

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**VIOLÊNCIA CONJUGAL NO GÉNERO FEMININO:
PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NOS
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

DISSERTAÇÃO

Sara Carminda Araújo Lino

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

VIOLÊNCIA CONJUGAL NO GÉNERO FEMININO:

PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NOS

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

DISSERTAÇÃO

Dissertação de Mestrado orientada pela
Professora Doutora Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo
e coorientada
Professora Palmira da Conceição Martins de Oliveira

Sara Carmina Araújo Lino

Porto | 2012

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

A todos os enfermeiros do ACES que participaram neste estudo partilhando connosco as suas experiências e práticas relativas ao atendimento de mulheres vítimas de violência conjugal. A atenção e disponibilidade que demonstraram, a todos eles o meu sincero obrigado.

À orientadora Professora Doutora Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo e à coorientadora Professora Palmira da Conceição Martins de Oliveira pela orientação e estímulo dispensados.

Ao Professor Clemente Sousa pelo contínuo incentivo.

À instituição de saúde que aceitou colaborar neste estudo.

Família e Amigos a todos vós, pelo vosso amor, paciência, compreensão e ânimo!

MUITO OBRIGADO!

ABREVITURAS

Cit. - Citado

n.º- Número

p. - Página

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CIG - Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

EUA - Estados Unidos da América

FR - Frequência Relativa

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações Não Governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

PNCVD - Plano Nacional de Violência Contra a Violência Doméstica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

EU - Unidade de Enumeração

UR - Unidades de Registo

USF - Unidade de Saúde Familiar

VC - Violência Conjugal

INDICE

0 - INTRODUÇÃO	15
1- A VIOLÊNCIA: PERSPECTIVAS E CONCEITOS	17
1.1 - Violência Familiar/Doméstica um Problema de Saúde Pública - Políticas de Saúde e Aspetos Legais	18
1.2 - Violência Conjugal no Género Feminino	23
1.3 - A Natureza dos Conflitos Conjugais - Formas de Expressão e Impacto	30
2 - O AGIR EM ENFERMAGEM	35
2.1- Evolução histórica do papel dos enfermeiros no contexto da prestação de cuidados	35
2.2- A natureza prática do cuidar	38
3 - OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	43
3.1 - Valores, Princípios e Estrutura dos Cuidados De Saúde Primários	44
3.2 - O Papel do Enfermeiro de Família	46
3.2.1 - <i>Práticas de Cuidados no Atendimento a Vítimas de Violência Conjugal.</i>	51
4 - METODOLOGIA	61
4.1 - Tipo de Estudo	61
4.2 - População e Amostra	62
4.3 - Procedimentos para Recolha de Dados	62
4.4 - Considerações Éticas	63
4.5 - Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados	64
5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	67
5.1- Caracterização da Amostra	67

5.2 Resultados e Discussão	67
6 - CONCLUSÕES	97
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
8 - ANEXOS	117
Anexo I - Questionário	119
Anexo II - Pedido de Autorização à Instituição	125
Anexo III - Autorização da Instituição para Realização do Estudo	129
Anexo IV - Tabelas da Análise de Conteúdo	133

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Resultados relativos ao processo de enfermagem no âmbito da VC.	68
TABELA 2: Distribuição percentual das UR pelas categorias e subcategorias transversais ao Processo de Enfermagem.	85
TABELA 3: Distribuição percentual das UR pelas categorias e subcategorias dos fatores que influenciam a prática de Cuidados de Enfermagem no âmbito da VC.	90

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Sinais sugestivos de VC identificados pelos enfermeiros: distribuição percentual das unidades de registo por subcategoria.	70
GRÁFICO 2: Identificação das necessidades decorrentes de uma situação de VC: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.	72
GRÁFICO 3: Objetivos das intervenções de enfermagem: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.	76
GRÁFICO 4: Intervenções de enfermagem no âmbito da VC: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.	79
GRÁFICO 5: Avaliação dos resultados das intervenções: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.	83
GRÁFICO 6: Informação documentada: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.	86
GRÁFICO 7: Papel do Enfermeiro no âmbito da VC: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.	88
GRÁFICO 8: Fatores potenciadores dos cuidados de enfermagem: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.	91
GRÁFICO 9: Conhecimentos sobre aspetos legais, políticas e protocolos: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias	94

RESUMO

Palavras-chave: Enfermeiros; Práticas; Violência Conjugal.

A violência conjugal surge como um grave problema social e de saúde pública cada vez com maior visibilidade, consequência da maior transparência das relações familiares, da redefinição do papel das mulheres na família e na maior possibilidade do exercício dos seus direitos. Para dar resposta às repercussões sobre a saúde física e psicológica das vítimas, os enfermeiros de família atuantes nos cuidados de saúde primários (CSP) surgem como importantes atores neste contexto, pois trabalham, por definição, numa lógica de proximidade e continuidade, reportando-se à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Desta forma, é urgente refletir sobre as práticas de cuidados que têm sido prestados às mulheres vítimas de maus-tratos. Desenvolveu-se um estudo do tipo Quantitativo Descritivo Transversal com a finalidade de contribuir para uma melhoria dos Cuidados de Enfermagem prestados a mulheres vítimas de violência conjugal (VC), visando identificar as práticas dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários neste âmbito, e descrever os fatores que influenciam essas mesmas práticas. Participaram no nosso estudo quarenta (40) enfermeiros de família que trabalham num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), tendo sido utilizado para a colheita de dados um questionário com dez questões abertas. Usou-se a análise de conteúdo da qual emergiram nove categorias integradas nas dimensões que foram definidas à *posteriori* tendo por base as fases do processo de enfermagem (Dimensão 1 -Diagnóstico, Dimensão 2 - Planeamento, Dimensão 3 - Implementação e Dimensão 4 - Avaliação). Da análise do discurso dos enfermeiros, verificou-se que os respondentes consideram em maior número as consequências psicológicas como necessidades a serem alvo dos seus cuidados. Contrariamente ao modelo biomédico, estes enfermeiros debruçam também o “olhar” sobre aspetos de subjetividade que favorecem a manifestação das causas das lesões

físicas que cuidam, como possibilidade de violência, sendo disso exemplo, a avaliação das alterações psíquicas, os sentimentos e as reações da vítima e seus recursos. Parecem portanto, assumir que é importante a avaliação das forças e recursos internos (pessoais) e externos (sociais) que as utentes têm, sendo estes necessários para ultrapassar as suas dificuldades e medos, nomeadamente, a capacidade da mulher pedir ajuda e sugerir soluções, o apoio familiar, assim como o apoio económico e social, que pode advir também de instituições a nível comunitário. Uma outra competência da vítima que os enfermeiros promovem através de intervenções como o informar sobre aspetos legais e recursos sociais, e da implementação de objetivos que dizem respeito à promoção das estratégias de coping, é a autonomia e o empoderamento psicológico da mulher. A avaliação da vítima inserida num contexto familiar ecossistémico também se verifica, embora com pouca expressão no discurso dos enfermeiros. Quando estes se referem à identificação das necessidades de enfermagem decorrentes da VC e à informação documentada, está patente nos dados obtidos que a vítima é entendida como o foco e razão de ser do processo de intervenção e não se denota uma intervenção em que a dinâmica relacional do casal possa também ser alvo atenção, sendo que, o enfoque é dado ao impacto que os maus tratos têm na mulher, e às lesões a que foi sujeita. O estabelecimento de parcerias informais com a família ou formais com a rede comunitária na prestação de cuidados de enfermagem em situações de violência conjugal (VC) não foi referida pelos enfermeiros como estratégia para lidar com este problema, sendo que estes fundamentalmente consideram que, o que distingue o seu papel e a sua intervenção neste âmbito é o apoio e encaminhamento das vítimas. Verifica-se também que as estratégias de avaliação de resultados não refletem uma visão processual dos cuidados, pois não são referenciados os objetivos definidos face ao diagnóstico, como critério para avaliação da adequação das intervenções às mudanças propostas. Os enfermeiros identificam como fatores potenciadores da sua prática para o acompanhamento de situações de VC, a capacitação ou formação contínua e especializada, a consciencialização para o seu papel nesta área, assim como, a existência de articulação, de partilha de experiências ou até de informação com profissionais de outras especialidades.

ABSTRACT

Keywords: Nurses, Practice, Marital Violence.

Marital violence emerges as a serious social and public health with increasing visibility, a consequence of the greater transparency of family relations, redefining the role of women in the family and the greater possibility of exercising their rights. To respond to the impact on the physical and psychological health of victims, family nurses acting in the primary health care (PHC) emerged as important players in this context, because they work, by definition, in a logic of proximity and continuity, reporting of care throughout the life cycle, aimed at health promotion, disease prevention, treatment and rehabilitation. Therefore it's urgent to reflect on the practices of care that have been provided to women victims of abuse. It was developed a Quantitative, Descriptive Transversal study with the purpose of contribute to an improvement of nursing care provided to women victims of marital violence, in order to identify the practices of nurses in primary health care in this area, and describe the factors that influence those practices. Have participated in our study, forty (40) family nurses who work in a Grouping of Health Centers, and has been used for data collect a questionnaire with ten open questions. It was used the content analysis from which emerged nine categories integrated in dimensions that were defined having for basis the phases of the nursing process (Dimension 1 - Diagnose, Dimension 2 - Planning, Dimension 3 - Implementation and Dimension 4 - Evaluation). Of the nurses's discourse analysis, it was found that respondents consider, in greater numbers, the psychological effects as needs to be target of their care, in contrast to the biomedical model, these nurses also pore their "look" upon aspects of subjectivity which favors the development of causes of physical injuries that they care, as a possibility for violence, an example of that is the assessment of psychological disorders, feelings and reactions of the victim and their resources. They appear, therefore, to assume that it is important to evaluate strengths and internal (personal) and external (social) resources that the clients have, which are needed to overcome their difficulties and fears, particularly women's ability to ask for help and propose solutions, family support, as well as economic and social which

may arise also from support institutions at a community level. Another responsibility of the victim that nurses promote through their interventions such as reporting on legal aspects and social resources, and implementation of objectives that relate to the promotion of coping strategies, is the autonomy and psychological empowerment of women. The evaluation of the victim placed a family context ecosystem also occurs, although with little expression in the discourse of nurses. When they refer to the identification of nursing needs arising from the marital violence and documented information, is reflected in the data that the victim is perceived as the focus and purpose of the intervention process and does not denote an intervention in which the relational dynamics of the couple may also be targeted attention, although their focus is the impact that abuse has on women, and lesions that she was subject. Establishing informal partnerships with family or formal with the community network in providing nursing care in situations of marital violence wasn't mentioned by the nurses as a strategy to deal with this problem, which for them basically believe that what distinguishes their role and their intervention in this field is the support and referrals of the victims. It also appears that the strategies of outcome assessment do not reflect in a processual view of care, as they are not referred over the objectives defined by diagnosis as a criterion for evaluating the appropriateness of the interventions to the proposed changes. The nurses identify as enhancers factors of their practice for the monitoring of marital violence situations, the capacity or continual and specialized education, the awareness of their role in this area, as well as the existence of articulation, sharing experiences and even information with professionals in other area of expertise.

INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido face à inquietação frente aos avanços no campo da produção de conhecimento relativos à violência contra as mulheres, bem como, das políticas públicas e de saúde nesta área e a sua efetiva materialização no quotidiano profissional de enfermagem. De facto segundo Hagemman-White et al. (2006), o aumento do conhecimento científico sobre o fenómeno social da violência conjugal (VC) não tem correspondido a um aumento nas respostas ao problema. Escasseiam estudos sobre a forma como as organizações de saúde lidam com as vítimas de VC, sobre o tipo de apoio que lhes prestam e sobre o modo como cooperam entre si na prestação de um cuidado integrado e abrangente. Este estudo teve como objetivo identificar as práticas dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) perante mulheres vítimas de VC e a descrição dos fatores que influenciam essas mesmas práticas, sendo que a questão central que orientou este trabalho foi: “Quais são as práticas dos enfermeiros nos CSP face a situações de violência conjugal contra as mulheres?”.

Neste sentido, pretendeu-se contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar às mulheres vítimas de VC, no contexto dos CSP, pois sendo a origem deste problema multifactorial, o desafio está na integração dos diversos fatores socioculturais no atendimento efetuado pelo sector da saúde a essas mesmas vítimas (Quemada e Prieto, 2004) e na sua avaliação familiar ecossistémica (Figueiredo, 2009).

A saúde, devido à predominância do modelo biomédico, tem apresentado dificuldades em trabalhar com os determinantes sociais, embora já os considere (Natan e Rais, 2010). Em muitos casos, a integração destes aspetos está mais no nível teórico do que das práticas (Natan e Rais 2010).

A VC é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública e segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) constitui uma

grave violação dos direitos humanos, com nefastas repercussões ao nível da saúde física e mental das vítimas, sendo dificultadora do pleno desempenho familiar, social e laboral (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Define-se VC dirigida ao cônjuge feminino como os maus tratos que ocorrem quando um marido, companheiro de facto ou coabitante inflige deliberadamente, qualquer dano físico e/ou emocional sobre a sua esposa ou companheira (Fernandes, 2002).

Os cuidados de saúde primários (CSP), por definição, enfatizam uma perspectiva biopsicossocial e, deste modo, devem estar preparados para lidar com problemas que vão além da enfermidade orgânica, tal como a VC. Neste aspeto, os enfermeiros dos CSP são importantes atores para despiste e acompanhamento destes casos devido ao contacto direto com a vítima e com todos os membros da família, promovendo a globalidade, continuidade e a integralidade dos cuidados prestados, e a relação de confiança que estabelecem com as suas utentes.

Este documento organiza-se em quatro partes, a fase conceptual, a fase metodológica do estudo, a análise e discussão dos resultados obtidos e por último as suas conclusões. A fase conceptual está estruturada em três capítulos. O primeiro reporta-se ao conceito genérico de violência e às perspectivas legais abordando posteriormente a natureza da VC no género feminino, as suas formas de expressão e impacto que esta provoca na vítima. O segundo capítulo compreende uma breve descrição da evolução histórica do papel socioprofissional dos enfermeiros no contexto de prestação de cuidados, assim como se faz a análise da natureza do cuidar estabelecendo-se a sua ligação aos paradigmas de enfermagem. No terceiro capítulo descrevem-se os valores, princípios e estrutura dos CSP, o papel do enfermeiro de família e as suas práticas de deteção e intervenção em casos de VC. O quarto capítulo diz respeito à fase metodológica na qual se define o tipo de estudo, a população e tipo de amostragem, os procedimentos e as estratégias de recolha e análise de dados utilizadas assim como se tecem as considerações éticas. Segue-se o quinto capítulo, parte na qual se apresentam, analisam e discutem os resultados obtidos.

No final apresentam-se as conclusões do estudo e abordam-se as considerações sobre as implicações do mesmo para a prática de enfermagem.

1 - A VIOLÊNCIA: PERSPECTIVAS E CONCEITOS

Neste capítulo efetua-se uma abordagem genérica sobre a problemática da violência, descrevendo a sua prevalência a nível mundial e a nível nacional.

A violência tem acompanhado a existência humana ao longo dos tempos, tendo sido um recurso utilizado, como forma de organizar as sociedades e é entendida como a utilização da força no sentido de exercer uma imposição ao outro (Fischer, 1992). Também a sua natureza e magnitude têm sido objecto de estudo de diversas áreas como a criminologia, antropologia, sociologia, psicologia, epidemiologia, saúde pública entre outras, contudo a determinação destas suas duas dimensões tem-se revelado difícil (Desai e Saltzman, 2001; Ellsberg e Heise, 2005). Enquanto produção e representação social, a violência tem uma origem e função social que estão presentes em todas as sociedades (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2002).

A definição e operacionalização de violência estão inerentes às noções de frequência, severidade e intencionalidade, e ainda ao significado do ato, ou seja, à forma como é interpretada pelos participantes, estando esta dimensão associada às normas culturais que influenciam as perceções dos indivíduos e que não são estáticas, evoluindo ao longo dos tempos (Fernandes, 2002). Portanto, mudam os significados atribuídos aos atos que são considerados como violentos, quer como resultado da sua produção específica em determinadas conjunturas, quer da percepção que os atores sociais têm deles, alterando-se também a gravidade social que lhes é atribuída (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2002).

Assim, o conceito de violência apresenta-se como um conceito dinâmico reportando-se a uma transgressão das normas e dos valores socialmente instituídos em cada momento, e constitui uma forma de exercício de poder, mediante o uso da força (física, psicológica, económica, política), pelo que, define inevitavelmente dois papéis: o de vitimador e o de vítima. O recurso à força constitui-se então como um método possível de resolução de conflitos interpessoais procurando o vitimador que a vítima faça o que ele pretende, que

concorde com ele ou, pura e simplesmente se anule e lhe reforce a sua posição/identidade (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2002).

A sua qualificação tem sido assumida em função de normas que variam consoante os contextos e podem não ser partilhados por todos, pelo que, os mesmos factos não são sempre apreendidos e julgados segundo os mesmos critérios, assistindo-se a uma variação temporal e espacial do seu significado (Matos, 2006). Por outro lado, e segundo o mesmo autor, o ataque violento concretiza-se também por atos de agressão em diversos graus de intensidade e de repercussões no outro e que podem constituir legalmente um crime.

1.1 - Violência Familiar um Problema de Saúde

Durante muito tempo, o tema da violência na família permaneceu censurado no quotidiano de muitas famílias, encoberto pela sociedade, ignorado pelos *mass media* e ausente dos discursos políticos (Matos, 2006). Porém, o aumento do relevo da violência no seio da família ao longo do tempo, conduziu à procura de explicações para o fenómeno. E foi apenas em meados do último século que as situações de violência passaram a ser conceptualizadas como um problema social, de direitos humanos e de saúde pública. Mais do que um fenómeno recente, trata-se de uma maior visibilidade e censurabilidade de atos que, no passado, eram tidos como normais. Em parte, essa maior visibilidade deve-se às transformações contemporâneas nas famílias no sentido de uma maior participação feminina em atividades fora do contexto doméstico e à difusão de modelos simétricos de partilha de funções (Monteiro, 2005).

Costa (1998) também aponta que o reconhecimento social da violência na família como um problema foi facilitado por fenómenos como a alteração dos papéis sociais das mulheres, modificações na instituição casamento (aumento na idade para o casamento, diminuição do número de filhos, possibilidade do divórcio), elevação do nível educacional das mulheres e a consequente dupla carreira (trabalho e família).

Com efeito a violência familiar começou a ser assim considerada na década de sessenta do século XX, e é definida pelo tipo de relação entre agressor e vítima, restringindo-se aos atos ocorridos entre pessoas com relações

consanguíneas ou afetivas próximas, independentemente do sexo da vítima e do agressor (Ellsberg e Heise, 2005). Compreende todas as formas de abuso crônico, temporário ou permanente podendo ser subdividida em violência conjugal (entre o casal), violência parental (pais contra filhos), violência fraternal (entre irmãos), violência contra idosos (praticada por filhos contra pais já em idade avançada, por netos ou por cuidadores em geral) e assim sucessivamente, tantos quantos forem os papéis familiares possíveis (avós-netos, tios, sobrinhos, sogros-nora/genro) (Monteiro, 2005). Segundo refere Alarcão (2002) o adulto masculino é o familiar mais violento e as mulheres e crianças são as vítimas mais frequentes.

O local em que os atos ocorrem também tem influenciado o modo como se conceitua tais situações, onde, violência doméstica é aquela que ocorre no espaço da casa/moradia. Porém esta denominação acarreta alguns problemas que residem no carácter privado do conceito, não considerando as agressões praticadas por familiares noutros contextos e, mesmo, outras formas de violência praticadas por não familiares (como o assédio ou maltrato de empregados/as que residam na casa) ou ser praticada por estranhos (como no crime de invasão de residência). Assim embora a violência ocorra no espaço doméstico os intervenientes podem não ter necessariamente laços de consanguinidade ou de intimidade (Alarcão, 2002), pelo que, a violência doméstica não é sinónimo de violência familiar, ainda que se possa relacionar e sobrepor com ela (Azambuja, 2008). Todavia, esta denominação tem sido criticada por ser sexualmente neutra e escamotear os aspetos estruturais deste tipo de violência, como a permissividade para que os homens exerçam a violência como forma de resolução de conflitos, a subalternidade das mulheres na sociedade e as assimetrias de poder dentro do relacionamento íntimo (Costa, 2005). Ambos os termos são também omissos no que se refere à nomeação dos protagonistas, vítimas e ofensores e tipos de abuso (Matos, 2006).

Segundo o mesmo autor no âmbito da violência familiar, inicialmente, predominou a ênfase num conjunto de *stressores* familiares externos (baixo nível socioeconómico, desemprego, pobreza) que tornavam a violência algo “inevitável”. Outros construíam a violência como um problema de saúde mental, resultado da patologia dos protagonistas (vítima e ofensor mentalmente perturbados; é vítima porque “se porta mal”; o agressor é violento devido ao álcool, etc.). A violência familiar era conceptualizada então, como um problema individual, do foro privado, comum apenas a uma pequena minoria de famílias “disfuncionais” ou “desviantes” (Matos, 2006).

Atualmente sabe-se que a violência na família é multifatorial, e sendo os fatores de ordem individual, psicológica e familiar importantes, existem ainda outros fatores culturais subjacentes e também de natureza socioeconómica e ambiental (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Assim, também o poder e o género são dois elementos importantes na estrutura da família e a sua consideração é inegável quando se pretende compreender o fenómeno da violência familiar.

Corsi (cit. por Alarcão 2002, p. 297), considera que na avaliação do potencial de violência numa família, é importante atender aos seguintes aspetos: *“grau de verticalidade da estrutura familiar, grau de rigidez das hierarquias, crenças em torno da obediência e do respeito, crenças em torno da disciplina e do castigo, grau de adesão a estereótipos de género e grau de autonomia relativa dos membros.”*

Segundo a Associação de Apoio à Vítima (APAV) a realidade em Portugal comprova que as mulheres continuam a ser o grupo onde se verifica a maior parte das situações de violência na família, que neste contexto se assume como uma questão de violência de género (APAV, 2009).

De acordo com o Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência (Dahlberg e Krugg, 2002), em relação às taxas de homicídio de mulheres, os estudos realizados na Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e Estados Unidos da América (EUA) estimam que entre 40-70% das vítimas femininas foram mortas pelos seus companheiros ou namorados, frequentemente no contexto de um relacionamento abusivo.

Corroborando estes dados, Heise e Garcia-Moreno (2002) destacam o facto de as mulheres frequentemente estarem emocionalmente envolvidas e economicamente dependentes de quem as agride o que tem implicações específicas para a dinâmica do abuso e para as estratégias para lidar com ele. Diferente de outras formas de violência, em que há maior predominância de certos grupos como vítimas, a violência nas relações íntimas ocorre contra mulheres de todos os países, independentemente de grupos sociais, económicos, religiosos ou culturais (APAV, 2009). Ainda que, as mulheres possam ser violentas com os homens nos seus relacionamentos e que a violência também possa estar presente nos relacionamentos entre pessoas de mesmo sexo, as formas mais avassaladoras de violência entre parceiros são vividas por mulheres, sendo portanto, um problema mediado pelo género (Heise e Garcia-Moreno, 2002).

Em Portugal, o primeiro inquérito nacional sobre violência contra as mulheres foi realizado em 1995 (Lisboa, Lourenço e Pais, 1997), tendo sido

encontrada uma prevalência de 52,5% para pelo menos um tipo de violência. Entre as mulheres que referiram terem sido alvo de algum ato de violência, 50,7% citou a psicológica, sendo seguida pela sexual (28,1%) e a discriminação sociocultural (14,1%), enquanto a violência física foi a que obteve o valor mais baixo (6,7%). O espaço da casa foi identificado como o local onde mais se praticam as agressões (43%), sendo seguido pelo espaço público (34%) e o local de trabalho (16%). São consideradas igualmente como formas de violência, embora com características próprias, a prostituição, a pornografia e o assédio sexual (ONU, 1994).

A partir do ano 2000, com a promulgação da Lei nº 7/00, de 27 de Maio, a violência doméstica passou a ser concebida como um crime público, de tal forma que qualquer pessoa passou a poder proceder à denúncia junto das autoridades competentes, sendo essa denúncia obrigatória para as entidades públicas e forças de segurança, sendo que, o crime de violência doméstica contempla uma pena de prisão de um a cinco anos. Em 2007, este fenómeno sofreu uma transformação muito significativa no que respeita ao regime jurídico-penal que a enquadra. Com efeito a revisão efetuada no Código Penal, ao abrigo da Lei nº59/2007¹, consagrou-a como um crime autónomo, ampliando o seu âmbito subjetivo, introduzindo uma agravação do limite mínimo da pena, no caso de o facto ser praticado na presença de menores ou no domicílio da vítima, e reforçando as medidas protetoras mesma, entre outras alterações relevantes (artigo 152º). No crime de violência doméstica previsto no nosso Código Penal, as condutas podem ser reiteradas ou não, podendo incluir castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais. Abrange os cônjuges, os ex-cônjuges, pessoas do outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação. A vítima pode, em determinadas situações, requerer a suspensão do processo judicial, sendo que este crime constitui ainda fundamento de divórcio.

¹ O Artigo 152º do Código Penal Português - Lei nº 59/2007, publicado em Diário da República (1ª Série) em 04 de Setembro de 2007 estabelece o seguinte: **Violência Doméstica** assume a *natureza de crime público*, o que significa que o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público promova o processo. O procedimento criminal inicia-se com a notícia do crime e, pode ter lugar através da *apresentação de queixa por parte da vítima do crime*, ou da denúncia do crime *por qualquer pessoa ou entidade*, numa Esquadra da PSP, Posto da GNR, Polícia Judiciária, ou directamente no Ministério Público.

Entre 1999 e 2008 foram adotados três Planos Nacionais de Combate à Violência Doméstica (PNCVD) (1999, 2003 e 2007), além de Planos Nacionais para a Igualdade (1999, 2003 e 2007) e um Plano Nacional para o Combate do Tráfico de Seres Humanos (2007). O III PNCVD (2007-2010), tal como é definido no Programa do XVII Governo Constitucional, teve como objetivo a consolidação de uma política de prevenção e de combate à violência doméstica, através da promoção de uma cultura para a cidadania e igualdade, do reforço de campanhas de informação e de formação, e também do apoio e acolhimento das vítimas numa lógica de reinserção e autonomia. Na organização deste Plano procurou-se distinguir um conjunto de ações/intervenções que se caracterizam pela sua natureza estratégica e instrumental, e que se divide em cinco áreas estratégicas de intervenção:

- 1 - Informar, Sensibilizar e Educar;
- 2 - Proteger as Vítimas e Prevenir a Revitimização;
- 3 - Capacitar e Reinserir as Vítimas de Violência Doméstica;
- 4 - Qualificar os Profissionais;
- 5 - Aprofundar o conhecimento do fenómeno da Violência Doméstica.

Este Plano constitui-se ainda como um desafio à articulação entre várias instituições e Organizações Não Governamentais (ONG), nomeadamente as que prestam apoio às vítimas e as que dirigem a sua intervenção aos agressores, que se mobilizaram para estruturar respostas de apoio às mulheres vítimas de violência doméstica. No entanto, a APAV é o organismo mais conhecido pela sociedade em geral, possuindo vários gabinetes distribuídos por todo o país. É a estas parcerias entre governo e ONG que se deve o impulso para a implementação das primeiras Casas de Abrigo em 2000 e dos primeiros Núcleos e Gabinetes de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica.

Em Portugal a violência doméstica continua na liderança das estatísticas criminais. Segundo a APAV (2009), o crime de violência doméstica representa 90% do total das categorias expostas. As relações entre o autor do crime e a vítima são, na sua maioria, relações familiares. Mais de metade dos ofensores são cônjuges ou companheiros das vítimas (55,3%) e, no que diz respeito à relação do autor do crime com a vítima os valores apontam para a residência comum (67,2%) como o local do crime mais vezes registado, tendendo assim para vitimização do tipo continuada (80%). Seguindo a tendência de anos anteriores, de entre os 6980 casos de violência doméstica, cerca de 90% dos mesmos foram praticados contra mulheres, situando-se na sua grande maioria na faixa etária entre os 26 e os 45 anos de idade (34,6%), casadas (47,6%) pertencendo a um tipo de família nuclear com filhos (51,6%).

As análises das suas consequências para o sector da saúde mostram o aumento de custos nos serviços de urgência, cuidado médico e reabilitação, os quais são muito mais onerosos do que a maior parte dos cuidados convencionais em saúde (Dahlberg e Krugg, 2002).

Deste modo, a violência contra mulheres é um grave problema de saúde pública, cabendo ao sector da saúde não só o atendimento de urgência e reabilitação das vítimas, mas também o desenvolvimento de estratégias de prevenção do problema (Minayo, 2006).

1.2. - Violência Conjugal no Género Feminino

O sistema familiar enquanto unidade hierarquizada, é um sistema que articula vários subsistemas entre si, com regras e limites específicos, que determinam as interações estabelecidas e os padrões pelos quais os membros de cada subsistema regem o seu comportamento (Figueiredo, 2012). De acordo com Minuchin (1990), aos diferentes membros do sistema familiar corresponde então, um subsistema que ele designa de: individual, conjugal, parental e fraternal. A cada um dos membros pode corresponder mais do que um destes subsistemas.

O início da vida em comum vai exigir que os cônjuges se tornem autónomos da família de origem e se diferenciem das mesmas, formando um novo casal. Nesta etapa inicia-se o estabelecimento da conjugalidade, ou seja o casal vai construir um modelo de funcionamento relacional que serve de base à construção da díade conjugal e que se deverá oferecer como um espaço de apoio ao desenvolvimento do sistema familiar.

O subsistema conjugal é formado pelo casal, e na formação da conjugalidade é necessário que se desenvolva um processo satisfatório de acomodação das rotinas do quotidiano e das tarefas domésticas a desenvolver, para que o casal se adapte às transições dos seus elementos enquanto subsistemas individuais e à gestão comum face às pressões internas e externas dos outros subsistemas (Figueiredo, 2012). De acordo com a mesma autora o sistema conjugal tem funções específicas e, para uma relação conjugal satisfatória assim como para o seu bom funcionamento, é necessário que existam várias variáveis a integrar: nível socioeconómico, de escolaridade, experiência sexual anterior, satisfação

com a divisão das tarefas domésticas e parentais, o tempo disponível para uma interação satisfatória por parte do casal e uma comunicação eficaz que permita negociações efetivas em todo o processo de transformações que ocorrem ao longo do ciclo familiar.

As funções específicas dos membros do casal são influenciadas pelo papel de género, o qual segundo Eagly, 1987 (cit. por Figueiredo 2003, p.30) integra duas dimensões:

“A dimensão comunalidade (mais ligada ao feminino) integra características como (...) afectividade, ser gentil, expressar sentimentos positivos, simpatia, ser útil, (...) dedicação e abnegação. A dimensão agenticidade (mais ligada ao masculino) engloba características como a tendência para o controle, ser agressivo, líder, poderoso, ambicioso, independente, auto-suficiente, autoconfiança, ser capaz de tomar decisões facilmente, ser directo, aventureiro e persistente”

Segundo a mesma autora o conteúdo dos papéis de género diz então respeito às expectativas relativas às características e traços de personalidade atribuídos ao homem e à mulher, transversais às várias sociedades, e que funcionam como normas e tendem a regulamentar o comportamento social dos indivíduos, condicionando as suas práticas familiares.

Neste processo complexo o casal não passa a ser um, mas antes “*no casal um e um são três*”, como expressa Caillé (cit. por Relvas 1996, p. 53), exprimindo assim a importância de, nesta fase, o casal criar um modelo de conjugalidade próprio, mantendo cada um dos seus elementos a sua individualidade. O processo de formação do modelo de conjugalidade, exige que os elementos do casal negociem. Para essa negociação, contribuem as aprendizagens efetuadas com a experiência nas suas famílias de origem e com o meio cultural e social.

Também a comunicação é um processo fundador e propiciador da relação e da sua manutenção, pois influencia o comportamento e permite reformular e repensar a relação, num processo contínuo, dinâmico e bidirecional (Ramos, 2004).

A mesma autora salienta que no processo de comunicação sistémica distinguem-se dois níveis de significação. Um deles situa-se ao nível da informação e do conteúdo da mensagem, sob a forma verbal e não-verbal e, o outro nível de significação é o que faz emergir o contexto relacional entre as pessoas envolvidas no ato relacional, o padrão de interação.

Assim, facilmente se torna evidente a importância da comunicação no casal e o seu potencial na resolução de problemas, na negociação de normas, no

esclarecimento de situações, que vão permitir ao casal redefinir a sua relação no sentido de uma maior satisfação, já que parte dos problemas e disfuncionamentos relacionais e psicológicos se relacionam com problemas de comunicação (Ramos, 2004). Aliás no processo de sucessivos reajustes entre o par, para a construção da identidade do “nós”, o casal passa por conflitos mais ou menos acentuados (Branco, 2007). Quando estas premissas de negociação e comunicação não se verificam o casal pode entrar em conflito rapidamente e em escalada (Gelles e Straus, 1998). Porém, e apesar de não ser a situação conflituosa a verdadeira razão da explosão da violência, mas sim a recusa de a entender como inevitável da dinâmica conjugal, a mesma poderia ser resolvida de forma adequada através da meta comunicação ao permitir o reequilíbrio e crescimento do sistema conjugal (Alarcão, 2000).

A representação do amor também influencia a dinâmica conjugal, podendo contribuir de modo mais ou menos significativo para que se recorra à violência, a necessidade de exercer poder sobre a esposa e de controlar a relação, aliada à limitação pessoal para a resolução de conflitos interpessoais através da negociação, contribui para a utilização da violência perante o surgimento desses mesmos conflitos no sentido de rapidamente os mesmos serem resolvidos. O casal não resolve positivamente o conflito, mas o agressor pensa ter-se livrado dele pela submissão da esposa à sua vontade ou imposição (Gelles e Straus, 1988).

Na problemática da VC, o que sobressai é que não parece ser o motivo em si que a faz explodir, inexistindo especificidade na etiologia dos atos violentos, que diferem de casal para casal, mas que também são muito diversos mesmo no seu seio (Quemada e Prieto, 2004). As relações de intimidade, sendo mais afetivas, constantes e contínuas, ocorrendo num contexto privado e implicando um envolvimento pessoal muito mais profundo do que as restantes relações sociais, definem por si só um contexto potenciador de risco de ocorrência de violência (APAV, 2009).

Assim, fatores como a confiança, o grau de conhecimento, a intensidade e a quantidade das interações entre os membros do casal aumentam a exposição ao risco de conflito. Embora a violência sobre a vítima possa ter origem em diversas situações, não existindo um padrão específico assumindo um carácter imprevisível, os fundamentos que tendem a regular as relações conjugais nas quais a violência é marcante são: disciplina, obediência, hierarquia, verticalidade, castigo e respeito (Gelles e Straus, 1988). Esse carácter imprevisível é corroborado

por Matos (2002) ao salientar que a VC é contínua e isenta de regras, porquanto qualquer tipo de acontecimento pode provocá-la numa circularidade constante.

A VC é por definição uma situação de violência continuada, quase sempre múltipla, e muitas vezes mantida em segredo durante anos. A manutenção deste processo de dinâmica abusiva, que leva à construção gradual de sentimentos de impotência e incapacidade para alterar as situações difíceis, faz-se através da existência de um ciclo de violência. No contexto de uma relação diádica com interações disfuncionais, o comportamento violento, a vitimização da mulher e o seu desânimo aprendido, assim como a sua permanência na relação podem ser explicados através de um ciclo de violência (Walker, 1979). Este ciclo apresenta três fases que variam no tempo e na intensidade para o mesmo casal e para diferentes casais.

Numa primeira fase de tensão ocorrem incidentes de maus-tratos mínimos com os quais a mulher consegue lidar de diversas formas, acreditando que irá conseguir controlar o aumento dos comportamentos violentos do parceiro e aceitando alguma responsabilidade pelos mesmos. Por muito intensos que sejam os incidentes isolados, as mulheres tendem a minimizá-los, pois sabem que o agressor é capaz de fazer pior, atribuindo a “explosão” do parceiro a uma situação particular. Durante os momentos iniciais desta fase, as mulheres possuem algum controlo limitado, contudo, à medida que a tensão cresce, esse controlo é rapidamente perdido. Desta forma, as mulheres tendem para o desânimo aprendido, assimilando que são incapazes de prevenir as ocorrências posteriores do comportamento violento. Ao sentirem o aumento de tensão, torna-se mais difícil lidarem com as situações, pois os incidentes de maus-tratos mínimos são cada vez mais frequentes e a raiva consequente apresenta uma maior duração, sendo impossível nesse momento restaurar o equilíbrio.

A segunda fase é caracterizada pela inevitável descarga de tensões crescentes, distinguindo-se o comportamento violento em si dos anteriores incidentes mínimos de maus-tratos. No início, o agressor pode conseguir justificar o seu comportamento, no entanto, acaba por não compreender o que aconteceu, aceitando o facto de não conseguir controlar a raiva. Deste modo, o fator desencadeante desta fase depende, na grande maioria dos casos, do homem. Esta fase apresenta uma duração mais curta que a primeira e a terceira, e é caracterizada pela falta de previsibilidade e de controlo, onde a antecipação do que poderá acontecer pode provocar stresse psicológico grave na mulher.

Quando o episódio de violência termina, o período seguinte é marcado pelo choque, negação e descrença face ao ocorrido. Tanto o agressor como a vítima tentam encontrar formas de racionalizar a seriedade de tais atos violentos. Assim, o período de reconciliação chega com a tão desejada “lua-de-mel”, caracterizada por uma fase calma com comportamentos de amor, bondade e arrependimento por parte do agressor. Neste momento, a vitimização da mulher fica completa. A tensão criada na primeira fase e libertada na segunda desaparece, dando lugar aos comportamentos afetuosos e atenciosos do homem, que acredita nunca mais magoar a mulher nem perder o controlo sobre si próprio.

A mulher, por seu lado, quer acreditar que nunca mais vai ser agredida e que o parceiro conseguirá mudar o seu comportamento. Nesta fase, a relação simbiótica dos casais violentos é evidenciada, encontrando-se dependentes um do outro, e consequentemente o sentimento de falta que poderiam sentir se alguém abandonasse o relacionamento é intensificado. A sua duração é, habitualmente, mais longa que a da segunda, mas mais curta que a da primeira (Walker, 1979). Assim, a violência a que chamamos conjugal contra a mulher, no sentido de a delimitar das restantes formas de violência na família, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) no artigo 1º da Declaração para a Eliminação da Violência contra as Mulheres, é considerada como sendo

“(...) qualquer acto violento baseado no género que resulte ou tenha o intuito de provocar sofrimento físico, psicológico ou sexual que provoque sofrimento na mulher, incluindo coerção, privação da liberdade, tanto ocorridas na vida pública como na vida privada.” (1994, p.3).

Também Branco (2007) considera que a violência é concretizada por atos de agressão exercida pelo cônjuge, companheiro ou ex-cônjuge/ex-companheiro, traduzidos pelo uso da força, qualquer que ela seja (psicológica, económica, física), e que é intencional, causando maus-tratos à mulher, esposa ou companheira, traduzidos em sofrimento físico, psicológico e sexual, isoladamente ou combinados.

Nesta perspetiva, o conceito de VC diz respeito à violência que tem lugar num relacionamento conjugal, entre dois parceiros que coabitam sendo casados entre si ou não, restringindo-se a relação aos casais heterossexuais e a análise da violência às situações em que a mulher é a vítima de violência do homem. Assim, usaremos o termo violência conjugal ou violência conjugal contra as mulheres de forma indistinta, sendo que é sempre a esta situação específica a que nos referimos.

Ramos (2004) refere que segundo a revisão de vários estudos interculturais e antropológicos como o British Crime Survey desenvolvido no Reino Unido pelo Home Office Research Studies (1992), um outro na Suíça por Gilliot et al., (1997) e ainda um estudo de Romito (2000) em Itália, apontam que a VC é indissociável da questão do género.

Esta ligação tem gerado bastante discussão e controvérsia (Currie, 1998; Miller e White, 2003) havendo autores que defendem a neutralidade/simetria de género (Stets e Straus, 1990; Moffitt et al., 2000) e outros que afirmam que o género e o poder constituem o processo chave deste fenómeno, não sendo apenas um mero componente desta (Kurz, 1993; Straus, 1993; Yllo, 1993; Johnson, 1995; Dobash e Dobash, 1998).

Segundo Risman (1998), no estudo do género e da violência podem identificar-se três abordagens teóricas diferentes - a individualista, a estruturalista e a integracionista.

A abordagem individualista defende que os indivíduos são seres “*gendered*” (Risman, 1998), ou seja, que a masculinidade e a feminilidade são traços que os homens e as mulheres incorporam na sua identidade, quer através de uma determinada predisposição biológica para esses traços quer através dos processos de socialização. Os teóricos individualistas referem que a propensão para a agressão e a violência é uma característica masculina (seja inata ou aprendida) (Anderson, 2005).

Esta abordagem reduz o género ao comportamento individual do homem e da mulher (Anderson, 2005), e não consegue explicar as diferenças dentro do grupo das mulheres e dos homens, ou seja, não explica porque é que só alguns homens e algumas mulheres são agressores conjugais, visto estes homens e estas mulheres serem biologicamente similares e sujeitos aos mesmos processos de socialização do que os outros elementos do seu género (Archer, 2000). Esta abordagem ignora a interligação do género com as restantes interações sociais.

A perspetiva estruturalista enfatiza o género enquanto uma estrutura social que organiza as instituições sociais, assim como as identidades, atitudes e interações. Os estruturalistas defendem que o género é um sistema de estratificação que coloca a mulher e o homem em categorias, papéis e ocupações desiguais (Risman, 1998). Esta perspetiva sugere que os homens e as mulheres experimentam a violência de maneira diferente porque estão situados dentro de uma sociedade organizada pela desigualdade de género.

O acesso à violência é distribuído de maneira desigual, sendo dadas maiores oportunidades ao homem para aprender a violência do que à mulher (Fagot et al. 1985; De Welde, 2003).

A abordagem integracionista surge nos anos oitenta do século XX, em parte como crítica às abordagens individualistas (Anderson, 2005). Nesta perspectiva, o género é visto como uma característica da interação social e não com uma característica de pessoas individuais. Os indivíduos nas interações diárias com os outros constroem *performances* de “masculinidade” ou de “feminilidade” face às expectativas sociais (Anderson, 2005).

Em síntese e fazendo uma interpretação face ao anteriormente exposto segundo Archer (2000) e Anderson (2005), podemos afirmar que o género, enquanto categoria analítica, pode ser definido como uma relação que se estabelece entre os sexos - como resultado de uma construção social, num contexto histórico e cultural específico determinando características negativas ou positivas que se aplicam de forma diferenciada para homens e mulheres, desde o nascimento em função dos órgãos genitais externos, e que lhes conferem papéis e funções na sociedade. Assim, o género é considerado como uma consequência das práticas sociais e não como uma característica individual que prediz o comportamento.

Neste conjunto de características culturalmente construídas em relação ao que é “ser homem” e ao que é “ser mulher”, surgiram estruturas binárias dicotómicas que transformaram as diferenças sexuais em desigualdades de género, que têm sido utilizadas para criar e manter as mulheres numa posição de submissão a partir do discurso da “naturalidade” da sua posição na sociedade (Scott, 1990; Flax 1991).

Conclui-se então, que para uma abordagem integradora verifica-se a necessidade de repensar a temática do género na compreensão da VC.

O conceito de género vem assim proceder à subjetivação do sexo biológico, expressando uma mudança conceptual da explicação da VC da sua vertente biológica para a psicossocial (Quemada e Prieto, 2004).

O modelo de Deaux (1984) acerca das expectativas de género constitui um exemplo desta análise dualista entre a vertente biológica e a psicossocial inerente a este conceito. Apesar de estabelecer a distinção entre o sexo e o sistema de crenças associado ao género, postula a existência da identidade de género - que decorre da internalização das normas e expectativas sociais face a cada um dos géneros - como base para a diferença entre os sexos, sendo que esta diz também

respeito à auto-percepção que cada pessoa tem de si mesma, e que vai determinar a forma de pensar e de interpretar o mundo. O género é desta forma uma categoria central que organiza as relações em todas as culturas e sociedade, apesar das diferenças ou variações culturais específicas (Andersen, 1997), e surge como a categoria que mais fortemente determina e influencia o comportamento e o modo de vida dos indivíduos e as interações que estabelecem, sendo os padrões comportamentais e papéis atribuídos ao homem e à mulher vistos quase como naturais, sendo apreendidos e interiorizados no processo de socialização (Andersen, 1997; Mota, 2005), sendo reforçados no decurso das interações e discursos sociais (Nogueira, 2001).

Tendo em conta estes vários aspetos verifica-se que as relações assimétricas de poder entre os casais funcionam como impeditivos às relações de igualdade. Desta forma a VC contra a mulher pode ser entendida como parte de um processo simbólico que desqualifica o feminino e abre espaço para um processo de exclusão e dominação/exploração da mulher baseado nas diferenças de sexo. Surge assim a dimensão de inferioridade remetida à mulher, o que institui sistemas de dominação e estruturas hierárquicas entre os sexos, fundamentando a imagem da mulher como um ser subordinado. A violência neste âmbito atua como um mecanismo de submissão da diversidade, impedindo o livre exercício da vontade (Campos e Carvalho, 2006).

1.3 - A Natureza dos Conflitos Conjugais - Formas de Expressão e Impacto na vítima

Em consonância com o descrito, sobressai a importância da avaliação do risco que existe na relação conjugal violenta (Branco, 2002).

Nesse sentido segundo Matos, 2002 (cit. por Branco, 2002, p.92), apresentam-se alguns fatores de risco, para a ocorrência de violência: a violência na família de origem, o baixo nível socioeconómico, o consumo de substâncias nomeadamente álcool e drogas, as dificuldades de comunicação entre o casal em que a falta de assertividade dá lugar à irritação e frustração de ambos os membros, culminando em episódios violentos. Segundo o mesmo autor o comportamento social violento traduz um maior risco de violência no meio

familiar, assim como as normas culturais podem legitimar a eficácia da violência em sociedades em que a desigualdade de género e de poder está inscrita na relação conjugal regida por normas patriarcais.

Antunes (2002) e Matos (2002) corroboram a premissa já enunciada de que os maus-tratos são habitualmente múltiplos e que podem resultar de diversas formas de agressão:

- Agressões à integridade física - que podem resultar em lesões permanentes e severas, as quais podem advir de um empurrão, de uma bofetada de um pontapé, provocando formas de lesões como fraturas nas mandíbulas, perda de dentes, lesões óculo-visuais, perturbações na capacidade auditiva, fraturas de costelas, lesões abdominais, a formas infertilidade na sequência de sucessivas infeções e/ou lesões vaginais e uterinas, perturbações neurológicas ou mesmo em morte;
- Agressões psicológicas, emocionais e verbais - provocadas por ações e afirmações insultuosas, humilhantes, de menosprezo e de crítica em privado ou em público, que têm como consequência alterações dos padrões de sono e perturbações alimentares, diminuição da autoestima e autoconceito negativo, alterações da imagem corporal, distúrbios cognitivos e de memória, distúrbios de ansiedade, hipervigilância, medos, fobias, ataques de pânico, sentimentos de vergonha e culpa. Apresentam também comportamentos depressivos, por vezes com tentativa de suicídio ou suicídio consumado e quadros de Perturbação Pós-Stress Traumático.

Por outro lado, segundo Manita et al. (2009), muitas formas de agressão psicológica podem ainda ser utilizadas de forma a manter a vítima sob domínio:

- Isolamento social - resulta das estratégias implementadas pelo agressor para afastar a vítima da sua rede social e familiar, conseguido por exemplo, através da imposição, de limitação ou proibição de contactos familiares, do acesso ao telefone e pela negação de acesso a cuidados de saúde;
- Intimidação, coação e ameaça - muito próxima à violência emocional e psicológica, e que consiste em manter a mulher com medo do que o agressor possa fazer contra si e/ou contra os seus familiares, amigos, ou bens. Pode ser executada por diversas ações como o destruir pertences do cônjuge, exhibir armas assim como por olhares intimidatórios;

- Comportamentos e atitudes baseados em crenças machistas como negar a igualdade de géneros e de direitos, tratá-la como uma serva considerando o seu papel como de obediência e serviço, estando a vítima sempre ao dispor do agressor, não lhe permitir participar nas decisões do casal nem definir a sua vida própria;
- Controlo económico associado com frequência ao isolamento social, que pode ser exercido pelo impedimento de acesso à participação laboral ou manutenção de um emprego, restrições no acesso ao dinheiro e à sua gestão, ou a outros recursos básicos.
- A violência sexual - práticas de cariz sexual podendo ser executadas com recurso à força física, contra a vontade da vítima. Com frequência este tipo de violência acaba por não ser reconhecido como tal por parte das vítimas fruto de crenças e valores interiorizados, pois estas consideram que a prática sexual faz parte do seu papel de cônjuge naturalizando assim este tipo de episódio.

No que se refere ao impacto traumático na vítima, os principais fatores que o influenciam são: a frequência da ocorrência dos maus tratos, a sua severidade, tipos de maus tratos, condições e contextos de ocorrência, história anterior de vitimização, gravidade dos danos, rede de apoio social/familiar, recursos pessoais, familiares, sociocomunitários e institucionais disponíveis (Manita et al., 2009).

Em Portugal segundo Dias, 2004 (cit. por Branco, 2007, p.80), dados sociodemográficos dizem-nos que as mulheres mais atingidas pela VC são jovens entre os 13-34 anos e em idade produtiva, com nível de habilitações literárias diverso, embora os atos de violência sejam mais numerosos entre as vítimas com mais baixo nível de instrução. Também os atos de agressão a que são sujeitas variam conforme a sua condição social, em que a agressão física atinge mulheres de condição social mais baixa e as agressões sexuais as de condição social mais alta, já a agressão psicológica é transversal atingindo mais de metade das mulheres em Portugal. Estes episódios de violência ocorrem com frequência em casa, sendo infligidos pelos maridos e companheiros com idades distribuídas entre os 25 e os 54 anos. Verifica-se ainda que existe uma percentagem ligeiramente superior de vítimas no meio rural seguida do meio urbano (56,3% e 55,4% respetivamente).

Estes dados permitem perceber a transversalidade da VC ao nível sociodemográfico. Existem contudo algumas variáveis preditoras como já

anteriormente referido. A desconstrução dos mitos sobre a VC e estereótipos dos seus protagonistas é um passo importante para a sua compreensão e a tomada de decisão adequada tanto ao nível dos indivíduos e sociedade em geral como ao nível político, também no intuito de a prevenir e combater (Gelles e Straus, 1988).

Neste sentido, os serviços e profissionais de saúde, nos quais se incluem os enfermeiros, ocupam uma posição privilegiada no que diz respeito à deteção e intervenção precoce em situações de VC, pois são com frequência o elo de contacto entre o sistema de saúde e a vítima/família, sendo que através do seu agir profissional, o reconhecimento e intervenção nesta problemática baseado na sua formação e experiência pode ser o “salva-vidas” para as vítimas (Manita et al., 2009).

2 - O AGIR EM ENFERMAGEM

O Agir profissional dos enfermeiros adquire sentido na reconstrução processual da história do cuidar, diretamente relacionado com os paradigmas de enfermagem que influenciam a própria evolução histórica do papel socioprofissional dos enfermeiros.

O domínio do agir remete-nos para a definição da enfermagem como sendo a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo

“prevenir a doença e promover os processos de readaptação procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores - frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8).

A enfermagem caracteriza-se por um processo sistemático de desenvolvimento, de inúmeros conceitos, modelos e teorias que constituindo uma base de conhecimentos próprios e singulares conduz a uma afirmação clara e única da sua autonomia profissional. A sua influência que se procura transmitir nos ganhos em saúde para a população deve ser reconhecida não só numa dimensão económica imediata mas pela perceção das realidades e modificações sociais que engloba (Araújo, 2008).

2.1-Evolução Histórica Do Papel Dos Enfermeiros No Contexto Da Prestação De Cuidados

A enfermagem regista uma complexidade e evolução no seu exercício que torna imperioso reconhecer o papel dos seus profissionais no âmbito da saúde, na qualidade e eficácia dos cuidados que oferecem. A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8) no seu documento intitulado “Reflexões - Padrões de qualidade dos cuidados

de enfermagem” aborda o conceito de Cuidados de Enfermagem, de tal forma que:

“o exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem”.

Portanto, é a formação e experiência do enfermeiro que lhe permite ser isento de juízos de valor e prestar cuidados multiculturais ao cliente, respeitando e valorizando as suas capacidades e o seu papel, assim desta forma estabelece-se um processo dinâmico e proactivo de parceria caracterizado por uma relação terapêutica estabelecida com o cliente seja o indivíduo, a família ou a comunidade.

No contexto da equipa de saúde os cuidados de enfermagem assumem uma posição central, pois auxiliam a pessoa na gestão dos recursos comunitários e de saúde, promovem a sua autonomia e o aumento de recursos a usar, de modo a que esta lide com os desafios de saúde de forma vantajosa (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Segundo Collière (1999), para se compreender a génese da transversalidade do cuidar e dos seus contextos ao longo do tempo, é necessário analisar a história das mulheres, pois foi a partir das suas práticas vividas e transmitidas que se construiu o papel social do cuidar. Segundo a mesma autora, encontramos ao longo dos tempos três grandes marcos de identificação do papel da mulher relevantes no estudo da evolução das práticas profissionais:

- Os cuidados da mulher, desde os tempos mais remotos até à Idade Média - à mulher mãe e dona de casa era destinado o cuidado da natureza viva como as plantas, os cuidados dos filhos e da família que, pela sua natureza de fecundidade, orientava a conduta de ajuda da família e do grupo de pertença. Os saberes que guiavam as suas práticas eram fruto de toda a experiência e transmitiam-se oralmente de mãe para filha e de vizinha para vizinha. Os cuidados representavam a arte doméstica que as mulheres desenvolviam por imposições sociais, que lhe eram confinadas e que se ampliaram devido ao desenvolvimento das civilizações, levando a que a mulher exercesse o seu papel de cuidadora fora de casa (Collière, 1999).

- A identificação das práticas é feita com a mulher consagrada, pertencentes a grupos de culto religiosos até ao século XIX - a ela era atribuído o cuidar do corpo, uma vez que este se encontrava, nesta altura, dissociado do espírito. Só o corpo necessitava de cuidados prescritos por regras conventuais que ditavam os comportamentos (Collière, 1999). A este respeito Donahue (1988) diz-nos também, que a incorporação das crenças espirituais influenciou o desenvolvimento das práticas relacionadas com os tratamentos, as ideias de natureza oculta, as superstições de origem sobrenatural, levando à combinação de práticas ocultas e empíricas pelo uso da magia para curar as doenças espirituais que afetavam os Homens.
- Cuidados com mulheres que auxiliam a prática médica, até aos anos sessenta do século XX, influenciado pelo desenvolvimento da técnica (Collière, 1999), ou seja o saber em enfermagem começou por ser fundado pelas prescrições médicas. A partir do início do séc. XX, embora a prática de enfermagem se centrasse nos cuidados aos doentes, o estatuto de auxiliar do médico desenvolveu-se para além do cumprimento da prescrição terapêutica, do cumprimento da prescrição com vista à investigação e ao diagnóstico médico, o que vem exigir o acesso ao domínio de outros conhecimentos.

Neste sentido, compreende-se que a grande preocupação tenha sido o desenvolvimento de capacidades técnicas, indispensáveis ao reconhecimento do seu papel principal, ser excelente executante. Neste modelo reducionista, para além do critério de sucesso ser a cura, privilegia-se uma abordagem cartesiana do cuidar, esta abordagem consiste no dualismo da separação do corpo e da alma na prestação de cuidados, desvalorizando-se a globalidade da pessoa.

Todavia, foi-se construindo progressivamente um saber específico da enfermagem, à medida que os currículos escolares de enfermagem evoluíam e, por outro lado, os profissionais se impunham com alguma autonomia nas suas práticas, sendo desta forma desenvolvidos modelos e teorias de enfermagem. Assim, o saber em enfermagem sofreu uma teorização mais alargada que contribuiu para a visão holística do homem, dando outro sentido às práticas profissionais.

O papel do enfermeiro passa então em meados do século XX a ser de complementaridade e de colaboração, e surge a partir da dissociação entre os aspetos morais e técnicos. O enfermeiro conquista o reconhecimento do exercício

pela formação, assim como o reconhecimento social, surgindo as carreiras profissionais e a formação dos órgãos representativos (Collière, 1999; Marriner, 1989).

2.2 - A Natureza Prática Do Cuidar

A busca de uma identidade da profissão, o aumento da complexidade das situações com que os enfermeiros se deparam na prática, confronta-os com dilemas de dificuldade crescente que apelam para tomadas de decisão cada vez mais exigentes e à produção de reflexões sobre enfermagem. Como defende Marriner (1989), o desenvolvimento de modelos e teorias de enfermagem, contribuíram para a construção e consolidação do conhecimento, ajudam no desenvolvimento da capacidade analítica, oferecem linhas orientadoras de raciocínio, esclarecem os valores e premissas e determinam os objetivos da prática, da educação e da investigação no campo da enfermagem. Neste contexto inserem-se várias teóricas de enfermagem como por exemplo: Florence Nightingale (Teoria Ambientalista do Cuidado), Hildegard E. Peplau (Teoria da Interpessoalidade do Cuidado), Virgínia Henderson (Teoria dos Componentes do Cuidado), Callista Roy (Teoria dos Processos Adaptativos no Cuidado), Madeleine M. Leininger (Teoria Transcultural do Cuidado e Metodologia do Etnocuidado) entre outras. Segundo Kérouac et al. (1996), nesta perspectiva de base para o desenvolvimento teórico de uma concepção existem três paradigmas que influenciaram perspectivas, análises e descrições da finalidade principal do cuidado: o paradigma da categorização, o da integração e o da transformação. No paradigma da categorização desde o início do século XX até aos anos cinquenta, a pessoa é observada de forma faccionada, não integrada e o ambiente é separado da pessoa fragmentado em físico, social e cultural (Kérouac et al., 1996). Pessoa e ambiente surgem como entidades distintas e a saúde é entendida como ausência de doença, um estado de equilíbrio desejável.

O paradigma da Integração (década de cinquenta do século XX) revela uma enfermagem mais orientada para a pessoa centrando a sua ação em todas as suas dimensões considerando a sua globalidade integrada no seu contexto. A pessoa passou a ser entendida como um ser bio-psico-sócio-culturo-espiritual (Kérouac et al., 1996).

Na década de 70 do século XX, impulsionada por fatores sociopolíticos de globalização cultural e económica, surge o paradigma da Transformação em que

“Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia”(Kérouac et al., 1996, p.13).

Neste paradigma a pessoa e o enfermeiro são parceiros num cuidado individualizado onde exige, tolerância, capacidade de negociar e abertura a um compromisso e apreço pela diversidade. Kérouac et al. (1996), admite na atualidade a coexistência de todas estas correntes paradigmáticas, pois no referencial teórico que representa a complexidade de enfermagem é possível extrair da sua caracterização os conceitos chave, que não sendo específicos, são fundamentais na disciplina de enfermagem. *A relação particular entre os conceitos «cuidado», «pessoa», «saúde» e «ambiente» constituem o núcleo da disciplina de enfermagem* (Kérouac et al., 1996, p.24).

A prática da enfermagem e o recurso a este tipo de saberes (modelos e paradigmas anteriormente referidos) permitem uma reconstrução permanente do corpo de conhecimentos, e a sua introdução na prática dos cuidados (Gomes, 1995). A prática surge como fonte de saber e de reflexão dos profissionais na medida em que permite reorganizar e atribuir significado aos contextos que decorrem da interação dos indivíduos, das forças de poder, de valores e tradições. É na prática e no questionar contínuo que se constrói permanentemente um novo corpo de conhecimentos e se ultrapassam os saberes adquiridos, desta forma a prática pressupõe experiência desenvolvendo-se com esta novas capacidades e competências que permitem ultrapassar, com recurso também à investigação, as lacunas de um conhecimento profissional baseado na tradição e na autoridade (Gomes, 1995).

Na perspetiva de Meleis (1991) os cuidados de enfermagem incluem as vivências significativas e não significativas de cada um sendo o resultado de uma experiência global onde se incluem as motivações, os ideais profissionais e as suas representações, assim, o que o enfermeiro sabe e faz na sua atividade decorre do seu próprio percurso, das aprendizagens anteriores incluindo as suas vivências e da perceção individual do que é a Enfermagem.

Se considerarmos o modelo de competência profissional em enfermagem a partir de três dimensões - o saber, o saber-fazer e o saber-ser - as práticas da enfermagem estão em relação direta com a situação a transformar (Gomes, 1995).

Para Schon (1991) o rigor na prática consegue-se à custa da relevância e da singularidade das situações práticas, pois uma aplicação direta da teoria à experiência prática de cada um não se aplica de forma linear. No saber enfermagem, cruzam-se o modo de ser enfermeiro (área implicativa) e a visibilidade dos cuidados (área explicativa). As conclusões dos trabalhos de Schon (1991), Tanner (1990) e Benner (2005) elucidam a lógica construtiva dos cuidados de enfermagem, salientando-se:

- Que o conhecimento prático funciona como imperativo para aplicação criteriosa dos cuidados;
- Que o contexto em que a ação de cuidados se desenvolve é integrador do processo para a sua compreensão;
- Que a compreensão dos cuidados se situa no “continuum” da evolução da enfermagem;
- Que como toda a ação humana, o conhecimento prático adquire sentido no contexto social e histórico;
- Que a qualidade técnica dos enfermeiros evolui com a experiência, afastando-se da racionalidade técnica.

Para Pring, 1970, (cit. por, Usher e Bryan, 1992 p. 85), “(...) *todas as acções pressupõem intenções, estão relacionadas com marcas ou paradigmas conceptuais que dependem da vida social (...) a prática interessa-se pela ação e a intencionalidade constitui o seu traço fundamental*”.

Devido às características descritas anteriormente inerentes à prestação de cuidados, o Processo de Enfermagem surge como um instrumental tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem, e que favorece o cuidado, ajuda organizar as condições necessárias à realização do mesmo, sistematizando também a documentação da prática profissional (Meleis, 1991).

A implementação do Processo de Enfermagem requer habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenómeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para sua realização e as ações principais e alternativas que o fenómeno exige, para que se alcance um determinado resultado. Os elementos inerentes à prática profissional (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) favoreceram o desenvolvimento, de sistemas de classificação de conceitos que

fazem parte da linguagem profissional da enfermagem, assim como de instrumentos tecnológicos a serem utilizados (Garcia e Nóbrega, 2009).

Seja considerado um modelo metodológico ou um instrumento tecnológico, o Processo de Enfermagem é complexo, assim como é complexa a noção de cuidado profissional de enfermagem. Implícitos no seu desenvolvimento estão o conhecimento pessoal dos enfermeiros sobre as necessidades dos clientes quando se defrontam com alguma alteração no seu estado de saúde; o raciocínio lógico; o uso de novas e avançadas tecnologias; a empatia; a experiência, habilidade e autenticidade no relacionamento interpessoal; a perícia ou destreza manual no desempenho das ações de cuidado; o comportamento ético, a sensibilidade, a expressão de emoções e a solidariedade humanas (Garcia e Nóbrega, 2009).

Por conseguinte, além da complexidade inerente ao Processo de Enfermagem, podem ser identificadas dificuldades para a sua implementação sistemática e efetiva na prática profissional, algumas relativas à formação profissional dos componentes da equipe de enfermagem e à organização de seu processo de trabalho; outras, às expectativas das instituições ou ambiente em que o cuidado profissional de enfermagem é realizado; outras, ainda, ao modo como a sociedade ou os gestores da saúde entendem a Enfermagem e o papel dos enfermeiros (Doenges e Moorhouse, 2010).

Independentemente das concepções de Processo de Enfermagem há um conjunto de etapas importantes na sua concretização: Avaliação Inicial - com recolha sistemática de dados relacionados com o utente, Planeamento - processo constituído por duas partes, que consiste na identificação de objetivos e os resultados desejados pelo cliente, de modo a focar a saúde avaliada e as necessidades de bem-estar e escolher intervenções de enfermagem no sentido de ajudar o utente na obtenção de resultados. A Implementação - execução do plano de cuidados e a fase da Avaliação - determinação do progresso do utente e avaliação e monitorização da resposta e eficácia do plano de cuidados na obtenção dos resultados e objetivos pré-estabelecidos (Doenges e Moorhouse, 2010).

O facto de os enfermeiros terem a responsabilidade de contribuir, permanentemente, com a produção de conhecimentos e de incorporarem os resultados da investigação na sustentação das suas ações, permite de acordo com (Meleis, 1991) que no processo de tomada de decisão e na fase de implementação de cuidados estes sejam culturalmente congruentes, tecnicamente competentes, moralmente aceitáveis, baseados nos princípios humanistas, e que contribuam

para preservação da vida na sua plenitude nas diversas situações do processo de viver humano. Deste modo o processo de prestação de cuidados às vítimas de VC no contexto dos CSP, ao qual se refere este estudo e que será explorado no capítulo seguinte, implica que a tomada de decisão do enfermeiro se desenvolva numa abordagem sistémica e sistemática da pessoa/família demonstrando este elevada disponibilidade e competência para reconhecer estas situações, proteger e encaminhar a vítima. Esta filosofia remete-nos para a perspectiva biopsicossocial da prestação de cuidados que por definição caracteriza os CSP.

3 - OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A VC tradicionalmente encarada de modo polarizado como um problema de origens socioculturais ou como uma perturbação individual requer o desafio de integrar os fatores socioculturais ao atendimento prestado pelo sector da saúde às vítimas de VC (Quemada e Prieto, 2004). Segundo Natan e Rais (2010), a saúde, devido à predominância do modelo biomédico, tem apresentado dificuldades em trabalhar com os determinantes sociais, embora já os considere. Ainda de acordo com o mesmo autor, em muitos casos, a integração destes aspetos está mais no nível teórico do que das práticas. Os CSP, por definição, integram uma perspectiva biopsicossocial e, deste modo, devem estar preparados para lidar com problemas que vão além da enfermidade orgânica, tal como a VC.

Neste aspeto, os enfermeiros dos CSP são importantes atores para despiste e acompanhamento destes casos devido ao contacto direto com todos os membros da família, promovendo a globalidade, continuidade, a integralidade dos cuidados prestados, e a relação de confiança que estabelecem com as suas utentes. O seu papel central neste âmbito emerge, uma vez que as interações que os enfermeiros estabelecem na prestação cuidados em contexto dos CSP, com as vítimas/famílias são problematizadas através da análise reflexiva num processo contínuo de co-construção de significados entre esta diáde (Figueiredo, 2012). Neste sentido, e considerando que as práticas são socialmente construídas, os cuidados resultantes dessa problematização conduzem a uma ação inovadora de reconstrução das mesmas, promovendo no âmbito da problemática da VC, a gestão de recursos e a internalização da informação por parte da vítima/família.

Existem unidades de saúde a nível dos CSP, nomeadamente as unidades de saúde familiar e as unidades de cuidados de saúde personalizados, em que na prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar e no enquadramento atual da individualização das especialidades em enfermagem, surge o enfermeiro de família. Por definição é aquele que integrado numa equipa multidisciplinar de saúde, se assume como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde e mais especificamente aos de enfermagem. É o

gestor e organizador de recursos (internos e externos) com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, e é também, um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efetuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente a um grupo limitado de famílias, sendo para cada uma delas a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para que possa haver um efetivo reconhecimento dos cuidados de enfermagem, cabe aos enfermeiros demonstrar que os mesmos são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, serviço este que não é coberto por outros grupos socioprofissionais. Desta forma, consideramos importante refletir sobre a arquitetura organizacional dos CPS, assim como sobre a filosofia de prestação de cuidados de enfermagem à família, e mais concretamente à mulher vítima de VC, neste contexto.

3.1- Valores, Princípios e Estrutura Dos Cuidados De Saúde Primários

Em Portugal, os CSP constituem-se como a base do sistema de saúde, sendo reconhecidos no Programa do XVII Governo Constitucional como a base de sustentação de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

A OMS (2008), considera que os CSP são cuidados de saúde essenciais, baseados em métodos e tecnologias cientificamente bem fundamentados e socialmente aceites, colocados ao alcance dos indivíduos e das famílias na comunidade. Fazem parte integrante do sistema nacional de saúde, do qual constituem o foco principal, e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, sendo que estas estruturas de proximidade constituem o primeiro elemento de um contínuo processo assistencial. São cuidados coordenados, globais e pessoais, acessíveis quer no primeiro contacto, quer numa base de continuidade. Incluem a avaliação dos fenómenos físicos e psicológicos, o apoio pessoal e familiar, a comunicação e a informação sobre prevenção, manutenção da saúde e doença (OMS, 2008).

Numa política de promoção dos CSP, em 12 de Outubro de 2005 foi aprovada através da resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 (Diário da República n.º 196, I Série B) a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), a qual desenvolveu um documento denominado “Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”, datado de Janeiro de 2006. Neste documento a MCSP refere que os CSP para alcançar a saúde para todos, requerem sistemas de saúde que ponham as pessoas no centro dos cuidados de saúde e que tenham os seguintes valores: a solidariedade, no sentido de contribuir para a diminuição das desigualdades que afetam os mais vulneráveis. A equidade, para que o sistema de saúde produza uma oferta de qualidade para todos. A integração de cuidados, para assegurar a coordenação com os outros recursos que intervêm na prestação de cuidados de saúde. A ética de serviço público, que promova a eficiência, a participação dos cidadãos e o envolvimento dos profissionais.

Segundo a OMS (2008) existem vantagens comparativas, em termos de eficácia e eficiência, de cuidados de saúde organizados como cuidados primários orientados para as pessoas, pois estes obtêm melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, utilização mais adequada dos serviços, maior satisfação dos utilizadores a mais baixo custo. Estes criam um espaço onde as pessoas se podem apresentar com leque alargado de problemas de saúde, constituem uma central de coordenação dos utentes no sistema de saúde. Os CSP facilitam também relações duradouras entre os utentes e profissionais de saúde, criando oportunidades para a participação dos utentes na tomada de decisão sobre a sua saúde e sobre os seus cuidados de saúde; criam pontes entre cuidados de saúde personalizados e os familiares e comunidades dos utentes (MCSP, 2006). Os CSP são deste modo a primeira linha e a base de toda a rede de cuidados de saúde e têm os seguintes objetivos segundo a OMS (2008):

- Melhoria do nível de saúde da população da sua área geográfica;
- Resposta às necessidades de saúde;
- Promoção e vigilância da saúde;
- Prevenção, diagnóstico e tratamento da doença;
- Desenvolvimento de atividades dirigidas às situações de maior risco e vulnerabilidade;
- Desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde e formação.

As recentes reformas estruturais e de prestação de serviços nos CSP em Portugal tiveram por finalidade colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde, de forma a torná-los mais efetivos, eficientes e equitativos. Atualmente a agregação dos centros de saúde em agrupamentos é regida pelo Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro e portaria n.º 276/2009 de 18 de Março. Segundo esta legislação os CSP organizam-se então em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a sua estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares: cuidados à pessoa e à família - unidades de saúde familiar (USF) e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP); cuidados seletivos a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade - unidades de cuidados na comunidade (UCC); diagnóstico e vigilância do estado de saúde da população (função de observatório local de saúde); proteção e promoção da saúde da população, de grupos, e intervenção comunitária - unidades de saúde pública (USP); Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) equipa multiprofissional flexível e aberta que agrega competências complementares de apoio às restantes equipas/unidades funcionais. A URAP proporciona apoio assistencial, consultadoria e promove ou participa em projetos de saúde próprios ou comuns a várias unidades e ao ACES.

Segundo Figueiredo (2009, p.33) através da legislação atual referente aos CSP, verifica-se a conceção de *“um modelo direccionado para os cuidados de proximidade efectivados pelas Unidades de Saúde Familiar (USF)”*. Estas unidades fundamentais para a prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto), segundo a mesma autora emergem *“como contexto para direccionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar.”*

3.2- O Papel Do Enfermeiro De Família

No contexto atual evidencia-se o papel do enfermeiro de família, como agente de mudança dos CSP, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica em consonância com o Programa de Saúde XXI (2000).

“O ênfase colocado no conceito de Enfermeiro de Saúde Familiar pela OMS, considerando-o como detentor de um papel ao longo de todo o

contínuo de cuidados, desde o nascimento até à morte, incluindo a promoção e protecção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, confirma a importância deste modelo” (PORTUGAL, Programa Saúde XXI, 2000).

No mesmo documento é reforçado na Meta 15 o Enfermeiro de Família como a figura central dos CSP, sendo o responsável por um grupo bem definido de famílias, contribuindo na promoção da saúde e prevenção da doença, ajudando as famílias na adaptação ao processo de doença num contexto de proximidade. No encontro deste pressuposto, a segunda Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Enfermagem e Enfermagem Obstétrica na Europa, realizada em Munique em Junho de 2000, e mais especificamente através do Tratado de Munique, visa assegurar cuidados de saúde de alta qualidade acessíveis, equitativos, eficientes, adequados e criando oportunidades, incluindo o Enfermeiro de Família (OMS, 2000). Atualmente na sequência do percurso evolutivo da profissão, da importância atribuída ao papel do enfermeiro de família, assim como com a reorganização dos CSP, verifica-se que os modelos de cuidados são facilitadores da efetivação do mesmo, nomeadamente nas USF e nas UCSP, de acordo com o quadro legal dos ACES (Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Decorrente destes fatores contextuais a enfermagem de saúde familiar tem vindo a evidenciar-se como uma área de intervenção profissional do enfermeiro, constituindo-se atualmente em Portugal, uma especialidade no Sistema de Individualização de Especialidades Clínicas em Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Este órgão definiu e aprovou em Assembleia Geral o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar a vinte e nove de Maio de 2010, à qual se seguiu a sua regulamentação em Diário da República através do Regulamento nº126/2011, nº 35, 2ª Série de 18 de Fevereiro.

Para a concretização da enfermagem de saúde familiar, enquanto área especializada, cujo modelo assistencial é o enfermeiro de família, será necessário que os enfermeiros sejam detentores desta especialidade para darem resposta efetiva às necessidades das famílias em cuidados de enfermagem. Assim como uma estratégia indispensável na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à família, e à necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da mesma prestados por

enfermeiros especialistas em Dezembro de 2011, a Ordem dos Enfermeiros adotou o Modelo de Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial teórico e operativo em enfermagem de saúde familiar. Este modelo pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias. Os seus postulados ou princípios de intervenção enquadram o Modelo no contexto dos CSP, particularizando a atuação dos enfermeiros no âmbito das atuais USF e UCSP. A sua estrutura operativa (integrando as definições teóricas e operacionais e sustentada pelos pressupostos e postulados) permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar. De cariz dinâmico, flexível e interativo, permite aos enfermeiros proporem intervenções que deem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades (Figueiredo, 2012).

A enfermagem de saúde familiar surge, então da reciprocidade entre o funcionamento da família e saúde, uma vez que os problemas relacionados com esta influenciam os conhecimentos e atitudes da família, do mesmo modo que estas influenciam a saúde dos seus elementos (Figueiredo, 2009).

A família considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interação com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas, que segundo Figueiredo, (2009, p.29) é *“caracterizada pelas inter-relações que se estabelecem entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade.”*

Ainda segundo a mesma autora, avaliação familiar incide em áreas de atenção definidas por domínios avaliativos. A dimensão estrutural é uma dessas áreas, a qual incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família alargada e os sistemas amplos e ainda aspetos específicos do contexto ambiental, que podem indicar riscos de saúde. Também a avaliação de desenvolvimento é um desses domínios, que por sua vez possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual, sendo que o entendimento do contexto desenvolvimental do sistema familiar implica o reconhecimento e abordagem da família nas várias etapas do ciclo vital e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução transacional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família.

A avaliação desta dimensão apresenta como finalidade promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para

cada etapa e prepará-la para futuras transições normativas ou acidentais inerentes ao ciclo vital. Já a avaliação funcional, diz respeito aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares. Esta última avaliação baseia-se em duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva, a primeira reporta-se às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares, que se interligam com as restantes e, que permitem a compreensão da família, enquanto sistema complexo e multidimensional (Figueiredo, 2009). Desta forma o processo de avaliação familiar baseia-se na compreensão da complexidade familiar inerente às suas relações intra e inter sistémicas e aos seus processos de auto-organização, por forma a permitir identificar as suas necessidades, recursos e forças. Os cuidados de enfermagem à família serão otimizados quando centrados numa identificação colaborativa das suas necessidades, assim como numa estimulação participativa da família, através de processos de negociação, para a definição de objetivos, incentivando os seus membros a elaborarem e a comprometerem-se com soluções promotoras de mudança (Figueiredo, 2012). Em síntese, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar é aquele que:

“interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4).

Evidencia-se então, nos CSP o papel do enfermeiro de família como gestor e organizador de recursos que possibilitem a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-ativos nos seus processos de vida. São referenciados como promotores de saúde, pela materialização do seu papel no trabalho de proximidade com as famílias (Figueiredo, 2009).

No contexto de proximidade, é o profissional que interage com o sistema familiar e conhece objetivamente, com a avaliação adequada, as necessidades das famílias e a um nível macrossistémico os recursos que o sistema comunitário pode oferecer, mobilizando-o para obter os ganhos em saúde necessários. De acordo com Moniz e Ornelas (2007) as parcerias mais eficazes são as que apresentam um

conjunto de características específicas; são abrangentes, flexíveis e orientadas para respostas concretas, promotoras da ligação do indivíduo à família e destes à comunidade e que desenvolvam um efetivo empoderamento psicológico, nas suas três componentes (intrapessoal, interpessoal e organizacional). Os mesmos autores revelam ainda quatro estratégias relevantes que permitem um bom funcionamento e que podem contribuir para o aprofundamento do trabalho em parceria: o trabalho em rede, a coordenação, a cooperação e a colaboração. Assumem ainda que as famílias têm as forças e os recursos necessários para ultrapassar as dificuldades. O foco nas qualidades e nos recursos da família permitem ampliar os comportamentos que levam à solução do problema. Dá-se também especial relevância ao empoderamento psicológico dos indivíduos, às expectativas normativas e aos aspetos não problemáticos da sua cultura, tais como o estatuto económico, a etnia, o género, e a religião (Moniz e Ornelas, 2007), o que vai ao encontro dos princípios definidos no referencial da enfermagem de saúde familiar centrados na capacitação e empoderamento da família.

A família é o pilar básico de qualquer sociedade porque é no seio da mesma que se transmite, aprende, constrói e formam os indivíduos, no entanto atualmente, as mudanças verificadas na sua estrutura, organização e modo de funcionar constituem uma realidade que tem vindo a caracterizar as sociedades ocidentais, às quais está subjacente uma alteração nas necessidades das pessoas que as compõem. Associado a estas mudanças, emerge um vasto leque de problemas, particularmente no que se refere a situações de disfuncionalidade familiar, como é o caso da VC, e que se pode associar no contexto dos CSP ao aparecimento de sintomatologia num determinado elemento do grupo familiar, neste caso concreto às mulheres.

A VC tem inúmeras consequências, para a saúde das mulheres, incluindo ferimentos, síndromas de dor crónica, gravidezes acidentais e não desejadas, complicações da gravidez, infeções sexualmente transmitidas e um grande número de problemas de saúde mental (APAV, 2009). As mulheres que sofrem violência são utentes frequentes dos CSP, logo os enfermeiros de família estão, consequentemente, numa posição privilegiada para identificar e apoiar as vítimas deste tipo de violência, incluindo a sua referenciação para apoios psicossociais, legais e outros. A sua intervenção permite reduzir o impacto da violência na saúde e no bem-estar da mulher e da família, e pode igualmente ajudar a prevenir futuros episódios de violência.

3.2.1 - Práticas de Cuidados no Atendimento a Vítimas de Violência Conjugal.

A visibilidade crescente que a VC tem vindo a adquirir associada à redefinição dos papéis de género, e à construção de uma nova consciência social e de cidadania, bem como à afirmação dos direitos humanos, levaram os poderes públicos a definir políticas de combate a um fenómeno que durante muitos anos permaneceu silenciado (Direção Geral da Saúde, 2003).

No III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, elaborado pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) em 2007, a quarta Área Estratégica de Intervenção, tem como objetivo essencial a qualificação e especialização profissional nas vertentes policial, judiciária, da saúde, da educação e formação. Algumas medidas desse plano passam por estabelecer protocolos com as Universidades e Centros de Formação para criar ou atualizar módulos disciplinares sobre violência doméstica que possam ser integrados nos currículos académicos, nomeadamente nas áreas de ciências humanas, sociais, criminais e de saúde e ainda, por promover a qualificação de profissionais de saúde, nomeadamente quem exerça atividades, na área da violência doméstica, nas urgências hospitalares e nos Centros de Saúde, e pela conceção de Guias de Boas Práticas dirigidos a estes mesmos profissionais (CIG, 2007).

A VC traz inúmeras repercussões para a saúde das mulheres, portanto a utilização dos serviços de saúde por parte das vítimas é muito frequente, levando a que os profissionais de saúde se deparem com a necessidade de atuar frente aos diversos tipos de violência e nos diferentes níveis de atenção e complexidade. Apesar desta posição privilegiada, alguns estudos internacionais indicam que apenas 10% das vítimas de violência são identificadas ao nível dos serviços de saúde (Branco, 2007).

Os estudos de Lavis et al. (2005), sobre a integração da VC no campo dos cuidados de saúde são úteis para entendermos este paradoxo. Segundo as autoras apenas muito recentemente os profissionais da saúde foram chamados para intervir num problema que, até então, era visto como predominantemente social.

A incapacidade ou falha na identificação ou reconhecimento das situações de VC tem consequências ao nível da vítima que fica sujeita a uma escalada de violência e a riscos cada vez mais elevados (Quemada e Prieto, 2004). Por outro lado, dado o acesso que têm à informação sobre os mais variados domínios da vida

das pessoas, desde as lesões físicas e doenças, aos problemas emocionais, relacionais e sexuais, todos os profissionais de saúde a nível dos CSP têm a oportunidade e a responsabilidade de identificar casos de VC precocemente (Manita et al., 2009). Assim sendo, os enfermeiros implementando o processo de enfermagem, têm uma posição privilegiada para recolher informação para o conhecimento da utente/família e da situação (estabelecimento do diagnóstico), de forma lógica, científica e humana procedendo consequentemente, ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados.

Segundo Manita et al. (2009), qualquer profissional de saúde que contacte com vítimas de VC deve afastar crenças e mitos que dificultam ou impedem a intervenção nesta área, ter um conhecimento suficiente sobre os fatores associados à VC e sobre as dinâmicas e processos abusivos utilizados pelo agressor no contexto da VC. Ainda saber identificar os tipos mais frequentes de atos envolvidos na VC e as suas consequências para a vítima, saber reconhecer sinais indicadores da ocorrência de violência e incentivar a revelação por parte da vítima, saber que a maioria desses atos constitui um crime consignado no Código Penal e aplicável em situações da VC, adquirir as competências e estratégias básicas de comunicação/atendimento, estar sensibilizado para esta problemática e para lidar com as especificidades emocionais e comportamentais das vítimas.

Deve também, saber quais os tipos de apoio disponíveis e quais os tipos de encaminhamento e de articulação com outros serviços que podem disponibilizar em cada área, de forma a possibilitar uma intervenção multidisciplinar mais indicada para cada situação de VC. A entrevista a uma potencial vítima de VC deve fundamentar-se nos princípios tais como realizar uma avaliação holística e sistémica da pessoa por forma a prestar cuidados globais e integradores, respeitando os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico que enformam a boa prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O enfermeiro deve então, segundo Manita et al. (2009), criar uma relação de empatia e confiança; afirmar o direito a uma vida sem violência e defender que o recurso a esta nunca é justificável. Deve também apoiar e assistir todas as decisões informadas da vítima, abster-se de juízos de valor, de estereótipos e crenças infundadas. É ainda sua função encorajar a mulher a sair de casa ou da relação, apenas após realizar uma planificação conjunta com a vítima por forma a desenvolver planos de segurança que respondam às necessidades desta. É

igualmente importante encorajar a procura de serviços/recursos de apoio a partir da comunidade.

É necessário considerar também que se algumas vítimas revelam espontaneamente a origem das suas lesões, indicando os maus tratos sofridos, uma parte das pessoas assistidas nos CSP não vai querer revelar a causa do traumatismo ou irá alegar uma causa pouco credível, à luz das lesões apresentadas e dos conhecimentos que os profissionais detêm. Na ausência de revelação por parte da vítima, a existência de um certo número de sinais clínicos de alerta deve chamar a atenção dos profissionais de saúde e sustentar a hipótese de existência de VC, permitindo orientar o diagnóstico e realizar o acompanhamento mais apropriado.

Segundo Antunes (2002) estes sinais clínicos podem ser um certo tipo de lesões características destes casos, o recurso regular aos serviços de saúde com lesões do mesmo tipo, alterações emocionais e comportamentais, angústia, ansiedade, depressão e medo, manifestações psicossomáticas recorrentes. Também segundo Manita et al. (2009), algumas das questões e indicadores mais relevantes para a identificação de sinais e sintomas clínicos/recolha de indícios para diagnosticar e sinalizar um caso eventual de VC são:

- A recorrência da mulher aos CSP com queixas e sintomas vagos e lesões físicas similares, ou até incompatíveis com as suas explicações, podendo até a vítima tentar minimizar ou esconder a gravidade das mesmas. A existência de lesões em várias zonas do corpo e em diferentes estádios de cicatrização pois

“As lesões provocadas no contexto da VC podem ocorrer em todas as partes do corpo, mas as mais frequentes situam-se na cara e nos membros superiores. É preciso insistir na questão das fracturas de ossos, sobretudo do nariz, nos dentes e nas arcadas supraciliares. Na maioria dos casos, as agressões são executadas com mão/punhos, mas todos os objectos se podem tornar armas, pelo que é fundamental estar atento a lesões com essas formas” (Manita et al., 2009, p. 47).

É importante avaliar também a existência de história de perda de consciência ou de sinais de tentativas de estrangulamento.

- Para além das consequências físicas que são as que surgem de forma mais visível e imediata, também as consequências do âmbito da saúde mental são as mais profundas e duradouras.

“A vítima parece assustada, excessivamente ansiosa, deprimida ou angustiada; (...) existe uma história de doença mental ou abuso de substâncias. (...) manifestações ansiosas, depressivas, fóbicas, sinais de auto-negligência e/ou auto-mutilação; alcoolismo ou toxicod dependência,

consumo abusivo de medicamentos; ideação suicida e tentativas de suicídio” (Manita et al., 2009, p. 47).

- Também o facto de a vítima faltar às marcações, ou de existirem atrasos frequentes às consultas, assim como vir às consultas acompanhada por um membro da família, ou pelo companheiro e apresentar uma atitude passiva e de medo pode ser indicativo da existência de VC. De igual forma a presença de um companheiro agressivo ou dominador ou de este se mostrar relutante em deixar a mulher falar ou estar sozinha com o profissional de saúde pode ser significativo (Manita et al., 2009).

Se alguns dos vários aspetos anteriormente descritos se confirmarem aquando do contacto com a vítima, os profissionais de saúde devem colocar a hipótese de estar perante em caso de VC, pelo que, a acumulação de sinais de alarme deve incitar os profissionais de saúde a avaliações mais abrangentes.

Ainda nesta fase de diagnóstico é importante proceder a uma avaliação do risco que a vítima corre desde a possibilidade de aumento de frequência ou gravidade da violência até ao risco de homicídio conjugal, sendo essencial destacar quais os objetivos e etapas inerentes a este tipo de avaliação.

Por conseguinte, a avaliação de risco da VC pode ser definida como um processo de recolha de informação, acerca das pessoas envolvidas, para tomar decisões de acordo com o risco de reincidência da violência (Krug, 2002). O principal objetivo da avaliação de risco é a prevenção, isto é, a determinação de quais os passos que devem ser tomados para minimizar os riscos. Mas isso não leva a que se consiga prever se o perpetrador irá ou não reincidir violentamente; para tal, será necessário avaliar outras premissas, tais como, natureza, iminência, severidade e frequência da violência. Os profissionais devem selecionar apropriadamente as estratégias de gestão do risco, a partir de quatro categorias: monitorização/vigilância; avaliação/tratamento; controlo/supervisão e planos de segurança da vítima (Krug, 2002).

Na avaliação de risco dever-se-á ter em conta vários aspetos nomeadamente: a história de violência em relação à vítima e aos seus filhos (tipo de violência, intensidade, frequência), se o abusador ameaça, assusta ou perturba os amigos, vizinhos, ameaça ou magoa os filhos, consome de forma excessiva álcool ou outras drogas que o tornam ainda mais violento. Há que avaliar também o nível de medo que a vítima sente no momento e a sua perceção atual do risco,

se ocorreram lesões autoinfligidas e tentativas de suicídio por parte da vítima, tentativas ou pedidos de ajuda ao longo dos últimos 12 meses, avaliação das redes de suporte que a vítima possui, viabilidade de encontrar um refúgio ou um lugar para onde possa ir se não quiser ou não puder voltar para casa (Manita et al., 2009).

Pelo facto de serem expostas a agressões repetidas e a ameaças constantes tanto a nível físico como psicológico, as vítimas chegam a duvidar das suas emoções, da sua capacidade de compreensão do problema, assim como, desenvolvem níveis mais elevados de tolerância à violência e à dor, não se apercebendo muitas vezes dos danos menos graves por ela produzidos. Por isso, nem sempre se apercebem da existência de um perigo real para a sua integridade nem são capazes de avaliar a gravidade da situação, sendo que, estas devem ser ajudadas pelos profissionais de saúde a avaliar objetivamente os riscos envolvidos em cada situação (Department of Health, 2005; Manita et al., 2009).

Paralelamente, os maus tratos geram angústia e ansiedade que se podem manifestar através de problemas e sintomas indefinidos que devem ser tidos em consideração para definir um diagnóstico de VC, como dores abdominais, torácicas ou pélvicas crónicas, problemas de digestão, de sono, dores de cabeça e dores musculares não específicas, fadiga crónica, dores de costas, “palpitações” (Quemada e Prieto, 2004; Manita et al., 2009).

Nos casos em que as vítimas têm dificuldades em reconhecer a origem dos maus tratos, poderá haver a possibilidade de obter confirmação junto de familiares, caso nada seja possível fazer deste ponto de vista, o profissional deverá sempre manifestar-se disponível para um futuro contacto (Quemada e Prieto, 2004).

No que se refere ao papel a desenvolver após a revelação da situação de VC, deverá ser dada uma resposta imediata às lesões físicas, bem como fornecer o apoio a vítima (Manita et al., 2009).

Para uma mais adequada tomada de decisão sobre o apoio a dar à vítima é também fundamental proceder a uma avaliação dos danos físicos, psicológicos, sexuais, sociais causados pela VC, dos recursos e das capacidades que a vítima tem para tomar decisões e concretizar autonomamente projetos alternativos à relação abusiva. Esta avaliação, sobretudo das suas componentes físicas e psicológicas, deverá ser feita por profissionais especializados, respectivamente, das áreas médica e psicológica (Quemada e Prieto, 2004). Se a vítima pretender a

separação e/ou avançar com uma queixa-crime, deve ser apoiada e informada dos procedimentos legais e das suas implicações.

Quer a vítima decida afastar-se, quer decida permanecer com o agressor, o profissional de saúde deverá ajudar a vítima a elaborar um plano de segurança pessoal, isto é, a definir um conjunto de estratégias para se proteger e aumentar o seu grau de segurança (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Pelo que, é importante analisar situações mais frequentes de violência e os acontecimentos que mais vezes as precipitam, os contextos em que ocorrem e as alternativas de fuga que tem face a cada uma. Deve planificar-se com a vítima a reação a ter perante os episódios de violência, bem, como a prevenção de situações que a possam colocar em risco acrescido.

Segundo Manita et al. (2009), na elaboração de um plano de segurança pessoal, a vítima deve aprender a reconhecer os sinais de tensão que antecedem um episódio violento, evitar a proximidade de objetos que possam ser usados como armas pelo agressor, ter em local acessível números de telefone de emergência, assim como documentos de identificação seus e dos seus filhos e elementos de prova da violência de que foi vítima se tiver de sair de casa. Deve ainda ter uma mala com roupas, dinheiro, medicação de toma regular, chaves do carro se tiver de fugir de repente. Também deverá planejar o seu realojamento tendo em conta os seus recursos internos ou externos recorrendo quer a familiares quer a instituições comunitárias. É importante informar a escola dos filhos da situação e indicar quem pode ou não levar as crianças, assim como ensinar as crianças a não revelar a sua localização nem a viajarem com o pai sem autorização. A vítima não deve revelar a sua nova morada ou contacto e contactar com o agressor, sendo fundamental evitar andar sozinha e alterar os seus percursos habituais.

Ao longo do atendimento dever-se-á documentar o processo com as seguintes dimensões: identificar e caracterizar as lesões e os factos que terão estado na sua origem, ou seja, elaborar com o maior grau de detalhe possível um relatório de lesões, descrevendo todos os vestígios de agressão, enumeração das marcas atuais e anteriores. Juntar fotografias das lesões, se possível, com declaração de autorização assinada pela vítima. Referir cuidadosamente o estado psico-emocional da vítima e reproduzir as suas afirmações e registar o encaminhamento para outros profissionais (Quemada e Prieto, 2004; Department of Health, 2005; Manita et al., 2009).

Contudo alguns estudos de Tuesta (1997); Deslandes (1999) e de Diniz et al. (200

1), referem que, os profissionais de saúde não percebem os sinais e sintomas característicos de violência doméstica e/ou conjugal e mesmo quando são identificados, não são contemplados nos relatórios clínicos. Também segundo Hagemman-White et al. (2006), o aumento do conhecimento científico sobre o fenómeno social da VC não tem correspondido a um aumento do conhecimento na área das respostas ao problema, faltam estudos sobre a forma como as organizações de saúde lidam com as vítimas de VC, sobre o tipo de apoio que lhes prestam e sobre o modo como cooperam entre si na prestação de um cuidado integrado e abrangente. Assim, nem os profissionais de saúde, nem as próprias mulheres estão conscientes de que os serviços de saúde devam ser um espaço também para a criação de diálogo, que rompa com o cuidar mais centrado somente nos aspetos puramente ligados às repercussões físicas. Logo, o silêncio que se instala nos serviços de saúde é o mesmo do espaço privado, o que naturaliza a situação da violência vivida pela mulher, tornando tal vivência solitária (Diniz et al., 2001).

O sector da saúde tem um papel importante na identificação e no registo das informações sobre os factos violentos. No entanto percebe-se que existe pouca atenção para estabelecer uma relação entre a identificação das lesões físicas, pelas quais as mulheres recorrem aos serviços de saúde, e o contexto no qual foram produzidas, o que explica, em parte, os sub-registos desses casos (Branco, 2007).

Salientando o facto de que os maus-tratos são um problema de saúde, parece ser evidente a responsabilidade das instituições e dos profissionais que aí exercem, o diagnóstico dessas situações e a necessidade de uma intervenção abrangente, ou seja, ao nível da educação e prevenção e não só centrada no tratamento. Tal como referem, Trindade e Teixeira (2000) as necessidades em saúde ultrapassam as necessidades físicas dos utentes dos centros de saúde, por isso, é necessário que os profissionais do setor desenvolvam uma relação com os utentes, capaz de gerar a confiança necessária ao reconhecimento da sua capacidade de os ajudar na resolução de determinada situação.

Segundo Fiske (2002) a informação é essencial ao agir humano em sociedade, sendo não só um direito mas também um propósito. A mesma irá permitir aos sujeitos em relação, entender e agir sobre o ambiente social,

partilhar a compreensão e o comportamento com grupos, culturas e subculturas. É também necessário que os enfermeiros conheçam os estereótipos sociais de género e de violência nas relações afetivas para que eles próprios não manifestem atitudes e comportamentos que impeçam um atendimento despojado de preconceitos e proporcione uma relação profissional aberta às necessidades das utentes. Na relação entre o profissional de saúde e a utente esses aspetos estão presentes, de forma espontânea e inconsciente, acrescentando o facto de nessa relação se confrontarem crenças leigas, e as crenças fundamentadas do saber científico do profissional, assim como, as expectativas de uns e de outros (Branco, 2007).

Estes factos influenciam a prática clínica dos profissionais, e como estes e o utente formam uma “*díade*” em interação, estabelecendo assim uma relação, é importante que os mitos e estereótipos sobre os papéis de género, a família e a VC sejam desconstruídos nestes profissionais, através da formação, para que, não só, não os deixem influenciar a sua relação profissional e prática clínica, como lhes permite exercer o papel de educadores e de promotores da saúde de homens e mulheres e de famílias mais saudáveis (Ogden, 2000).

Segundo Mendonza et al. (2005), existem poucos estudos sobre a problemática associada às práticas dos enfermeiros na identificação e encaminhamento dos casos de VC. Um dos estudos de Bispo et al. (2007), relata que os enfermeiros se ancoram ao modelo biomédico no atendimento a estas utentes, e que como forma de identificar os casos de VC estes valorizam mais as lesões físicas das mulheres. Ainda segundo este último estudo os enfermeiros com frequência também referem que a VC diz respeito a outros profissionais, como a assistente social e psicólogo, e envolve aspetos jurídicos. De acordo com Lavis et al. (2005), a integração da VC no campo da saúde significou uma redução de limites entre as disciplinas, com a integração de um complexo problema social e criminal nas obrigações e responsabilidades dos profissionais de saúde, sem, contudo, ter ocorrido transformações no seu modo de atuar. Portanto, a utilização do modelo biomédico, característico no campo da saúde, conduz à individualização dos problemas, os quais são reduzidos a categorias de diagnóstico (alterações da saúde física ou psíquica) e de tratamento (psicoterapia, farmacoterapia).

Ainda segundo Bispo et al. (2007), é possível perceber que é marcante a representação dos enfermeiros relativa à VC como um problema do âmbito

privado, que embora a identifiquem não intervêm, sendo os cuidados prestados de forma similar a outros casos, ou seja, não há aproximação que denote acolhimento à mulher, nem lhe é dado um espaço para falar a respeito da violência nem para ter outros encaminhamentos. Ainda no referido estudo, a maioria dos enfermeiros declarou que a VC é uma realidade com a qual se confrontam na sua prática cotidiana, mas tentar abordar esta problemática com as mulheres levaria muito tempo prejudicando os restantes atendimentos.

Mendonza et al. (2006), corroboram estes resultados, em que os enfermeiros identificaram como barreiras institucionais para a identificação de casos de VC a falta de tempo nas consultas, a ausência de protocolos de detecção e seguimentos destas situações, a saturação dos serviços de saúde. Dentro das barreiras pessoais destacam-se: desinteresse dos enfermeiros para identificar casos de VC, incômodo para tratar e identificar este tipo de problemas sociais. Por sua vez, a grande maioria dos enfermeiros assinalou a importância da necessidade de os capacitarem sobre esta problemática, nomeadamente de terem formação no âmbito da VC e suas estatísticas nacionais e regionais, conhecer as implicações psicológicas da VC, estar informado sobre os aspetos legais para apoio às vítimas, conhecer instituições especializadas para referenciar as vítimas, e contar com a informação sobre o impacto da violência na saúde das mulheres.

Também num outro estudo de Natan e Rais (2010), verificou-se que apesar de os enfermeiros perceberem a importância de identificar as vítimas de VC e de prevenir a sua recorrência, no entanto a transposição destes seus conhecimentos para a prática clínica não se manifesta, ou seja, estes não implementam efetivamente práticas para o diagnóstico destas situações nem delineiam intervenções adequadas. Tal é justificado por determinadas barreiras identificadas pelos enfermeiros como a falta de habilidade, conhecimento e competências neste âmbito. Este estudo concluiu ainda, que embora estas barreiras conduzissem a práticas mais inseguras, e porque esses enfermeiros tinham uma atitude positiva perante a problemática, eles referiam também que, se no serviço houvesse protocolos, a probabilidade dos mesmos virem a inquirir e a identificar de forma adequada casos de VC seria maior.

Em consonância com o descrito, os serviços de saúde desempenham, um papel chave na consciencialização do seu pessoal para a VC e suas consequências, proporcionando formação adequada, criando um ambiente seguro que encoraje a revelação dos que se encontrem a ela sujeitos, desenvolvendo protocolos para

apoiar as mulheres, desenvolvendo bons sistemas de referência como parte de uma resposta pluri-institucional à VC (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2002).

4 - METODOLOGIA

Este estudo teve como objetivos identificar as práticas dos enfermeiros nos CSP perante mulheres vítimas de VC e descrever os fatores que influenciam essas mesmas práticas, e a finalidade de contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar neste âmbito, pois sendo a origem deste problema multifactorial, o desafio está na integração dos diversos fatores socioculturais no atendimento efetuado no setor da saúde a essas mesmas vítimas (Quemada e Prieto, 2004) e na sua avaliação familiar ecossistémica (Figueiredo, 2009).

A fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação (Fortin, 2009).

A metodologia pode então, ser definida como um conjunto de diretrizes que orientam a investigação científica. Segundo Quivy (1998) é o prolongamento natural da problemática e do modelo de análise, articulando de forma operacional os marcos, as pistas que serão finalmente retidas para orientar o trabalho de observação e análise. Por seu lado, o método de investigação segundo Hicks (2006) é considerado como sendo o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permitem alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros.

4.1 - Tipo de Estudo

Optou-se por um estudo do tipo quantitativo descritivo transversal, considerando que se pretende apenas descrever um fenómeno, e tem como objetivo colher dados relativos às práticas dos enfermeiros no momento do estudo. Os estudos descritivos têm como objetivos discriminar os fatores

determinantes ou conceitos que possam estar relacionados com o fenómeno em estudo e determinar a relação entre esses conceitos para melhor descrever o fenómeno (Fortin, 2009).

4.2 - População e Amostra

A população neste estudo foi constituída por todos os enfermeiros de família que trabalham num ACES do distrito do Porto.

Sendo a amostra definida por Vieira (1998) como o subconjunto não vazio e com menor número de elementos do que a população, a amostra correspondeu a quarenta enfermeiros do ACES selecionado.

Utilizou-se um tipo de amostragem não probabilística de conveniência, compreendendo como critérios de seleção a aceitação por parte dos enfermeiros de família de participar no estudo.

4.3 - Procedimentos para Recolha de Dados

Como instrumento de colheita de dados, construiu-se um questionário (Anexo I) que se divide em duas partes: uma primeira, na qual se recolheram dados caracterizadores da amostra (sexo, idade, grau académico, categoria profissional, tempo de exercício da profissão e tempo de trabalho a nível dos CSP e uma segunda parte, que apresenta como dimensão genérica o processo de enfermagem (Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação) aplicado no âmbito da VC, com dez questões abertas que versaram as seguintes áreas: papel que os enfermeiros consideram ter neste contexto, criação de um ambiente propício e de suporte para que a mulher fale acerca da sua experiência de violência, processo de diagnóstico, reconhecimento de sinais que possam ser indicativos de abuso, práticas dos enfermeiros aquando da revelação de vitimização de VC, documentação dos enfermeiros, processo de confidencialidade e de encaminhamento da situação, fatores de influência dos cuidados prestados no

âmbito da VC, e conhecimento acerca de aspetos legais/políticos/protocolos neste contexto.

Relativamente ao exposto é de referir que para a dimensão do Diagnóstico, o questionário de colheita de dados apresenta três questões orientadas para esta etapa do processo de enfermagem, enquanto para as restantes etapas, apenas existe uma questão para cada uma delas.

Foi realizado o pré-teste numa USF do concelho de Guimarães, dado possuir condições semelhantes à nossa população, como a implementação da metodologia organizacional do Enfermeiro de Família. Participaram um total de 6 sujeitos, e as questões mostraram-se percutíveis e pertinentes segundo a apreciação dos mesmos, não exigindo a sua reformulação.

4.4 - Considerações Éticas

Qualquer investigação detém questões éticas e morais Fortin (2009). Figueiredo, 2009, p. 47, de acordo com esta mesma autora, refere a existência de cinco direitos fundamentais para a consecução de qualquer estudo:

- *“Direito à autodeterminação que se refere à possibilidade da pessoa em decidir livremente sobre a sua participação;*
- *Direito à intimidade que se reporta à autonomia sobre a informação a partilhar;*
- *Direito ao anonimato e confidencialidade que salvaguarda o respeito pela identidade do sujeito;*
- *Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo relacionado com os constrangimentos físicos, psicológicos, sociais ou económicos que possam advir da participação no estudo;*
- *Direito a um tratamento justo e equitativo que confere aos participantes a oportunidade de serem informados sobre a natureza e a duração da investigação, assim como, o acesso à informação relativa à sua colaboração e ao desenvolvimento do estudo”.*

De forma a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação foi realizado o pedido formal ao Conselho de Administração de um ACES do distrito do Porto, para o desenvolvimento deste estudo. Todos os procedimentos foram realizados após a obtenção da autorização do Conselho de Administração da instituição supracitada e da respetiva Comissão de Ética (Anexo II).

Sobre a adequação dos princípios éticos e morais relativos à participação de pessoas em estudos de investigação, referenciados por Fortin (2009), visando a sua integração de forma voluntária e informada, os enfermeiros foram informados sobre o âmbito e a finalidade do estudo, do método e técnicas de pesquisa, além da duração prevista para a investigação e, ainda, informados da possibilidade de em qualquer etapa do processo poderem revogar a sua participação, caso aceitassem colaborar no estudo, garantindo-se o direito à autodeterminação, à intimidade, ao tratamento justo e equitativo e à proteção contra o desconforto e prejuízo assim como ao direito ao anonimato e confidencialidade dos dados.

4.5 - Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2004), é a inferência que permite a passagem da descrição e interpretação enquanto atribuição de sentido, às características do material, as quais foram levantadas, enumeradas e organizadas. Esta análise, segundo a mesma autora, enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta.

Na análise de conteúdo de acordo com o objetivo, foi definido a utilização de um procedimento exploratório partindo-se da evidência das propriedades das respostas dos participantes. A categorização foi essencialmente por via indutiva em que após a identificação e delimitação das UR organizamo-las em subcategorias e posteriormente em categorias que descrevessem o campo semântico das unidades, no contexto do referencial teórico (Anexo IV).

Assim, as categorias de análise foram definidas *à posteriori*, após o trabalho exploratório sobre o *corpus*, que no final nos permitiu fazer uma análise descritiva. São estas categorias que Bardin (2004) define como rubricas que, sob um título genérico, reúnem um grupo de elementos, as UR em função dos caracteres comuns dos elementos.

Selecionou-se como unidade de enumeração (UE) a frequência das unidades de registo (UR), possibilitando não só a análise das ligações entre o referencial teórico, as condições contextuais da produção do discurso e as manifestações semânticas, mas também a forma como as mesmas são valorizadas pela globalidade dos enfermeiros, considerando a sua frequência. As categorias

representam as dimensões gerais do processo de enfermagem (Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação), enquanto as subcategorias referem-se à percepção dos enfermeiros acerca dos dados e áreas de atenção relevantes em cada dimensão, tendo por base a sua prática de cuidados no âmbito da VC. No tratamento dos dados utilizou-se a estatística descritiva com recurso ao programa SPSS (versão 19.0), para determinar a informação caracterizadora da amostra, bem como, os índices de frequências das unidades de registo (UR), expressos em termos percentuais, relativos às questões abertas do questionário. Os resultados serão apresentados com o recurso a gráficos e tabelas.

5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1- Caracterização Da Amostra

Participaram neste estudo, quarenta enfermeiros de família que trabalham num ACES do distrito do Porto, sendo que nesse ACES existe um total de 97 enfermeiros de família. Desta amostra, a qual corresponde a uma percentagem de 41% da população alvo, 87% (35 elementos) são do sexo feminino e 13% (5 elementos) do sexo masculino.

Maioritariamente são casados (60%) o que corresponde a 24 elementos e 40% (16 elementos) são solteiros. Têm uma média de idades de 34 anos, e uma média de tempo de exercício profissional de 11 anos, sendo que a média de tempo de exercício profissional nos CSP é de 6 anos.

Verificou-se que 93% dos enfermeiros (37 elementos) são licenciados, 2% (1 elemento) bacharéis sendo que, 5% (2 elementos) possuem mestrado, 27% (11 elementos) tem um curso de pós -licenciatura e 15% (6 elementos) tem uma pós-graduação na área da saúde. Quanto à categoria profissional, todos se situam na categoria enfermeiro (100%), não existindo nenhum enfermeiro principal, contudo 10% (4 elementos) possuem uma especialidade, sendo que 2 elementos têm a especialidade de Enfermagem Comunitária, e dois a especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

5.2 - Resultados E Discussão

Tabela 1: Resultados relativos ao processo de enfermagem no âmbito da VC.

DIMENSÃO (Etapas do processo de enfermagem)	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UR (%)
DIAGNÓSTICO (Total de UR = 171)	Sinais sugestivos de VC (Total de UR = 67)	Sinais Físicos	32,8%
		Sinais psicológicos	44,8%
		Outros sinais	22,4%
	Identificação das necessidades decorrentes da VC (Total UR =104)	Físicas	22,1%
		Psíquicas	49%
		Sociais	2%
		Identificação dos recursos (familiares, pessoais e socioeconômicos)	16,3%
		Identificação de sinais sugestivos de recorrência da VC	3,8%
		Identificação do contexto da ocorrência	1%
		Identificação da reação da vítima ao episódio de VC	7,7%
PLANEAMENTO (Total de UR = 17)	Objetivos das intervenções (Total UR = 17)	Incentivar a revelação	5,9%
		Apoiar a vítima	52,9%
		Promover estratégias de coping	29,4%
		Identificar crenças/mitos	5,9%
		Elaborar planos de segurança	5,9%
IMPLEMENTAÇÃO (Total de UR = 39)	Intervenções de enfermagem (Total de UR = 39)	Escutar a utente	20,5%
		Assegurar confidencialidade	2,6%
		Informar sobre aspetos legais e recursos sociais	38,5%
		Follow-up de enfermagem	5,1%
		Encaminhar/Orientar para grupos de apoio ou para outros profissionais	33,3%
AVALIAÇÃO (Total de UR = 14)	Avaliação dos resultados das intervenções (Total de UR = 14)	Contacto regular com a vítima em consulta de enfermagem	42,9%
		Desenvolvimento de uma relação de confiança	21,4%
		Revelação da existência de violência conjugal	14,3%
		Vítima encaminhada	21,4%

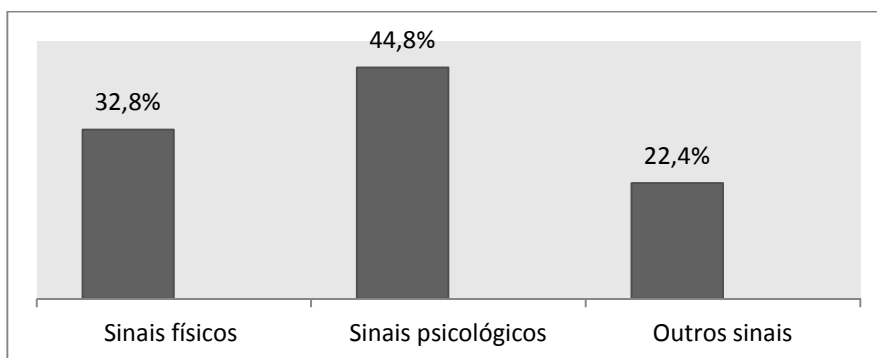
A análise do discurso dos enfermeiros expressa na tabela 1 permite constatar que no contexto das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros no âmbito da VC, integradas no processo de enfermagem, a dimensão do Diagnóstico aparece com o valor total mais elevado com 171 (UR), seguindo-se a Implementação com um total de 39 UR, o Planeamento com 17 UR e por último a Avaliação com 14 UR. Evidencia-se então maior número de UR na dimensão Diagnóstico, o que poderá estar relacionado com a maior exploração desta etapa, decorrente da especificidade dos instrumentos de colheita de dados usados. Ainda decorrente da análise desta mesma tabela, e tendo em conta as várias fases do processo de enfermagem, verifica-se que as práticas dos enfermeiros no âmbito da VC centram-se na identificação de sinais psicológicos, e sobretudo no comportamento da mulher abusada, na avaliação de recursos internos e externos da mesma. Assim como, numa prestação de cuidados baseada no apoio, no fornecimento de informação, no seguimento da vítima em consulta e no seu encaminhamento. Com o intuito de tornar mais clara a análise dos dados relativos ao processo de enfermagem, serão apresentados de forma mais pormenorizada no que se refere a cada dimensão: Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação, com a respetiva discussão.

Etapa de Diagnóstico

Esta dimensão define-se como o conjunto de dados obtidos pelos enfermeiros que permitem, após a sua interpretação, identificar as necessidades da mulher vítima potencial ou real de VC, e integra duas categorias distintas: Sinais sugestivos de VC e Identificação das necessidades decorrentes da VC, num total de 171 UR.

No que se refere à identificação de sinais sugestivos de VC, verifica-se a sua incidência predominantemente nos sinais psicológicos (44,8%) e físicos (32,8%), conforme o gráfico 1.

Gráfico 1 - Sinais sugestivos de VC: distribuição percentual das unidades de registo por subcategoria.



Verifica-se que das 67 UR dos sinais sugestivos de VC, 30 (44,8%) reportam-se aos sinais psicológicos com destaque para o sinal medo, "determinadas expressões como o medo" E1, "discurso amedrontado da vítima" E2, "o medo da verdade" E10, "sinais emocionais como o medo" E17, "expressa medo" E23. A ansiedade e a depressão são igualmente sinais psicológicos frequentes, "mostra-se ansiosa" E1, "ansiedade no discurso" E2, "problemas mentais como a ansiedade" E16, "vítima ansiosa" E23, "discurso depressivo" E2, "depressão" E17, "estado depressivo" E18, "mulher apresenta-se deprimida" E23. Também a angústia, a irritabilidade/agitação, a incoerência na descrição dos factos são referidos pelos enfermeiros, o que expressa o reconhecimento acerca do impacto dos aspetos psicológicos na saúde da mulher. As consequências psicológicas para as vítimas são igualmente descritas e valorizadas por diversos estudos tal como sugere Heise e Garcia-Moreno, (2002) e Lisboa (2005).

Segue-se a valorização da subcategoria dos sinais físicos para o estabelecimento de um diagnóstico de VC, com 22 UR, "presença de equimoses no corpo" E2, "indícios físicos" E3, "marcas corporais" E4, "sinais de violência física" E5, "algum tipo de lesão física" E9.

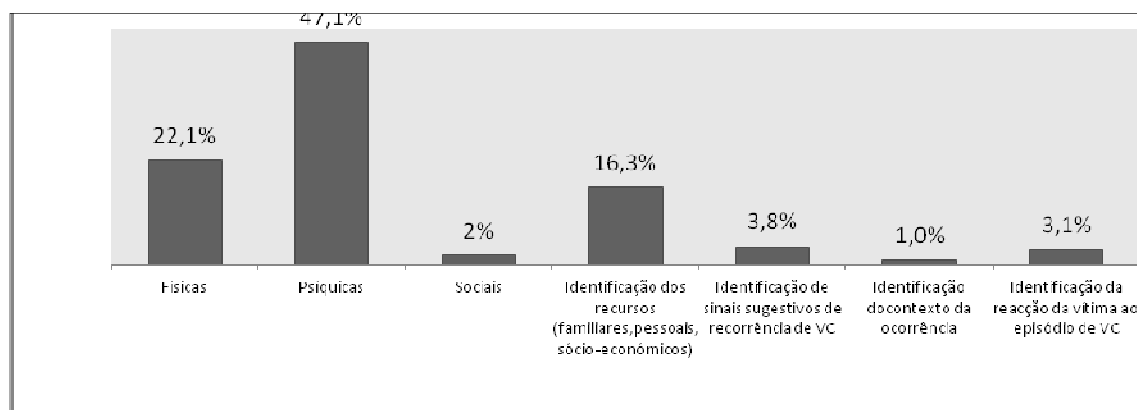
As "disfunções do sono" E16, e a "fadiga" E16, são sequelas de expressão física também mencionadas pelos enfermeiros, embora com menor representatividade, o que pode sugerir que os mesmos não estão tão despertos para valorizar estas sequelas que embora não deixem marcas visíveis, muitas vezes são consideradas pelas vítimas como as de mais difícil recuperação de acordo com Manita et al. (2009). Outros indícios físicos que poderiam ter sido referidos pelos enfermeiros são enumerados pelo mesmo autor, como por exemplo

dores abdominais, torácicas ou pélvicas crônicas, problemas de digestão, dores de cabeça e dores musculares não específicas, dores de costas e palpitações.

O fato da subcategoria dos sinais físicos ser a segunda mais referida, vem corroborar o fato de a violência física contra a mulheres ser uma das formas mais evidentes e com maior peso estatístico quer a nível nacional quer internacional. Também segundo a APAV (2009) nos estereótipos de gênero e no discurso acerca da violência, se manifesta uma forte associação entre a violência a e força física. Na identificação de sinais sugestivos de VC, além dos sinais referidos anteriormente, os enfermeiros descrevem ainda outros aspetos relacionados essencialmente com o poder exercido pelo cônjuge, como se verifica na subcategoria outros sinais com 15 UR (22,4%): “comunicação entre o casal através de ameaças” E5, “comportamento de submissão da mulher” E9, “marido ciumento” E13, “comportamento verbal entre o casal de intimidação” E14, “discurso violento do agressor” E19, “relação de domínio” E22, “ controle da vida pessoal” E25. Referem também o facto de a vítima recorrer aos serviços de saúde acompanhada pelo companheiro, “mulher sempre acompanhada nas consultas pelo marido” E21. Estas três subcategorias ao emergirem do discurso dos enfermeiros indicam-nos que estes diagnosticam potenciais casos de VC não só através dos sinais físicos presentes, mas sobretudo através da observação do comportamento da mulher abusada.

Estes tipos de indícios estão em consonância com Quemada e Prieto (2004) e Manita et al. (2009), na identificação/sinalização de um eventual caso de VC. No que se refere à categoria - identificação das necessidades decorrentes de uma situação de VC com um total de 104 UR, as representações dos enfermeiros dividem-se por sete subcategorias, conforme o gráfico 2.

Gráfico 2 - Identificação das necessidades decorrentes de uma situação de VC: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.



Verifica-se que estes valorizam sobretudo a subcategoria das necessidades psíquicas com 49 UR (47,1%) como alvo de cuidados, emergindo de igual forma, a relevância atribuída às alterações do foro psicológico.

Como necessidades psíquicas são enumeradas a vulnerabilidade da vítima através das seguintes expressões, “consumo de álcool” E1, “sentimento de desamparo” E3, “consumo de antidepressivos” E16, “presença de filhos” E18, “sente-se pressionada” E23, “vulnerabilidade” E26, assim como a ansiedade, “ansiedade” E4, “alterações psicológicas como a ansiedade” E12, “problemas como a ansiedade” E16, “ansiedade” E23, “transtornos pós-traumáticos” E12, “alterações mentais após situações de stress e conflitos conjugais” E25, a depressão, “estado de humor depressivo” E4, “alterações psíquicas como a depressão” E12. Também foram identificadas: os sentimentos de culpa como, “vítima culpabiliza-se pela situação” E4, “sente-se culpabilizada pelas situações de discordância” E23, o medo, “mulher com dificuldade em dormir e estar constantemente alerta” E4, “medo” E12, “medo de torturas sexuais” E25, a redução da autoestima, autoconceito negativo “diminuição da autoestima” E10, “tentativa de suicídio” E11, “clara baixa autoestima e autoimagem” E24, e a dependência emocional, “avaliar se a realização pessoal da mulher está centrada na relação conjugal” E12, “níveis de dependência emocional” E26, “crenças na mudança de comportamento do agressor” E28, “vítima passiva” E3, “dificuldade em romper com a relação” E24.

O fato dos enfermeiros enfatizarem as necessidades psicológicas enquanto alvo de cuidados, contradiz o estudo de Bispo et al. (2007), em que os enfermeiros

consideraram que as necessidades mais específicas do foro psicológico estão mais associadas à intervenção de outras áreas profissionais, nomeadamente a psicologia.

A subcategoria das necessidades físicas apresenta 23 UR (22,1%), valorizando os danos corporais e a gravidade dos mesmos, “violência física” E15, “problemas físicos” E16, “agressão física” E23, “agressões físicas e o número de lesões” E25, “lesões corporais” E29, “fraturas graves de costelas” E18, “fraturas maxilo-faciais extensas, lesões abdominais” E24, “presença de incapacidades físicas” E13. Outras necessidades identificadas integradas na subcategoria das necessidades físicas são as alterações do padrão de sono, “alterações das necessidades básicas como o sono...” E12, “problemas de sono” E23, e as disfunções sexuais, “alterações das necessidades básicas [...] padrão sexual” E12, “não desfrutar da relação sexual por estar com medo” E25, assim como as perturbações alimentares “alterações das necessidades básicas [...] padrão alimentar...” E12.

Nesta categoria verifica-se que, para a identificação das necessidades decorrentes de uma situação de VC, os danos corporais das mulheres são menos valorizados do que as alterações psíquicas das mesmas, não sendo este facto corroborado no estudo de Bispo et al., (2007) como já mencionado. Porém, convém salientar que o estudo deste autor decorreu no contexto de um serviço hospitalar de ginecologia em que o atendimento centra-se sobretudo nos abusos físicos e sexuais sofridos pelas vítimas.

A identificação de sinais sugestivos de recorrência de VC surge também como subcategoria com 4 UR (3,8%), “mulher refere -se insegura em casa” E11, “sentir-se refém do agressor” E22, “preocupação com os filhos” E24, “a vítima referir correr perigo” E30, assim como a subcategoria da identificação do contexto da ocorrência do episódio de violência apenas com 1 UR (1%), “meio social em que está inserida e fatores de risco como desemprego, alcoolismo, drogas, prostituição” E10.

Os enfermeiros baseiam-se de igual forma, na identificação dos recursos familiares, pessoais, socioeconómicos, apresentando esta subcategoria 17 UR (16,3%), “avaliar interações familiares” E2, “dependência económica do agressor” E16, “avaliar contexto familiar” E18, “que tipo de suporte tem a vítima” E30, “capacidade da mulher para ultrapassar as suas dificuldades e medos” E1, “avaliar a capacidade da utente para mudar a situação” E30, “pela forma de como a

vítima pede ajuda e sugere soluções” E13. A subcategoria da identificação da reação da vítima ao episódio de VC apresenta 8 UR (7,7%), “através da comunicação e postura da vítima” E1, “naturalização do episódio de violência” E2, “mulher apática” E13, “vítima preocupada em garantir a sua segurança” E16, “desânimo e apreensão” E21, “avaliar o que a vítima está disposta a fazer” E29, “tentativa de denúncia por parte da agredida” E31.

Tendo em conta o exposto, na subcategoria da identificação dos recursos familiares, pessoais e socioeconómicos, a família é identificada pelos enfermeiros como recurso para a vítima, apesar de a sua frequência ser apenas de 17 UR (16,3%), parece ainda ser importante para os enfermeiros avaliar as interações estabelecidas entre seus membros.

Desta forma salienta-se a importância referida pelos enfermeiros relativamente a alguns aspetos da avaliação familiar como as interações, o que parece estar em consonância com o enfoque da avaliação funcional, no que se reporta ao Processo Familiar integrado como área de atenção no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, e que é definido por Figueiredo (2012) como a área que diz respeito aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares. Esta avaliação baseia-se em duas dimensões do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva, a primeira diz respeito às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda centra-se nas interações entre os membros da família, permitindo identificar necessidades nestas áreas familiares.

A vulnerabilidade, o isolamento social e a dependência do agressor, e a passividade destas mulheres enquanto necessidades identificadas pelos enfermeiros, prendem-se com aspetos de saúde que induzem a menor valorização e autonomia da vítima, assim como com o possível consumo de álcool, abuso de substâncias e de sedativos por parte destas. Algumas destas necessidades identificadas são também enumeradas em estudos de Lisboa (2009) e Deslandes, (1998). Pelo que, os enfermeiros referem em maior número estas condutas sensíveis à sua intervenção, talvez por se considerarem no contexto de proximidade como gestores e organizadores de recursos pessoais possibilitando deste modo a potencialização das forças da vítima para a obtenção de ganhos em saúde, pois de acordo com a APAV (1999), as mulheres dotadas de recursos não só são mais capazes de pôr fim a uma relação violenta como conseguem encontrar meios que permitam acabar com as agressões.

Também em conformidade com Manita et al. (2009), os enfermeiros desta amostra parecem assumir que é importante a avaliação das forças e recursos internos e externos que as utentes têm, sendo estes necessários para ultrapassar as dificuldades e permitir ampliar os comportamentos que levam à solução do problema, ou seja, permitir a substituição de padrões disfuncionais por padrões de solução.

Os resultados salientam a predominância de práticas de identificação de necessidades enfermagem centradas no impacto psíquico que os maus tratos têm na vítima, nas lesões físicas e sua severidade, na identificação de recursos e na reação da vítima ao episódio de violência. Verifica-se ainda subjacente ao discurso dos enfermeiros, a noção de que a própria mulher vítima é que deve assumir a iniciativa de fazer a denúncia, e há uma conceção de pessoa como autónoma, auto-responsável e capaz de tomar suas decisões, sendo que esta autossuficiência é uma das primeiras competências que devem ser desenvolvidas pelas utentes segundo Ornelas e Moniz, (2007).

Também de acordo com Manita et al. (2009), estes aspetos devem ser considerados na avaliação do risco em que a vítima incorre, e consequentemente na avaliação das necessidades de cuidados que daí advêm, assim como, outros que são igualmente mencionados pelos respondentes muito embora apresentem uma percentagem baixa (1%), como o contexto em que ocorrem os maus tratos e os sinais sugestivos de recorrência do episódio de VC com apenas 3,8%.

Estes resultados vão ao encontro de uma prestação de cuidados baseada nos paradigmas da integração e da transformação em que se revela uma prática mais orientada para a pessoa centrando a sua ação em todas as suas dimensões considerando a sua globalidade integrada no seu contexto, em que a pessoa e o enfermeiro são parceiros num cuidado individualizado existindo a capacidade de negociar e abertura a um compromisso e apreço pela diversidade, tal como refere Kérrouac et al. (1996).

Verifica-se então, que estes enfermeiros debruçam também a sua prática sobre aspetos de subjetividade que favorecem a manifestação das causas das lesões físicas que cuidam, como possibilidade de violência, sendo disso exemplo, as alterações psíquicas, os sentimentos e as reações da vítima e seus recursos. Segundo Amendoeira (2000), assim deve ser o cuidar em enfermagem, um cuidado centrado na pessoa e nas suas necessidades, na medida em que considera o processo de interação no desenvolvimento da relação interpessoal

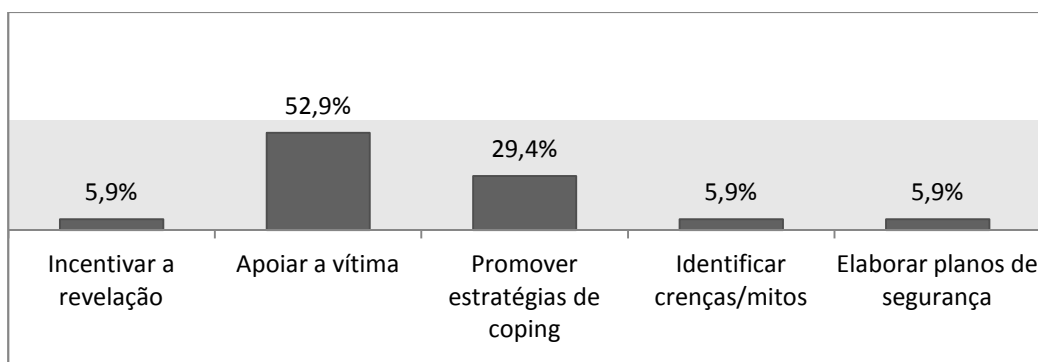
enfermeiro/cliente basilar para a compreensão da natureza humana, afastando-se do trabalho realizado por tarefa e do ato mecânico, e apresentando-se todo o processo de cuidados humanístico.

Etapa do Planeamento

A dimensão do Planeamento foi definida como sendo a etapa do processo de enfermagem em que se delineiam os objetivos e resultados a obter relativos aos cuidados prestados à mulher vítima de VC.

Nesta dimensão integrou-se a categoria objetivos das intervenções com um total de 17 UR.

Gráfico 3 - Objetivos das intervenções de enfermagem: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.



Verifica-se através da análise do gráfico 3, enquanto objetivos a delinear pelos enfermeiros, a predominância das subcategorias do apoiar a vítima com 52,9%, seguido do promover estratégias de coping com 29,4%.

Da análise dos dados resulta que o maior número de UR= 9 (52,9%) verifica-se na subcategoria apoiar a vítima, sendo exemplo de algumas delas: “acalmar e apoiar a vítima” E1, “recorrer ao apoio necessário quer seja institucional ou emocional” E4, “o apoio prestado” E6, “apoiar e tentar resolver alguns dos seus problemas” E10, “apoiar a pessoa afetada pela violência conjugal” E22, “melhorar a qualidade das relações interpessoais dando apoio à mulher” E25.

Segue-se a subcategoria do promover estratégias de coping com 5 (29,4%) das UR: “fornecer informações à utente para ajudar a solucionar a situação” E1, “ensinar a controlar a situação” E10, “dar orientação para que a utente crie as suas estratégias” E16, “informar para reduzir os efeitos negativos da situação” E25, “informar para que a utente reconheça o que está mal” E30.

As subcategorias incentivar a revelação, elaborar planos de segurança e a subcategoria identificar crenças/mitos representam 1 das UR (5,9%) respetivamente.

Verifica-se que nesta categoria a maior percentagem de respostas dos enfermeiros, se refere ao apoio à vítima (52,9%) como um objetivo a delinear, seguindo-se a importância do promover estratégias de coping durante o seu atendimento. Partindo destes princípios, o contexto em que se desenvolve o processo de apoio deve segundo os enfermeiros favorecer também na mulher o desenvolvimento de sentimentos de segurança. Outros objetivos poderiam ter sido evocados e que dizem respeito à estimulação da autonomia, da independência nas relações, da exploração de recursos, tal como referem Quemada e Prieto (2004), embora se constata que os enfermeiros, na categoria da identificação das necessidades em enfermagem decorrentes de uma situação de VC, já considerem alguns destes fenómenos, contudo, como foco do diagnóstico realizado.

Por outro lado, no que concerne à diminuta percentagem de UR da subcategoria incentivar a revelação, em concordância com o estudo de Natan e Rais (2010), esta pode-nos indicar que os enfermeiros consideram que as mulheres não gostam de ser questionadas acerca da situação de violência, ou que estes concebem a VC como um assunto do foro privado, ou até que os próprios não estão preparados quer a nível dos conhecimentos e competências para fazer este rastreio inicial por rotina, que leva à revelação da situação violenta e à posterior avaliação de risco.

No que se refere à elaboração de planos de segurança tal como na subcategoria anterior apenas 1 enfermeiro afirma que este objetivo é considerado na sua prática clínica, podendo associar-se este resultado talvez ao possível défice de conhecimentos nesta área. Contudo a elaboração de planos de segurança é consequência de avaliação prévia das necessidades que a vítima apresenta, pois faz efetivamente parte de uma estratégia de gestão do risco, que deve ser implementada depois de previamente identificados os recursos da vítima (familiares, pessoais e socioeconómicos), a sua reação ao episódio de VC e o

contexto da sua ocorrência. Desta forma, e verificando-se neste estudo que, para a categoria anterior da identificação das necessidades em enfermagem decorrentes de uma situação de VC, existe um total 104 UR, valor este consideravelmente superior ao mencionado para este objetivo que é de 1 UR, pode-nos levar a inferir que talvez haja aqui uma lacuna na implementação efetiva do processo de enfermagem neste âmbito, pois entre a primeira fase do Processo de Enfermagem - o diagnóstico - e a segunda fase - o planeamento das intervenções - os enfermeiros parecem demonstrar não estarem preparados para definir estratégias de intervenção.

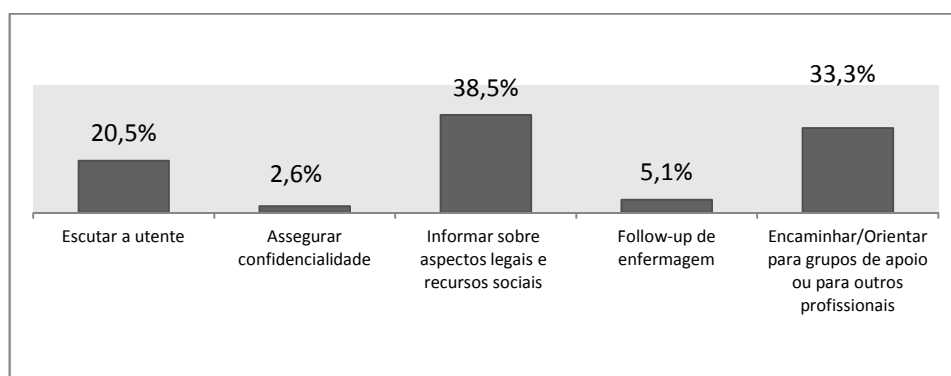
A definição de um plano de segurança pessoal constitui-se como um elemento crucial na ajuda à vítima de acordo com Manita et al. (2009), pois neste definem-se um conjunto de estratégias para a mulher se proteger e aumentar o seu grau de segurança. Relativamente ao objetivo identificar crenças/mitos verifica-se apenas a existência de 1UR. De acordo com Branco (2007) na relação entre a vítima e o enfermeiro estão presentes, de forma espontânea e inconsciente, crenças leigas, que todos os indivíduos transportam, e as crenças fundamentadas do saber científico do profissional, assim como as expectativas de uns e de outros. Tendo em conta este facto, esta prática de identificação de crenças/mitos também identificada por Neves (2005) quando não é realizada, ou é pouco valorizada como parece acontecer neste estudo pois apresenta uma percentagem de 5,9%, interfere na resposta adotada pelas vítimas quanto à denúncia do crime e até numa intervenção menos intensiva neste problema por parte dos enfermeiros. Numa perspectiva mais genérica, o facto de na dimensão do planeamento apenas se verificar um total de 17 UR, embora apresente uma única categoria de análise, comparativamente à dimensão do diagnóstico com um total de 171 UR, tendo esta última duas categorias de análise, poderá indicar que apesar dos enfermeiros participantes neste estudo perceberem a importância de identificar as vítimas e as suas necessidades para as ajudar a quebrar o ciclo de violência, e de prevenir a sua recorrência, parecem existir dificuldades na transposição destes conhecimentos para a prática clínica, ou seja, na transição do diagnóstico para as fases seguintes do processo de enfermagem.

Etapa da Implementação

Definiu-se esta dimensão como referente à etapa da execução do plano de cuidados de enfermagem previamente delineado no atendimento à mulher vítima de VC.

Tendo em conta as práticas dos enfermeiros relativas às intervenções executadas no âmbito da VC, verifica-se no gráfico 4 que as subcategorias mais referidas dizem respeito à intervenção do informar sobre aspetos legais e recursos sociais (38,5%) e ao encaminhar/orientar as vítimas para grupos de apoio ou para outros profissionais (33,3%).

Gráfico 4 - Intervenções de enfermagem no âmbito da VC: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.



No discurso dos enfermeiros para a categoria - intervenções de enfermagem, a subcategoria mais frequente, tal como já foi mencionado, é o informar sobre aspetos legais e recursos sociais com 15 UR (38,5%): “informar sobre a violência conjugal” E5, “munir a vítima de informação” E4, “assistir a pessoa na procura dos seus direitos” E13, “diálogo com a utente para a informar” E20, “empoderar a vítima no sentido de as elucidar sobre aspetos legais” E24, “referir quais os locais de apoio” E5, “elucidar acerca de serviços da comunidade” E16, “informá-la sobre ajuda especializada” E21, “informar sobre instituições” E24, “informar de todas as possibilidades institucionais” E30.

O facto de essa subcategoria apresentar um valor de 38,5%, é sugestivo de que os enfermeiros quando atendem mulheres submetidas a VC se preocupam que

as vítimas se familiarizem com os seus direitos, que sejam informadas e esclarecidas sobre os mesmos. Portanto estes desenvolvem de acordo com Ornelas e Moniz (2007) uma prática de empoderamento psicológico das vítimas, com a finalidade segundo a APAV (1999), de as ajudar nesta situação de crise a otimizar as potencialidades que têm, assim como introduzir mudanças nos seus estilos de vida ou situação social a fim de alcançar ganhos em saúde.

Por outro lado, parece de igual forma, que a sua intervenção centra-se na componente cognitiva e psíquica das vítimas, indo estes resultados ao encontro dos dados obtidos nas categorias sinais sugestivos de VC e na identificação das necessidades decorrentes da uma situação de VC, pois nestas, as subcategorias relativas aos sinais e sintomas psicológicos são também as mais enumeradas pelos enfermeiros para o estabelecimento do diagnóstico e das intervenções de enfermagem. É sugestivo de que vítima é entendida como o foco e razão de ser do processo de intervenção, e não se denota uma intervenção familiar sistémica em que a dinâmica relacional do casal possa também ser alvo atenção. Neste estudo parece verificar-se que, os enfermeiros realizam fundamentalmente ações que permitem indiretamente alcançar a autonomia da vítima, assim sendo, pode considerar-se que este é um dos principais objetivos deste processo de intervenção.

Tendo em consideração o exposto, o fato da atuação dos enfermeiros aparentar centrar-se mais nos domínios da capacitação cognitiva e no desenvolvimento de competências da vítima, poderão permitir uma vivência dos seus processos de mudança de forma saudável e mais autónoma. Este é um dado curioso uma vez que em categorias anteriores do nosso estudo parece haver condicionalismos das práticas destes enfermeiros relacionadas com a sua falta de conhecimentos e competências no âmbito da VC, logo seria de esperar que estes expressassem com menor frequência este tipo de intervenções, pois consequentemente ser-lhes-ia mais difícil intervir no foco do conhecimento como área de atenção dos seus cuidados.

Segue-se a subcategoria do encaminhar/orientar para grupos de apoio ou para outros profissionais a vítima, com 13 UR (33,3%), sendo esta a segunda intervenção com mais UR: “forneço contacto de instituições de apoio” E3, “aconselhar a recorrer à APAV” E4, “ orientar para uma instituição de apoio à vítima ou psicológico” E16, “encaminhar para a assistente social” E2, “comunico ao médico de família e assistente social” E3, “discutir a situação com o médico de família e psicóloga” E4, “encaminhar para a restante equipa de saúde familiar e

psicóloga” E6, “peço ajuda para a intervenção da assistente social e restante equipa multidisciplinar” E10.

Face a estes resultados, a intervenção dos enfermeiros parece estar organizada por forma a agregar as respostas por áreas, em que o seu funcionamento eficiente passa pela implementação de uma cadeia de intervenção ininterrupta nas ligações entre os vários profissionais, serviços e organismos, como por exemplo para o serviço social, a psicóloga, instituições de apoio à vítima. Este tipo de intervenção referente ao encaminhamento das vítimas poderá trazer alguns constrangimentos para a continuidade dos cuidados se esse encaminhamento não tiver como pressuposto o estabelecimento de uma efetiva parceria, principalmente no que diz respeito à confidencialidade e às trocas de informação, pois a intervenção poder-se-á constituir segmentada, com cada parceiro a lidar com o problema.

Neste contexto segundo a APAV (1999), para o atendimento global à mulher em situação de violência, é imprescindível que o trabalho deva ser exercido de forma cuidadosa e responsável, uma vez que é preciso romper com a relação assimétrica entre o profissional de saúde e a mulher. Portanto, os enfermeiros precisam de agir com sensibilidade e capacidade para detetar o problema permitindo um atendimento acolhedor, cuidando e/ou encaminhando para outras instituições, uma vez que é preciso evitar de acordo com a APAV (2009), que essas mulheres venham a sofrer mais um tipo de violência, que é a violência institucional, a qual poderá exacerbar a dor e o sofrimento a que foram expostas.

Apesar de a parceria ser um modelo recente segundo Ornelas e Moniz (2007), na intervenção em situações de VC a mesma não foi referida pelos enfermeiros como estratégia para lidar com este problema. No entanto, da análise do discurso dos enfermeiros, o acesso a outros serviços é interpretado como essencial na prestação de cuidados, pelo que, as parcerias são apresentadas como modelos promissores na prestação de cuidados, em que o enfermeiro de família, como epicentro dos CSP, deve ser indiscutivelmente o núcleo dessas mesmas parcerias com os recursos comunitários. Ainda de acordo com Ornelas e Moniz, (2007) no contexto de proximidade, é o profissional que interage com o sistema familiar, e conhece objetivamente com a avaliação adequada as necessidades das famílias, e a um nível macrossistémico os recursos que o sistema comunitário pode oferecer, mobilizando-o para obter os ganhos em saúde necessários. A mulher vítima de VC pode recorrer à família alargada para colmatar necessidades enraizando uma cultura de autorregulação dos comportamentos e de

responsabilização familiar pelo bem-estar. É nas famílias que as práticas de entreajuda se estruturam e se consolidam reforçando os laços de proximidade, porém os respondentes referem anteriormente com uma baixa percentagem (16,3%), na categoria da identificação das necessidades decorrentes de uma situação de VC, a família alargada como parceira informal de cuidados e provedora de recursos a estas mulheres.

Julga-se contudo, que no contexto do modelo em uso por estes enfermeiros na sua prática profissional (o enfermeiro de família), falta a formalização destas parcerias e talvez o (re) conhecimento dos próprios enfermeiros pelos parceiros, como o centro da intervenção nos CSP.

Também de acordo com Lavis et al. (2005), a intervenção do encaminhar as vítimas pode advir da hegemonia do modelo biomédico, a partir do qual os enfermeiros não se sentem capacitados ou autorizados a intervir numa problemática que entendem ser social, restringindo-se a valorizar os sintomas psíquicos e físicos das utentes como área da sua intervenção. Tal hegemonia não se verifica no nosso estudo, pois na dimensão do diagnóstico, planeamento e até na da intervenção os enfermeiros parecem prestar cuidados de forma abrangente e humanística. Provavelmente, a necessidade de encaminhar tais casos decorre do facto, de que foi apenas muito recentemente que os profissionais de saúde foram convocados a intervir num problema que até então era tido como pertencente à esfera criminal ou social.

Já as subcategorias escutar a utente, a realização de Follow-up de enfermagem e o assegurar a confidencialidade apresentam uma percentagem de 20,5%, 5,1% e de 2,6% respetivamente: “Escuta ativa” E2, “escuta ativa” E4, “saber se a pessoa está disposta a ser ajudada escutando-a” E10, “escutar a pessoa ” E21, “escutar a pessoa” E22, “Agendar uma consulta para o casal” E1, “acompanhamento após denúncia” E31, “estabelecer uma relação terapêutica e confidencial” E24.

Os sujeitos do nosso estudo, parecem ainda ter como preocupação assegurar que as mulheres definam, identifiquem e nomeiem as suas experiências escutando-as ativamente, logo a partir do exposto, entende-se que a escuta cuidadosa se dá numa relação do "ouvir" em que a proximidade lhes é muito importante, porque proporciona à vítima o desabrochar de seus desejos, medos, sentimentos, angústias e possibilidades. Parece estar em consonância com Manita et al. (2009), sendo que para esta autora a escuta ativa deve servir de fio condutor para que a vítima se perceba na situação de violência, e a partir daí,

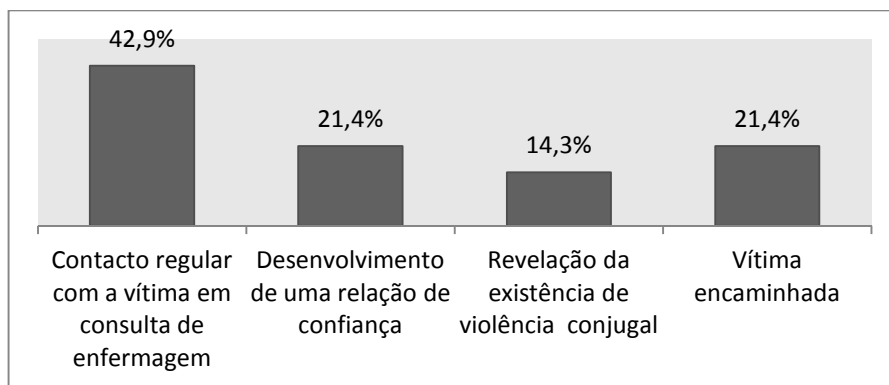
possa vir a fortalecer-se na sua autodeterminação para se posicionar perante os problemas.

Etapa da Avaliação

Esta dimensão definiu-se como a etapa da determinação dos resultados obtidos, ou seja a monitorização da eficácia das intervenções de enfermagem previamente implementadas.

Na categoria da avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem, verifica-se que a subcategoria do contacto regular com a vítima em consulta de enfermagem é a que apresenta maior percentagem de respostas (42,9%), seguindo-se com 21,4%, as subcategorias do desenvolvimento de uma relação de confiança e a da vítima encaminhada (gráfico 5).

Gráfico 5 - Avaliação dos resultados das intervenções: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.



Os enfermeiros referem avaliar os resultados das suas intervenções maioritariamente pelo contacto regular com a vítima em consulta de enfermagem apresentando esta subcategoria 6 UR (42,9%), “através de contactos posteriores” E5, “através da adesão das utentes à consulta” E6, “resultados avaliados ao longo do tempo” E10, “perceber como decorria a situação nos vários contactos estabelecidos com a vítima” E15, “numa próxima consulta questiono sobre a

situação” E21. Na subcategoria do desenvolvimento de uma relação de confiança e na da vítima encaminhada (3 UR = 21,4%), os resultados são avaliados da seguinte forma: “se a vítima se sente segura e acolhida” E14, “mulher mais colaborante na denúncia e segura em relação à situação” E22, “ através do comportamento de confiança e segurança que a mulher demonstra na consulta” E25; “encaminhada devidamente” E14, “encaminhamento eficaz” E24. A subcategoria revelação da existência de violência conjugal é também considerada para a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem com 2 UR (14,3%), “através do reconhecimento de que é necessário ajuda depois da agressão” E25, e “decisão da mulher em pedir ajuda” E30.

O fato da avaliação ser fundamentalmente realizada pelo contacto regular com a vítima em consulta de enfermagem, parece demonstrar que estão cientes de que este processo de avaliação é um processo interactivo e contínuo.

Contudo na dimensão da implementação do Processo de Enfermagem na categoria intervenções de enfermagem, a subcategoria do follow-up de enfermagem tem pouca expressão nas respostas dos enfermeiros (5,1%) contrariamente ao que se verifica nesta categoria. Parece existir uma incongruência na enunciação entre o modo como referem avaliar as suas intervenções e o que dizem efectivamente realizar na sua prestação de cuidados à vítima.

Apesar da especificidade da intervenção nesta área, os enfermeiros consideram também que a criação de um ambiente de confiança e de apoio incondicional são elementos indispensáveis para uma avaliação dos cuidados prestados junto das vítimas, pois talvez, só assim promovam a reconstrução da confiança da vítima em si e nos outros. Também de acordo com Manita et al. (2009), estabelecimento de uma relação de confiança é muito importante não só para a revelação por parte da mulher da existência de VC, como para o sucesso e seguimento da recuperação da mulher.

Contudo, no geral verifica-se nesta categoria que as estratégias de avaliação de resultados não refletem uma visão processual dos cuidados, pois não são referenciados os objetivos definidos face ao diagnóstico, como critério para avaliação da adequação das intervenções às mudanças propostas. Para além das categorias e subcategorias que anteriormente foram analisadas e que se enquadraram nas várias etapas do processo de enfermagem, foram ainda estabelecidas mais duas categorias de análise (tabela 2) e que dizem respeito à informação documentada e ao papel do enfermeiro no âmbito da VC, categorias

estas transversais ao processo de enfermagem e necessárias à tomada de decisão aquando da implementação do mesmo.

Tabela 2: Distribuição percentual das UR pelas categorias e subcategorias transversais ao Processo de Enfermagem.

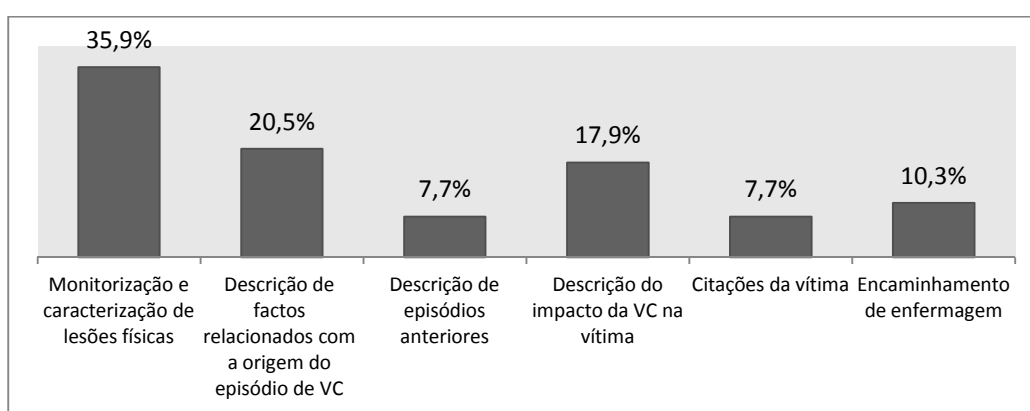
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UR (%)
Informação documentada (Total UR = 39)	Monitorização e caracterização das lesões físicas	35,9%
	Descrição de factos relacionados com a origem do episódio de VC	20,5%
	Descrição de episódios anteriores	7,7%
	Descrição do impacto da VC na vítima	17,9%
	Citações da vítima	7,7%
	Encaminhamento de enfermagem	10,3%
Papel do enfermeiro (Total UR = 53)	Apoiar	33,9%
	Valorizar a informação	7,5%
	Informar	7,5%
	Combater crenças	1,9%
	Promover a autonomia e autoestima	1,9%
	Avaliar o risco	1,9%
	Encaminhar	35,8%
	Apresentar Queixa - Crime	9,4%

Através da análise da tabela 2 verifica-se que no respeitante à informação documentada a subcategoria da monitorização e caracterização das lesões físicas é aquela que apresenta maior percentagem de respostas (35,9%), já no que concerne ao papel do enfermeiro neste âmbito da VC, o papel do encaminhar a vítima cuja percentagem é de 35,8% surge como sendo o mais referido pelos enfermeiros, seguido do apoiar com 33,9% de respostas.

Categoria transversal ao Processo de Enfermagem - Informação documentada

No gráfico 6 estão expressos os resultados referentes à categoria da informação documentada de acordo com o enumerado na tabela 2, seguindo-se a análise das práticas dos enfermeiros nesta área.

Gráfico 6 - Informação documentada: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.



No que se refere à categoria - informação documentada, os enfermeiros referem em maior número a subcategoria monitorização e caracterização das lesões físicas com 14 UR (35,9%), “as lesões corporais” E10, “lesões apresentadas” E11, “lesões provenientes da violência” E12, “presença de sinais físicos” E13, “lesões físicas” E14, “maus tratos físicos” E17, “tipos de maus tratos” E18, “exame físico das lesões ” E27, “frequência, duração do episódio e tipos de lesões” E4, segue-se a descrição dos factos relacionados com a origem do episódio de VC com 8 UR (20,5%), “o motivo da vítima recorrer ao Centro de Saúde” E3, “fatores precipitantes” E4, “motivos da violência” E5, “motivos para a violência” E16, “diagnostico os motivos de origem do episódio” E24. A subcategoria descrição do impacto da VC na vítima apresenta uma percentagem de (17,9%) de UR, “consequências dos maus tratos” E17, “ impacto das agressões” E22, “capacidade de cada mulher ser independente” E6, “problemas mentais e comportamentos de risco que advêm da situação” E16, “estado emocional da mulher” E18, “referir autoestima diminuída, ansiedade e medo da vítima ” E24, “ avaliação do estado

mental” E25. A subcategoria do encaminhamento de enfermagem por sua vez apresenta 4 UR (10,3%), “documento o encaminhamento” E3, “registo o encaminhamento” E10.

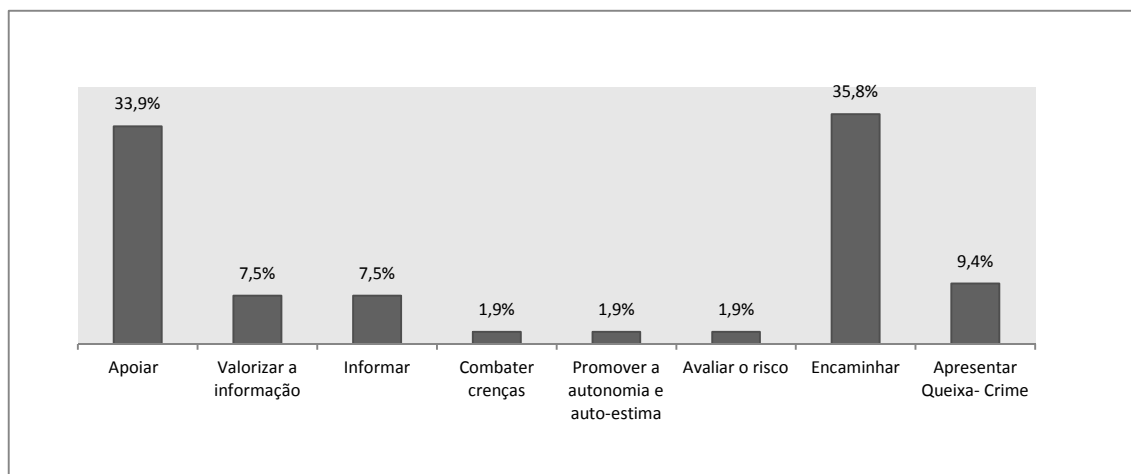
Por último, considerando a informação documentada pelos enfermeiros, surgem as subcategorias descrição de episódios anteriores, e a das citações da vítima com 3 UR (7,7%).

Nesta categoria da informação documentada, verifica-se que os enfermeiros na sua prática referem documentar mais as subcategorias associadas às questões físicas, tal como, já se vem a verificar nalgumas categorias anteriores do estudo, os dados obtidos parecem portanto sugerir que estes se baseiam nesta etapa, ainda no modelo biomédico da prestação de cuidados em consonância com Bispo et al., (2007). No entanto os sinais psicológicos que são os mais enumerados por estes enfermeiros aquando do estabelecimento do diagnóstico de VC e das necessidades a serem alvo de cuidados de enfermagem, aparecem nesta categoria, expressas na subcategoria descrição do impacto da VC na vítima apenas com 17,9% de UR, assim como o registo do encaminhamento efetuado que aqui apresenta 10,3% das UR, apesar de ser uma das intervenções com maior percentagem (33,3%) na categoria das intervenções de enfermagem. Parece que os enfermeiros neste estudo apresentam alguma dificuldade em documentar o que efetivamente referem ser as suas áreas de atenção prioritárias no âmbito da VC. O facto de ocorrer esta lacuna nos registos pode potenciar as consequências da violência sofrida por estas mulheres decorrente de um processo mais moroso que visa o abandono do agressor.

Categoria transversal ao Processo de Enfermagem - Papel do enfermeiro

No que diz respeito ao papel do enfermeiro no âmbito da VC conforme o gráfico 7, verifica-se que resultante do discurso dos enfermeiros o encaminhar a vítima é considerado o papel com maior relevância 19 UR (35,8%).

Gráfico 7 - Papel do Enfermeiro no âmbito da VC: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.



No que se refere à categoria do papel do enfermeiro com um total de 53 UR, neste âmbito, 19 UR (35,8%) dizem respeito à subcategoria do encaminhar, “encaminhar para uma equipa multidisciplinar” E6, “encaminhar para psicólogo ou assistente social” E7, segue-se a subcategoria do apoiar com 18 UR (33,9%), “apoiar a mulher” E2, “promover o apoio à utente” E3, “apoiar a mulher” E4, “(...)apoiar a utente” E10, “saber apoiar” E12, “dar apoio à vítima” E13, a subcategoria do apresentar queixa-crime, apresenta 5 UR (9,4%), “denunciar às entidades competentes” E21, “denunciar situação às autoridades competentes” E22, “denunciar caso à polícia” E23. Surgem com 4 UR (7,5%) as subcategorias do informar, “informar” E21, “empoderar as vítimas com conhecimentos” E24, “informar sobre instituições de apoio” E26, e a do valorizar a informação “escutar ativamente” E2, “estar atentos a sinais indiretos que nos levam a atuar” E3. As subcategorias do avaliar o risco, promover a autonomia e autoestima e o combater crenças apresentam uma percentagem de UR de 1,9%, “verificar na fase inicial o risco que a mulher corre” E1, “Combater crenças” E21.

Uma vez mais, o encaminhar enquanto papel dos enfermeiros aparece-nos com frequência de respostas elevada, ou seja (35,8%), o que pode indicar que os enfermeiros não se sentem capacitados para intervir nesta área, como já anteriormente foi referido.

O apresentar queixa-crime às autoridades parece ser um ponto pouco claro entre os respondentes, uma vez que apenas 9,4% das UR se referem a esta subcategoria, este facto poderá ter a ver com desconhecimento por parte dos

enfermeiros de que a VC é um crime público, ou com a noção que os mesmos podem ter de que a própria vítima é que deve tomar esta atitude. Tendo em conta de que é um crime público essa denúncia é obrigatória para as entidades públicas na qual se incluem os profissionais de saúde tal como refere o Artigo 152º do Código Penal Português - Lei nº 59/2007.

O papel dos enfermeiros de promover a autonomia e autoestima surge com uma percentagem de (1,9%), sugerindo nesta categoria que os enfermeiros não valorizam esta sua função de ajudar a vítima a atingir a sua máxima capacidade quer física quer psicológica. Este facto contraria os resultados obtidos na categoria intervenções de enfermagem, em que se verifica através da análise das UR, que as ações realizadas contribuem para a autonomia e autodeterminação da vítima, embora também não seja este um objetivo referido pelos enfermeiros na categoria dos objetivos das intervenções para as suas práticas neste âmbito.

O facto de os enfermeiros não valorizarem o empoderamento das vítimas pode indicar-nos que estes não refletiram efetivamente acerca do seu papel nesta área de forma a tomar consciência do mesmo, colocando talvez o ênfase para que a própria vítima assuma a iniciativa de mudar a situação em que se encontra, como se verifica na passagem “...capacidade de gestão de emoções e da capacidade de denunciar a situação por parte da vítima” E18. Daqui pode-se inferir a responsabilidade depositada sobre a vítima, vista como uma pessoa adulta a quem são apresentadas diversas opções e que deve decidir o que fazer. Essa baixa enumeração no âmbito da promoção da autonomia e da autoestima, pode também indicar a dificuldade, tal como refere Trindade e Teixeira (2000), que os profissionais de saúde têm na definição do seu papel, com o objetivo de promover na vítima o bem-estar, a autonomia e autoestima considerando-o de forma holística. Esta dificuldade encontrada pode comprometer a dimensão contextual e processual dos cuidados de enfermagem, neste problema da VC. Por outro lado, os enfermeiros referem a subcategoria do apoiar a vítima numa percentagem (33,9%).

Categorias dos Fatores que influenciam a prática de cuidados de enfermagem

Seguidamente apresentam-se na tabela 3 as categorias dos fatores que influenciam a prática de Cuidados de Enfermagem no âmbito da VC: os fatores

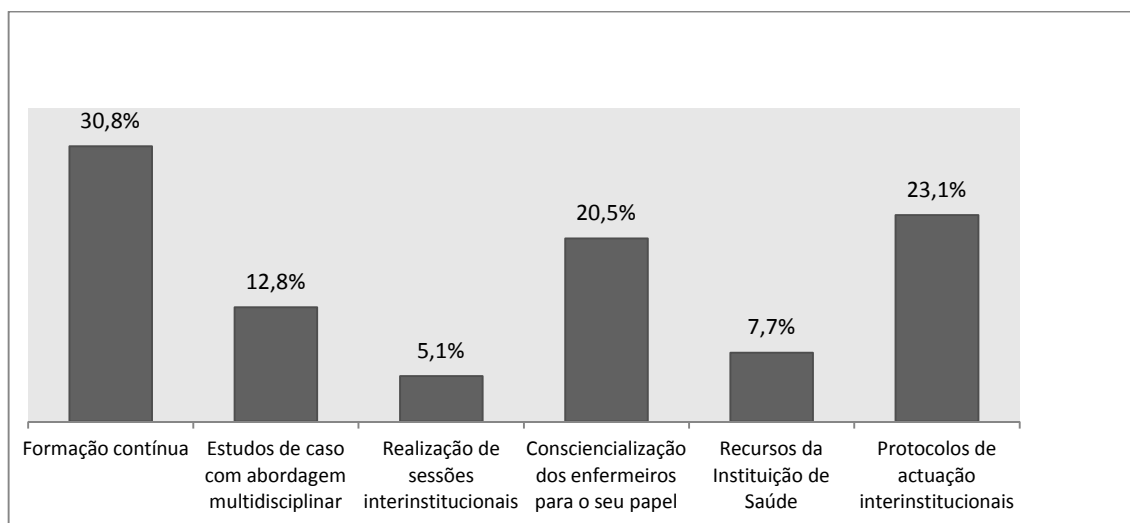
potenciadores dos cuidados de enfermagem e os conhecimentos sobre aspetos legais, políticas e protocolos.

Tabela 3: Distribuição percentual das UR pelas categorias e subcategorias dos fatores que influenciam a prática de Cuidados de Enfermagem no âmbito da VC.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FR
Fatores potenciadores da prática de cuidados de enfermagem (Total UR = 39)	Formação contínua	30,8%
	Estudos de caso com abordagem multidisciplinar	12,8%
	Realização de sessões interinstitucionais	5,1%
	Consciencialização dos enfermeiros para o seu papel	20,5%
	Recursos da Instituição de Saúde	7,7%
	Protocolos de atuação interinstitucionais	23,1%
Conhecimentos sobre aspetos legais, políticas e protocolos (Total UR = 17)	Plano Nacional Contra a Violência Doméstica	11,8%
	Queixa-Crime - crime de natureza pública	23,5%
	Recursos sociais	64,7%

Relativamente à categoria dos factores potenciadores dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros referem as subcategorias da formação contínua com 30,8% das respostas, a existência de protocolos de actuação interinstitucionais com uma percentagem de 23,1%, assim como, a consciencialização dos enfermeiros para o seu papel cuja percentagem é de 20,5%, como aqueles factores que concorrem para a melhoria das suas práticas na área da VC (gráfico 8) .

Gráfico 8 - Fatores potenciadores dos cuidados de enfermagem: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.



A formação contínua emerge como sendo a subcategoria que os enfermeiros mais enumeram (12 UR = 30,8%), “formação profissional” E6, “formação na área sobre procedimentos” E9, “formação nesta área” E12, “formação dos profissionais” E13, seguida da subcategoria protocolos de actuação interinstitucionais que apresenta 9 UR (23,1%), “protocolos orientadores” E1, “apoio institucional com a criação de protocolos” E6, “contextualização e recolha de dados através de protocolos” E11, “resposta das instituições com a criação de um manual de acolhimento da vítima” E9, “bons guiões de acolhimento” E12, “criação e aplicação de uma escala de avaliação do risco da mulher” E30. Já a subcategoria da consciencialização dos enfermeiros para o seu papel apresenta-se com 8 UR (20,5%), “os enfermeiros terem noção da importância do seu papel” E5, “o enfermeiro saber que é essencial para promover a denúncia da situação ” E15, “consciencialização dos profissionais para a necessidade de identificar estas situações” E31. Os enfermeiros também referem a realização de estudos de caso com abordagem multidisciplinar como factor potenciador da sua prática com 5 UR (12,8%), “trabalho em equipa multidisciplinar” E2, “melhor trabalho em equipa com sessões multidisciplinares na área” E13, “mais debates entre os vários profissionais” E23, “Palestras entre profissionais de saúde” E24. A realização de sessões interinstitucionais sobre casos de violência conjugal é outro factor referido com (5,1%) das UR, “visitas a instituições que abrigam as vítimas” E24, “sessões entre instituições e grupos de apoio” E26, assim como os recursos da instituição de

saúde com (7,7%), ou seja, com 3 UR, “aumentar o tempo das consultas de enfermagem” E3, “elaboração de panfletos informativos” E30.

O fato da formação contínua surgir como o fator potenciador dos cuidados de enfermagem mais enumerado, está em consonância com Natan e Rais (2010), que no seu estudo verificaram que os enfermeiros consideraram existir barreiras que condicionam as suas práticas como a falta de habilidade, conhecimento e competências em todo este processo, devido ao fato de não terem recebido formação e suficiente treino, cursos e outras atualizações sobre como lidar com a VC. Poder-se-á inferir que as condicionantes encontradas pelos sujeitos do estudo de Natan e Rais (2010) talvez possam também afetar estes enfermeiros na sua prática clínica.

Este contexto compromete assim a definição de objetivos claros para as intervenções de enfermagem e consequentemente toda a implementação do Processo de Enfermagem, ou seja toda a organização de conhecimentos, de tomada de decisões clínicas e de fornecimento de cuidados à vítima.

É sugestivo que os enfermeiros consideram necessário, a criação a nível institucional de ambientes mais favorecedores à prestação de cuidados às vítimas, nomeadamente no que diz respeito à forma como o trabalho se encontra organizado, por exemplo, o aumento do tempo das consultas de enfermagem.

Outros fatores a nível institucional que influenciam negativamente as práticas dos enfermeiros foram também referidos nos estudos de Lavis et al., (2005) e de Mendonza et al., (2005): a intensa carga de trabalho, o elevado número de utentes inscritos na lista de cada enfermeiro, a falta de tempo nas consultas, ausência de protocolos de deteção e seguimentos destas situações, saturação dos serviços de saúde. Dentro das barreiras pessoais destacam-se: desinteresse dos enfermeiros para identificar casos de VC, incómodo para tratar e identificar este tipo de problemas sociais. Por sua vez, e ainda nestes estudos a grande maioria dos enfermeiros assinalou a importância da necessidade de os capacitarem sobre esta problemática, nomeadamente de terem formação ao nível do que é a VC e suas estatísticas nacionais e regionais, conhecer as implicações psicológicas da VC, estar informado sobre os aspetos legais para apoio às vítimas, conhecer instituições especializadas para referenciar as vítimas, e contar com a informação sobre o impacto da VC na saúde das mulheres.

No nosso estudo a existência de articulação, de partilha de experiências ou até de informação com profissionais de outras especialidades é considerado pelos enfermeiros como um fator potenciador das suas práticas, como se pode verificar

através da emergência no discurso das subcategorias realização de estudos de caso com abordagem multidisciplinar e de sessões interinstitucionais.

No que se refere à valorização por parte dos enfermeiros da consciencialização para o seu papel neste âmbito, como fator potenciador das suas práticas, pode talvez ter a ver com o facto de estes reconhecerem não estarem despertos para a importância da sua intervenção, ou até devido à falta de conhecimentos especializados sobre como lidar com o problema, o que poderá levar a que recorram por isso aos conhecimentos oriundos do senso comum ou da comunicação social para fundamentarem a suas práticas, tendo como consequência uma prestação pouco adequada e sistemática de cuidados.

Neste sentido, para uma filosofia de consciencialização dos próprios enfermeiros é necessária a promoção de um empoderamento intrapessoal. Assim, esta consciencialização, mais do que a tomada de conhecimento é o reconhecimento da realidade como algo que pode ser alterado em benefício próprio, requerendo sobretudo a capacidade de análise crítica. Neste contexto, segundo Ornelas e Moniz (2007), o saber ao transformar-se adquirido nos processos de empoderamento intrapessoal (do enfermeiro) será promotor do empoderamento organizacional (ao nível dos comportamentos dos utentes, mas também da organização de trabalho, e dos intervenientes politico-organizacionais no processo), sendo assim, igualmente inevitável, o empoderamento interpessoal (das famílias e das equipas de prestação de cuidados).

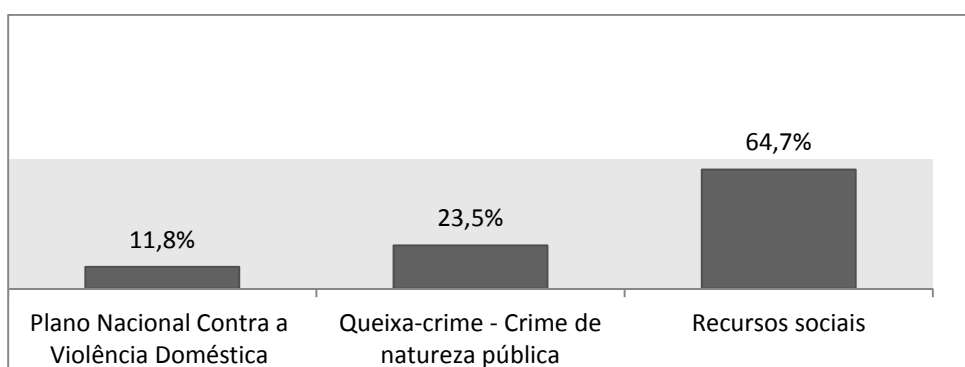
De acordo com Figueiredo (2012) sendo o enfermeiro de família, no contexto de proximidade, o profissional que interage com o sistema familiar e conhece objetivamente, com a avaliação adequada, as necessidades das famílias e a um nível macrossistémico os recursos que o sistema comunitário pode oferecer, mobilizando-o para obter os ganhos em saúde necessários, seria de esperar que os enfermeiros do nosso estudo por trabalharem num ACES em que o modelo organizacional é o do enfermeiro de família, estivessem mais despertos para a necessidade de considerar na sua prática o indivíduo inserido num sistema familiar num contexto ecossistémico, conhecendo os recursos da vítima assim como os recursos da instituição de saúde e os protocolos de atuação interinstitucionais, de modo a prestar cuidados adequados nesta situação de crise.

Contudo, e fazendo uma análise mais genérica do estudo, essa avaliação ecossistémica do indivíduo e as parcerias estabelecidas com a família, parecem não se realizar, devido talvez aos fatores que podem estar relacionados com a própria formação ou com os modelos de gestão a que os enfermeiros estão afetos,

pois de acordo com todos os fundamentos já apresentados, parece então existir um ciclo de obstáculos à sua efetivação, traduzido por um autorreconhecimento não efetivo dos próprios enfermeiros enquanto precursores das parcerias informais (família) ou até formais (rede comunitária), o que se parece repercutir numa intervenção pouco abrangente e num desconhecimento consequente do sistema familiar e comunitário nesta área problemática específica.

Por último no gráfico 9 descreve-se a categoria dos conhecimentos sobre aspetos legais, políticas e protocolos, e segundo o qual a subcategoria do conhecimento dos enfermeiros sobre os recursos sociais existentes é aquela que apresenta maior percentagem (64,7%).

Gráfico 9 - Conhecimentos sobre aspetos legais, políticas e protocolos: distribuição percentual das unidades de registo por subcategorias.



Na análise desta categoria, prosseguimos de acordo com a proposta analítica de Gomes (2005) segundo a qual, o processo de construção das molduras de ação integra uma dimensão cognitiva, constituindo o pano de fundo em que as “racionalidades do agir” são dotadas de significado justificando que se organize, racionalmente, os diversos fatores de passagem à ação. Também na perspectiva de Meleis (1991) o acto em enfermagem inclui as vivências significativas e não significativas de cada um, pois não é um gesto banal e repetitivo que se executa, antes é a sequência de um imperativo, e o resultado de uma experiência global onde se incluem as motivações, os ideais profissionais e as suas representações, e no saber enfermagem segundo Schon (1991), cruzam-se o modo de ser enfermeiro (área implicativa) e a visibilidade dos cuidados (área explicativa).

Tendo em conta estes pressupostos verifica-se que, na categoria conhecimentos sobre aspectos legais, políticas e protocolos, (64,7%) 11 das UR referem-se à subcategoria dos recursos sociais, “presença de instituições como a APAV” E2, “encaminhar para APAV” E4, “conheço os centros de apoio da APAV e a comissão para a igualdade de género” E6, “Resposta rápida e eficaz da APAV” E10, “Encaminhar para urgências hospitalares e para a APAV” E28, “Linhas de apoio à vítima, casas de abrigo para vítimas de violência” E31. Os enfermeiros referem também que conhecem o aspecto legal da VC através da subcategoria crime da natureza pública pois esta apresenta 4 das UR (23,5%), “o profissional que referencia irá prestar declarações a tribunal” E3, “violência conjugal é um crime de declaração obrigatória” E6, “denúncia” E21, por último a subcategoria plano nacional contra a violência doméstica apresenta 2 UR (11,8%), “existe um plano nacional contra a violência doméstica” E30 e E31. Ou seja, pode afirmar-se que mais de metade das respostas dos enfermeiros (64,7%) referem-se ao conhecimento sobre os recursos sociais de combate à VC, mais concretamente campanhas como as da APAV, talvez por serem mais publicitadas junto da população em geral. No que se refere ao conhecimento de planos estratégicos elaborados a nível governamental tais como o quarto Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica (2010), apenas 11,8% das UR expressas pelos enfermeiros se referem a esta subcategoria, também o conhecimento da natureza pública deste tipo de crime se revela algo insuficiente por parte dos enfermeiros como o demonstra a percentagem das UR desta subcategoria com apenas (23,5%).

Fazendo agora uma análise genérica das várias dimensões e categorias do estudo, no que se refere às intervenções de enfermagem no processo de passagem à ação, parece verificar-se uma menor capacidade dos enfermeiros de conceberem os seus cuidados no âmbito da VC, e assim passarem da etapa diagnóstica para o planeamento, implementação e avaliação das suas intervenções, tal facto parece ser indicado pela diminuição dos totais relativos aos índices das frequências das respostas ao longo destas dimensões em estudo. Estes resultados parecem sugerir alguma dificuldade na inter-relação das etapas do processo de enfermagem, considerando a sua característica de complexidade definida por Doenges e Moorhouse (2010). Para estes autores é também complexa a noção de cuidado profissional de enfermagem, pois implícitos e mesclados no seu desenvolvimento estão o conhecimento pessoal dos enfermeiros sobre as necessidades dos seres humanos quando se defrontam com alguma alteração no seu estado de saúde; o raciocínio lógico; o uso de novas e avançadas tecnologias,

introduzidas a cada dia na área da saúde; a empatia; a experiência, habilidade e autenticidade no relacionamento interpessoal; a perícia ou destreza manual no desempenho das ações de cuidado; o comportamento ético, a sensibilidade e a expressão de emoções tais como, compaixão e solidariedade humanas.

Para além da complexidade inerente ao próprio Processo de Enfermagem uma outra dificuldade parece emergir. Esta é relativa à provável escassa formação dos enfermeiros no âmbito académico acerca desta problemática, pois verifica-se que estes concluíram o curso há mais de uma década, sendo portanto a média de tempo de exercício profissional da amostra de 11 anos. O facto de que há uma década atrás havia pouca informação sobre a VC parece ser corroborado pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2002), que refere que nesse mesmo ano, só muito recentemente é que a VC estava a ser alvo de interesse no campo da saúde. Podem surgir também outras dificuldades que condicionem a atuação dos enfermeiros e que são descritas por Doenges e Moorhouse (2010), relativas à organização de seu processo de trabalho; às expectativas das instituições ou ambiente em que o cuidado profissional de enfermagem é realizado; outras, ainda, ao modo como a sociedade ou os gestores da saúde entendem a Enfermagem e o papel dos enfermeiros nesta problemática.

6- CONCLUSÕES

Para concluir proceder-se-á à sistematização dos resultados mais relevantes do estudo desenvolvido. Serão ainda referidas as limitações do estudo e descritas algumas sugestões para a continuidade da investigação neste âmbito, assim como as suas implicações para a prática de enfermagem.

A visibilidade crescente que a VC tem vindo a adquirir, tornando-se um grave problema de saúde pública, associada à redefinição dos papéis de género, e à construção de uma nova consciência social e de cidadania, bem como à afirmação dos direitos humanos, levaram os poderes públicos a definir políticas de combate a este fenómeno. A VC constitui-se como uma grave violação dos direitos humanos, com nefastas repercussões ao nível da saúde física e mental das vítimas, sendo dificultadora do pleno desempenho familiar, social e laboral.

É importante salientar que o aumento do conhecimento científico sobre o fenómeno social da VC, não tem correspondido a um aumento do conhecimento na área das respostas ao problema, nomeadamente na área da saúde, assim como sobre o tipo de apoio que é prestado às vítimas e sobre o modo como as instituições cooperam entre si na prestação de um cuidado integrado e abrangente.

Os cuidados de saúde primários (CSP), por definição, trabalham com uma perspectiva biopsicossocial e, deste modo, devem estar preparados para lidar com problemas que vão além da enfermidade orgânica, tal como a VC. Neste aspeto, os enfermeiros dos CSP são importantes atores para despiste e acompanhamento destes casos devido ao contacto direto com a vítima e com todos os membros da família, promovendo a globalidade, continuidade e a integralidade dos cuidados prestados, e a relação de confiança que estabelecem com as suas utentes.

Assim sendo, os enfermeiros implementando o processo de enfermagem, têm uma posição privilegiada para recolher informação para a identificação das necessidades em saúde da utente/família e para o estabelecimento de um diagnóstico, de forma lógica, científica e humana procedendo consequentemente, ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados.

Desta forma, através deste estudo que teve como objetivo identificar as práticas dos enfermeiros nos CSP perante mulheres vítimas de VC e descrever os fatores que influenciam essas mesmas práticas, conclui-se que os enfermeiros nas suas práticas, tendo em conta as fases do processo de enfermagem, identificam potenciais casos de VC não só através dos sinais físicos presentes, mas sobretudo através da observação do comportamento da mulher abusada.

Verifica-se que, contrariamente ao modelo biomédico, estes estabelecem o diagnóstico tendo em consideração aspetos de subjetividade que favorecem, a manifestação das causas das lesões físicas que cuidam, como possibilidade de violência, sendo disso exemplo, a avaliação das alterações psíquicas, os sentimentos e as reações da vítima e seus recursos. Consideram em maior número as consequências psicológicas como necessidades a serem alvo dos seus cuidados e verifica-se também que a maioria, no seu discurso refere o apoio à vítima como um objetivo a delinear.

Parecem também assumir que é importante a avaliação das forças e recursos internos e externos que as utentes têm, sendo estes necessários para ultrapassar as suas dificuldades e medos, nomeadamente a capacidade da mulher pedir ajuda e sugerir soluções, o apoio familiar, económico, e social que podem decorrer também da existência de instituições a nível comunitário. Outra competência da vítima que os enfermeiros promovem através de intervenções como o informar sobre aspetos legais e recursos sociais, e da implementação de objetivos que dizem respeito à promoção das estratégias de coping, é a autonomia.

A avaliação da vítima inserida num contexto familiar ecossistémico também se verifica, embora com pouca expressão no discurso dos enfermeiros, e não se denota uma intervenção familiar sistémica em que a dinâmica relacional do casal possa também ser alvo atenção.

A intervenção parece estar baseada no encaminhamento/ orientação das vítimas para outros profissionais ou grupos de apoio, sendo que, parece estar organizada por forma a agregar as respostas por áreas, em que o seu funcionamento eficiente passa pela implementação de uma cadeia de intervenção

ininterrupta nas ligações entre os vários profissionais, serviços e organismos, como por exemplo a assistente social, a psicóloga, instituições de apoio à vítima. O fato de os enfermeiros considerarem o encaminhamento da vítima como o seu papel fundamental, pode indicar que estes não se sentem capacitados para intervir sozinhos neste âmbito.

Contudo o estabelecimento de parcerias formais na intervenção em situações de VC não foi referida pelos enfermeiros como estratégia para lidar com este problema.

Também parecem considerar indispensável a criação de uma relação de confiança quer para o sucesso da prestação de cuidados como para a avaliação dos mesmos. A sua atuação parece dirigir-se mais para o domínio da capacitação cognitiva e para o desenvolvimento de competências da vítima, ou seja, parece verificar-se que estes promovem junto das mesmas, o reconhecimento, a criação e utilização de recursos às quais permitem a aumentar a eficácia e autonomia na forma como vivenciam os seus processos de mudança. Contudo, no geral verifica-se neste estudo que as estratégias de avaliação de resultados não refletem uma visão processual dos cuidados, pois parece não existir uma integridade referencial entre os objetivos estabelecidos face aos diagnósticos, impossibilitando uma adequada avaliação das intervenções neste âmbito. Verifica-se também, que os enfermeiros apresentam alguma dificuldade em documentar o que efetivamente dizem ser as suas áreas de intervenção prioritárias no âmbito da VC, pois referem documentar mais as sequelas físicas, dando pouca relevância ao registo das alterações psicológicas da vítima e ao encaminhamento efetuado da mesma.

Em síntese no processo de passagem à ação, parece verificar-se alguma dificuldade por parte dos enfermeiros na inter-relação das etapas do processo de enfermagem, e assim passarem da etapa diagnóstica para o planeamento, implementação e avaliação das suas intervenções. A origem dos fatores que influenciam a implementação sistemática e efetiva do processo de enfermagem nesta área poderá relacionar-se talvez com a formação académica dos enfermeiros que pode ser escassa neste âmbito da VC, podem associar-se ainda outras dificuldades que condicionem a sua atuação relativas à organização de seu processo de trabalho; às expectativas das instituições ou ambiente em que o cuidado profissional de enfermagem é realizado; outras, ainda, ao modo como a sociedade ou os gestores da saúde entendem a Enfermagem e o papel dos enfermeiros nesta problemática.

Os principais fatores potenciadores da prática clínica, identificados no discurso destes profissionais para o acompanhamento de situações de VC, foi a capacitação ou formação contínua e especializada e a consciencialização para o seu papel nesta área, assim como a existência de articulação, de partilha de experiências ou até de informação com profissionais de outras especialidades. Estes fatores são talvez considerados pelos enfermeiros devido ao facto de estes reconhecerem não estarem despertos para a importância da sua intervenção nesta área, ou até devido à falta de conhecimentos especializados sobre como lidar com o problema.

Relativamente aos conhecimentos sobre aspetos legais, políticas e protocolos estes referem sobretudo conhecer recursos sociais de combate à VC, também o conhecimento da natureza pública deste tipo de crime se revela algo insuficiente.

Os resultados deste estudo evidenciam a importância do desenvolvimento de estratégias para que o Serviço Nacional de Saúde responda de forma apropriada e eficaz à questão da VC. Estas passam por promover o aumento da consciencialização dos profissionais de saúde para esta temática através da formação, promover também uma cultura institucional de atendimento a estas utentes através do desenvolvimento de guiões de entrevista, de protocolos de intervenção e encaminhamento específicos, assegurar formas de resposta rápida e integrada com a colaboração de diferentes instituições, criando-se uma rede de parcerias informais (família) e formais (rede comunitária intersectorial) na área geográfica de intervenção da unidade de saúde em que a mulher é atendida. Informações epidemiológicas precisas poder-se-ão obter através desses guiões e protocolos o que permitirá encarar o problema a partir de uma linguagem comum ao setor da Saúde. Desta forma considera-se pertinente que se desenvolvam futuros estudos sobre esta temática de forma a virem a ser elaborados inquéritos ou protocolos de avaliação destes casos nos serviços de saúde. É também importante que esta temática seja inserida e/ou reforçada nos currículos académicos dos cursos de licenciatura em enfermagem e de pós-graduação da área de saúde, contemplando a dimensão da interdisciplinaridade, preparando os futuros profissionais de saúde para lidar com este problema. Julga-se que esta investigação contribuiu para uma melhor compreensão quer do fenómeno da VC por parte dos enfermeiros, como também auxiliou na perceção de como os cuidados de enfermagem estão a ser implementados e na forma de como podem ser melhorados.

No entanto, não se podem deixar de assinalar algumas limitações do estudo e sugestões para estudos futuros. Como limitação considera-se o facto de que durante a revisão de literatura se verificou existirem poucos estudos disponíveis que tenham como objetivo o estudo da intervenção de enfermagem nesta área da VC, o que dificultou a análise e discussão dos resultados.

Considera-se importante em estudos futuros, focar a análise nos cuidados sistémicos oferecidos pelos enfermeiros nos CSP às famílias com disfuncionalidades inerentes à ocorrência de VC. Do mesmo modo, é também importante estudar as práticas dos enfermeiros atuantes nas urgências hospitalares, visto ser neste espaço que a maioria das vítimas recorre para atendimento. Considera-se faltar também o desenvolvimento por parte dos enfermeiros de iniciativas de avaliação dos recursos existentes na área da VC a nível da sociedade em geral, e particularmente nas áreas geodemográficas de intervenção de cada instituição de saúde, bem como um maior conhecimento sobre as parcerias que poderão ser estabelecidas, nomeadamente com instituições e organizações governamentais ou não governamentais existentes. Por fim, reafirma-se a necessidade de os enfermeiros efetuarem o registo de situações de VC atendidas nos serviços de saúde, a fim que possam ser obtidos dados epidemiológicos que permitam um maior conhecimento da real dimensão do fenómeno e a forma como se manifesta nestas instituições.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J.C. - *Pratiques sociales et representations*. Paris: PUF, 1994. p. 251.

ALARCÃO, M. - *(Des) Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto

Editora, 2002.

AMÂNCIO, L. - *Masculino e Feminino: A Construção Social da Diferença*. Edições Afrontamento: Porto, 1998.

AMENDOEIRA, J. - O Cuidado de Enfermagem. Que sentido (s)? In: Costa, M [et al.] *-Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 2000.

AMNISTIA INTERNACIONAL - *Mulheres (In)visíveis: relatório da campanha acabar com a violência sobre as mulheres*. Portugal: Amnistia Internacional, 2006.

ANDERSEN, M. - *Thinking about women: Sociological perspectives on sex and gender*. New York: Macmillan Publishing, 1997.

ANDERSON, K. L. - Theorizing gender in intimate partner violence research. *Sex Roles*. Vol. 52 (2005), p. 853-865.

ANTUNES, M. - Violência e vítimas em contexto doméstico. In GONÇALVES, Rui A.; MACHADO, Carla. - *Violência e Vítimas de Crimes: Vol. 1 - Adultos*. Coimbra: Quarteto Ed, 2002.

ARCHER, J. - Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. Vol. 126 (2000), p. 651-680.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA - *Manual Alcipe: para o atendimento de mulheres vítimas de violência*. Lisboa, 1999.

BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BENNER, P. - *De Iniciado a Perito*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2005.

BISPO, T. F. [et al.] - Violência Conjugal: desafio para os profissionais de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*. Volume 21, nº 1 (Janeiro-Abril 2007), p.11-18.

BRANCO, M. - *Violência Conjugal Contra A Mulher. Histórias Vividas e Narradas no Feminino*. Lisboa: Universidade Aberta, 2007. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

BROWN, S. - *Understanding youth and crime: Listening to youth?*. Buckingham: Open University Press, 1998.

CAMPBELL, J. - *Sanctions and sanctuary: Wife battering within cultural contexts*. 1999. In COUNTS, D.; BROWN, J.; CAMPBELL, J. - *To have and to hit. Cultural perspectives on wife beating*. Urbana: University of Illinois Press, 1999. p. 261-285.

CAMPOS, C. H.; CARVALHO, S. - Violência Doméstica e Juizados Especiais Criminais: crítica a partir do feminismo e do garantismo. *Revista Estudos Feministas*, Vol. 14 (2006), p. 409-422.

COLLIÈRE, M. F. - *Promover a Vida*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COMISSÃO PARA A IGUALDADE E PARA OS DIREITOS DAS MULHERES - *Igualdade de Género*. Lisboa: CIDM, 2002.

COOK, J. S.; FONTAINE, K. L. - *Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Ed. McGraw-Hill, 1990.

COSTA, C. C. - *Representações sociais da violência conjugal. Famílias: Olhares interdisciplinares*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 1998. Dissertação de Mestrado em Ciências sociais.

DAHLBERG, L.; KRUGG, E. - *Violence: A global public health problem*. In KRUG, E. [et al.] - *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 1-22.

DE WELDE, K. - Getting physical: Subverting gender through self-defence. *Journal of Contemporary Ethnography*. Vol. 32 (2003), p. 247-278.

DEAUX, K. - From individual differences to social categories: Analysis of a decade's research on gender. *American Psychologist*. Vol. 39 (1984), p. 105-116.

DESAI, S.; SALTZMAN, L. E. - *Measurement issues for violence against women*. In RENZETTI, C.; EDLESON, J. - *Sourcebook on violence against women*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2001. p. 35-52.

DESLANDES, S. F. - O atendimento as vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas?. *Ciência e Saúde Colectiva*. Vol. 4, nº 1 (1999), p.81-94.

DINIZ, N. F. [et al.] - *Mulheres com lesões corporais por violência doméstica*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, Curitiba, 2001 - *Anais 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Curitiba: ABEN, 2001.

DOBASH, R. E.; DOBASH, R. P. - *Violent men and violent contexts*. In DOBASH, R. E.; DOBASH, R. P. - *Rethinking violence against women*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998. p. 141-168.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. - *Aplicação do processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um texto interactivo para o Raciocínio Diagnóstico*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2010.

DONAHUE, M. P. - *História de la Enfermeria*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1988.

ELLSBERG, M. C.; HEISE, L. - *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*. Washington, DC: World Health Organization, 2005.

ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión Contra la Violencia de Género Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud - *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Madrid: CISNS, 2006.

FAGOT, B. [et al.] - Differential reactions to assertive and communicative acts of toddler boys and girls. *Child Development*. Vol.56 (1985), p.1499-1505.

FERNANDES, F. P - *A Mulher Vítima de Violência Conjugal*. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Medicina, 2002. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental.

FIGUEIREDO, M. S. - *Representação social da doença e do seu efeito nas práticas familiares*. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2003. Dissertação de Mestrado de Psicologia Social.

FIGUEIREDO, M. S. - *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

FIGUEIREDO, M. S. - *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência, 2012.

FISCHER, G. N. - *A Dinâmica social: violência, poder, mudança*. Lisboa: Planeta Editora, 1992.

FLAX, J. - *Pós-modernismo e relações de género na teoria feminista*. In: HOLLANDA, H. B. (Org.) - *Pós-modernidade e política*. Rio de Janeiro: Rocco, 1991.

FORTIN, M. F. - *O processo de investigação*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8383-10-7.

GELLES, R. J.; STRAUS, M. A. - *Intimate violence: the causes and consequences of abuse in the American family*. New York: Touchstone, 1998.

GOMES, D. - *Representações dos enfermeiros sobre as práticas de enfermagem*. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 1995. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação.

HAGEMANN-WHITE, C.; KATENBRINK, J.; RABE, H. - *Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe Member-States: Combating Violence against Women*. Strasbourg: Council of Europe, 2006.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. - *Violence by intimate partners. In* Krug, E. [et. al] - *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 87-122.

HICKS, C. M. - *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: Concepção de Projectos de Aplicação e Análise*. 3ª Edição. Loures: Lusociência, 2006.

HONORE, Bernard - *Former à l'hôpital*. Toulouse: Sciences de l'homme, Privât, 1984.

JOHNSON, M. P. - Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*. Vol. 57 (1995), p. 283-295.

KÉROUAC, S. [et al.] - *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson, 1996.

KURZ, D. - *Physical assaults by husbands: A major social problem. In* GELLES, R. J.; LOSEKE, D. R. - *Current controversies on family violence*. Newbury Park, CA: Sage, 1993. p. 88-103.

LAVIS, V. [et al.] - Domestic Violence and Health Care: Opening Pandora's Box: Challenges and Dilemmas. *Feminism and Psychology*. ISSN 441-460. (15 Abr. 2005).

LISBOA, M. S. - *Igualdade e desigualdade: Género, económica e cidadania - Uma abordagem sociocibernética (sessão em português)*. In: ISA WORLD CONGRESS OF SOCIOLOGY, 16, Durban, 2006 - XVIth ISA World Congress of Sociology. Durban: Research Committee 51 on Sociocybernetics, 2006.

LISBOA, M. S. [et al]. - *Violência e Género: Inquérito Nacional sobre Violência exercida contra as Mulheres e Homens*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, 2009.

LOURENÇO, N; LISBOA, M; PAIS, E. - *Violência Contra as Mulheres: Cadernos da Condição Feminina, nº 48*. Lisboa: CIDM, 1997.

MANITA, C. [et. al] - *Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde: Guia para o atendimento a vítimas de violência doméstica/conjugal*. Porto: CIDM/FPCEUP, 2009.

MARRINER, A. - *Modelos Y Teorias de Enfermería*. Barcelona: Ediciones ROL, 1989.

MATOS, M. - *Violência Conjugal*. In GONÇALVES, Rui A.; MACHADO, Carla. - *Violência e Vítimas de Crimes: Vol. 1 - Adultos*. Coimbra: Quarteto Ed, 2002.

MATOS, M. - *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Braga: Universidade do Minho, 2006. Dissertação de Doutoramento.

MELEIS, A. I. - *Theoretical Nursing: development and progress*. 2ª ed. Philadelphia: J B. Lippincott Company, 1991.

MENDONZA FLORES, M. [et. al] - Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatología y Reproducción Humana*. Vol. 20, nº 4, (Outubro-Dezembro 2005), p. 69-79.

MESSERSCHMIDT, J. - *Crime as structured action: Gender, race, class, and crime in the making*. Thousand Oaks: Sage, 1997.

MILLER, J.; WHITE, N. A. - Gender and adolescent relationship violence: A contextual examination. *Criminology*. Vol. 41 (2003), p.1207-1248.

MINAYO, M. S. - The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 11, nº 2 (2006), p. 375-383.

MINUCHIN, S. - *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Resolução do Conselho de Ministros, nº 157/2005, de 12 de Outubro (Diário da República nº 196, I Série B) - *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: 2006.

MOFFIT, T. E. [et. al] - Partner abuse and general crime: how are they the same? How are they different?. *Criminology*. Vol. 38 (2000) p.199-232.

MONTEIRO, F. J. - *Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes*. Lisboa: Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2005.

MOTA, R. S. - *Retratos de mulher: Construções sociais e representações visuais do feminino*. Porto: Campo das Letras, 2005.

NATAN, B. M.; RAIS, I. - Knowledge and attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and Their Effect on the Identification of Battered Women. *Journal of Trauma Nursing*. Vol. 17, nº 2 (Abril-Junho 2010), p.112-117.

NOGUEIRA, C. - *Um novo olhar sobre as relações sociais de género: Feminismo e perspectivas críticas na psicologia social*. Braga: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.

NUNES, L. - *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

OGDEN, J. - *Psicologia da saúde*. 2.^a Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *A cada Família o seu enfermeiro*. Lisboa: edições Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Relatório Mundial de saúde: Cuidados de saúde Primários - Agora Mais Que Nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe Munich Declaration: nurses and midwives a force for health*. Copenhagen: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Les soins infirmiers en action: Renforcer les soins infirmiers et l'obstétrique à l'appui de la Santé pour tous*. Copenhagen: J.Salvage, 1993.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - *Declaração para a Eliminação da Violência contra as Mulheres*. Genebra: Assembleia Geral, 1994.

ORNELAS, J.; MONIZ, M. - Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*. Ano XXV, nº1 (2007), p. 153-158.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - *Gabinete das Nações Unidas de Viena Centro para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários: Estratégias de combate à violência doméstica*. Lisboa: DGS, 2003.

PORTUGAL, Presidência Do Conselho De Ministros, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género - *III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2007-2010*. Lisboa: CIDM, 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. *Programa Operacional de Saúde - Saúde XXI*. Lisboa, 2000.

QUEMADA, C.; PRIETO, P. - *La Violência Contra Las Mujeres Prevención y detección: Como promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidárias e gozosas*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, 2004.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. - *Objectivos e procedimento da investigação científica: Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1998.

RAMOS, N - *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.

RIBEIRO, J. L. - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. p.133.

RISMAN, B. - *Gender vertigo: American families in transition*. London: Yale University Press, 1998.

SCHON, D.- *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.1991.

SCOTT, J. - *Género: uma categoria útil para os estudos históricos?*. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1990.

SILVA, L. F - *Entre marido e mulher alguém meta a colher*. Celorico de Basto: À Bolina Editores Livreiros Lda, 1995.

SKEVINGTONG, S.; BAKER, D. - *The social identity of women*. Londres: Sage, 1989.

STRAUS, M. A. - *The controversy over domestic violence by women: A methodology, theory, and sociology of science analysis*. In: ARRIAGA, X. B.; OSKAMP, S. - *Violence intimate relationships*. London: Sage Publications, 1999. p. 17-43.

SKINNER, T.; HESTER, M.; MALOS, H. - *Methodology, feminism and genderviolence*. In SKINNER, T.; HESTER, M.; MALOS, H. - *Researching gender violence: Feminist methodology in action*. Cullompton: Willan Publishing, 2005. p. 1-22.

TANNER, C - Reflections on the curriculum revolution. *Journal of Nursing Education*. vol 7 (1999), p.29.295-299.

TOTTEN, M. - Girlfriend abuse as a form of masculinity construction among violent, marginal male youth. *Men and Masculinities*. Vol. 6 (2003), p.70-92.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. C. - *Psicologia em cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Ed, 2000.

TUESTA, A. Á. - *Género e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. Dissertação de Mestrado em Ciências.

UNITED KINGDOM. Department of Health - *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*, 2005.

USHER ; BRYAN, I. - *La educación de adultos como teoria, práctica y investigación, el triangulo cautivo*. Madrid: Morata, 1992.

VIEIRA, S. - *Introdução à Bioestatística*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

WALKER, L. - *Battered women*. New York: Harper y Row Publishers, 1979.

WEST, C.; ZIMMERMAN, D. H. - Doing gender. *Gender and Society*. Vol. 1 (1987), p. 125-151.

YLLO, K. - *Through a feminist lens: Gender, power, and violence*. In: GELLES, R.; LOSEKE, D. L. - *Current controversies on family violence*. Newbury Park: Sage, 1993. p. 47-62.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA - *Estatísticas totais nacionais*. [Em linha]. 2009. [Consult. 05 Dez. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.apav.pt/portal/pdf/estatisticas_apav_2009sumula.pdf>.

AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer - *Violência de Género e os Discursos Circulantes nos Cuidados de Saúde primários*. Tese de Doutoramento. [em linha] 2008. [Consult. 24 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8506>>.

BIBLIOTECA ESEP - *Norma para a elaboração e apresentação de dissertações e relatórios*. Portal de Escola Superior de Enfermagem do Porto. [em linha]. Porto. [Consult. 20 Julho 2012] Disponível na WWW: <URL:http://portal.esenf.pt/www/pk_menus.v_menu?sessionid=&cmenu=32313>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lisboa - *Reflexões - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. [Em linha]. 2001. [consult. 11 Mar. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lisboa - REPE - *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* [Em linha]. 2010. [consult. 05 Junho 2011]. Disponível em WWW:
<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Lisboa - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. [em linha]. 2010. [consult. 16 Julho 2012]. Disponível em WWW:
<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS- Lisboa - *Modelo de Avaliação e Intervenção familiar - Uma Abordagem Colaborativa Em Enfermagem de Família* [Em Linha]. 2011. [consult. 07 Junho 2012]. Disponível em WWW:
<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/colégios/Documents/ReferencialSaúdeFamiliar_MCEEC.pdf>

ANEXOS

Anexo I

Questionário

“Violência Conjugal no género feminino: práticas dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários.”

Folha de Rosto

Sara Carminda Araújo Lino a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende investigar a seguinte temática “Violência Conjugal no género feminino: práticas dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários”.

O estudo tem como finalidade contribuir para uma melhoria dos Cuidados de Enfermagem prestados a mulheres vítimas de violência conjugal, e como objetivos:

- Identificar as práticas dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários face à violência conjugal no género feminino.
- Descrever os fatores que influenciam as práticas dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários em relação a situações de violência conjugal no género feminino.

Serão salvaguardados os princípios éticos e deontológicos inerentes à investigação, designadamente, o anonimato, privacidade e a confidencialidade da informação obtida.

Agradeço, desde já, toda a colaboração e disponibilidade

E-mail: sara.c.lino@hotmail.com

Telemóvel: 918802138

A preencher pelo investigador:

Código

--	--	--

Questionário

Parte I

Assinale com uma cruz (X) no quadrado correspondente à sua resposta.

1. Sexo:

Feminino	
Masculino	

2. Idade: _____

3. Estado Civil:

Solteiro	
Casado	
Divorciado	
Viúvo	

4. Grau académico:

Bacharelato em Enfermagem	
Licenciatura em Enfermagem	
Mestrado	
Doutoramento	

5. Habilitações profissionais:

Curso de Pós - Licenciatura

Sim	Não

Se respondeu sim, diga qual? _____

Curso de Pós - Graduação:

Sim	Não

Se respondeu sim, diga qual? _____

6. Categoria profissional:

Enfermeiro	
Enfº. Principal	

Especialista segundo a anterior carreira de enfermagem

☐

7. Tempo de exercício profissional? _____

8. Tempo de exercício profissional nos Cuidados de Saúde Primários?

Os enfermeiros na prestação de cuidados de saúde têm a oportunidade de identificar mulheres vítimas de violência conjugal e de tomar medidas para que estas possam procurar ajuda e apoio. Tendo em consideração as suas práticas neste âmbito, responda às perguntas da forma mais completa, espontânea e objetiva que consiga.

Parte II

1. Como é que identifica uma situação de violência conjugal, de forma a tomar a decisão que o leva a recolher dados no contexto da consulta de enfermagem?
2. Que dados colhe para identificar necessidades específicas que decorrem da situação de violência conjugal?
3. De que forma avalia o risco físico e psicológico em que a mulher vítima de violência conjugal incorre?
4. Em situações em que já foi possível identificar a ocorrência de violência conjugal, habitualmente que intervenções implementa?
5. Na maioria dos casos quando identificada a situação de violência conjugal, quais foram os objetivos que delineou para as intervenções que desenvolveu?
6. De que forma avalia os resultados das suas intervenções neste âmbito?
7. Habitualmente qual a informação que documenta?
8. Qual considera ser o papel do enfermeiro na resposta a situações de violência conjugal?
9. Quais os fatores que considera potenciadores de uma melhoria das práticas dos cuidados de enfermagem neste contexto?
10. Conhece as políticas/orientações oficiais a nível nacional ou a nível da sua instituição acerca desta temática da violência conjugal? Se sim refira algumas ou dê exemplos.

Anexo II

Pedido de autorização à instituição

Porto, 15 de Dezembro de 2010

Exº Senhor

Presidente/Diretor

Eu, Sara Carminda Araújo Lino a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretendo investigar a seguinte temática “Violência Conjugal no género feminino: práticas dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários”, no âmbito da minha dissertação de mestrado.

O estudo tem como finalidade e objetivos:

Finalidade: a dissertação visa promover e contribuir para uma melhoria dos Cuidados de Enfermagem prestados a mulheres vítimas de violência conjugal.

Objetivos:

- Identificar as práticas dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários face à violência conjugal.
- Descrever os fatores que influenciam as práticas dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários em relação a situações de violência conjugal.

Para a sua concretização, solicito autorização para recolher dados nas várias unidades de ACES, relativos a todos os enfermeiros família, através de um questionário, cujo exemplar se junta em anexo.

Serão salvaguardados os princípios éticos e deontológicos inerentes à investigação, designadamente, o anonimato, privacidade e a confidencialidade da informação obtida, estando os resultados do estudo disponíveis na Escola Superior de Enfermagem do Porto a partir do próximo mês de Agosto de 2011.

Agradeço, desde já, toda a colaboração e disponibilidade dispensada a este pedido, com os melhores cumprimentos.

A requerente:

Anexo III

Autorização da Instituição para a
realização do estudo

FW: PEDIDO DE RECOLHA DE DADOS

[Voltar a mensagens](#) |  

 Carlos Aurélio [Adicionar aos contactos](#)

Para sara.c.lino@hotmail.com

27-05-2011   

[Responder](#) ▾

 Os anexos, imagens e hiperligações nesta mensagem foram bloqueados para sua segurança.
[Mostrar conteúdo](#) | [Mostrar sempre conteúdo de Carlos.Aurelio@uism.min-saude.pt](#)

Exma. Senhora

SARA CARMINDA ARAÚJO LINO

Serve o presente para comunicar a V. Exa., que o seu pedido para recolha de dados, para realizar um estudo de investigação intitulado "**Violência Conjugal: prática dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários**", foi autorizado em reunião de Conselho de Administração de 24 de Maio de 2011, após parecer favorável da Comissão de Ética, desde que o mesmo seja dirigido à violência conjugal em ambos os géneros ou então corrigir o título, mencionando-se que o estudo visa só o género feminino.

Com os meus melhores cumprimentos



Carlos Aurélio
SECRETARIADO CONSELHO ADMINISTRAÇÃO
Telefone - 22 3391659
carlos.aurelio@uism.min-saude.pt

Anexo IV

Tabelas da análise de conteúdo

Dimensão - Diagnóstico (Total de UR =171)

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	UR	%
Sinais sugestivos de VC (Total de UR = 67)	Sinais físicos	E2"presença de equimoses no corpo", E3"indícios físicos", E4"marcas corporais", E5 "sinais de violência física", E9"algum tipo de lesão física", E10 "violência física", E11"lesões físicas", E12"lesões físicas suspeitas", E13"sinais de lesões físicas", E14"lesões físicas suspeitas", E16"sintomatologia física como lesões", E17"lesões físicas", E18"sinais de maus tratos físicos", E23"fracturas sem razão aparente, hematomas", E25"lesões físicas observadas", E26"exame a lesões físicas", E27"exame físico para despiste de lesões", E28"marcas físicas", E29 "sinais visíveis de traumatismo", E30 "dano físico" E16 "fadiga, cefaleias" E16 "disfunções do sono".	22	32,8%
	Sinais psicológicos	E22 "diferenças no comportamento quando a consulta é apenas de um dos elementos, a mulher, ou quando é com o casal" E2 "discurso incoerente da vítima", E10 "a mentira sobre a situação apresentada", E30 "dano físico duvidosamente explicado pela utente" E1 "determinadas expressões como o medo", E2 "discurso amedrontado da vítima, E10 "o medo da verdade", E17 "sinais emocionais como o medo", E23 "expressa medo", E29 "utente pode reagir com medo", E30 "a utente refere sentir-se com medo" E1 "mostra-se ansiosa", E2 "ansiedade no discurso", E3 "nervosismo da mulher", E16 "problemas mentais como a ansiedade", E17"alterações emocionais como a ansiedade", E23 "vítima ansiosa" E2 "discurso depressivo", E16 "problemas mentais como a depressão", E17 "depressão", E18 "estado depressivo", E23 "mulher apresenta-se deprimida", E25 "sinais de depressão" E2 "vítima refere situações que a angustiam", E16 "mostra-se angustiada", E17 "sinais emocionais de angústia" E25 "tentativa de suicídio" E1 "incapaz de gerir emoções", E17 "através de sinais emocionais como a choro fácil" E17 "dificuldade em tomar a iniciativa de descrever a situação de violência e sentir-se impotente".	30	44,8%
	Outros comportamentos da vítima	E21 "mulher sempre acompanha nas consultas pelo marido" E5 "comunicação entre o casal através de ameaças", E9 "comportamento de submissão da mulher", E13 "marido ciumento", E14,"comportamento verbal entre o casal de intimidação" E19 "discurso violento do agressor", E21 "Quando não querem a consulta juntos", E22 "relação de domínio", E25 "controle da vida pessoal", E29 "utente pode reagir com medo quando se fala no companheiro", E30 "mulher sente-se humilhada" E1 "refere que discutem muito", E2 "a mulher faz constantemente concessões a favor do agressor", E4 "utente refere insegurança em casa", E30 "a mulher refere que é culpabilizada por coisas que correm mal na relação".	15	22,4 %

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	UR	%
Identificação das necessidades de enfermagem decorrentes da VC (Total UR = 104)	Físicas	E14 “que tipo de violência física sofreu”, E15 “violência física”, E16 “problemas físicos”, E23 “agressão física”, E24 “o tipo de violência física exercida”, E25 “agressões físicas e o número de lesões”, E29 “lesões corporais”, E30 “qual o tipo de violência física ocorre” E12 “alterações das necessidades básicas como o sono...”, E23 “problemas de sono” E12 “alterações das necessidades básicas [...] padrão alimentar...”, E12 “alterações das necessidades básicas [...] padrão sexual”, E25 “não desfrutar da relação sexual por estar com medo”, E10 “lesões corporais”, E11 “lesões físicas”, E13 “pesquisa de sinais físicos”, E15 “queimaduras e fraturas”, E17 “danos físicos”, E18 “maus tratos físicos e psicológicos”, E24 “provas físicas”, E18 “fraturas graves de costelas”, E24 “fraturas maxilo-faciais extensas, lesões abdominais”, E13 “presença de incapacidades físicas”.	23	22,1%
	Psíquicas	E4 “ansiedade”, E12 “alterações psicológicas como a ansiedade”, E16 “problemas como a ansiedade”, E23 “ansiedade”, E25 “avaliação a nível psicológico de estados de ansiedade”, E29 “a pessoa lida de forma ansiosa com a situação” E4 “mulher com dificuldade em dormir e estar constantemente alerta” E12 “medo”, E25 “medo de torturas sexuais” E4 “vítima culpabiliza-se pela situação”, E23 “sente-se culpabilizada pelas situações de discordância”, E24 “visão de culpa na origem da situação de agressão”, E25 “a utente sente-se responsável pela situação de agressão” E4 “baixa autoestima”, E12 “diminuição da autoestima”, E14 “menor cuidado pessoal”, E16 “aparência descuidada” E4 “sentimento de inutilidade”, E12 “menor autoconfiança”, E14 “vítima pode sentir-se desqualificada”, E16 “falta de confiança” E1 “consumo de álcool”, E3 “sentimento de desamparo”, E16 “consumo de antidepressivos”, E18 “presença de filhos”, E23 “sente-se pressionada”, E26 “vulnerabilidade”, E28 “dependência de substâncias nocivas”, E1 “sentimento de vazio”, E12 “avaliar se a realização pessoal da mulher está centrada na relação conjugal”, E26 “níveis de dependência emocional”, E28 “crenças na mudança de comportamento do agressor” E3 “vítima passiva”, E24 “dificuldade em romper com a relação”, E26 “atitude aparente de passividade”, E28 “mulher apresenta-se com passividade”, E31 “silêncio”, E23 “evitar situações de discordância com o cônjuge” E4 “estado de humor depressivo”, E12 “alterações psíquicas como a depressão”, E16 “problemas mentais tais como a depressão” E12 “transtornos pós-traumáticos”, E25 “alterações mentais após situações de stress e conflitos conjugais”, E10 “diminuição da autoestima”, E11 “tentativa de suicídio”, E15 “alterações psicológicas”, E18 “consequências psicológicas no futuro”, E24 “clara baixa autoestima e autoimagem”, E25 “alterações comportamentais”. E30 “avaliar sentimentos de humilhação, (...) solidão”, E22 “vítima acaba por se afastar dos outros”.	51	49%

Dimensão - Diagnóstico (Total de UR = 171)

Categoria	subcategorias	Unidades de Registro	UR	%
Identificação das necessidades de enfermagem decorrentes da VC (Total UR = 104)	Identificação de recursos (familiares, pessoais e socioeconômicos)	E2 “avaliar interações familiares”, E14 “falta de apoio familiar”, E16, “dependência econômica do agressor”, E18 “avaliar contexto familiar”, E22 “violência associada a dependência financeira”, E23 “não recorre a ajuda exterior”, E30 “tentar perceber se a vítima tem apoio familiar”, E30 “que tipo de suporte tem a vítima”, E1 “capacidade da mulher para ultrapassar as suas dificuldades e medos”, E30 “avaliar a capacidade da utente para mudar a situação” E10 “vítima pede ajuda para sair de casa”, E11 “momento em que a mulher verbaliza a ocorrência”, E13 “pela forma de como a vítima pede ajuda e sugere soluções”, E15 “mulher diz pretender a separação”, E18 “vontade de afastamento do agressor”, E24 “recusa da mulher em voltar para casa”, E17 “avaliação da situação econômica e número de filhos”.	17	16,3%
	Identificação de sinais sugestivos de recorrência da VC	E11 “mulher refere -se insegura em casa”, E22 “sentir-se refém do agressor”, E24 “preocupação com os filhos”, E30 “a vítima referir correr perigo”.	4	3,8%
	Identificação do contexto da ocorrência	E10 “meio social em que está inserida e fatores de risco como desemprego, alcoolismo, drogas, prostituição”.	1	0,96%
	Identificação da reação da vítima ao episódio de VC	E1 “através da comunicação e postura da vítima”, E2 “naturalização do episódio de violência”, E13 “mulher apática”, E16 “vítima preocupada em garantir a sua segurança”, E21 “desânimo e apreensão”, E22 “vítima demonstrar-se ansiosa”, E29 “avaliar o que a vítima está disposta a fazer”, E31 “tentativa de denúncia por parte da agredida”.	8	7,7%

Dimensão - Planeamento (Total de UR = 17)

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	UR	%
Objetivos das intervenções (Total UR = 17)	Incentivar a revelação	E19 “ facilitar a confirmação da situação de violência”	1	5,9%
	Apoiar a vítima	E1 “acalmar e apoiar a vítima”, E3 “ Escutar a utente”, E4 “recorrer ao apoio necessário quer seja institucional ou emocional”, E6 “o apoio prestado”, E10 “ouvir, apoiar e tentar resolver alguns dos seus problemas”, E21 “tentar minimizar o seu sofrimento”, E22 “apoiar a pessoa afetada pela violência conjugal”, E24 “aumentar a autoestima da vítima”, E25 “ melhorar a qualidade das relações interpessoais dando apoio à mulher”.	9	52,9%
	Promover estratégias de coping	E1 “fornecer informações à utente para ajudar a solucionar a situação”, E10 “ensinar a controlar a situação”, E16 “dar orientação para que a utente crie as suas estratégias”, E25 “informar para reduzir os efeitos negativos da situação”, E30 “informar para que a utente reconheça o que está mal”.	5	29,4%
	Identificar crenças/mitos	E5 “verificar se existem crenças erradas sobre a situação”.	1	5,9%
	Elaborar planos de segurança	E1 “preparar com a mulher as reações a ter aquando de um episódio de violência”.	1	5,9%

Dimensão - Implementação (Total de UR = 39)

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	UR	%
Intervenções de enfermagem (Total UR = 39)	Escutar a utente	E2 “Escuta ativa”, E4 “escuta ativa”, E10 “saber se a pessoa está disposta a ser ajudada escutando-a”, E21 “escutar a pessoa”, E22 “escutar a pessoa”, E24 “escutar ativamente”, E25 “Escutar”, E30 “ouvir a vítima”.	8	20,5%
	Assegurar confidencialidade	E24 “estabelecer uma relação terapêutica e confidencial”.	1	2,6%
	Informar sobre aspetos legais e recursos sociais	E5 “informar sobre a violência conjugal”, E4 “munir a vítima de informação, E13 “assistir a pessoa na procura dos seus direitos”, E16 “dialogar com a utente e dar-lhe informação para satisfazer as suas necessidades”, E20 “diálogo com a utente para a informar”, E22 “promover o conhecimento sobre o assunto da violência conjugal”, E24 “empoderar a vítima no sentido de as elucidar sobre aspetos legais”, E25 “informar sobre os seus direitos”, E30 “informo a vítima dos meios a que pode recorrer” E5 “referir quais os locais de apoio”, E13 “pedir ajuda a instituições de apoio”, E16 “Elucidar acerca de serviços da comunidade”, E21 “informá-la sobre ajuda especializada”, E24 “informar sobre instituições”, E30 “informar de todas as possibilidades institucionais”.	15	38,5%
	Follow-up de enfermagem	E1 “Agendar uma consulta para o casal”, E31 “acompanhamento após denúncia”.	2	5,1%
	Encaminhar/ Orientar para grupos de apoio ou para outros profissionais	E3 “Fornecer contacto de instituições de apoio”, E4 “aconselhar a recorrer à APAV”, E16 “Orientar para uma instituição de apoio à vítima ou psicológico” E2 “Encaminhar para a assistente social”, E3 “comunico ao médico de família e assistente social”, E4 “discutir a situação com o médico de família e psicóloga”, E6 “encaminhar para a restante equipa de saúde familiar e psicóloga”, E10 “peço ajuda para a intervenção da assistente social e restante equipa multidisciplinar”, E13 “Orientar a vítima para outros técnicos”, E16 “orientar para psicólogo”, E17 “informo a assistente social e faço o encaminhamento devido”, E24 “referenciar para outros profissionais”, E25 “orientar para serviços de saúde”.	13	33,3%

Dimensão - Avaliação (Total das UR = 14)

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	UR	%
Avaliação dos resultados das intervenções (Total UR = 14)	Contacto regular com a vítima em consulta de enfermagem	E5 “através de contactos posteriores”, E6 “através da adesão das utentes à consulta”, E10 “resultados avaliados ao longo do tempo”, E15 “perceber como decorria a situação nos vários contactos estabelecidos com a vítima”, E21 “Numa próxima consulta questiono sobre a situação”, E22 “questiono a pessoa numa próxima consulta”.	6	42,9%
	Desenvolvimento de uma relação de confiança	E14 “se a vítima se sente segura e acolhida”, E22 “mulher mais colaborante na denúncia e segura em relação à situação”, E25 “através do comportamento de confiança e segurança que a mulher demonstra na consulta”.	3	21,4%
	Revelação da existência de violência conjugal	E25 “através do reconhecimento de que é necessário ajuda depois da agressão”, E30 “decisão da mulher em pedir ajuda”.	2	14,3%
	Vítima encaminhada	E14 “encaminhada devidamente”, E24 “encaminhamento eficaz”, E30 “a mulher utiliza meios e recursos sugeridos”.	3	21,4%

Categorias transversais ao Processo de Enfermagem

Categoria	Sucategorias	Unidades de registo	UR	%
Informação documentada (Total UR = 39)	Monitorização e caracterização de lesões das lesões físicas	E5 “ocorrência e a periodicidade dos maus tratos”, E10 “as lesões corporais”, E11 “lesões apresentadas”, E12 “lesões provenientes da violência”, E13 “presença de sinais físicos”, E14 “lesões físicas”, E16 “problemas físicos”, E17 “maus tratos físicos”, E18 “tipos de maus tratos”, E24 “lesões evidenciadas”, E25 “informação sobre lesões”, E27 “exame físico das lesões”, E4 “frequência, duração do episódio e tipos de lesões”, E5 “lesões presentes”.	14	35,9%
	Descrição dos factos relacionados com a origem do episódio de VC	E3 “o motivo da vítima recorrer ao Centro de Saúde”, E4 “fatores precipitantes”, E5 “motivos da violência”, E10 “presença de alcoolismo e consumo de droga”, E14 “uso de álcool, drogas por parte da vítima e do agressor”, E16 “motivos para a violência”, E24 “diagnostico os motivos de origem do episódio” E25 “avaliação dos fatores iniciais que levaram à violência”.	8	20,5%
	Descrição de episódios anteriores	E12 “registos anteriores de lesões”, E14 “antecedentes de agressão”, E21 “lesões anteriores”.	3	7,7%
	Descrição do impacto da VC na vítima	E17 “consequências dos maus tratos”, E22 “impacto das agressões”, E6 “capacidade de cada mulher ser independente”, E16 “problemas mentais e comportamentos de risco que advêm da situação”, E18 “estado emocional da mulher”, E24 “referir autoestima diminuída, ansiedade e medo da vítima”, E25 “avaliação do estado mental”.	7	17,9%
	Citações da vítima	E1 “o que a vítima refere”, E11 “tudo o que for relatado pela mulher”, E27 “o que a utente verbaliza”.	3	7,7%
	Encaminhamento de enfermagem	E3 “documento o encaminhamento”, E10 “registo o encaminhamento”, E12 “participação a entidades competentes”, E13 “orientações realizadas”.	4	10,3%

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	UR	%
Papel do enfermeiro (Total UR = 53)	Apoiar	E2 “Apoiar a mulher”, E3 “promover o apoio à utente”, E4 “Apoiar a mulher”, E5 “ajudar a mulher a melhorar a comunicação entre o casal”, E10 “ (...) apoiar a utente”, E12 “saber apoiar”, E13 “dar apoio à vítima”, E14 “Acolhimento da vítima”, E15 “enfermeiro tem de ser o apoio da mulher”, E17 “pela proximidade e empatia apoiar a vítima é o papel dos enfermeiros”, E21 “ouvir e apoiar”, E22 “apoiar as vítimas”, E23 “ajudar primeiramente a vítima, apoiá-la e encorajá-la”, E25 “apoiar a vítima de violência”, E26 “apoio emocional e psicológico”, E29 “Apoio psicológico”, E30 “ajudar a utente”, E31 “apoiar a utente”.	18	33,9%
	Valorizar a informação	E2 “escutar ativamente”, E3 “estar atentos a sinais indiretos que nos levam a atuar”, E4 “promover escuta ativa”, E13 “escutar/ ouvir, pois maior parte das vezes é o primeiro em contacto com a vítima”.	4	7,5%
	Informar	E21 “informar”, E24 “empoderar as vítimas com conhecimentos”, E26 “informar sobre instituições de apoio”, E30 “informar a utente”.	4	7,5%
	Combater crenças	E21 “Combater crenças”.	1	1,9%
	Promover a autonomia	E18 “promoção da autonomia, da capacidade de gestão de emoções e da capacidade de denunciar a situação por parte da vítima”.	1	1,9%
	Avaliar o risco	E1 “verificar na fase inicial o risco que a mulher corre”.	1	1,9%
	Encaminhar	E2 “encaminhar a situação”, E4 “encaminhar para outros profissionais de saúde”, E6 “encaminhar para uma equipa multidisciplinar”, E7 “encaminhar para psicólogo ou assistente social”, E9 “interlocutor entre a vítima e entidades competentes”, E10 “encaminhar para equipa multidisciplinar”, E11 “O encaminhamento”, E12 “encaminhamento em tempo útil”, E14 “Encaminhamento”, E15 “elo de articulação com outros profissionais”, E16 “sinalizar a situação”, E23 “orientá-la para o médico de família”, E25 “orientar para serviço social”, E26 “orientar para serviços de apoio”, E27 “orientar para serviço social”, E28 “encaminhar para instituições próprias”, E29 “encaminhamento para outros profissionais”, E30 “encaminhamento para diversos meios de apoio”, E31 “articulação com a assistente social”.	19	35,8%
	Apresentar Queixa - Crime	E21 “denunciar às entidades competentes”, E22 “denunciar situação às autoridades competentes”, E23 “denunciar caso à polícia”, E24 “informar as autoridades”, E27 “denunciar a situação às autoridades”.	5	9,4%

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	UR	%
Fatores potenciadores da prática de enfermagem na VC (Total UR = 39)	Formação contínua	E6 “formação profissional”, E9 “formação na área sobre procedimentos”, E12 “formação nesta área”, E13 “Formação dos profissionais”, E17 “mais formação na área”, E18 “mais conhecimentos a nível dos recursos existentes”, E21 “formação”, E22 “formação na área”, E23 “mais formação”, E24 “formação neste âmbito”, E28 “haver formação neste âmbito”, E30 “formação dos profissionais”	12	30,8%
	Estudos de caso com abordagem multidisciplinar	E2 “trabalho em equipa multidisciplinar”, E13 “melhor trabalho em equipa com sessões multidisciplinares na área”, E23 “mais debates entre os vários profissionais”, E24 “Palestras entre profissionais de saúde, e com vítimas que superaram esta situação”, E31 “avaliação multidisciplinar destas questões”	5	12,8%
	Realização de sessões interinstitucionais	E24 “visitas a instituições que abrigam as vítimas”, E26 “sessões entre instituições e grupos de apoio”	2	5,1%
	Consciencialização dos enfermeiros para o seu papel	E5 “os enfermeiros terem noção da importância do seu papel”, E15 “o enfermeiro saber que é essencial para promover a denúncia da situação”, E16 “disponibilidade dos enfermeiros para estas situações”, E25 “enfermeiro confiante do seu papel”, E26 “enfermeiro empático com o utente”, E27 “empatia com o utente”, E29 “empatia e apoio por parte dos enfermeiros às vítimas”, E31 “consciencialização dos profissionais para a necessidade de identificar estas situações”	8	20,5%
	Recursos da Instituição de Saúde	E3 “Aumentar o tempo das consultas de enfermagem”, E26 “envolvimento do enfermeiro na comunidade com sessões de educação para a saúde”, E30 “elaboração de panfletos informativos”	3	7,7%
	Protocolos de atuação Interinstitucionais	E9 “resposta das instituições com a criação de um manual de acolhimento da vítima”, E12 “Bons guiões de acolhimento”, E30 “criação e aplicação de uma escala de avaliação do risco da mulher”, E1 “Protocolos orientadores”, E6 “apoio institucional com a criação de protocolos”, E11 “contextualização e recolha de dados através de protocolos”, E12 “Boa articulação com as entidades competentes através de protocolos”, E14 “protocolos de rápido e eficaz encaminhamento”, E30 “implementação de manuais de procedimentos”	9	23,1%

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	UR	%
Conhecimentos sobre aspetos legais, políticas e protocolos (Total UR = 17)	Plano Nacional Contra a Violência Doméstica	E30 “existe um Plano nacional contra a violência doméstica”, E31 “Plano nacional contra a violência doméstica”	2	11,8%
	Queixa-crime – crime de natureza pública	E3 “o profissional que referencia irá prestar declarações a tribunal”, E6 “violência conjugal é um crime de declaração obrigatória”, E21 “Denúncia”, E22 “denúncia”	4	23,5%
	Recursos sociais	E2 “presença de instituições como a APAV”, E4 “encaminhar para APAV”, E6 “conheço os centros de apoio da APAV e a comissão para a igualdade de género”, E10 “Resposta rápida e eficaz da APAV”, E13 “As orientações a nível da minha instituição”, E14 “rápido encaminhamento para a assistente social”, E21 “Encaminhamento para a assistência social”, E22 “Encaminhamento para a assistente social da área ou para a APAV”, E25 “orientação médica, serviço social e psicóloga”, E28 “Encaminhar para urgências hospitalares e para a APAV”, E31 “Linhas de apoio à vítima, casas de abrigo para vítimas de violência”	11	64,7%

