRphcvM9VtRfnh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2021.

MARTINS, L. de C. A. et al. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e20170030, 2018.

MASHO, S. W. et al. Intimate partner violence around the time of pregnancy and utilization of WIC services. **Maternal and Child Health Journal**, [S.l.], v. 23, n. 12, pp. ,2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02811-7>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MAYEMA M.A. et al. Projeto Sérgio Arouca: Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e02312014>. Acesso em: 05 nov. 2022.

MELO C. M. M. **Divisão social do trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1986.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, pp. 3077–3086, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>. Acesso em: 05 abr. 2022.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 14^a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, O. C.N.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 34^a Ed. Petrópolis: Vozes. 2016.

MINAYO, M.C.S; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, 1103-1112, 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/6989978/Minayo_e_Guerriero_CSC_2014. Acesso em: 10 abr.2022.

MIRANDA, A. P. et al. Violência contra a mulher: percepções de profissionais da saúde de uma maternidade. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25,2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resouce/pt/biblio-1346855>. Acesso em; 10 abr. 2023.

MONDAL, D. PAUL, P. Association between intimate partner violence and child nutrition in India: Findings from recent National Family Health Survey. **Child Youth Serv Rev.**, [S.I.], v.19, n.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105493>. Acesso em 18 de abr. 2023.

MONTESINO, M. L. C.; & GOMEZ, J. L. G. Agreement on reporting acts of aggression in couples in a community sample. **Psicothema**, [S.I.], v.30, n.2, p. 189-194, 2018. Disponível em: doi:10.7334/psicothema2017.113. Acesso em: 19 dez. 2023.

MOREIRA, A.; PORTO, F.; OGUISSO, T. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiras e enfermeiras na revista "O Brazil-Médico", 1890-1922. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**: São Paulo, v. 36, n. 4, p. 402-407, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000400015&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 set. 2022.

MOREIRA, G. A. R. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Revista Paulista. Pediatria**, São Paulo, v.31, n.2, pp. 223-230, 2013.

MOREIRA, G. A. R. et al. Qualificação de profissionais da saúde para atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.I.], v. 16, n.3, p. 1039-1055 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00156>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/BXqVCsBSnqgpd4KJmTM7LdP/#>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MOREIRA, J. A. C. et al. Violência de gênero: um olhar histórico. **Hist. Enf. Rev. Eletr.**, Santa Catarina, v. 5, n. 1, p.54- 66, 2014. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num1artigo5.pdf>. Acesso em 19 set. 2020.

NARVAZ, M. Abusos sexuais e violências de gênero. In: Nunes, M. R. Os direitos humanos das meninas e das mulheres: **Enfoques feministas**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa RS, p. 29-33, 2002.

NASSAR, L. M.; PASSADOR, J. L.; PEREIRA JÚNIOR, G. A. Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro. **Saúde debate**, [S.I.], v. 45, p. 1165-1182, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nx9qpGPwQBvbJgVBwszBNYc/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2022.

NETTO, L. a. et al. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paulista De Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, pp. 458-464, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002014000500011&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 26 jan. 2020.

NÓBREGA, V. K. de M. et al. Renúncia, violência e denúncia: representações sociais do homem agressor sob a ótica da mulher agredida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.7, pp. 2659–2666, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.16342017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tLfKMBW7f8sgsSn3dgFVZBy/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2022.

OKADA, M. M. et al. Violência doméstica na gravidez. **Acta Paulista De Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, pp. 270-4, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0270.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de Medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>. Acesso em: 20 dez. 2022.

OLIVEIRA, M.T.; FERIGATO, S.H. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cad Bras Ter Ocup**, 2019; v. 27, n.3, pp. 508- 21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1729>. Acesso em: 20 jan. 2023.

OLIVEIRA, R. C.; LIMA, J. C. P.; ARANA, A. M. F. R. Da criação das DEAM's à Lei Maria da Penha: uma reflexão sobre a questão da violência contra as mulheres. **Revista Ártemis**, v. XXIV, n.1, p. 201-213, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/35821>. Acesso em 22 set. 2020.

PADILHA, M.I.C.S. Questões éticas: cuidados metodológicos na pesquisa de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 4, n.2, pp. 118-32, 1995.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HH7V7gvC4kY9b4gmFBnPrmr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

PEREIRA AL et al. El proceso de creación del curso de especialización en Enfermería Obstétrica, modalidad de residencia, en la red municipal de salud de Rio de Janeiro, Brasil. **Cultura de los cuidados**, v. 22, n. 51, 2018. DOI: 10.14198/cuid.2018.51.13. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/77612>. Acesso em: 20 out. 2022.

PEREIRA, A. L. F.; NICÁCIO, M. C. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em Enfermagem obstétrica. **Rev. Enferm.** UERJ: Rio de Janeiro, v.22, n.1, pp. 50-6, 2014. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/Enfermagemuerj/article/view/11418>> Acesso em: 15 dez 2022.

PIRES, V. R.; MANSUR, J. F.; FERREIRA, N. P. A Lei Maria da Penha e a intersetorialidade das Políticas Públicas no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. **Caderno Humanidades em Perspectivas**, 2018. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19486>. Acesso em: 01 abr. 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.

POPPAS, A. et al. A decade of change in professional life in cardiology: a 2008 report of the women in cardiology council. **Journal of the American College of Cardiology**, [S.I.], v. 52, n 25, p. 2215-2226, 2008. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/52/25/2215.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

POVOA, L. ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, [Internet], v. 22, pp. 1555-64, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DggrwSbWKmrLjJ4zH6TvScy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2022.

PURIFICAÇÃO, M. M.; CATARINO, E. M.; SANTANA, M. L. S.; TEIXEIRA, F. A. violência contra mulher numa perspectiva histórica – uma questão de gênero. **C&D Revista Eletrônica da FAINOR**, Vitória da Conquista, v.10, n.3, p. 465-473, set./dez.2017. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/>. Acesso em: 20 set. 2020.

RAZERA, J. et al. Direcionalidade da Violência em Casais Heterossexuais. **Psico-USF**, São Paulo, v.27, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712031270310>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/Snn3JMzrcGwQkRjBRYyB3dR/>. Acesso em: 8 jan. 2023.

RIOS, D. R.; SOUSA, D. A. B.; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro v. 23, e180080, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180080.pdf>. Acesso em: 28 jan.2021.

RODRIGUES, M. N. S. **Violência intrafamiliar: o abuso sexual contra crianças e adolescentes**. Paco Editorial, São Paulo, 1ª Ed, 2017.

RODRIGUES, Priscila Alberton; DE AGUIAR CICOLELLA, Dayane; MARIOT, Márcia Dornelles Machado. Prevalência de violência contra a mulher e suas repercussões na maternidade/Prevalence of violence against women and its repercussions in maternity. **Journal of Nursing and Health**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2021.

SAFIOTTI, H. I. B. **Violência doméstica ou a lógica do galinheiro**. São Paulo, Editora Moderna, 1997.

SANTOS J. et al. Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. **Revista Baiana Enferm**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 260-70, 2014. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/>. Acesso em: 10 out. 2021.

SANTOS S. C. et al. Violência Contra a Mulher: Como os profissionais da atenção primária à saúde estão enfrentando essa realidade? **Revista Saúde e Pesquisa**, São Paulo, v. 11, n. 2, pp. 359-368, 2018.

SANTOS, A. C.; SANTOS, M. L. M.; NASCIMENTO, D. D. G. Violência intrafamiliar: caminhos para o enfrentamento na saúde pública. **Saúde em Redes**, São Paulo, v. 1, n. 2, pp. 21-30, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1122424>. Acesso em 05 fev. 2021.

SANTOS, D. T.; MARQUES, A. D. A convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres no Brasil: Implicações nas políticas públicas voltadas às mulheres indígenas. **Revista Dialogus**, São Paulo, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/Revista/article/view/1912/433>. Acesso em: 21 set. 2020.

SANTOS, I. B. et al. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, pp. 1935–1946, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SCHEFFER M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SCHEFFER, M. C.; POZ, M. R. D. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. **Human Resources for Health**, v. 13, 2015. Disponível em: https://human-resources--health-biomedcentral-com.translate.google.com/articles/10.1186/s12960-015-0095-2?_x_tr_sl=en. Acesso em: 15 nov. 2022.

SCHEFFER, M.C. et al. Motivos da escolha da profissão e perfil do médico recém-formado no Brasil. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, n. 62, v. 1, pp. 853-861, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.09.853>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SCHRECK, R.S. C. História da Enfermagem obstétrica na Escola de Enfermagem Carlos Chagas: análise sob a perspectiva freidsoniana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020014703762>. Acesso em: 04 nov. 2022.

SCOTT, J. Gênero: **Uma Categoria Útil para a Análise Histórica**. Traduzido pela SOS: Corpo e Cidadania. Corpo e Cidadania. Recife, 1990.

SENA C. D. et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.2, n.3, p. 523-9, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976923365>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SILVA G.M.; PAIXÃO, M. Mix and Unequal: new perspectives on Brazilian Ethno racial Relations. In: Telles E, ed. **Pigmentocracies - Ethnicity, race, and color in Latin America**. USA: The University of North Carolina Press; 2014.

SILVA R.P. et al. Intimate Partner Violence in pregnancy: a focus on partner characteristics. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35544815/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SILVA, C. D. et al. O cuidado às vítimas de violência doméstica: representação social de Profissionais da saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 44, n.4, pp. 160-173, 2020. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2796/3027>. Acesso em 15 mar. 2023.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. **Texto contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p.38, 229-237, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000100229&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2021.

SILVA, I.V.; AQUINO, E.M.L.; PINTO, I.C.M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2112-22, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mJmhm8G7GwTdZHdp3yQ8rps/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SILVA, R. de P.; LEITE, F. M. C. Violências por parceiro íntimo na gestação: prevalências e fatores associados. **Plural**, Campinas, v. 54, n. 97, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002103>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SILVA, R. R.; ARRAIS, R. A. Rastreamento da violência contra gestante durante o pré-natal: estudo em uma unidade básica de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 31, n. 22, p. 83-96. Disponível em: <http://repositorio.fepecs.edu.br:8080/bitstream/prefix/176/1/606-Outros-4660-1-10-20201002.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SILVA, V. G.; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, e20190371, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RXvRBqJz3x4dD3BmntHDCsK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 19 nov. 2021.

SINGULANO, Y.L.; TEIXEIRA, K. M. D. A resposta de adolescentes à questão: como erradicar a violência doméstica e familiar contra as mulheres no Brasil? **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, pp. 319–47, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/35979>. Acesso em: 18 abr. 2023.

SIQUEIRA, V.B. et al. DE BARROS SIQUEIRA, Vitória et al. Violência psicológica contra mulheres usuárias da atenção primária à saúde. **Revista de APS**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, pp. 437-49, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16379> 13. Acesso em: 05 dez. 2023.

SOARES, J. dos S. F.; LOPES, M. J. M. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n.66, pp. 789–800, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0835>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SOUZA, A. A. C.; CINTRA, R. B. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 1, p.77-86, jan.-mar. 2018.DOI: 10.1590/1983-80422018261228.

SOUZA, E. G. et al. Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. **Saúde debate**, [online], v. 24, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe4/13-29/>. Acesso em: 10 abr. 2023.

SOUZA, T. M. C.; REZENDE, F. F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n.2, p. 21-38, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n2/a03.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.

TEIXEIRA, S. V. B. et al. Violência perpetrada por parceiro íntimo à gestante: o ambiente à luz da teoria de Levine. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n.6, p.882- 889, junho 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000600002.

TEIXEIRA, S. V. B. Violência de gênero contra a mulher grávida perpetrada pelo parceiro íntimo: análise à luz da Teoria de Levine. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

TELLES, E.E. **O significado da raça na sociedade brasileira**. Princeton e Oxford: Princeton University Press, 2004.

TRENTIN, D. et al. Atendimento a mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa da literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 731-737, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/X9bjmhFHk7VR5V4kpTCPGTz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 de abr. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TJRJ). **Relatório Sala Lilás janeiro a julho de 2019**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://portal.tj.tjrj.jus.br/documents/10136/2977853/relatorio-sala-lilas-2019.pdf/5095641a-1057-ecd4-54bc-8c0abb92b265>. Acesso em: 10 abr. 2023.

TYRRELL, M. A. R.; SANTOS, T. C. F. Setenta anos de vida universitária da Escola de Enfermagem Anna Nery: uma breve reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 138-142, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000100020>. Acesso em: 06 nov. 2022.

VARGAS, H. M. **Aqui é assim: tem curso de rico para continuar rico e curso de pobre pra continuar pobre** [Internet]. Anais da 34a Reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação – ANPED, 2011. Disponível em: <http://33reuniao.anped.org.br/33encontro/app/webroot/files/file/Trabalhos%20em%20PDF/GT14-6828--Int.pdf>. Disponível em: 23 nov. 2022.

VIEIRA, C., LIMA, E. **Metodologia da Investigação Científica**. Caderno de Texto de Apoio. 61- 71. Coimbra (PT), 1998.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Internet], v. 21, n.12, pp. 3957-3965, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.15362015>. Acesso em: 01 dez. 2022.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [Internet], v. 30, sup. S85- S100,2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 11 set. 2021.

VINUTO, J. VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 21 mar. 2023.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. 1ª ed. Brasília (DF); 2015.

WERNECK, V. R. Sobre o processo de construção do conhecimento: o papel do ensino e da pesquisa. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, [Internet], v. 14, n.51, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362006000200003>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ensaio/a/yy5rBTwpjnh4mq7QWcFDwN/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

WHO. World Health Organization. **Equidade de gênero em saúde**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-Saude>. Acesso em: 10 abr. 2023.

_____. **Estudo Multi países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica**. Geneva: World Health Organization, 2005.

_____. **The World Health Report: reducing risks promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1. Acesso em: 03 jan. 2021.

ZOBBI, V. F. et al. Intimate partner violence screening during pregnancy: midwives' perspective. **Women Health**, v. 62, n.9-10, pp. 827-838, 2022.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Data: __/__/____

Idade:

Entrevista n.º: Estado: Município:

Enfermeiro () Médico ()

Sexo:

Cor autodeclarada:

Quanto tempo exerce sua profissão?

Instituição de formação na graduação: () Pública () Privada

Possui pós-graduação: () Sim () Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique:

Fez curso de capacitação na área da violência contra a mulher: () Sim () Não.

Em caso de resposta afirmativa, especifique:

Conduta do profissional de saúde:

Você já atendeu alguma gestante que vivencia ou vivenciou violência por parceiro íntimo?

() Sim () Não

Como você identificou a VPI?

Qual foi a maior dificuldade ao identificar a VPI?

Qual(is) formas de violência você detectou?

Como você se sentiu ao identificar a VPI?

Qual foi sua conduta diante da detecção de VPI?

Você encaminhou esta mulher a algum serviço? Qual?

Você conhece a ficha de notificação?

Já preencheu alguma vez? Apresentou alguma dificuldade ao preenchê-la? Se sim, qual?

Você conhece alguma lei ou outro dispositivo legal (como resoluções, artigos do seu Código de Ética Profissional, dentre outros) acerca da violência contra a mulher? Qual?

Você conhece a rede de apoio às mulheres em situação de violência na instituição que trabalha?

Você conhece as repercussões da violência na saúde materna e neonatal?

APÊNDICE B – Convite para participação de pesquisa

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de mestrado “Conhecimento e conduta dos profissionais de saúde de maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo” que tem como objetivos: identificar os conhecimentos de enfermeiras e médicos que atuam em maternidades sobre a violência perpetrada por parceiro íntimo; discutir a conduta ética e legal de enfermeiras e médicos que atuam em maternidades frente a uma mulher em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo; analisar o cuidado prestado à mulher em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo. Se você tem interesse em participar da pesquisa, que será realizada a partir de entrevista *online* previamente agendada e guiada por formulário semiestruturado, com duração de cerca de 30 minutos, clique aqui (<https://forms.gle/DNT8zx1W37wtfRxQ8>) e você será direcionado (a) para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa. Entre em contato também, via WhatsApp pelo telefone (22- 99917-2203) com a pesquisadora, a fim de que possa agendar com a mesma o melhor horário e sanar possíveis dúvidas.

Agradecemos o seu tempo e atenção!

Equipe de pesquisa:

Pesquisadora responsável: Enfa. Luíza Pereira Maia de Oliveira – Curso de Mestrado. Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – Unirio. Rua Xavier Sigaud, n. 290, 2º andar - Urca, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22290-180. Tel.: (21) 2542-6479/ luizapmaia@edu.unirio.br

Orientadora: Profa. Dra. Selma Villas Boas Teixeira – Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – Unirio. Rua Xavier Sigaud, n. 290, 2º andar-Urca,RiodeJaneiro–RJ.CEP:22290-180. Tel.:(21)2542-6479/
selma.teixeira@unirio.br

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Baseado nas Resoluções 466/12 e 510/16 apresenta-se a pesquisa.

TÍTULO: Conhecimento e conduta de profissionais de saúde de maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.

OBJETIVOS DO ESTUDO: Identificar os conhecimentos de enfermeiras e médicos que atuam em maternidades sobre a violência perpetrada por parceiro íntimo; Discutir a conduta ética e legal de enfermeiras e médicos que atuam em maternidades frente a uma mulher em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo; Analisar o cuidado prestado à mulher em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: A sua participação é inteiramente voluntária, podendo se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: A pesquisa possui questões acerca da conduta profissional e conhecimento em situações de mulheres em situação de violência contra o parceiro íntimo atendidas em maternidades. A pesquisa contará com questionário semiestruturado, para que as perguntas sejam feitas a participante. Será realizada online, a partir de link disponibilizado pela Plataforma Digital Google Meet, em horário marcado.

GRAVAÇÃO: A entrevista será gravada e terá a duração de cerca de 30 minutos. Caso se sinta desconfortável ou constrangido em responder alguma questão da pesquisa, você poderá interromper sua participação imediatamente e retornar a entrevista em outro momento; se desejar não participar mais, poderá também interromper, sem que lhe cause algum prejuízo.

RISCOS: Um deles pode estar relacionado a fragilidade dos dados frente à internet. Outro risco refere-se ao possível incômodo em responder as perguntas do formulário, visto que se trata da experiência própria da participante durante a sua assistência enquanto profissional da saúde, mas caso ele sinta-se desconfortável, não precisará responder as perguntas. Com o objetivo de diminuir os riscos, também será assegurada a confidencialidade e privacidade das participantes da pesquisa, assim como condições de acompanhamento e orientação, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

BENEFÍCIOS: Não trará benefícios pessoais diretos para as participantes ou para a comunidade. Contudo, os resultados deste estudo poderão orientar a assistência prestada ao público-alvo, a fim de acarretar a melhoria e/ou aperfeiçoamento do atendimento de Enfermagem prestado ao mesmo. As informações obtidas irão colaborar para temática de

cenário simulado no contexto do cuidado a mulheres no contexto da violência perpetrada por parceiro íntimo na gravidez e para o enriquecimento das discussões acerca da temática.

CONFIDENCIALIDADE: Sua privacidade será respeitada e suas informações serão sigilosas. Seu nome não constará em nenhum documento preenchido por nós ou na gravação. Portanto, seu nome não será mencionado, nem qualquer outra informação será capaz de identificá-lo (a). Os dados serão armazenados em arquivo digital pelas pesquisadoras por um período de cinco anos após o término da pesquisa, conforme a Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESSARCIMENTO E DANOS: Não haverá danos financeiros as participantes da pesquisa. Contudo, caso ele se sinta prejudicado, haverá a garantia de ressarcimento financeiro, assim como serão cobertas as despesas dela decorrentes, conforme previsto na Resolução CNS n.º 466/2012. Isto significa que haverá a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Nos comprometemos a seguir todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e às Resoluções 466/12 e 510/2016 que versam sobre a ética em pesquisa com seres humanos.

Caso você aceite participar dessa pesquisa, você receberá uma via do TCLE e, caso queira, como pode entrar em contato com o pesquisador e/ou o Comitê de Ética responsável pela autorização da pesquisa.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Em caso de dúvidas/reclamações, ou para conhecimento posterior dos resultados, entre em contato com as pesquisadoras responsáveis: Luíza Pereira Maia de Oliveira (luizapmaia@edu.unirio.br) e Selma Villas Boas Teixeira (selma.teixeira@unirio.br)

CONSENTIMENTO

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, concordo em participar do estudo intitulado “Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde de maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo”.

Eu fui completamente orientado pela Luíza Pereira Maia de Oliveira, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ela me entregou uma via da folha (através do link de acesso) de informações para as participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador. Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Investigador:

Nome:

Data:

Assinatura: _____

Participante:

Nome:

Data:

Assinatura: _____

Participante:

Nome:

Data:

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável: Enfa. Luíza Pereira Maia de Oliveira – Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – Unirio. Rua Xavier Sigaud, n. 290, 2º andar - Urca, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22290-180. Tel.: (21) 2542- 6479/ luizapmaia@edu.unirio.br

Orientadora: Profa. Dra. Selma Villas Boas Teixeira – Programa de Pós-graduação, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – Unirio. Rua Xavier Sigaud, n. 290, 2º andar - Urca, Rio de Janeiro– RJ. CEP: 22290-180. Tel.: (21) 2542-6479 / selma.teixeira@unirio.br

“Li e concordo” participar da presente pesquisa

“Li e não concordo” participar da presente pesquisa

Contato do CEP/UNIRIO:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Avenida Pasteur, 296, subsolo do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290- 240, no telefone 2542-7796 ou e-mail cep@unirio.br

APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE ANUÊNCIA

O Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NuPEEMC) da UNIRIO, está de acordo com a execução do projeto “Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde de maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo”, de responsabilidade da Mestranda Enfermeira Luíza Pereira Maia de Oliveira, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado PPGENF, sob orientação da Profª Drª. Selma Villas Boas Teixeira, que assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa através de contatos dos membros do referido núcleo para fins de coleta de dados, que se compromete a assegurar a segurança e bem-estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

(X) Autorizo a disponibilização da lista de e-mail dos enfermeiros participantes do NuPEEMC para fins de coleta de dados.

(X) Autorizo citar o nome do referido núcleo/instituição.

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2021.

Prof.ª Dr.ª Leila Rangel da Silva
Coordenadora do NUPEEMC

APÊNDICE E – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FORMATIVO DAS PARTICIPANTES

Participante	Sexo	Idade/ (anos)	Raça	Profissão	Município de residência	Instituição de formação na graduação	Tempo de atuação profissional	Pós-graduação	Capacitação na temática
E1	Feminino	50	Preta	Enfermeiro	Rio de Janeiro	Pública	2 anos	Sim	Não
E2	Feminino	27	Parda	Enfermeiro	Maricá	Pública	2 anos e 8 meses	Sim	Não
M3	Feminino	29	Parda	Médico	Rio de Janeiro	Privada	2 anos	Sim	Não
E4	Feminino	33	Parda	Enfermeiro	Seropédica	Pública	6 anos	Sim	Não
E5	Feminino	46	Parda	Enfermeiro	Teresópolis	Privada	11 anos	Sim	Sim
E6	Feminino	26	Parda	Enfermeiro	Araruama	Pública	4 anos	Sim	Sim
E7	Feminino	30	Parda	Enfermeiro	Rio de Janeiro	Privada	6 anos	Sim	Sim
E8	Masculino	28	Branca	Enfermeiro	São Paulo	Pública	3 anos	Sim	Não
E9	Feminino	28	Parda	Enfermeiro	Rio de Janeiro	Pública	5 anos	Sim	Sim
M10	Feminino	28	Branca	Médico	Cachoeiro de Itapemirim	Pública	6 anos	Sim	Não
M11	Feminino	29	Branca	Médico	Cachoeiro de Itapemirim	Privada	3 anos	Sim	Não
M12	Feminino	38	Parda	Médico	Cachoeiro de Itapemirim	Privada	14 anos	Sim	Não
M13	Feminino	28	Branca	Médico	Vitória	Privada	4 anos	Sim	Não
M14	Feminino	25	Branca	Médico	Cachoeiro de Itapemirim	Privada	2 anos	Sim	Não
M15	Feminino	31	Branca	Médico	Campos dos Goytacazes	Privada	5 anos	Sim	Não
E16	Feminino	29	Parda	Enfermeiro	Rio de Janeiro	Pública	3 anos	Sim	Não
M17	Feminino	33	Branca	Médico	Rio de Janeiro	Pública	1 ano e 6 meses	Sim	Não
M18	Feminino	35	Branca	Médico	Rio de Janeiro	Privada	1 ano e 2 meses	Sim	Não
M19	Feminino	25	Branca	Médico	Campos dos Goytacazes	Privada	1 ano	Sim	Não
M20	Feminino	35	Branca	Médico	Rio de Janeiro	Privada	1 ano	Sim	Não
E21	Feminino	30	Branca	Enfermeiro	São Gonçalo	Pública	5 anos	Sim	Sim

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UNIRIO

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS E CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE MATERNIDADES ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Pesquisador: LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54156121.4.0000.5285

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Biociências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.214.409

Apresentação do Projeto:

"A violência perpetrada por parceiro íntimo é considerada um tipo de violência de gênero e também um problema de saúde pública, diante da magnitude de suas consequências, que acarreta tanto problemas para a saúde da mulher. Tem como objeto o conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde de maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- 1-Identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde de maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo;
- 2-Discutir a conduta ética e legal dos profissionais de saúde de maternidades frente a mulher em situação de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo;
- 3-Analisar o cuidado prestado à mulher em situação de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo.

Objetivo Secundário:

- 1-Identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde de maternidades acerca da violência de gênero contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo;

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 5.214.409

2-Discutir a conduta ética e legal dos profissionais de saúde de maternidades frente a mulher em situação de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo;

3-Analisar o cuidado prestado à mulher em situação de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Esta pesquisa oferece riscos e benefícios aos participantes. Quanto aos riscos que poderão ocorrer em relação a pesquisa, um deles pode estar relacionado a fragilidade dos dados frente à internet. Outro risco refere-se ao possível incômodo em responder as perguntas do formulário, visto que se trata da experiência própria do participante durante a sua assistência enquanto profissional da saúde, mas caso o mesmo sinta-se desconfortável, não precisará responder as perguntas. Com o objetivo de diminuir os riscos, também será assegurada a confidencialidade e privacidade dos participantes da pesquisa, assim como condições de acompanhamento e orientação, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Benefícios:

A realização da pesquisa não trará benefícios pessoais diretos para os participantes ou para a comunidade. Contudo, os resultados deste estudo poderão orientar a assistência prestada ao público-alvo, a fim de acarretar na melhoria e/ou aperfeiçoamento do atendimento de enfermagem prestado ao mesmo. Em relações aos benefícios, as informações obtidas irão colaborar para temática de cenário simulado no contexto do cuidado à mulheres no contexto da violência perpetrada por parceiro íntimo na gravidez e para o enriquecimento das discussões acerca da temática."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de dissertação para a obtenção do título de mestre, de extrema relevância para a saúde da mulher, pois tem como objeto a conduta de profissionais de saúde no que diz respeito ao atendimento de mulheres que sofreram violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Folho de rosto: assinada;

-Carta de anuência da professora responsáveis pelo NuPEEMC assinada;

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.214.409

- Cronograma: de acordo com portaria 466 de 2012;
- Declaração sobre Riscos e benefícios: de acordo com a portaria 466/12;
- TCLE: de acordo com a portaria 466 de 2012. Destaca-se que as pesquisadoras atenderam à pendência da versão anterior;
- Financiamento: próprio;

Recomendações:

Não há recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As autoras atenderam a todas as pendências indicadas por este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezade Pesquisader,

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1870255.pdf	29/12/2021 18:50:50		Aceito
Outros	CARTAPENDENCIA.pdf	29/12/2021 18:40:56	LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURAAjustado.pdf	29/12/2021 18:36:21	LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETOajustado.pdf	29/12/2021 18:36:04	LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTAajustado.pdf	29/12/2021	LUIZA PEREIRA	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.214.409

Outros	ROTEIROENTREVISTAajustado.pdf	18:35:38	MAIA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉajustado.pdf	29/12/2021 18:35:24	LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	03/12/2021 13:53:38	LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORACAMENTO.pdf	03/12/2021 13:52:11	LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	CCONVITE.pdf	02/12/2021 21:05:37	LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	02/12/2021 20:47:14	LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/12/2021 20:44:23	LUIZA PEREIRA MAIA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Andressa Teoli Nunciaroni
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
 Bairro: Urca CEP: 22.290-240
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep@unirio.br