



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA**



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA

**METENDO A COLHER: O PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO**

Rio de Janeiro

2024



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL**



FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA

<http://lattes.cnpq.br/9890620661253621>

**METENDO A COLHER: O PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO**

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

Orientadora: Mariana Almeida Rabello

<http://lattes.cnpq.br/1623909574740751>

Rio de Janeiro

2024

METENDO A COLHER: O PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO

Fernanda Vivas de Souza Santana
Orientadora: Mariana Almeida Rabello

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional em Saúde Perinatal com ênfase em Psicologia.

Data da defesa: 06 / 03 / 2024

Membros da Banca:

Mariana Almeida Rabello

Presidente: Orientadora: Ms. Mariana Almeida Rabello; psicóloga da Maternidade Escola da UFRJ

Fernanda Freitas Oliveira Cardoso

Avaliador interno: Dr^a Fernanda Freitas Oliveira Cardoso; médica da Maternidade Escola da UFRJ

Paula Land Curi

Avaliador externo: Dr^a Paula Land Curi; professora titular da Universidade Federal Fluminense

Marcia Medeiros de Lima – CRB-7/6815

SA232 Santana, Fernanda Vivas De Souza

Metendo a colher: o profissional de saúde diante da violência contra a mulher durante a gestação / Fernanda Vivas De Souza Santana -- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2024.

47 f.; 31 cm.

Monografia (Residência) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal

Orientadora: Mariana Almeida Rabello

Referências bibliográficas: f..

1. Violência contra a mulher. 2. Gravidez. 3. Profissional de saúde. 4. Maternidades. I. Rabello, Mariana Almeida. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal. IV. Título.

CDD -

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres que sofrem com as múltiplas marcas da violência enquanto só deveriam ter conhecido o lado mais bonito do amor.

É preciso dez vezes outros sentidos, como a visão ou os afetos, para que se possa escutar.

(Débora Diniz)

*Enquanto morava em minha mãe
sentia seu carinho e ouvia seus cantos
sussurrava baixinho que eu iria salvá-la do
mundo
eu nem sabia ainda o que era mundo
e nem como eu
que pequenininha ainda me formava
poderia salvar alguém*

*Lá dentro era sempre movimentado
mas não era porque eu mexia
é porque mamãe era mexida
sacudida
acho que era porque ela dançava
ou lutava*

*Com o tempo
conheci a voz do papai
mas era diferente da mamãe
ele gritava
e falava palavras que eu ainda não entendia
mas já não gostava
e eu sentia tudo mexer
porque depois a mamãe chorava*

*Um dia, enquanto eu dormia
ele gritou muito
e depois dessas lutas
ou danças
mexeu tudo
e caiu toda a minha água
que também caía dos olhos de mamãe*

*E aí, eu nasci
descobri que o mundo era claro e barulhento
e disseram "é menina!"
mamãe chorou e disse
"que com você seja diferente"
eu não entendi
mas desejei isso também*

*Fui crescendo
conhecendo os gritos de papai
e o choro de mamãe
ela tapava meus olhos e meus ouvidos
e eu aprendi que tudo isso era amor*

*Cresci
conheci um homem
que se dizia muito diferente do meu pai
e me queria tão bem*

*Controlava minhas roupas
por preocupação
Selecionava minhas amizades
por zelo
Ficava com meu dinheiro
por cuidado
Escolhia tudo por mim
por amor*

*e gritava só quando eu errava
e me batia só quando eu merecia*

*Mas era um homem bom
sempre me pedia desculpas
e me enchia de carinho*

*Até que eu engravidei
"é menina!"*

Filha, que com você seja diferente.

(Santana, Fernanda Vivas de Souza,
agosto de 2023)

SUMÁRIO

1 Introdução	11
2 Metodologia	14
3 Resultados e Discussão	15
3.1 Concepção de violência contra a mulher e suas consequências	16
3.2 Abordagem ao tema no pré-natal: possibilidades e dificuldades	20
3.3 E quando acontece? Ferramentas e encaminhamentos frente à violência	23
3.4 O profissional de saúde diante da violência contra a mulher: sentimentos e implicações	27
4 Considerações Finais	31
Referências	33
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	37
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	42
Anexo C - Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	45
Anexo D - Termo de Anuência para Ficha Individual de Notificação de Violência.....	46
Anexo E - Fluxograma Institucional para seguimento de casos de identificação de violência	47



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL



**METENDO A COLHER: O PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO**

Fernanda Vivas de Souza Santana¹

Orientadora: Mariana Almeida Rabello²

RESUMO

Introdução: No Brasil, 1 a cada 3 mulheres já sofreu violência doméstica ou sexual. A gravidez é considerada um fator de risco para esta incidência, impactando em desfechos obstétricos, neonatais e psicológicos. As políticas públicas afirmam a importância da atuação entre setores governamentais, incluindo instituições de saúde. Entretanto, mesmo em maternidades, os profissionais de saúde que atendem mulheres regularmente durante o pré-natal não incluem a atenção à violência contra a mulher como rotina de assistência. **Objetivo:** Analisar as percepções dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal de uma maternidade pública do Rio de Janeiro sobre o papel da equipe diante da violência contra a mulher na gestação. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa. Foram entrevistados 10 profissionais de saúde que atuam no pré-natal e realizada análise de conteúdo, segundo Bardin (1977). **Resultados:** Os profissionais ressaltaram a importância da temática e as barreiras para abordagem e encaminhamento de casos. Foram identificadas e discutidas as categorias: “Concepção de violência contra a mulher e suas consequências”; “Abordagem ao tema no pré-natal: possibilidades e

¹ Psicóloga residente. Maternidade Escola da UFRJ. fernandavivas.ss@gmail.com

² Psicóloga. Maternidade Escola da UFRJ. mari.almeida.rabello@gmail.com

dificuldades”; “E quando acontece? Ferramentas e encaminhamentos frente à violência”; e “O profissional de saúde diante da violência contra a mulher: sentimentos e implicações”. **Considerações**

Finais: Ressalta-se a importância da abordagem da temática pelas instituições de saúde e a necessidade de formação continuada e diretrizes de cuidado para promoção de rastreamento, suporte e encaminhamento dos casos de violência contra a mulher.

Descritores: Violência contra a mulher; Gravidez; Profissional de saúde; Maternidades.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, 1 in every 3 women has suffered domestic or sexual violence. Pregnancy is considered a risk factor for this incidence, which impacts obstetric, neonatal and psychological outcomes. Taking that into account, public policies state that different government sectors must act together, including health institutions. However, even in prenatal services, health professionals who regularly care for women during pregnancy do not include attention to violence against women as part of their routine care. **Objective:** Analyze the perceptions of health professionals who work in public prenatal service of Brazilian Unified Health System in Rio de Janeiro about their role in the face of violence against women during pregnancy. **Methodology:** A descriptive qualitative study was conducted. Ten health professionals who work in prenatal care were interviewed and content analysis was carried out, following Bardin (1977). **Results:** Professionals highlighted the importance of the topic and the barriers they encounter to approach and/or further referral the cases. The following categories were identified and discussed: “Concept of violence against women and its consequences”; “Approach to the theme in prenatal services: possibilities and difficulties”; “And when it happens? Tools and approaches to combat violence”; and “The health professional faced with violence against women: feelings and implications”. **Final Considerations:** The study highlights the importance of health institutions addressing the issue and the need for continued training and assistance guidelines to promote screening, support and further referral of the cases of violence against women to the right assistance.

Descriptors: Violence against women; Pregnancy; Healthcare professional; Maternity hospitals.

1 Introdução

A violência contra a mulher representa “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher”, sendo considerada uma violação de direito humano fundamental e um grave problema de saúde pública (Brasil, 1996; 2004a). Essa violência pode ocorrer tanto no âmbito público quanto no privado (Brasil, 1996), sendo especificada como violência doméstica quando o agressor convive no mesmo domicílio que a mulher, e pode ser expressa também de forma moral e patrimonial (Brasil, 2006).

Torna-se necessário enfatizar, entretanto, que a violência contra a mulher não se trata de um problema apenas individual, mas da coletividade, que se origina a partir da desigualdade de gênero. Esta constituição desigual de homens e mulheres na sociedade é estrutural e sócio-historicamente construída, designando as mulheres a um lugar de submissão em relação aos homens (Oliveira; Curi; Hosken, 2023). Diante deste cenário, ressalta-se que este tipo de violência está ligado ao sexismo e à cultura de uma dominação e opressão masculina (Hooks, 2020). A autora Bell Hooks (2020) destaca, assim, a importância do uso do termo “violência patriarcal” em contraponto ao termo “violência doméstica”, mais utilizado, para enfatizar ao ouvinte que a violência que acontece no lar está ligada ao pensamento sexista, fruto de uma cultura machista. Reforça-se, assim, que para combatê-la é necessário agir em nível mais estrutural da sociedade. É importante ressaltar, ainda, que a ocorrência da violência pode ter como protagonista outra mulher, embora seja mais raro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – (OMS, 2018), uma a cada três mulheres sofre violência física ou sexual no mundo. No Brasil, esse número é confirmado de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) e o Instituto Datafolha (Bueno *et al.*, 2023), que refere que 33,4% das mulheres brasileiras com 16 anos ou mais já foram vítimas de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo ao longo da vida, e esse número chega a 43% quando se inclui a violência psicológica. Isto é, 27,6 milhões de mulheres já sofreram alguma forma de violência contra a mulher, por parte de um companheiro, no Brasil. Em 2022, a Polícia Militar recebeu pelo menos uma ligação por minuto denunciando agressões decorrentes de violência doméstica (FBSP; Bueno, 2023). Neste mesmo ano, para 1.437 mulheres, a violência foi fatal (FBSP, 2023), culminando em feminicídio - definido enquanto homicídio contra a mulher por razões da condição de sexo feminino (Brasil, 2015). Dentre estas vítimas, 61,1% eram negras (FBSP, 2023), evidenciando um dado importante no que diz respeito à desigualdade racial.

De acordo com a literatura, para além da cor/raça, há alguns outros fatores de maior risco para a prevalência da violência contra a mulher, como ser católica; conviver com parceiro íntimo; não

exercer atividade remunerada; ter baixa escolaridade; e, por fim, ter filhos ou estar grávida (Dias, Prates; Cremonese, 2021; FBSP, 2023). Assim, a gravidez, além de ser um momento de transformações corporais, emocionais, sociais e de intensa vulnerabilidade psíquica (Maldonado, 1976; 2017), ainda representa um risco aumentado de incidência de violência contra a mulher.

Deve-se ressaltar que a violência, quando ocorre durante a gestação, pode apresentar consequências para a saúde tanto da mulher quanto do bebê, que variam entre desfechos ginecológicos/obstétricos, neonatais e de saúde mental. Segundo a literatura, a gravidez neste contexto apresenta maior risco para assistência ao pré-natal inadequada, sangramento vaginal, aborto espontâneo, ganho inadequado de peso gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia (Han; Stewart, 2014), restrição no crescimento intrauterino, cortisol elevado (Leite *et al.*, 2019), trabalho de parto prematuro e interrupção precoce da amamentação exclusiva (Buleriano, 2022). Além disso, pode impactar em sintomas depressivos, podendo desencadear, inclusive, em quadros de depressão pós-parto e suicídio (Amorim; Rezende Filho, 2024; Buleriano, 2022; Han; Stewart, 2014). Perante o exposto, a violência sofrida durante a gestação também pode gerar consequências diretas para o bebê, como prematuridade, baixo peso ao nascer, desmame precoce, complicações neonatais e até óbito neonatal (Han; Stewart, 2014; Amorim; Rezende Filho, 2024).

Diante desse cenário de violência recorrente no Brasil e no mundo, assim como suas mais variadas consequências, tornou-se necessário refletir sobre a relação entre violência e saúde, passo que esta é definida pelo bem-estar físico, social e mental (OMS, 1948). Segundo Minayo (2006), a violência, que anteriormente era observada apenas como um fenômeno de segurança pública, passou a ser um problema também de saúde pública, visto que afeta de forma individual e coletiva a sociedade, sendo necessária a formulação de políticas específicas para sua prevenção e enfrentamento. No que diz respeito à violência contra a mulher, sua introdução como pauta na agenda da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista, que pressionava “não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas também para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações” (Minayo, 2006, p. 1261).

Como resposta ao movimento, o Brasil, em 1983, formulou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que aborda a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos e coloca em destaque a reflexão sobre a violência de gênero (Minayo, 2006). Anos mais tarde, a atenção às mulheres em situação de violência se tornou um objetivo específico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que visa à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde feminina, assim como à redução de sua morbimortalidade e mortalidade, especialmente por

mortes evitáveis. Assim, ao levantar os altos índices de violência contra a mulher no país e a caracterizar enquanto um problema de saúde pública, a PNAISM aborda a importância da organização e integração de redes de cuidado às mulheres que vivenciam esse contexto (Brasil, 2004a).

Somando-se ao setor de saúde, a segurança pública passa também a amparar de forma específica a violência contra a mulher. Em 2006, foi sancionada a Lei nº 11.340, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que “cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher”, alterando o Código Penal e a Lei de Execução Penal em relação a esse crime. Nas disposições da lei, aborda-se também a integração entre os diferentes poderes e setores governamentais, incluindo a saúde (Brasil, 2006). Diante da especificidade dessa temática, foi elaborada uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, com o objetivo principal de “enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno” (Brasil, 2011, p. 35). Dessa forma, o documento explicita a Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência, que se refere, principalmente, aos serviços especializados, como os Centros de Referência de Atendimento à Mulher; Delegacias, Promotorias e Juizados especializados; Casas-Abrigo ou de Acolhimento Provisório, etc. Entretanto, ao considerar que o enfrentamento à violência compreende a prevenção, a assistência e a garantia de direitos das mulheres, para além do seu combate, a Política demarca a importância da ação conjunta de diferentes níveis do governo, ressaltando também o papel das instituições de saúde neste contexto. Assim, entre suas diretrizes, evidencia a importância de implementar medidas de prevenção nas políticas públicas, articuladas de forma integrada e intersetorial nas áreas de saúde (Brasil, 2011).

Todavia, apesar dos danos, dos traumas e das mortes ocasionados pela violência corresponderem a altos custos emocionais, sociais e financeiros, a inclusão da violência no setor da saúde vem ocorrendo de forma lenta no país (Minayo, 2006). Amorim e Rezende Filho (2024) ressaltam, ainda, a recomendação da OMS sobre o rastreamento de violência por parceiro íntimo em serviços de pré-natal, reforçando a importância da atenção dos profissionais para ajudar na detecção deste fenômeno. Entretanto, observa-se uma tendência ao isolamento dos serviços e à desarticulação entre os diversos setores governamentais (Brasil, 2011), sendo o assunto pouco abordado pelas instituições de saúde - o que é evidenciado pela escassez na literatura em relação à temática, notadamente no que diz respeito à violência contra a mulher. Neste contexto, encontram-se estudos substancialmente no cenário da Atenção Básica e, ainda, de forma mais específica à atuação da enfermagem. Ademais, para além da literatura, a experiência em campo em uma maternidade pública

também permite realçar a dificuldade de abordar essa temática em um contexto de pré-natal, no qual mulheres apresentam a gravidez enquanto fator de risco para a violência e, mesmo sendo atendidas regularmente, pouco se abre espaço para trazer à luz essas vivências. Dessa forma, evidencia-se a importância de refletir sobre o papel dos profissionais de saúde diante da violência contra a mulher no que se refere à sua identificação durante o pré-natal, assim como o acolhimento, suporte e encaminhamento necessários.

Diante do exposto, o presente estudo pretende analisar as percepções dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal de uma maternidade pública acerca do papel da equipe diante do contexto de violência contra a mulher na gestação, buscando compreender as motivações, facilidades e dificuldades na abordagem dessa temática, assim como identificar suas experiências e suas atuações neste contexto. Além disso, pretende-se estabelecer um fluxograma institucional para auxiliar os profissionais na condução destes casos.

2 Metodologia

A pesquisa foi realizada na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), localizada na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro. A Maternidade caracteriza-se como um espaço de ensino, pesquisa, extensão e atenção à saúde à gestação de alto risco fetal e baixo e médio risco materno (ME/UFRJ, 2023). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (5275) por meio do parecer 6.137.142 (Anexo A) em 22 de junho de 2023.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada de julho a novembro de 2023. Foram entrevistados os profissionais de saúde que atuam na assistência às pacientes do pré-natal da instituição das seguintes categorias: medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social. Para a definição do tamanho da amostra, foi aplicado o critério de amostragem não-probabilística por conveniência, tendo sido excluídos os profissionais que atuam há menos de 1 ano na instituição. Ressalta-se, ainda, que para melhor representatividade da amostra, foi priorizada a entrevista aos chefes dos serviços das presentes categorias, desde que atuassem na assistência ao pré-natal. Caso não trabalhassem nesta assistência, foi entrevistado o profissional com maior carga horária de trabalho neste setor. Todas as entrevistas ocorreram de forma presencial na instituição após a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) a partir de um Roteiro de Entrevista Semiestruturado (Anexo C), que incluiu entre as perguntas dados sociodemográficos dos participantes. O tempo de duração variou de 8 a 28 minutos e todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

Após a transcrição, as entrevistas foram analisadas a partir do método de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977). Para a utilização desse método, são propostas três etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Inicialmente, na primeira etapa, todas as entrevistas foram lidas e analisadas a partir de uma ‘leitura flutuante’, na qual surgem impressões e orientações frente às falas dos entrevistados, possibilitando a emergência de hipóteses. Na segunda etapa, todas as falas foram codificadas e categorizadas semanticamente a partir de núcleos de sentido. E, por fim, na terceira etapa, o material analisado foi interpretado a partir de referenciais teóricos sobre o tema.

Além da entrevista, foi utilizada a base de armazenamento de dados da instituição de Ficha Individual de Notificação de violência interpessoal/autoprovocada, para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com o objetivo de contabilizar as notificações feitas pelos profissionais de saúde em relação à violência contra a mulher. O uso desses dados foi autorizado pela profissional da instituição responsável pelo armazenamento e encaminhamento das notificações, através da concordância com o Termo de Anuência (Anexo D).

3 Resultados e Discussão

Foram entrevistados para a presente pesquisa 10 profissionais de saúde da instituição (3 médicos, 2 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 assistente social e 2 médicos residentes do Programa de Residência de Ginecologia e Obstetrícia) que atuam diretamente na assistência às pacientes do pré-natal. Entre eles, 7 eram do sexo feminino e 3 eram do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 26 a 59 anos. Em relação à cor/raça, 8 participantes se declararam brancos, enquanto 2 como pardos. A maioria se declarou como casada (n=7) e católica. (n=7). Já o tempo de formação profissional variou de 3 a 36 anos, enquanto o tempo de atuação na instituição foi de 2 a 28 anos.

Segundo a base de armazenamento de dados da instituição de Ficha Individual de Notificação de violência interpessoal/autoprovocada, para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram notificados 23 casos no ano de 2023, sendo 7 caracterizados como violência física e 16 como violência sexual prioritariamente. As categorias responsáveis pelas notificações foram: medicina (13), psicologia (5) e vigilância epidemiológica (4), esta última a partir de busca ativa pelo levantamento de prontuários. Ressalta-se, assim, a predominância das notificações de violência sexual, principalmente pelos médicos, devido ao protocolo de atendimento em relação à interrupção legal da gestação por estupro, embora a notificação de violência seja compulsória em qualquer situação.

As falas dos profissionais entrevistados deu origem às seguintes categorias de sentido: Concepção de violência contra a mulher e suas consequências; Abordagem ao tema no pré-natal: possibilidades e dificuldades; E quando acontece? Ferramentas e encaminhamentos frente à violência; O profissional de saúde diante da violência contra a mulher: sentimentos e implicações.

3.1 Concepção de violência contra a mulher e suas consequências

Apesar da violência física ter sido o tipo mais mencionado pelos entrevistados em relação à concepção de violência contra a mulher, todos abordaram de algum modo a presença de sua manifestação de forma moral, psicológica ou sexual. Diante do exposto, pode-se observar que o entendimento da violência perpassa as agressões no corpo, embora esta seja a forma em que é mais facilmente identificada. Assim, os entrevistados ilustraram a concepção de violência contra a mulher de forma mais abrangente, salientando atitudes que ultrapassem seus direitos, como exposto pela fala abaixo:

“Acho que qualquer comportamento, fala e condutas, de maneira geral, que privem uma mulher de pelo menos de uma parcela de seus direitos.” (E8)

Tal ponto de vista vai ao encontro com as políticas públicas e meios jurídicos, que definem a violência contra a mulher como qualquer dano físico, sexual, psicológico, moral ou patrimonial, causado por um agressor no meio familiar ou doméstico (Brasil, 1996; 2006).

Dois entrevistados, ainda, pontuaram também a possibilidade de pensar a violência sob uma perspectiva subjetiva, considerando a visão da própria mulher sobre o contexto que vive e como significa suas vivências. Dessa forma, uma mesma situação poderia ser sentida de formas diferentes a depender de quem a experiência. Apesar disso, ressaltaram a importância de certos comportamentos serem indiscutivelmente caracterizados como violentos.

"Apesar disso, eu acho que é um assunto complexo, porque às vezes o que é violência para uma não é considerado violência para a outra. Eu acho que aí, óbvio que existem algumas coisas que são consideradas violências e acabou, mas o resto é um pouco subjetivo, né? Tem atos que pra uns são e outros não, e aí que a gente tem que tentar entender o contexto." (E9)

Segundo Magalhães, Zanillo e Ferreira (2023), a construção social e a idealização do amor romântico, pautado na desigualdade dos papéis de gênero, faz com que muitas mulheres apresentem dificuldade de identificar e nomear a violência que sofrem. Dessa forma, muitas vezes, os abusos, principalmente de cunho psicológico e moral, são vistos como atos de preocupação, cuidado, gentileza e amor verdadeiro, afastando a percepção de violência destas mulheres e tornando sua concepção mais subjetiva. Visto isso, a socialização e a cultura acabam por influenciar diretamente na subjetividade e na identificação dos sentimentos vivenciados. A violência física, entretanto, por

deixar marcas visíveis e ser mais abordada e condenada socialmente, para além da violência de gênero, torna-se mais perceptível como tal e, com isso, costuma ter sua conceitualização mais precisa.

Apesar de todos terem caracterizado de forma abrangente este fenômeno, três dos dez entrevistados, ao serem perguntados sobre o que é a violência contra a mulher, responderam imediatamente sobre uma assistência inadequada ou desrespeitosa durante os atendimentos em saúde às pacientes. Pode-se observar que esse dado ilustra o foco comumente dado pelo profissional de saúde à mulher no seu lugar prioritariamente de paciente da instituição, não englobando no centro do cuidado seu contexto pessoal e social. Assim sendo, percebe-se que estes entrevistados, ao se depararem com a pergunta, colocaram-se primeiramente no lugar de possíveis protagonistas de uma violência ao invés de pensar para além dos muros, evidenciando ainda mais a exclusão da violência fora do contexto institucional.

“A violência contra a mulher seria o desrespeito àquilo que a mulher tem de expectativa em relação ao atendimento clínico. Seria uma postura do profissional de saúde, né, que não fosse condizente com a boa prática da assistência, com a boa prática científica e que não tivesse um diálogo com a paciente para que ela entendesse tudo o que está sendo feito”. (E4)

“Aqui a gente fala especificamente aqui da assistência, com um atendimento inadequado à gestante... Com uma má assistência, atendimento inadequado, muitas vezes com pressa, sem atenção...”. (E3)

Dessa forma, observa-se que, ao olhar a mulher em seu lugar apenas de paciente, predomina-se um modelo de cuidado que reduz a uma avaliação superficial das dimensões sociais e ambientais do sujeito (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022). Assim, apesar da integralidade ser um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 1990), percebe-se que a relação profissional de saúde-paciente ainda é voltada para uma atenção ao corpo, havendo pouco espaço para a atenção ao contexto social que o sujeito está inserido.

Um desses entrevistados, ainda, relacionou a pergunta de forma direta à “violência obstétrica”:

"De uma forma geral e também especificamente se chama, que eu não gosto, eu pessoalmente sou contra o 'termo violência obstétrica'. [...] Então o que eu estava te falando, que é um termo que eu sei que existe, mas pra mim existe violência em qualquer atendimento, em qualquer... uma pessoa que é maltratada numa emergência, independente se é um erro obstétrico... Não deixa de ser, eu já vi várias vezes, até violência mesmo, às vezes física, por isso que eu não gosto de setorizar: 'é uma obstétrica', parece que o profissional queria o mal da paciente". (E3)

O termo “violência obstétrica”, apesar de ter ganhado força popular ao longo dos últimos anos, carece de uma conceitualização precisa e de marcos legais no país, mas também se caracterizaria como um tipo de violência contra a mulher (Zanardo *et al.*, 2017). Segundo a OMS (2014), gestantes sofrem com abusos, desrespeito e maus-tratos durante seus partos nas instituições de saúde de todo o

mundo. E, apesar do reconhecimento de que existem consequências adversas tanto para a mãe quanto para o bebê, o órgão ressalta que ainda não há consenso internacional sobre a definição e medição dessas práticas. Dessa forma, a associação imediata da pergunta à violência obstétrica também reafirma o olhar fragmentado sobre a mulher somente enquanto paciente, focando a atenção na possibilidade de uma violência apenas institucionalizada - o que poderia ser mais da responsabilidade do profissional.

Já em relação às consequências da violência contra a mulher durante a gestação, a maioria dos entrevistados pontuou sobre não ter embasamento científico para responder à questão, como exemplificado pela fala a seguir:

“Olha, isso eu não sei te precisar, porque eu não tenho documentos que possam mostrar pra mim, que possa me afirmar: ‘olha, aconteceu isso e vai gerar isso’. [...] Então, a gente tem noção de algumas coisas, mas não tenho nada científico para te dizer, entendeu? Mas eu acho. A especulação, com certeza, com certeza”. (E7)

Apesar dessas alegações, todos os entrevistados mencionaram possíveis consequências da violência neste momento. A maioria ressaltou os impactos psicológicos neste contexto para a gestante, trazendo sobre depressão, ansiedade, estresse e outros transtornos como repercussões possíveis. Somente um entrevistado não abordou nenhum tipo de consequência no aspecto psicológico. Ressalta-se, entretanto, que apenas metade dos entrevistados mencionou consequências possíveis de ordem clínica, tais como hipertensão, Diabetes *Mellitus* Gestacional, sangramento, hemorragia, descolamento prévio de placenta, risco de morte materno, óbito fetal e parto prematuro.

À vista disso, pode-se refletir sobre a visão fragmentada do sujeito nas instituições de saúde, que baseia-se em uma visão cartesiana, onde os fenômenos são observados como de ordem do corpo ou da mente, sem um olhar voltado para as interseções (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022). Dessa forma, a violência - proveniente do seu contexto social - acaba por ser relacionada de forma direta apenas às questões de aspecto psicológico, não sendo associada a possíveis complicações biológicas. Entretanto, como evidencia a literatura, a violência contra a mulher durante a gestação pode repercutir em desfechos de extrema relevância, para além de transtornos psicológicos, tais como assistência ao pré-natal inadequada, sangramento vaginal, aborto espontâneo, ganho inadequado de peso gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia (Han; Stewart, 2014), restrição no crescimento intrauterino, cortisol elevado (Leite *et al.*, 2019), trabalho de parto prematuro e desmame precoce (Amorim; Rezende Filho, 2024; Buleriano, 2022).

Da mesma forma, oito dos entrevistados relacionaram as consequências da violência para o bebê também de ordem emocional, referindo principalmente a uma possível fragilidade no vínculo mãe-bebê.

“Então, se é um companheiro que está cometendo essa violência, é algo ali que marca para ela, que traz essa marca do filho. Então, também levando em consideração que se construir mãe sempre tem ambivalências e dificuldades, sempre é algo muito complexo, isso pode incidir nessa percepção que ela tem desse filho, né. Não só de trazer dificuldades, mas das marcas simbólicas que são próprias ali do que ela vai enxergar naquela criança.” (E6)

Além disso, os entrevistados também mencionaram que a gestação durante esse contexto de violência ocasionaria no nascimento de um bebê agitado, estressado e difícil de se acalmar, embasados no imaginário de que o estresse sentido pela mãe passaria para o bebê, como demonstra a fala a seguir:

“Eu acredito que quando a mulher tem uma gestação mais tranquila, o bebê tende a ser um bebê mais tranquilo. Quando ela sofre violência, sofre... Fica muito nervosa, estressada, agitada. Eu também acredito que passa para o bebê, e o bebê, conseqüentemente, vai ser um bebê mais difícil, de não nascer tão calminho... Vai ter dificuldade de se acalmar e vai ser um bebê mais chorão, que chora mais. Eu acredito.” (E1)

Muitos autores evidenciam que, diferente do que pressupõe o senso comum em relação à existência de um instinto materno, o vínculo da mãe com seu bebê durante a gestação é construído ao longo do processo de gestar. Dessa forma, o contexto social e familiar em que a gestante está inserida pode influenciar na sua relação com o bebê, assim como seu desejo e satisfação pela gestação (Maldonado, 2017; Szejer; Stewart, 1997). Entretanto, ressalta-se que o contexto não é o único fator determinante para a construção dessa relação, havendo também a posição do sujeito frente ao que é vivenciado. Dessa forma, como dito pela entrevistada (E6), a vivência dessa situação reflete em uma “marca simbólica” na construção de ser mãe desse bebê e na percepção sobre ele, mas não só de trazer necessariamente uma dificuldade neste vínculo. É importante refletir, ainda, nas consequências para este bebê ao longo de seu desenvolvimento, visto que crescer neste contexto também deixa marcas. A autora Bell Hooks (2020, p. 97) refere que “crianças são violentadas não somente quando são o alvo direto de violência patriarcal, mas também quando são forçadas a testemunhar atos violentos”, assim, podem não se posicionar contra a violência no futuro, se esta for a única forma que tiverem contato durante a vida para lidar com situações difíceis.

Ademais, como discutido anteriormente, o dado apresentado ressalta novamente a fragmentação do sujeito ao analisar o contexto social e associar diretamente com repercussões possíveis apenas de ordem psicológica e emocional, embora, segundo a literatura, também há possibilidade de desfechos clínicos importantes para o bebê nessas circunstâncias. Apesar disso,

apenas três dos entrevistados citaram consequências clínicas para o bebê, sendo mencionadas a prematuridade e o óbito fetal. Para além do dito, evidencia-se também a possibilidade de baixo peso ao nascer, desmame precoce e outras complicações neonatais (Amorim; Rezende Filho, 2024; Han; Stewart, 2014).

3.2 Abordagem ao tema no pré-natal: possibilidades e dificuldades

Apesar da alta taxa de violência contra a mulher no Brasil, onde uma a cada três mulheres com 16 anos ou mais já foi vítima de violência física ou sexual de parceiro íntimo (FBSP; Bueno, 2023), o rastreio e a prevenção contra esse fenômeno ainda é bastante precário. As instituições de saúde, como preconizado por políticas públicas, são também setores importantes na rede de serviços para o combate à violência contra a mulher, aliadas ao sistema judicial (Brasil, 2004a; 2011a). Entretanto, a atenção a este contexto nestes dispositivos não costuma estar em evidência.

Salienta-se, ainda, que alguns fatores são evidenciados como sendo de maior risco para a ocorrência da violência contra a mulher, entre eles, estar grávida ou ser mãe (Dias; Prates; Cremonese, 2021). Diante disso, ao pensar na gestação enquanto uma fase de maior vulnerabilidade, ressalta-se a importância de um olhar diferenciado para essa questão neste momento (Amorim; Rezende Filho, 2024). Entretanto, mesmo em uma maternidade, onde mulheres são acompanhadas regularmente por meses durante o pré-natal, em um momento de risco de incidência de violência aumentado, a abordagem ao tema apresenta algumas barreiras.

Todos os dez entrevistados reconheceram a importância da atenção a este fenômeno e de uma possível abordagem à temática com as pacientes.

“É bom pra você falar isso, porque faz a gente até refletir um pouco, né? Se eu tô fazendo de menos ou de mais. De um modo geral, de forma direta, não. Ah, ‘você sofre alguma violência?’, esse tipo de pergunta, se já tem em casa, não. Não sei se talvez devêssemos...” (E3)

“Uma das professoras da minha formação, que eu mais admiro, uma vez falou que você não vai saber se o paciente sofre violência se você não suspeitar, se você não pesquisar isso ativamente. A grande maioria das vezes, o paciente não vai chegar lá falando que sofreu tal tipo de violência, até porque tem muito estigma, tem muito medo, tem vergonha. Então, sim, eu acho que perguntar ativamente não deveria ser um tabu, né? Até porque a gente só consegue ajudar aquilo que a gente entende pelo menos o que está acontecendo, enfim”. (E8)

“Porque eu acho que a gente pode perguntar tudo. Enquanto profissional de saúde, principalmente, é o nosso dever saber com o usuário que a gente está lidando o que é que está passando, o que perpassa na vida desse usuário, quem é esse usuário que tá chegando, quem é essa paciente, quais são os históricos. [...] É ver a mulher gestante de forma integral.” (E5)

Apesar disso, apenas dois entrevistados manifestaram abordar diretamente essa temática durante os atendimentos. Em ambos os casos, a abordagem ao tema ocorria de forma protocolar, visto

que há na instituição uma ficha para triagem da chegada das pacientes no pré-natal, preenchida pela enfermagem, que apresenta a pergunta “Violência doméstica?” com opções de resposta “sim”, “não” e “outro”. A inclusão dessa pergunta à ficha, segundo uma das entrevistadas, foi sugerida pelo Serviço de Psicologia da unidade, o que teria facilitado a abordagem direta à temática com as pacientes, apesar de só ocorrer neste momento da triagem.

“Eu não tenho [dificuldade de abordar a temática] desde que teve essa parte no nosso acolhimento... Foi até a Psicologia que pediu para colocar”. (E1)

Enquanto isso, os outros entrevistados afirmaram abordar o tema de forma indireta. Destaca-se que a ausência por uma busca ativa em relação à possibilidade de um contexto de violência pode acontecer porque “a natureza privada da violência contra mulheres contribui para recusá-la como alvo assistencial” (Kiss; Schraiber, 2011, p. 1948). Isto é, por acontecer dentro do domicílio, acaba por ser retirada de um propósito da assistência e do cuidado institucional das redes de saúde. Dentre estes entrevistados, um reafirmou só tocar no tema quando é trazido explicitamente pela paciente, o que remete a uma responsabilização apenas da paciente, não reconhecendo a violência como também um objeto de intervenção em saúde (Kiss; Schraiber, 2011). Enquanto isso, todos os outros explicaram que sua abordagem à temática ocorre a partir de perguntas que buscam compreender o contexto geral de sua vida: sua situação familiar, relacionamento amoroso e condição laboral, como exemplificam as falas a seguir:

“Eu acho que a gente, quando atende, [...] é sempre importante entender o contexto da paciente. Então, procurar saber coisas básicas.” (E3)

“Porque eu dou muito espaço para falar, então isso facilita entender determinadas coisas e aí encaminhar, né? [...] Eu não incluo perguntas específicas.” (E7)

Assim, segundo eles, a partir do que é trazido pela paciente, pode-se ficar mais atento ao seu contexto de vida e suas relações, incluindo a possibilidade de ter notícias de uma situação de violência, fazendo com que o assunto possa ser abordado de forma mais direta, tal como reafirmado abaixo:

“Então, eu sei que a definição de violência acaba que é muito ampla [...] mas eu acho que indícios a gente sempre percebe, né? Então, eu acho que todos nós, profissionais de saúde, temos de certa forma alguma condição e alguma capacidade de reconhecer, sim, a mulher que está vivenciando esse tipo de situação.” (E3)

Diante disso, os entrevistados foram questionados sobre quais seriam os possíveis indícios e sinais de violência que chamariam sua atenção para a abordagem ao tema. Para além das marcas físicas, como hematomas e cicatrizes, destacam-se a percepção da paciente com humor mais deprimido; pouco comunicativa; choro frequente nos atendimentos; má adesão ao pré-natal ou

tratamento; inibida na presença do companheiro ou que apresente relatos de ausência de rede de apoio. Em relação a sinais de identificação de violência doméstica pelo profissional de saúde, a literatura se mostrou bastante escassa. Apesar disso, estes sinais mencionados foram elencados como relevantes pelo “Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde: Violência Doméstica - compreender para intervir”, organizado pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Gênero, de Lisboa, Portugal (Manita; Ribeiro; Peixoto, 2009). A escassez na literatura do nosso país sobre a temática e a ausência de protocolos governamentais trazem à luz a ausência de atenção à situação que vivem milhares de mulheres, tornando evidente a falha no rastreio e na prevenção da situação de violência pela saúde pública.

Diante do exposto, torna-se perceptível as dificuldades e as limitações para a abordagem à temática com as pacientes, seja por questões culturais, pessoais ou institucionais. Apenas dois entrevistados referiram não ter dificuldade em abordar o tema, sendo estes aqueles que perguntam de forma protocolar pelo questionário da triagem do pré-natal. Todos os outros manifestaram dificuldades e barreiras para a inserção do tema durante os atendimentos. A quantidade de pacientes atendidas no dia, o pouco tempo de consulta e a ausência de privacidade foram fatores apontados como sendo de grande relevância, assim como a presença do companheiro ou outro acompanhante durante os atendimentos. Além disso, também foi citada a rotatividade de profissionais que prestam atendimento às pacientes, não havendo um responsável fixo pelo seu pré-natal, variando conforme o dia. Dessa forma, o estabelecimento do vínculo é afetado, como ilustra a fala a seguir:

“Acho importante porque eu acho que no pré-natal você acaba criando um vínculo com a paciente, porque são muitas consultas. Por isso que eu até insisto muito nessa questão do pré-natal ser individualizado, ser com o mesmo médico, e não ser o pré-natal mais generalizado [...] porque eu acho que ela acaba criando um vínculo e um canal mais direto com o médico”. (E10)

Ademais, alguns entrevistados também apresentaram desconforto com a ideia de serem mal interpretados pela paciente ao abordar um contexto de violência, tanto pela possibilidade de ela não se sentir confortável para falar sobre o assunto quanto por talvez não se perceber em uma situação de violência.

“Diretamente, da forma que você perguntou, talvez seja até da paciente não interpretar bem a pergunta, se sentir de certa forma até ofendida por isso. Às vezes, tem formas de interpretar, né”. (E3)

À vista disso, para além de questões estruturais e de rotinas institucionais, tornam-se notórias as diversas dificuldades enfrentadas pelos profissionais oriundas da ausência de uma base teórica sobre o tema na formação profissional. Todos os profissionais relataram contato escasso ou inexistente com o tema durante sua formação profissional, tanto na graduação quanto após ela.

Metade referiu ter feito alguma disciplina, curso ou simpósio, mas de forma pontual. Dessa forma, a fragilidade na formação profissional vai na contramão do que preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A PNEPS é uma das estratégias instituídas e implementadas do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor de saúde. Com isso, visa a construção de estratégias e processos para a qualificação à atenção e à gestão em saúde na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva (Brasil, 2004b; 2007).

Apesar da Política, Machado e outros autores (2020) também evidenciam que o contato dos profissionais de saúde com as discussões de violência doméstica durante a graduação é inexistente ou ocorre de forma pontual, não contemplando a magnitude desse agravo. Além disso, ainda segundo os autores, há uma lacuna separando o conhecimento teórico de uma atuação prática, aplicada à ação nos serviços de saúde, o que seria importante para o desenvolvimento de competências e habilidades que possam subsidiar os profissionais para a responsabilidade pela integralidade do cuidado e estratégias de resolutividade.

Para além da formação, três dos entrevistados abordaram a importância da existência de uma direção institucional para embasar uma rotina de atendimentos que possa contemplar este fenômeno, tal como ilustrados pelas falas a seguir:

“Mas talvez o que me limite seja também uma falta de normatização. Ainda não é uma coisa que a gente, aqui pelo menos, tem amparado como instituição de ‘na nossa consulta do pré-natal, da mesma forma que a gente vai perguntar se fuma, se bebe, a gente vai abordar a questão da violência doméstica. Então, vamos passar a perguntar explicitamente dessa forma’. Então, talvez isso seja um limitante, alguma coisa que não está muito bem definida, institucionalizada. [...] De, então, ‘olha, aqui a gente vai estabelecer como rotina [...] dessa forma’. Então, isso talvez não fosse limitar, pelo contrário, ampliar”. (E3)

“Eu acho que isso não está muito incutido dentro da nossa prática, dentro da nossa rotina de pergunta, porque eu vou descobrir que está rolando uma violência. O que eu vou fazer com isso? Com essa informação, pra onde eu encaminho? Entendeu? [...] Então, se eu não tenho tão claro de ‘ah, olha, se você perceber isso e tal, a gente tem esse caminho’... Aí eu acho que, sendo uma questão de todas as categorias, tudo bem”. (E7)

Dessa forma, percebe-se a importância de diretrizes e protocolos que sirvam como guia para orientar e embasar a atuação dos profissionais em sua abordagem ao tema, assim como possibilidades de acolhimento e fluxo para encaminhamentos internos e intersetoriais dos casos.

3.3 E quando acontece? Ferramentas e encaminhamentos frente à violência

O termo “violência doméstica”, comumente utilizado no senso comum e nas mídias de comunicação para caracterizar a violência contra a mulher, apresenta um componente relevante para

a discussão: por acontecer, muitas vezes, dentro de casa adquire caráter privado - o que influencia na não-intromissão de outras pessoas, como expresso na fala a seguir:

“Eu acho que tem o próprio tabu de a gente falar sobre isso, porque existe o ditado “*em briga de marido e mulher não se mete a colher*”, mas eu acho que é justamente isso. Pensando até pelo lado eu, como paciente, é muito complicado você expor uma relação que às vezes a própria paciente não entende que é uma relação de violência, né?”. (E9)

Dessa forma, o ditado popular “em briga de marido e mulher não se mete a colher” reforça o pensamento cultural de que, por acontecer em ambiente privado, não se deve interferir nas “brigas de casal”. Assim, como já exposto, o mesmo direcionamento se espalha pelas instituições de saúde, que recusam a violência doméstica como alvo de sua assistência (Kiss; Schraiber, 2011). Entretanto, a despeito da abordagem direta ao tema durante os atendimentos, as situações de violência chegam aos profissionais de saúde, tornando necessário algum tipo de intervenção e trazendo à reflexão como “meter a colher” nesses episódios.

Frente a este contexto, é importante que o profissional de saúde possa propiciar um espaço de escuta qualificada e acolhedora, promovendo a autoestima da vítima e seu fortalecimento, mas também respeitando sua autonomia e escolhas diante do contexto que vivencia (CFP, 2012), como cita um dos entrevistados:

“Quase assim, no que for possível, de redução de danos em cada momento, mas que ela também vai escolher coisas que às vezes a equipe não vai concordar. Então, como continuar acolhendo de uma certa forma sem ultrapassá-la?” (E6)

Desse modo, ressalta-se que a ajuda e o cuidado do profissional frente a este contexto não estaria relacionada necessariamente ao rompimento da relação, ainda mais numa perspectiva imediata. Isto porque essa conduta poderia reforçar uma ideia de fracasso às mulheres que não conseguem romper com o parceiro e desconsidera o contexto e as condições de vulnerabilidade em torno dessas escolhas (Oliveira; Curi; Hosken, 2023). Assim, é importante que todo o trabalho de enfrentamento à violência - da prevenção à assistência - possa se dar em um espaço que inclua o protagonismo dessas mulheres, além da articulação com as redes de serviços para a garantia de seus direitos.

Diante disso, é importante ressaltar que todos os entrevistados referiram já ter vivenciado alguma experiência profissional relacionada à violência contra a mulher, sendo a violência física por parceiro íntimo e a violência sexual as mais citadas. Entretanto, na maioria dos relatos apresentados, a situação de violência foi identificada em contexto de entrada na emergência ou por exposição direta da paciente, evidenciando a ausência de uma postura mais ativa dos profissionais em relação ao tema durante as consultas de pré-natal. É importante lembrar, ainda, que o preenchimento da Ficha

Individual de Notificação de violência interpessoal para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é compulsória, ou seja, o profissional de saúde que tiver ciência desta situação é obrigado a notificar.

Apesar disso, em todo o ano de 2023, apenas 23 casos foram notificados na presente instituição, sendo a violência física e a violência sexual as mais notificadas. Diante do exposto, é necessário refletir sobre o baixo número de notificações ao observar que todos os profissionais devem notificar e a situação pode ser identificada em qualquer um dos setores da instituição. Somente no pré-natal, foram 693 pacientes acolhidas ambulatorialmente no ano de 2022 (ME/UFRJ, 2022), havendo sido feitas apenas 11 notificações para o SINAN no mesmo ano, enquanto as estatísticas apontam para uma taxa de 33,4% de mulheres vítimas de violência no país (FBSP; Bueno, 2023). Além disso, ressalta-se que 61,1% das vítimas de feminicídio são negras e, apesar da ausência de dados institucionais, 80% da população do SUS se declara também como parda/preta (OMS, 2017). É necessário, assim, considerar a violência a partir também de um olhar interseccional, visto que diferentes categorias de opressão, como o racismo, afetam desigualmente as mulheres (Oliveira; Curi; Hosken, 2023). Desta forma, percebe-se uma provável subnotificação dos casos, visto que o público da instituição se enquadra nos fatores de risco da violência: mulheres, pretas/pardas, em sua maioria, e grávidas. Ressalta-se, ainda, a ausência de dados estatísticos sobre a violência contra a mulher durante a gestação.

Ademais, salienta-se a dificuldade frente às notificações compulsórias, visto que, apesar de obrigatórias e passíveis de serem feitas por qualquer profissional, terminam por não ser responsabilidade oficial de nenhuma categoria em específico, podendo sempre ser delegada a outra pessoa. Durante a entrevista, apenas a assistente social se referiu ao preenchimento da ficha ao falar sobre sua conduta. Assim, a presente questão retoma a ausência de diretrizes protocoladas sobre o tema. Dessa forma, torna-se pertinente indagar: as mulheres atendidas na instituição fogem da norma das estatísticas ou tem se olhado pouco para este fenômeno durante os atendimentos?

Diante dos relatos dos casos, os entrevistados foram questionados sobre qual conduta seria adotada caso uma paciente revelasse sofrer algum tipo de violência durante a consulta. A maioria mencionou a importância de acolher a paciente por meio de uma escuta sem julgamento, assim como orientá-la com explicações conceituais sobre a violência, como exposto nas falas a seguir:

“Mas acho que o principal ponto é apoiar e tirar qualquer tipo de culpa, de sentimento ali de culpa da paciente e oferecer tudo o que a gente puder: de internação e de blindar mesmo, tentar blindar a paciente, porque o nosso atendimento não está atrelado à justiça, a boletim de ocorrência”. (E8)

“E de alguma maneira ajudar, claro, a mulher, tentar empoderar, torná-la consciente, empoderar essa mulher para fazer saber quais são os direitos que ela tem, qual é a rede de apoio que essa mulher tem, se eventualmente tem relação à proteção de profissional de segurança mesmo, se fosse o caso,. Entender bem essa rede de apoio e contactar os profissionais que podem ajudá-la.” (E3)

Apesar da importância do acolhimento ser clara, alguns autores destacam como os profissionais validam como uma prática um aconselhamento moral, mas deixam de reconhecer a possibilidade do aconselhamento como um tipo de tecnologia válida, instruída por saberes científicos (Kiss; Schraiber, 2011). Segundo Merhy (2005), as tecnologias de cuidado podem ser classificadas em leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são relacionadas às relações e ao vínculo profissional-paciente, as leve-duras são as dos saberes estruturados e as duras são direcionadas aos recursos materiais. Dessa forma, o acolhimento também é evidenciado como uma ferramenta de cuidado legítima, sendo o aconselhamento um instrumento importante para o manejo dos casos, principalmente quando respaldado teoricamente.

Em relação ao encaminhamento multiprofissional, sete entrevistados referiram encaminhar o caso ao Serviço de Psicologia da instituição de forma mais imediata, enquanto cinco também mencionaram solicitar a atuação do Serviço Social.

“A minha conduta... Vou te falar a verdade: é chamar a psicóloga [risada]”. (E1)

“Eu acho que a gente deveria dividir a responsabilidade de uma informação tão importante com outros profissionais. Supervisão da chefia do setor, [...] Psicologia, Serviço Social, com atendimento multiprofissional, de Enfermagem...”. (E3)

Deve-se destacar que a fragmentação do sujeito evidenciada na instituição hospitalar ocasiona em uma hiperespecialização de suas demandas, na qual cada uma é sanada por um especialista diferente (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022). Entretanto, é importante ressaltar que o SUS preconiza um cuidado a partir da integralidade do sujeito (Brasil, 1990), tornando o profissional responsável por essa visão ampliada de saúde. Assim, o encaminhamento para a Psicologia e para o Serviço Social, apesar de importante para o seguimento desses casos, não deve retirar dos outros profissionais a responsabilidade de seguir acompanhando e cuidando da situação.

A Psicologia tem seus princípios embasados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, preconizando, assim, a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas, e contribuindo “para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CFP, 2005). Diante disso, tornou-se relevante a criação de uma Referência Técnica para atuação dos profissionais em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência (CFP, 2012), que visa a orientação sobre os princípios éticos e democráticos, o oferecimento de referências e maior qualificação para a prática psicológica nesse campo. O documento elenca como norteadores

principais dessa atuação o fortalecimento do protagonismo das mulheres, o conhecimento da rede de serviços para seu acolhimento e proteção e a importância da mulher ser escutada em sua individualidade - oportunizando a emergência de significados por meio de uma escuta atenta - e tendo como base o entendimento da violência a partir de uma dimensão multidimensional. A escuta atenta e o cuidado no manejo desses casos foi ressaltado pela psicóloga entrevistada:

“Algumas situações não são simples de perceber como violências, até mesmo violências sexuais. Para quem está numa relação, principalmente familiar, de intimidade com um possível agressor, é difícil de delimitar. Mas elas conseguem trazer na fala o que elas estão passando, seja na relação com algum familiar, num casamento, com o companheiro... Então isso vem pela fala, mas com certeza muitas vezes não tão claramente, como uma informação: ‘eu estou numa situação de violência’.” (E6)

Somando-se à Psicologia, a atuação do Serviço Social também demonstra-se de suma importância. Para além do entrevistado desta categoria profissional, apenas mais dois citaram o encaminhamento dos casos de forma intersetorial, isto é, buscando a rede de serviço extramuros para dar seguimento a partir de um cuidado mais abrangente. O profissional dessa categoria foi o que demonstrou maior articulação intersetorial, tendo citado a importância do contato com a rede de apoio da paciente, Atenção Básica, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Abrigos Proteção anônimos a partir do encaminhamento dos Centros Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) e Organizações Não-Governamentais (ONGs), que prestam auxílio a essas mulheres. Dessa forma, torna possível a extensão do cuidado e proteção da mulher não só a curto prazo, visto que o vínculo com a maternidade apresenta um tempo mais limitado, mas também propiciando outros mecanismos de apoio que possibilitem um possível rompimento mais seguro com o agressor, caso seja de seu desejo, como o acolhimento em abrigo e auxílios financeiros. À vista disso, reafirma-se a importância do encaminhamento não só multiprofissional, mas também intersetorial para a organização e integração de redes de cuidado às mulheres que vivenciam esse contexto (Brasil, 2004a).

3.4 O profissional de saúde diante da violência contra a mulher: sentimentos e implicações

A maioria dos entrevistados demonstrou-se afetada ao vivenciar ou ter notícias de mulheres em contexto de violência, principalmente quando foi preciso lidar diretamente com esses casos. Os sentimentos de angústia, revolta, tristeza e pena foram ressaltados, evidenciando em como a temática toca em pontos sensíveis para os profissionais de saúde. Um dos entrevistados, após contar sobre um relato de caso, chorou por alguns minutos.

“E eu fiquei com muita pena... [choro] [...] [solicita gestualmente que pause a gravação. Chora, respira fundo e aceita que retorne] Essa menina... Eu fiquei com muita pena, porque você via que ela gostava dele...”. (E1)

“Uma situação que eu não tô acostumada a lidar, né? Foi impactante, assim, naquele momento”. (E5)

Como reconhecido pelo próprio Ministério da Saúde, a formação nos cursos de saúde não traz discussões sobre os valores individuais, morais, éticos e religiosos relacionados à prática profissional (Brasil, 2011b). Tal dado é evidenciado, como já discutido anteriormente, pelo modelo de cuidado biomédico (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022), no qual o olhar do profissional se dirige ao corpo apartado da sua existência psíquica, de sua inserção social e das significações atribuídas à experiência do indivíduo no mundo (Kiss; Schraiber, 2011). Assim, ao afastar-se da subjetividade do paciente, aqueles que cuidam também isolam-se de seus próprios sentimentos. Desse modo, resta pouco espaço para a discussão de valores e sentimentos, não incluindo-os como naturais e importantes no processo de cuidado do paciente e, por vezes, evitando temáticas que os tragam à tona.

Salienta-se, ainda, que algumas entrevistadas também expressaram algum nível de identificação com estas mulheres, devido ao lugar comum de também serem mulheres e, assim, poderem também estar nesta posição.

“Porque eu sou muito independente, entendeu? Aí eu não aceito. Não aceito isso, de jeito nenhum.” (E1)

“E eu acho que pra mim, enquanto mulher, ver isso foi difícil.” (E5)

“Era alguém que se aproximava muito da nossa realidade social, da nossa classe social, então a gente acaba se transpondo para aquela situação”. (E10)

A identificação e a sensibilização das profissionais mulheres frente às situações de violência contra a mulher também foi evidenciada por Kiss e Schraiber (2011), colocando sob a luz a identificação gerada pelas múltiplas vivências em comum proporcionadas pela similaridade de gênero. Entretanto, é importante destacar o cuidado necessário para que essa identificação não se exceda ao ponto de falar pelo outro, o que pode gerar práticas profissionais baseadas em discursos que silenciem a vítima ao invés de abrir espaços necessários de escuta para as perspectivas dos grupos oprimidos (Oliveira; Curi; Hosken, 2023). Esse cuidado é ressaltado pelas autoras, que afirmam a importância de pensar a violência a partir de um olhar interseccional e observam a diferença no perfil entre usuárias - em sua maioria, negras e de classe menos favorecida - e profissionais de saúde - de maioria branca e classe mais favorecida. Assim, enfatiza que os profissionais se encontram em posições privilegiadas, devendo estar atentos para não reforçar as diferenças e estabelecer hierarquizações, vulnerabilizando ainda mais o contexto dessas mulheres.

Foi possível observar, ainda, que metade dos entrevistados também relatou sentimentos de impotência ao lidar com mulheres em situação de violência, sentindo-se limitados na sua atuação para ajudá-las nesta situação.

“Eu não teria como dar um suporte mais aprofundado para tirar ela daquela relação: ‘não, termina com ele que eu vou te ajudar, que eu vou fazer alguma coisa’, como a gente faria com um amigo. Então, a gente pode dar um suporte ali, acho que talvez limitado. Óbvio que conversar, entender de como ela pode sair daquilo ali, se tem algum parente pra ajudar ou não... Mas existe uma dificuldade por trás”. (E9)

“É mais esse apoio aqui. Porque fora daqui, como que eu vou fazer?” (E2)

Quanto à sensação de impotência, também foi relatado o mesmo caso clínico por três profissionais, onde uma paciente, durante o pré-natal, pediu ajuda para se afastar da violência que sofria do companheiro e obteve bastante acolhimento e envolvimento da equipe, tendo rompido a relação com ele em determinado momento da gestação. Entretanto, no parto, escolheu que ele fosse seu acompanhante, o que foi respeitado pela equipe, mas a preço de muita angústia por parte dos profissionais.

“É, eu não sei o que aconteceu, mas só de ele ter vindo aqui já ficou parecendo que tudo o que a gente fez foi em vão...” (E5)

Como já discutido, é importante que a equipe possa respeitar e acolher as escolhas da paciente, que, por muitas vezes, serão diferentes do que os profissionais consideram como sendo a melhor decisão. Ao falar sobre a escolha amorosa, Lima e Werlang (2011, p. 515) destacam que esta “não é fruto do acaso, pois sofre influência direta dos diversos acontecimentos e escolhas feitas ao longo da vida que, por sua vez, foram influenciadas por fatores internos que fogem ao alcance da consciência”. Dessa forma, ressalta-se que as escolhas de uma pessoa sobre seus relacionamentos estão associadas também ao seu contexto familiar e à sua subjetividade. Segundo a literatura, uma história de violência na família de origem pode influenciar na escolha de relacionamentos futuros e na percepção da pessoa em relação a contextos de violência (Hooks, 2020; Lima; Werlang, 2011).

Na vivência deste contexto ao longo da infância e do seu desenvolvimento, uma criança pode experimentar situações de trauma, caracterizado como uma dor que não pode ser registrada e simbolizada psiquicamente, o que impacta no processo de subjetivação. Assim, segundo Freud escreveu em 1920 traduzido por Hans (2006), na tentativa de elaborar essa experiência traumática, o sujeito inconscientemente repete essas vivências, atualizando-as. Esse fenômeno é abordado na Psicanálise como “compulsão à repetição”, definido como um processo de origem inconsciente, no qual “o sujeito se coloca ativamente em situações penosas, repetindo assim experiências antigas sem se recordar do protótipo e tendo, pelo contrário, a impressão muito viva de que se trata de algo

plenamente motivado na atualidade” (Laplanche; Pontalis, 2001, p. 83). Dessa forma, muitas mulheres, que vivenciaram violência em seus lares quando criança, podem acabar entrando em relações similares, atualizando em seus relacionamentos amorosos seus traumas infantis (Lima; Werlang, 2011).

Para além da repetição, torna-se importante destacar a influência da idealização do amor romântico e sua atuação na construção identitária das mulheres em nossa cultura (Magalhães; Zanello; Ferreira, 2023). Em vista disso, as autoras ressaltam que, muitas vezes, quando a mulher é colocada por um homem no lugar de insubstituível, especial ou importante, tem-se garantido seu valor, gerando uma satisfação narcísica por ter sido “a escolhida”, que aprova seu *status* de mulher em nossa cultura. Dessa forma, o reconhecimento de sua beleza ou de seus cuidados essenciais com o companheiro garante um efeito narcísico e identitário nas mulheres, causando uma dependência afetiva e dificultando o rompimento da relação. Além disso, a solidão e o isolamento do restante das pessoas também contribuem para uma maior vulnerabilização, influenciando na entrada e na manutenção desses relacionamentos. Assim, diante deste cenário, torna-se possível perceber que a escolha pela permanência em um relacionamento e a aceitação de condições de violência extrapolam os limites de uma decisão plenamente racional, envolvendo aspectos subjetivos, emocionais e inconscientes (Magalhães; Zanello; Ferreira, 2023; Lima; Werlang, 2011).

Dessa forma, frente aos diversos sentimentos de dúvida, angústia e impotência dos profissionais de saúde, retoma-se a necessidade da existência de diretrizes em relação à abordagem, ao acolhimento e ao encaminhamento desses casos, proporcionando maior embasamento teórico e prático para a atuação do profissional, minimizando a sensação de despreparo ou ineficiência. Assim, é notória a importância de um fluxo institucional que, além de reduzir este sentimento de impotência do profissional, também possa auxiliar na garantia de um cuidado intersetorial e a longo prazo para estas mulheres. Diante disso, foi elaborado uma sugestão de Fluxograma Institucional para seguimento de casos de identificação de violência (Anexo E). Pretende-se que seja repassado para todos os profissionais da instituição e fixado nos consultórios de ambulatório e setor de emergência. Entretanto, torna-se importante ressaltar que, diante da complexidade da temática, os protocolos e as diretrizes não solucionam completamente o encaminhamento destes casos, visto que a atuação profissional precisa sempre considerar a particularidade de cada situação e respeitar a autonomia e as escolhas das mulheres frente às suas vivências.

4 Considerações Finais

O presente estudo evidenciou as percepções dos profissionais de saúde do pré-natal de uma maternidade pública acerca da concepção da violência contra a mulher e suas consequências durante a gestação, possibilidades e dificuldades na abordagem ao tema, assim como as ferramentas e os sentimentos expostos ao entrar em contato com essa vivência.

Deve-se ressaltar que foi observado durante as entrevistas que o conhecimento prévio sobre o lugar de psicóloga residente da pesquisadora na instituição pode ter influenciado em algumas respostas dos entrevistados, como na grande frequência de menção dos aspectos psicológicos como consequência da violência e de encaminhamento ao Serviço de Psicologia em casos de contato com essas situações. Uma das entrevistadas também abordou intensamente durante as entrevistas a importância do acompanhamento psicológico durante a gestação e seu constante discurso para repassar este serviço às pacientes. Ressalta-se, assim, que o lugar reconhecido enquanto psicóloga pode ter sido um viés da pesquisa.

Foi possível observar que, apesar das leis vigentes em relação à problemática da violência contra a mulher, o cuidado a este fenômeno ainda está muito restrito às estratégias de combate e ao meio jurídico, sendo o rastreamento da violência e a sua prevenção pouco discutido, principalmente nas instituições de saúde. Embora haja o reconhecimento da gravidade destes casos e de suas consequências, os profissionais de saúde não buscam de forma ativa sobre possíveis contextos de violência de suas pacientes. Questões estruturais e institucionais, lacunas na formação profissional e a ausência de direção institucional foram ressaltadas como dificultadoras da abordagem ao tema com as pacientes, evidenciando a importância da educação permanente sobre o tema e diretrizes protocolares. Foi evidenciado também o encaminhamento direto dos casos para os serviços de Psicologia e Serviço Social, que, apesar de importante, evidencia a dificuldade das categorias de saúde de lidar com temáticas que fogem às dimensões biológicas. Apesar dos relatos de casos serem comuns, observa-se que há uma subnotificação, embora esta seja obrigatória. Salienta-se também a ausência de conhecimento sobre a rede intersetorial de Atendimento Especializado à Mulher, limitando o cuidado às ações apenas institucionais e não extramuros. O contato com esses casos revela também que a equipe de saúde se afeta com essas histórias, principalmente as profissionais mulheres. O sentimento de impotência também foi repetidamente ressaltado, evidenciando não só a angústia de lidar com esses casos, como também reforçando a importância de um fluxo institucional que permita a construção de um cuidado integral, em rede e a longo prazo, apesar de não solucionar completamente o encaminhamento dos casos diante da complexidade deste contexto.

Ressalta-se, ainda, a relevância de mais estudos sobre o tema, buscando compreender quais as melhores formas de abordagem à temática com as mulheres e estratégias de cuidado e atenção para o seguimento dos casos dentro e fora da instituição. Diante disso, foi sugerido um Fluxograma Institucional. É necessário, portanto, refletir sobre a importância de um olhar atento e uma escuta acolhedora para as mulheres que estão sob os cuidados de instituições de saúde, propiciando um espaço seguro para que compartilhem suas vivências e não se sintam sozinhas. O profissional de saúde, por outro lado, deve se fazer presente e, sempre que necessário, não se abster de ‘meter a colher’.

Referências

ALMEIDA, P.; CALDEIRA, F.; GOMES, C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho**, v. 3, n. 2, 2022.

AMORIM, M.; REZENDE FILHO, J. Violência na gestação, no parto e no puerpério. *In*: REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 15ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, p. 14471, 1 ago 1996.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, p.1-4, 8 ago 2006.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, p.1, 10 mar 2015.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 19 set 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: Brasília, DF, 13 fev 2004b.

BRASIL. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial [da] União**: Brasília, DF, 20 ago 2007.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres - Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Enfrentamento à violência contra mulher, 2011b.

BULERIANO, L. P. Os impactos da violência vivenciada na gestação na saúde da mulher: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v. 24, n. 2, p. 125-134, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. – CFP. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência**. Brasília: CFP, 2012.

DIAS, L. B.; PRATES; L. A.; CREMONESE, L. Perfil, fatores de risco e prevalência da violência contra a mulher. **Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 20, n. 1, p. 102-114, jan./jun. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2023.

HANS, L. A (coord). **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**: Além do princípio de prazer. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Coleção Obras Psicologia de Sigmund Freud 1915-1920, v. 2)

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo**: políticas arrebatadoras. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

HAN, A.; STEWART, D. E. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, 124, p. 6-11, 2014.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: A violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, 2011.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fonte, 2001.

LEITE, F. M. C.; *et al.* The consequences of violence during pregnancy for both fetus and newborn: systematic review. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 533-539, 2019.

LIMA, G. Q.; WERLANG, B. S. G. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, p. 511-520, 2011.

MACHADO, J. C.; *et al.* Violência doméstica como tema transversal na formação profissional da área de saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-15, 2020.

MAGALHÃES, B. M.; ZANELLO, V.; FERREIRA, I. F. R. Afetos e Emocionalidades em Mulheres que Sofreram Violência por Parceiro Íntimo. São Paulo, **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 25, n. 3, 2023.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MATERNIDADE ESCOLA/UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – ME/UFRJ. **Carta de Serviços 2**. Ambulatório de pré-natal. Disponível em: <<http://www.me.ufrj.br/index.php/19-pacientes/carta-de-servicos-2.html>>. Acesso em: 25 abril 2023.

MATERNIDADE ESCOLA/UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – ME/UFRJ. **Indicadores Geral 2022**. Relatório Assistencial. Disponível em: <<https://www.me.ufrj.br/index.php/atencao-a-saude/relatorio-assistencial/319-indicadores-geral-2022.html>>. Acesso em: 05 fev 2024.

MERHY, E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. D. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

OLIVEIRA, L. S.; CURI, P. L.; HOSKEN, S. L. Relações raciais no atendimento de mulheres em situação de violência de gênero: o que a Psicologia tem a ver com isso?. **Revista da ABPN**, v. 16, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra: OMS, 1948. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso 15 fev 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em 30 jan 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra**. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: [https://brasil.un.org/pt-br/78576-quase-80-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra#:~:text=Quase%2080%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20que%20depende%20do%20Sistema%20%C3%9Anico,negra%20\(preta%20e%20parda\)](https://brasil.un.org/pt-br/78576-quase-80-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra#:~:text=Quase%2080%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20que%20depende%20do%20Sistema%20%C3%9Anico,negra%20(preta%20e%20parda)). Acesso em 06 fev 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Violence against women prevalence estimates, 2018**. Global, regional and national estimates for intimate partner violence against women and global and regional estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization, on behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data (UNICEF, UNFPA, UNODC, UNSD, UNWomen).

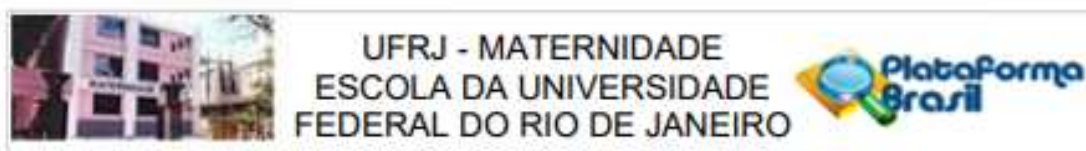
Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em 30 jan 2024.

MANITA, C.; RIBEIRO, C.; PEIXOTO, C. Violência doméstica: compreender para intervir: **guia de boas práticas para profissionais de saúde**. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género - CIG, 2009.(Coleção Violência de Género, 2)

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ZANARDO, G. L. P.; URIBE, M. C. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Revista & Sociedade**, v. 29, p. 1-11, 2017.

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Metendo a colher: o profissional de saúde diante da violência contra a mulher durante a gestação

Pesquisador: FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70313923.0.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.137.142

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal / ME/UFRJ desenvolvido por uma residente da área de Psicologia que vai abordar a temática da violência contra a mulher no período gestacional, sob a percepção dos profissionais que atendem essa mulher. Justifica seu estudo pela quantidade considerável de mulheres que sofrem violência doméstica ou sexual no mundo e no Brasil, que registrou em 2021, através de dados da polícia militar, uma ligação por minuto por

denúncia de violência doméstica. Sabe-se que, entre outros fatores, a gravidez é considerada como um fator de risco para a incidência de violência

contra a mulher, impactando em desfechos ginecológicos, perinatais e de saúde mental. Diante deste cenário, a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340),

de 2006, preconiza a criação de mecanismos para coibir a violência contra a mulher, repercutindo na criação de Políticas Públicas direcionadas à saúde da mulher e ao enfrentamento desta violência, que afirmam a importância de atuação entre diversos setores governamentais, incluindo as instituições de saúde.

Para tanto, será realizada um estudo descritivo de caráter qualitativo. A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista com profissionais atuam na assistência às pacientes do pré-natal: medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social. Após a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, será realizada uma entrevista, que seguirá um

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

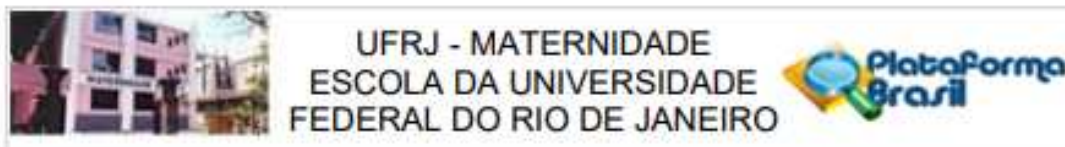
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-5194

E-mail: cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 6.137.142

Roteiro de Entrevista Semiestruturado. A entrevista poderá ser realizada no local de trabalho dos participantes ou de forma online pela plataforma Google Meet em horário oportuno e previamente combinado. Todas as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para a análise dos dados a partir da Análise de Conteúdo, segundo o método de Bardin (2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as percepções dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal de uma Maternidade Federal do Rio de Janeiro sobre o papel da equipe diante da temática de violência contra a mulher na gestação.

Objetivo Secundário:

Compreender as motivações, facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal de uma Maternidade Federal do Rio de Janeiro na abordagem às gestantes em relação à violência contra a mulher;

Identificar as experiências dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal de uma Maternidade Federal do Rio de Janeiro com casos de violência contra mulher na gestação; Identificar a atuação desses profissionais em relação ao encaminhamento multiprofissional e intersetorial em casos de violência contra mulher na gestação;

Elaborar um fluxograma institucional para os casos de assistência às gestantes vítimas de violência contra a mulher nesta Maternidade Federal do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos e benefícios, a pesquisadora refere

"Riscos: Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, entretanto o risco se justifica pelo benefício esperado. Essa pesquisa envolve riscos mínimos relacionados à privacidade ou desconforto dos participantes. A fim de amenizar esses riscos, as entrevistas serão realizadas em ambiente privado, gravadas com celular e armazenadas no computador, ambos de uso privativo da pesquisadora e protegidos com

senha, assim como apenas esta realizará a transcrição das entrevistas, salvas de forma anônima. Em relação ao possível desconforto dos participantes diante das questões da entrevista, estes poderão optar em não responder caso não seja de seu desejo, assim como serão informados do seu direito de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento.

Benefícios: O presente estudo traz como benefícios a produção do conhecimento na temática

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-5194 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 8.157.142

apresentada, podendo ampliar a discussão para o ensino e formação profissional continuada, assim como refletir na assistência dos profissionais. Ao participar da pesquisa, o profissional terá a oportunidade de refletir sobre o tema e sua atuação. Além disso, o estudo será publicado em periódico de saúde, contribuindo para a pesquisa sobre o tema.

Por fim, pretende-se divulgar os resultados da pesquisa ao corpo profissional e divulgação por meio de cartazes e folders dos serviços de Atendimento Especializado à Mulher no ambulatório e corredores das enfermarias - autorizados pelas chefias dos setores*.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de extrema relevância com reflexões sobre a prática assistencial e retorno para a prática através de um fluxograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados de forma satisfatória:

- Parecer do Comitê Gestor;
- Roteiro de Entrevista;
- TCLE;
- Termo de Anuência para uso de dados da Gerência de Risco;
- Orçamento;
- Cronograma;
- Projeto de pesquisa;
- Folha de Rosto.

Recomendações:

Recomenda-se numerar as folhas do TCLE (1/3; 2/3; 3/3) já que a assinatura ficará na terceira folha.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

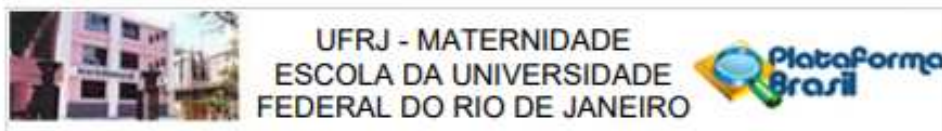
Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180	CEP: 22.240-003
Bairro: Laranjeiras	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-8747	Fax: (21)2205-5194
	E-mail: cep@jme.ufrj.br



Continuação do Parecer: 6.137.142

- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

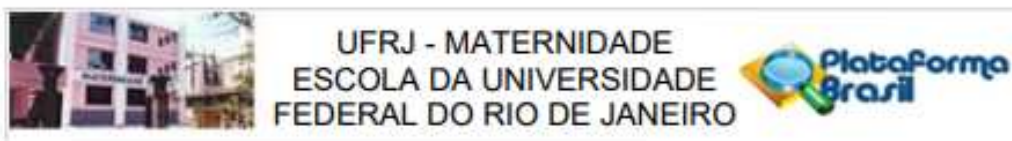
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2148149.pdf	31/05/2023 16:01:36		Aceito
Outros	Parecer_do_Comite_Gestor_de_Pesquisa.pdf	31/05/2023 15:59:58	FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA	Aceito
Outros	roteiro_de_entrevista.pdf	31/05/2023 15:56:31	FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA	Aceito
Declaração de concordância	termo_de_anuencia.pdf	31/05/2023 15:54:17	FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/05/2023 15:52:42	FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/05/2023 15:52:37	FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/05/2023 15:52:02	FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	31/05/2023 15:51:25	FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	31/05/2023 15:24:00	FERNANDA VIVAS DE SOUZA SANTANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-5194 E-mail: cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 6.137.142

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 22 de Junho de 2023

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador(a))

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-6194

E-mail: cep@me.ufrj.br

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

1/3



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade-Escola
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

METENDO A COLHER: O PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) na pesquisa intitulada “*Metendo a colher: o profissional de saúde diante da violência contra a mulher durante a gestação*”, que tem como principal objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal de uma Maternidade Federal do Rio de Janeiro sobre o papel da equipe diante do tema de violência contra a mulher na gestação. A pesquisa está sendo desenvolvida pela **Fernanda Vivas de Souza Santana**, psicóloga residente na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, sob a orientação da psicóloga Ms. **Mariana Almeida Rabello**.

Esta é uma pesquisa de caráter voluntário, ou seja, sua participação não é obrigatória. Caso deseje participar e colaborar com o nosso estudo, você também pode desistir ou suspender sua participação a qualquer momento que desejar. Em caso de não desejar participar da pesquisa, você não terá prejuízos a partir disto. Esta pesquisa não lhe trará despesas ou remunerações de qualquer natureza.

Como toda pesquisa que envolve seres humanos, deve-se considerar algum risco em tipos e gradações variados, entretanto o risco se justifica pelo benefício esperado. Essa pesquisa envolve riscos mínimos relacionados à privacidade ou ao desconforto dos participantes. A fim de amenizar esses riscos, as entrevistas serão realizadas em ambiente privado, gravadas com celular e armazenadas no computador, ambos de uso privativo da

pesquisadora e protegidos com senha, assim como apenas esta realizará a transcrição das entrevistas, salvas de forma anônima. Em relação ao possível desconforto dos participantes diante das questões da entrevista, os participantes poderão optar em não responder qualquer pergunta caso não seja de seu desejo, assim como serão informados do seu direito de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento. Diante dos mínimos riscos apresentados, a pesquisa traz como benefícios a produção do conhecimento na temática apresentada, podendo ampliar a discussão para o ensino e formação profissional continuada, assim como refletir na assistência dos profissionais. Ao participar da pesquisa, o profissional terá a oportunidade de refletir sobre o tema e sua atuação.

O convite à sua participação se deve a sua atuação enquanto profissional de saúde na assistência às gestantes do pré-natal da instituição. A sua participação consiste na realização de uma entrevista com roteiro semiestruturado feita pela pesquisadora, que poderá ser realizada no seu local de trabalho ou de forma online, pela plataforma Google Meets, em horário oportuno e previamente combinado. Para fins de documentação, será gravada em áudio e posteriormente transcrita e arquivada de forma digital, sendo os dados que possibilitem sua identificação ocultados. Estima-se o tempo de uma hora de duração para a entrevista a depender do entrevistado(a). O roteiro da entrevista traz questões sobre a temática da violência contra a mulher na gestação, visando compreender as motivações, facilidades, dificuldades, experiências e atuações dos profissionais de saúde acerca do tema. Além disso, também serão coletados dados sociodemográficos. Ao final da pesquisa, o material obtido será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEP ME/UFRJ.

Ao final da pesquisa, pretende-se que os resultados sejam publicados por meio de artigos científicos e apresentações em congressos da área, assegurando o sigilo e a confidencialidade em todos esses meios de divulgação. Você também será convidado a participar da apresentação final do estudo. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Desta forma, estando você de acordo com o Termo proposto, este documento deverá ser rubricado em todas as páginas pelo(a) participante e pela pesquisadora, bem como deverá ser assinado na última página, e cada um(a) receberá uma via do mesmo.

Para qualquer esclarecimento, você poderá entrar em contato por e-mail com a pesquisadora Fernanda Vivas de Souza Santana (fernandavivas.ss@gmail.com) ou pelo telefone (21) 99244-8945.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ME-UFRJ, que está localizado na Rua das Laranjeiras, 180, Laranjeiras – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22240-003. O contato pode ser realizado por meio dos telefones: (21) 2285 7935, ramal 207, ou (21) 2205 9064 (Tel/Fax), ou ainda via e-mail: cep@me.ufrj.br e site: <http://www.maternidade.ufrj.br/cep>.

O Comitê de Ética em Pesquisa tem função de controlar as questões éticas das pesquisas nas instituições e deve existir nas instituições que realizam pesquisa com seres humanos. Sua função é proteger os sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade. Caso concorde em participar desta pesquisa assine na linha a seguir presente neste documento:

Eu, _____,
autorizo, voluntariamente, a minha participação nesta pesquisa. Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação no estudo e concordo em participar.

Assinatura do(a) participante: _____
Telefone do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____
Telefone da pesquisadora (21) 99244-8945

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2023.

Anexo C - Roteiro de Entrevista Semiestruturado

Roteiro de Entrevista Semiestruturado

Dados sociodemográficos:

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Cor/raça: _____

Estado Civil: _____

Religião: _____

Profissão: _____

Tempo de formação: _____

Tempo de atuação na instituição: _____

Roteiro de Entrevista Semiestruturado:

1. O que seria para você a violência contra a mulher?
2. Você teve algum contato com esse tema durante sua formação profissional ou após ela (aulas, cursos, eventos...)?
3. Quais impactos você acha que sofrer violência na gestação pode gerar na saúde da mulher e do bebê?
4. Tem algo que você perceba, enquanto sinal, que possa dar indício sobre a mulher sofrer algum tipo de violência?
5. Você considera que é seu papel, enquanto profissional de saúde do pré-natal, incluir perguntas de rotina que facilitem a identificação de situação de violência? Por quê?
6. Você costuma abordar essa temática nas consultas com pacientes do pré-natal? Como?
7. Quais são as maiores dificuldades que você sente para abordar essa temática?
8. Você se lembra de alguma experiência profissional marcante relacionada a estes casos?
9. Caso uma paciente relate sofrer violência do parceiro, qual seria sua conduta?

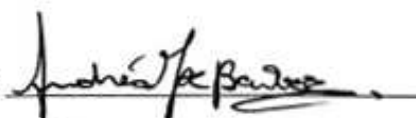
Anexo D - Termo de Anuência para Ficha Individual de Notificação de Violência

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade-Escola

**TERMO DE ANUÊNCIA**

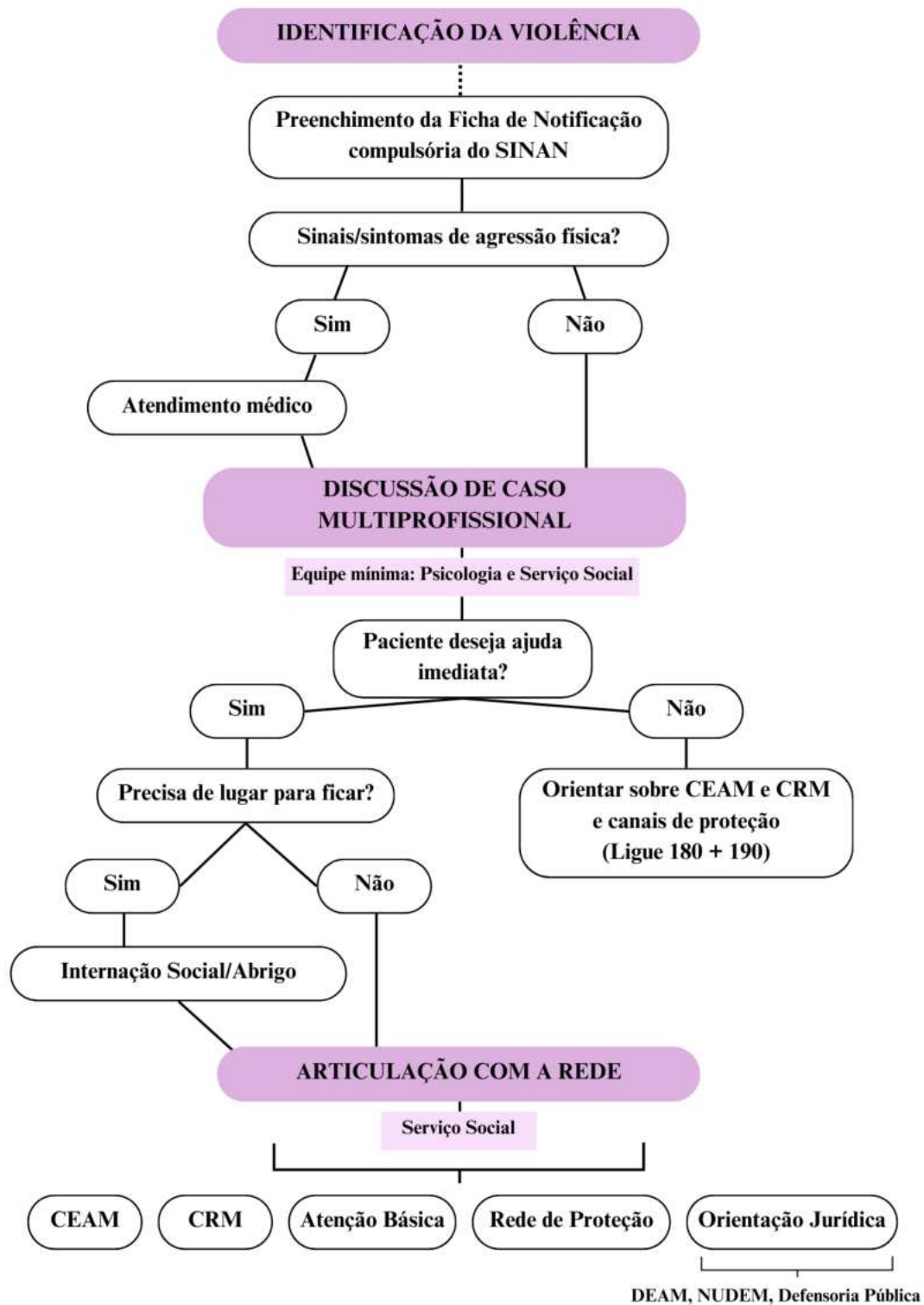
Autorizo a realização da coleta de dados, na base de armazenamento de dados da instituição de Ficha Individual de Notificação de violência interpessoal/autoprovocada, para o Sistema de Informação de Agravo de Notificação, no setor da Gerência de Risco, para a pesquisa intitulada "*Metendo a colher: o profissional de saúde diante da violência contra a mulher durante a gestação em uma maternidade pública*", que tem como principal objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal de uma Maternidade Federal do Rio de Janeiro sobre o papel da equipe diante do tema de violência contra a mulher na gestação. A pesquisa está sendo desenvolvida pela **Fernanda Vivas de Souza Santana**, psicóloga residente na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, sob a orientação da psicóloga Ms. **Mariana Almeida Rabello**.

Diante do exposto, eu, Andréi Marinho de Queiroz C. Barbosa concedo a anuência para sua coleta desses dados, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo: A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ; O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 CNS/CONEP; A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da coleta. No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Assinatura: 

Rio de Janeiro, 25 de maio de 2023.

Anexo E - Fluxograma Institucional para seguimento de casos de identificação de violência



Legenda:

CEAM: Centro Especializado de Atendimento à Mulher

CRM: Centro de Referência para Mulheres

DEAM: Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

NUDEM: Núcleo Especial de Defesa dos Direitos da Mulher

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Ligue 180: Central de Atendimento à Mulher

190: Polícia Militar