

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NARRATIVA DE MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
NARRATIVA DE MUJERES VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

NURSES' ASSISTANCE
NARRATIVE OF WOMEN VICTIMS
OF DOMESTIC VIOLENCE

Irene Santos Cristina - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. Hospital Nossa Senhora do Rosário. Barreiro, Portugal

Sandra Risso - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. Hospital Nossa Senhora do Rosário. Barreiro, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7169-5570>

Margarida Sim Sim - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora. Évora, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0028-2664>

RESUMO

Background: A violência doméstica perturba a sociedade, a saúde individual e coletiva.

Objetivo: Descrever a experiência de mulheres vítimas quanto ao atendimento realizado por enfermeiros na sequência do episódio de violência.

Metodologia: Estudo transversal, qualitativo sob paradigma interpretativo. Amostra de conveniência de 27 mulheres alojadas em casa-abrigo. Idade entre 22-64 anos (M=41,15; DP=11,7). O questionário recolheu dados sociodemográficos, tipo de agressão e narrativas sobre o atendimento dos enfermeiros. Dados analisados no software WebQDA. Os procedimentos éticos foram cumpridos.

Resultados: A maioria é portuguesa (n=21), coabitava com o agressor (n=24). Em 18 dos casos, o tempo decorrido desde a entrada na unidade de saúde até ao local seguro foi de 1 a 48h. Todas sofreram violência psicológica. Na análise das narrativas emergem três categorias maior: a) recontar a violência, b) carências no cuidar, c) beneficência no cuidar. Na primeira categoria as participantes descrevem a vitimização, na segunda categoria apontam as fragilidades do atendimento e na terceira categoria os aspetos favoráveis do atendimento. Emerge uma quarta categoria, denominada renascer das perdas e lutos e sobre a qual algumas participantes antecipam um futuro positivo.

Conclusão: Apesar de o sexismo ser identificado por algumas participantes, no global, mostram-se gratificadas pela assistência de enfermagem

Descritores: Violência doméstica; violência contra a mulher; cuidados de enfermagem; pesquisa qualitativa.

RESUMEN

Antecedentes: La violencia doméstica perturba la salud de la sociedad, individual y colectiva.

Objetivo: Describir la experiencia de las mujeres víctimas con respecto a la atención ofrecida por las enfermeras después del episodio de violencia.

Metodología: Estudio transversal, cualitativo enmarcado en el paradigma interpretativo. Muestra de conveniencia de 27 mujeres alojadas en un refugio. Edad entre 22-64 años (M=41,15; SD=11,7). El cuestionario recolectó datos sociodemográficos, tipo de agresión y narrativas sobre el cuidado de las enfermeras. Datos analizados en el software WebQDA. Se han seguido procedimientos éticos.

Resultados: La mayoría son portuguesas (n=21), que conviven con el agresor (n=24). En 18 casos, el tiempo transcurrido desde el momento de la entrada en el centro de salud hasta

el lugar seguro fue de 1 a 48 h. Todos sufrieron violencia psicológica. En el análisis de las narrativas surgen tres categorías principales: a) volver a contar la violencia, b) falta de atención, c) beneficencia en la atención. En la primera categoría, los participantes describen la victimización, en la segunda categoría señalan las debilidades de la atención y en la tercera categoría los aspectos favorables de la atención. Surge una cuarta categoría, llamada renacimiento de la pérdida y el dolor, sobre la cual algunos participantes anticipan un futuro positivo.

Conclusión: Aunque algunos participantes identifican el sexismo, en general, se sienten satisfechos con la atención de enfermería.

Descriptores: Violencia doméstica; violencia contra la mujer; atención de enfermería; investigación cualitativa.

ABSTRACT

Background: Violence is a problem which affects society, and individual and collective health.

Objective: To describe the victims' experience on the nurses' attendance in health units following an episode of violence.

Method: Cross-sectional study with a qualitative approach, configuring an interpretative paradigm. Convenience sample of 27 women resident in a shelter-house. Age between 22-64 years (M=41.15; SD=11.7). The questionnaire collected demographic data, type of aggression and narrative on the nurses' attendance on the health unit's admission episode. The data was analysed using WebQDA software. The ethical procedures were complied.

Results: The majority is of Portuguese nationality (n=21), cohabited with the aggressor (n=24). In 18 of the cases, the time between the admission in the health unit and the secure place ranged from 1 to 48 hours. All suffered psychological violence. In the narrative analysis, three major categories emerge: a) retelling the violence, b) deprivations in care and c) beneficence in care. In the first category the participants describe the victimization, in the second category they point the attendances' frailties and in the third category the attendances' favourable aspects. A fourth category emerges, resulting from the reflective attitude on the predecessors, denominated here by rebirth of losses and bereavements, on which some of the participants anticipate a positive future.

Conclusion: Although sexism is identified by some participants, overall, they are gratified by nursing care.

Descriptors: Domestic violence; violence against women; nursing care; qualitative research.

INTRODUÇÃO

A violência consiste no comportamento ou na omissão, que praticados com intencionalidade, prejudicam, causam lesão, comprometem o desenvolvimento, privam de oportunidades e podem ser causa de morte por homicídio ou estar associado a suicídio. A violência exhibe-se através de ameaça, coação ou consumação de agressão física ou psicológica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência doméstica (VD) como um problema de saúde pública. Através de sucessivos relatórios da OMS constata-se que a VD, embora concretizada em diferentes formas, não tem barreiras geográficas, nem de *status* social ou de cultura, registrando-se tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento⁽¹⁾. Tentando enfrentar o problema, cria-se legislação, desenvolvem-se programas, realizam-se movimentos, manifestações sociais, organizam-se recursos^(2,3).

A VD ocorre entre pessoas que partilham espaços comuns ou familiares e a mais denunciada, acontece entre o par que assentou a sua relação em compromisso afetivo. No casal, a vítima mais frequente é a figura feminina. A violência contra as mulheres, ou violência baseada no género, reporta-se a violência dirigida à mulher, porque é uma mulher ou afetando desproporcionalmente a mulher⁽⁴⁾. O conceito de VD consuma também violência sexual, perseguição, coerção ou impedimento de liberdade e numa visão mais ampla estende-se ainda a rapto⁽⁵⁾, mutilação genital⁽⁶⁾, à vingança de honra⁽⁷⁾.

No serviço de urgência, a admissão da vítima, ocorre em momento crítico, algumas vezes em fuga de casa e não raras vezes em crise emocional. No processo de admissão da vítima, os profissionais de segurança e da saúde, nomeadamente os enfermeiros, identificam situações de VD no sentido lato e/ou de violência por parceiro sexual, questionam sobre os factos, recolhem provas^(8,9). Também proporcionam apoio e encaminhamento para refúgio.

Considerando que o futuro da vítima assenta no encaminhamento dos profissionais, a avaliação da assistência prestada pelos enfermeiros, na perspectiva da vítima é importante. Passado o episódio agudo de violência e já em local seguro, a mulher mais serena, rememora não raras vezes, o percurso que realizou. Tal rememoração pode oferecer dados sobre a assistência profissional dos enfermeiros. Pelo sigilo dos casos, manutenção da segurança das mulheres e a condição emocional da mulher, torna-se difícil a recolha de dados e assim a carência de estudos. São, contudo, importantes, pois a partir de uma perspectiva centrada nas vítimas, pode melhorar-se o atendimento. Assim é objetivo do estudo atual descrever a experiência das vítimas quanto ao atendimento oferecido por enfermeiros na sequência do episódio de violência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa por análise de discurso, configurando um paradigma interpretativo. O estudo foi realizado com vítimas de violência doméstica residentes temporárias em casa-abrigo em Portugal. Contactadas 12 casa-abrigo, responderam 6. Os critérios de inclusão das participantes reportaram-se a) idade maior que 18 anos, b) ler e escrever em Português, c) ocorrência do último episódio de violência há mais de 1 mês. A recolha de dados ocorreu através de instrumento de auto-preenchimento, realizada por intermédio de psicólogos que assistiam as participantes, garantindo-se o estado emocional. Em favor dos princípios éticos, todas as participantes assinaram o consentimento informado, após serem informadas sobre as características e finalidade do estudo. Resultou assim numa amostra de conveniência de 27 mulheres, com idades entre os 22 e os 64 anos ($M=41,15$; $DP=11,7$).

O estudo faz parte de um projeto académico mais amplo, que obteve parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora, com o registo número 16001.

Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados apresentava uma secção com variáveis sociodemográficas (i.e., idade, nacionalidade, estado civil, agregado familiar) uma secção que recolhia dados sobre a violência sofrida (i.e., tipo de agressão, duração da vitimização). Na terceira secção, através de uma questão aberta, solicitava-se uma apreciação sobre o atendimento oferecido pelos enfermeiros. Por razões de segurança para com as vítimas, não se enunciam os locais onde foram recolhidos os dados.

Os dados quantitativos foram observados através de estatística descritiva, utilizando-se o Statistical Package for the Social Sciences®, versão 24. A observação das narrativas baseou-se na análise de conteúdo temático, na sequência de organização dos dados, categorização e inferência⁽¹⁰⁾. Utilizou-se o software Web Qualitative Data Analysis (WebQDA) para a categorização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das mulheres são portuguesas (n=21; 75%), possuem o 3.º ciclo (n=10; 35,7%) e estão desempregadas (n=13; 48,1%). Relativamente ao estado civil 12 (42,8%) são casadas ou vivem em união de facto. A maioria tem filhos (n=26; 92,9%). O agregado familiar mais representado é composto por marido e filhos (n=11; 39,3%). Dados na tabela 1.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos.

	Categorias	n	%
Idade	19-25	4	14,8
	26-35	5	18,5
	36-45	9	33,3
	46-55	5	18,5
	>55	4	14,8
Estado civil	Solteira	10	37
	Casada/União de facto	12	44,4
	Divorciada	5	18,5
Agregado familiar	Só	6	22,2
	Com companheiro	6	22,2
	Com companheiro e filhos	11	40,7
	Outro	3	11,1
	Não respondeu<	1	3,7
Estatuto profissional	Empregada	4	14,8
	Desempregada	12	44,4
	Estudante	2	7,4
	Aposentada	4	14,8
	Doméstica	1	3,7
	Incapacitada para trabalho	2	7,4
	Emprego temporário	2	7,4

Embora o estudo atual não seja de caráter epidemiológico, é de referir que o perfil socio-demográfico das participantes é semelhante ao descritivo em relatório recente por organização não governamental⁽³⁾. Através de uma análise de respostas múltiplas, observa-se que foram assinalados 96 maus-tratos. A agressão psicológica é referida por todas as participantes e a física apresenta-se em várias formas de violência sexualizada conforme tabela 2.

Tabela 2 – Análise de Respostas Múltiplas sobre o tipo de violência sofrida.

Respostas			
	n	Porcentagem	Porcentagem de Casos
Agressão física	21	21,9%	77,8%
Agressão Psicológica	27	28,1%	100,0%
Agressão Sexual	13	13,5%	48,1%
Abuso Sexual	9	9,4%	33,3%
Assédio	8	8,3%	29,6%
Negligencia	10	10,4%	37,0%
Violação	6	6,3%	22,2%
Ameaça com Arma	2	2,1%	7,4%
Total	96	100,0%	355,6%

Nota: Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

Os resultados, destacam a agressão psicológica, concorrendo para estudos que sublinham o mesmo tipo de violência, tanto na perspectiva dos profissionais que atendem vitimas, como das próprias mulheres⁽¹¹⁾. O facto de todas participantes referirem este tipo de agressão, sugere elevada exposição a atos de humilhação, ameaça, coerção, controlo, colocando-a num patamar inferior, como pessoa subalterna e de pouco valor na relação de conjugabilidade. A visão social da mulher como ser dependente, frágil, concorre para a imagem de um ser humano subordinado ao parceiro, que ao proteger, ganha autoridade, desnivelando as posições das figuras conjugais. Alguns estudos sublinham esta atitude, reconhecem fatores culturas, onde os papeis femininos são dramaticamente estigmatizados, impondo inferioridade identitária⁽¹²⁾. Coloca-se o parceiro conjugal no papel de educador, em prolongamento dos papeis paternos. Na maioria das culturas, os cerimoniais de casamento passam a mensagem da mulher que pertence a um homem (i.e., o pai) e é entregue a outro (i.e., o noivo) através do aplauso social, pelo novo laço do matrimónio. Concomitantemente a negligência, referida em 37% dos casos (i.e., 10 participantes), potencializa a violência psicológica, já que não reconhece à mulher, a dignidade de elemento do par, na distribuição equitativa dos bens. Coloca-se assim a mulher numa figura, que sujeita a cuidados, é descuidada pelo parceiro, por não provimento das necessidades.

Na discussão dos resultados da análise de respostas múltiplas, concorre-se para a ideia de que a violência psicológica, frequentemente antecede a violência física⁽¹³⁾. Ambas potencializam a perpetração do agressor nos momentos de intimidade sexual, gerando-se em consequência, a intimidade violentada experienciada pela vítima (i.e., agressão sexual,

abuso sexual, assédio, violação). A violência por parceiro íntimo, nos atos sexualizados não consentidos ou coagidos, é porventura das situações mais difíceis de assumir pela mulher ou até de consciencializar como violência. No casal onde não existe violência, a sexualidade, vive-se num “nós”, através dos corpos que se partilham com desejo, emoção na permissão de ambos. As figuras do casal exprimem-se no coito, em atos da condição humana e que justificam a condição humana. Entregam-se num erotismo satisfatório, não perdendo cada um, a decisão de concordar ou negar-se a interações íntimas. Nos casais onde existe violência sexual, a mulher não tem expressão autónoma da sexualidade. Torna-se um objeto manipulado, utilizado. Carece da dignidade, que é inerente à existência humana animada e com vontade própria. Os quadros de violência sexual levam por vezes a baixa autoestima, um sério obstáculo à procura de ajuda e um elevado risco para quadros depressivos, autoflagelação e suicídio^(13,14). Instala-se um ciclo difícil de romper. É por vezes um episódio dramático, que leva à emergência de socorro, iniciando-se o contacto com os serviços de saúde e provocando o desenrolar do processo assistencial, leva à casa-abrigo^(11,15).

Os significados emergentes das narrativas

Tomando-se o corpus das narrativas das participantes realizou-se a análise. O carácter aberto da narrativa, facilitou a revelação de experiências, que ao serem analisadas e interpretadas, redundaram nas várias categorias major, designadas como a) (Re)contar a violência, b) Carências no Cuidar e c) Beneficência no Cuidar (figura 1)

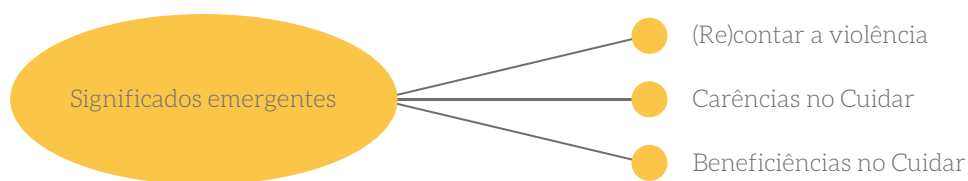


Figura 1 – Significados Emergentes nas Narrativas.

CATEGORIA 1

A primeira categoria “(re)contar a violência”, apresenta a memória da história pessoal. É a partir dos incidentes de agressão, que as participantes explicam as suas experiências. Transmitem uma recordação fortemente negativa, exibindo as mágoas que permanecem. As declarações das mulheres, foram organizadas em quatro subcategorias: “cativeiro doméstico”, “exigindo justiça”, “marianismo suporta machismo” e “refúgio e ajuda”.

Na subcategoria “cativeiro doméstico”, as participantes revelam um quotidiano difícil através de afirmações tais como “(...) *o meu companheiro não me deixava ir (ao Centro de Saúde)*” (E7). A afirmação é sugestiva de um matrimónio aprisionador, negando acesso aos cuidados de saúde, numa postura de dominador. As queixas, traduzem-se em experiências concretas de coação. Em afirmações tais como “*impedir que os agressores fechem as mulheres e filhos menores em casa*” (E19), constata-se a urgência de liberdade pessoal sentida por estas mulheres. O cativeiro doméstico pela VD é estudado por autores que definem orientações a dar à vítima. Por exemplo conhecer sinais de alerta ou de iminência de crise agressiva no parceiro e saber onde recorrer⁽²⁾. A identificação da agressão e a atuação imediata da vítima, pode surpreender o cônjuge e ter efeitos protetores na mulher. Porém, face à agressão inaugural ou quando as mulheres desconhecem serviços onde recorrer, sobrepõe-se a ineficácia destas estratégias e agravamento do cativeiro. Tal é ilustrado pelas participantes quando afirmam “*não sabia que os Serviços de Saúde podiam ajudar as vítimas*” (E23). Ou como reconhecem as participantes, pedindo a atenção de entidades competentes através de afirmações como “*não só divulgar na comunicação social, mas apelar nas aldeias e vilas em que se passam todas estas situações*” (E3). É necessário quebrar o ciclo de VD, trazendo o problema para o domínio público e congregando esforços multissetoriais. Embora a cultura social dominante possa ser um entrave para a denuncia do agressor, o desenvolvimento de programas multissetoriais tem mostrado progressos⁽³⁾.

Na continuidade da análise das narrativas, observa-se que as participantes referem maus-tratos pelo parceiro sexual, mas também incompreensão social intra-género, aqui categorizados com o termo “Marianismo suporta machismo”. Ou seja, pela conotação cultural e tendo o efeito desculpabilizante masculino, fica relativizada a gravidade de atos que atentam contra a dignidade e vida do ser humano que é cada mulher. Nestas narrativas há consciência de que domina um modelo de conjugalidade assimétrica. Sublinha-se assim um entendimento social prevalente e conflitos intra-género que emergem a partir de afirmações como “*há machismo em certas mulheres que se deixam andar caladas e condenam as outras que sofrem, mas têm coragem de tomar uma decisão*” (E2) ou ainda “*existem mulheres que não apoiam esta situação (apresentar queixa pelos maus-tratos) e estão a favorecer os agressores*” (E27). Estas afirmações reproduzem características sexistas que sustentam o

controle e a humilhação da figura feminina do casal⁽¹⁶⁾. Revelam quão aliciante se pode tornar, a exibição de poder, que escraviza a conjugalidade feminina. Ou seja, algumas mulheres consideram positivas as formas de interação do casal, que não lhes é favorável e reproduz valores contrários à simetria dos papéis conjugais. Atitudes de apoio dos profissionais, contrariando o sexismo, são fundamentais⁽¹⁷⁾.

Na subcategoria “exigindo justiça”, estão incluídas expressões como “os enfermeiros devem ser bons, todos (...) é preciso... serem mais severos com todas e todos os agressores” (E15) e “a VD é um crime publico, precisa de ser denunciado às autoridades sejam elas quais forem” (E21). Para algumas mulheres, a queixa às autoridades, significa tornar públicas, histórias de intimidade. Contudo é importante que se reconheçam alvo de atos violentos, já que este é um passo para procurar ajuda^(8,14). O exigir justiça, é uma atitude logica, mas nem sempre a vítima faz queixa, ou a mantém. Não raras vezes as mulheres exprimem sentimentos ambíguos quanto ao parceiro e desistem da queixa por razões económicas, sociais ou de cultura⁽¹⁸⁾. Considerando a amplitude do tempo de vitimização das participantes (i.e., de 1 a 34 anos), poder-se-á supor que, o exigir de justiça teve tempos diferentes para as várias mulheres.

Considerando a subcategoria “refúgio e ajuda”, comentam-se seguidamente as afirmações recolhidas nas narrativas. As participantes, estão reagindo e partindo para experiências positivas de vida. Tal reação, pode eventualmente ocorrer em resultado da segurança que a casa-abrigo oferece. A residência temporária, que se sucede à admissão nos serviços de saúde, proporciona o socorro que a vitima necessita⁽³⁾. Esta subcategoria “refúgio e ajuda”, é ilustrada por afirmações como: “se soubesse como eram as casas de abrigo eu já tinha saído mais cedo de casa” (E13). As casas-abrigo são refúgios com papel relevante na crise aguda. A OMS descreve-as nos modelos de diferentes países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, como centros sociais que proporcionam aconselhamento, apoio emocional, informação legal, orientação para saúde mental, programas para as crianças, entre outros⁽¹⁹⁾. Em Portugal, regem-se legalmente pela Lei n.º 112/2009. O recurso à casa-abrigo, com destino ocultado, torna evidente para a vítima, para os significativos e sobretudo para o agressor, uma resolução legal, que impondo o afastamento, sublinha a criminalização e evita o femicídio.

A casa-abrigo, na sua missão, possui limites, se o tempo de internamento se prolonga. No estudo atual tal foi evidente nas afirmações que, reconhecendo a sua mais valia, também mostra consternação. Exprimem-se algumas das participantes nestes moldes “deveria haver casa-abrigo para homens para nós podermos ficar em casa com os filhos” (E1). A violência privou as mulheres de espaços domésticos construídos/criados pelas próprias, aspetos que causam sentimentos de injustiça. A casa-abrigo, protege e impede que o agressor faça

reféns. Porém, torna estas mulheres cativas de lugares tecnicamente seguros, mas ausentes da familiaridade única do próprio domicílio. As declarações como *“as vítima(s) não têm de ser as pessoas que tinham de sair de casa”* (E11), revelam a ambivalência entre a necessidade de viver com segurança real versus a necessidade de viver na sua casa. Os resultados concorrem para outros estudos, onde se refere a resistência das mulheres às casas-abrigo⁽¹³⁾. A casa-abrigo será, na sua melhor opção, um local temporário. O prolongamento da residência, depende frequentes vezes da demora no processo criminal/legal. Embora ofereça ambiente securizante, acrescenta insatisfação à vida emocional das vítimas já que é uma institucionalização que interrompe a vida. Transmitem as atuais participantes a ideia de elevada perda, ao sair do espaço que lhes é familiar, a sua casa.

CATEGORIA 2

Na categoria “Carência no Cuidar” estão reunidos os aspetos que são identificados pelas participantes como necessidades insatisfeitas na assistência. Os termos em que as participantes se exprimem foram organizados nas sub-categorias “interação cuidativa”, “regulamentação do apoio”, “sexismo dos profissionais” e “espera”.

Sugerem as afirmações na subcategoria “interação cuidativa” que existem lacunas na comunicação com os enfermeiros. Tal é ilustrado pelas expressões *“é preciso maior interesse e sensibilidade na abordagem dos factos”* (E18) ou *“é preciso (...) esclarecer devidamente as vítimas confusas e desorientadas”* (E7), ou ainda *“deveriam estar mais bem preparadas para estas circunstâncias, porque ainda não estão”* (E8). A falta de conhecimentos ou de sensibilidade para lidar com os casos é um tema denunciado pelas vítimas e reconhecido pelos profissionais de saúde. Afirmações como *“as consultas deviam ter maior duração pois são bastante breves, o que leva os profissionais a ter menor perceção de que algo não corre bem com o utente e com a família”* (E8) exemplifica bem a necessidade de uma relação terapêutica com as vítimas. O conhecimento sobre VD confere maior coesão no atendimento e assim uma gestão organizacional eficaz, até na relação em rede com os outros organismos de apoio à vítima⁽²⁰⁾. De facto as pessoas expostas a violência necessitam de serviços sensíveis às questões de género⁽¹⁾.

A subcategoria “regulamentação do apoio” mostra o papel que as participantes atribuem aos serviços de saúde, como fonte formal de informação. Expressões como *“deve existir mais informação nos Centros Saúde para vítima(s)”* (E22) ou *“os Centros de Saúde deveriam dar mais apoio”* (E18) mostra em concreto que para algumas participantes a VD é um assunto transversal, onde a saúde, a segurança social e a lei se cruzam. As declarações sugerem que atribuem às unidades de saúde, a missão de ajuda à vítima. Tal é perceptível em declarações como *“deviam existir visitas dos profissionais de saúde às escolas dos filhos, também*

podia ajudar as mulheres” (E9) ou *“existir mais informação nos centros de saúde (...) de forma que os agressores não descobrissem quando as vítimas estão lá”* (E19). O entendimento das participantes concorre para estudos portugueses realizados há cerca de uma década (i.e., Lisboa, Vicente e Barroso, 2005; Saúde e violência contra as mulheres. DGS), reafirmados posteriormente em 2014 e reconhecidos internacionalmente⁽¹⁾. Estas afirmações tornam claro a carência de projetos votados à prevenção da VD em algumas unidades de saúde. Estando em curso programas de assistência, será útil desenvolver investigação que monitorize regularmente a perceção das mulheres que usam os serviços. De facto, as vítimas esperam encontrar respostas na missão inerente às instituições de saúde, o que significa em concreto, encontrar respostas no atendimento dos profissionais.

Na narrativa de algumas mulheres surgem afirmações que se interpretaram como “sexismo dos profissionais”. São afirmações tais como *“existe ainda muito machismo nos Profissionais de Saúde”* (E20) ou *“gostaria que os profissionais de saúde do sexo masculino tivessem maior sensibilidade para as questões da violência”* (E8). O sexismo em contexto de cuidados de saúde é identificado em alguns estudos^(21,22). Manifesta-se nas vertentes de sexismo hostil e sexismo benevolente, sendo o primeiro mais exibido pelos profissionais do sexo masculino⁽²²⁾. O sexismo benevolente inclui atitudes positivas relativamente às mulheres, quanto aos papéis tradicionais. Assim os profissionais face à mulher, exibem paternalismo protetor, visão idealizada da mulher e amabilidade heterossexual. O sexismo hostil refere-se a atitudes negativas e o profissional exhibe paternalismo dominador, crenças depreciativas e hostilidade heterossexual⁽²¹⁾. Duas participantes interpretaram atitudes de enfermeiros como sexistas *“elas (enfermeiras) não estavam totalmente do meu lado (...) eu vi pelas suas palavras (...) pela sua cara”* (E5;E8). Num momento física e emocionalmente crítico, seria de esperar atitudes profissionalmente corretas. Se o atendimento das vítimas é sexista, será de considerar a necessidade de formação.

Na categoria “Carência no Cuidar”, surge por ultimo a subcategoria “Espera”, face às afirmações presentes na narrativa tais como *“o tempo que demorou a minha queixa crime contra o agressor foi muito longa”* (E7) ou *“o tempo de espera no hospital é muito grande e (...) a espera para sair de casa”* (E14), ou ainda *“(…) um atendimento mais rápido no hospital, esperava-se muito”* (E10). Nos processos de vitimização, as mulheres nem sempre consciencializam a precaridade do relacionamento com o parceiro e minimizam por vezes os maus-tratos, atrasando-se assim a prestação dos serviços e recursos adequados⁽²³⁾. No momento em que as vítimas buscam ajuda, será necessário agir rapidamente. Atualmente a remoção de casa deve ser rápida *“(…) o tempo de espera para sair foi um pouco longo”* (E14).

CATEGORIA 3

A categoria “Beneficência do Cuidar” organiza a valorização da assistência dos enfermeiros, através das afirmações positivas das participantes. A primeira subcategoria “oferecer apoio”, expressa através de termos tais como “*deram-me todas as informações e ajuda para sair de casa*” (E12) sugere satisfação das necessidades nas mulheres, no momento crítico de preservar a sobrevivência. Nestas circunstâncias a ajuda do profissional de saúde é magnamente valorizada. Tais resultados concorrem para o estudo de autores⁽²⁴⁾ onde se constata que a quase totalidade dos participantes referem ter recebido cuidados sensíveis à situação e os necessários para o momento. Por outro lado, a expressão “*estou a gostar do atendimento que me tem ocorrido*” (E16), sugere gratidão pelo atendimento. As expressões lembram a interpretação de outros autores, que reconhecem a construção de confiança da vítima pela longevidade do contacto com o profissional⁽²⁰⁾. Na sub-categoria “prestar atenção”, ilustrada pela expressão “*que continuem com a compreensão*” (E12) sugere que algumas participantes identificaram a singularidade da relação com o enfermeiro. A escuta ativa é uma das características reconhecidamente importantes no diálogo entre beneficiária e cuidador^(1,11). Os enfermeiros, ao centrarem a sua atenção na vítima e ao procurar compreender genuinamente o drama da mulher, abrem a sua atenção para a individualidade do caso. Simultaneamente a vítima, ao identificar uma postura de atenção face ao seu estado ou história, tenderá porventura a desenvolver vínculos ao profissional e a fidelizar-se ao sistema de saúde. Cresce assim a possibilidade de recorrer aos serviços em episódios posteriores de vitimização. O “prestar atenção”, além dos efeitos imediatos de conforto emocional para a vítima, pode trazer benefícios a maior prazo. Ter uma memória de bom atendimento é fator de imediatez na procura de cuidados de saúde, evitando-se agressões de maior gravidade ou mesmo femicídio. De facto a OMS recomenda em primeira linha, prestar atenção e apoio prático à mulher que revela ter sofrido violência, reconhecendo-lhe efeitos *a posteriori*⁽¹⁾. Na mesma sub-categoria expressões como “*O trabalho feito por (...) foi muito bom*” (E26) é sugestivo de atitudes e práticas profissionais corretas e adequadas à situação física e emocional da mulher. Ter-se-ão cumprido os passos e os requisitos de um bom atendimento. Nesta área de cuidados, as instituições internacionais definem parâmetros ou linhas orientadoras que se tornam universais⁽¹⁾. Por último, surge a subcategoria “segurança para os filhos”. Expressões do tipo “*ajuda(ram) a ir para um sítio onde sinto que eu e o meu filho(s) estamos protegidos e seguros, em segurança agora*” (E3) sugerem que os filhos constituem um acrescentar de inquietações. A expressão das participantes, exprime satisfação com os cuidados oferecidos, pois reconhecem a necessidade de evitar a exposição das crianças à violência. Essa é uma das preocupações da OMS, já que histórias de vida que incluem este tipo de experiências durante a infância, podem levar a futuro comportamento violento na idade adulta⁽¹⁾. Contudo o final da frase

“(…) em segurança agora” (E3) confere uma nota de mágoa à declaração. É necessário não esquecer que as participantes estão em casa-abrigo, numa situação temporária de segurança. A maior prazo, passada a crise aguda de maus-tratos, com o regresso ao trabalho, à vida quotidiana, a sensação de segurança pode diminuir. A reflexão de alguns autores, mostra que quando se partilha a guarda de crianças, existem por vezes lacunas nas orientações e cedências dadas às figuras do casal, que fragilizam emocionalmente a mulher⁽²⁵⁾. Confiar os filhos, ou seja, a maior riqueza afetiva, a um parceiro que violou o compromisso simbólico da maior dádiva que é o casamento/união de facto, pode trazer sofrimento. Por outro lado, é possível defender a ideia de que um marido/companheiro violento não será obrigatoriamente um mau pai. Será porventura um dos potenciais dilemas das mulheres vítimas durante a infância dos seus filhos no regime de guarda partilhada.

Dado o carácter aberto da narrativa, emergiram várias declarações que se afastam da proposta inicial centrada no atendimento dos enfermeiros. A categorização destas respostas redundou no termo “Renascer das Perdas e Lutos”. Sugerem as declarações, que estas mulheres, passado um tempo de concentração e reflexão sobre a violência de que foram alvo, estão dispostas a recomeçar. Na condição de refugiadas em casa-abrigo, tecem já o seu futuro, através de afirmações como “devemos olhar por nós mesmas, não podemos permitir que nos maltratem” (E24) ou “recomeçar uma vida nova sem olharmos para trás, uma vida sem o sofrimento de sentir que tudo se vai embora, mas ter tranquilidade e termos alguma alegria conosco” (E17). Possuem assim a grande capacidade de iniciar uma história positiva de si. Atitudes de apoio dos enfermeiros são fundamentais para a reconstrução da vida. A interpretação da narrativa das participantes apresenta-se através de um diagrama na figura 2.

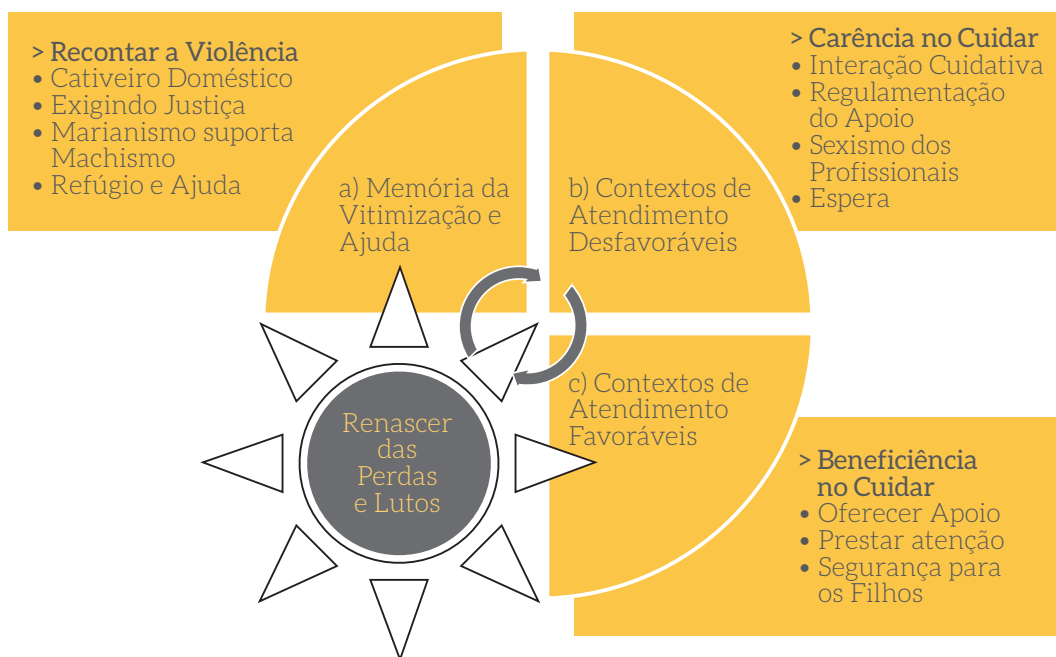


Figura 2 – Diagrama da interpretação global.

Numa apreciação global, o diagrama assente na interpretação das narrativas, sugere que as participantes, a) a partir das memórias individuais da vitimização/ajuda se tornam b) críticas quanto aos contextos desfavoráveis e c) favoráveis do percurso pelos cuidados de saúde. A narrativa retroalimenta-se, no renascer dos processos de maus-tratos que incluem as perdas e os lutos. Assim se afirmam como mulheres, porventura se afirmam como ex-vítimas, para dar continuidade à sua vida.

A configuração do diagrama, encerra inicialmente a ideia dramática de um círculo, que se repete e encerra, nas memórias que atenuam, mas não esquecem, nos percursos repetidos para os cuidados de saúde que melhoram-mas-não-saram. Porém, interrompendo o círculo dramático, surge no caos destas vidas roubadas de afetos, parcas de segurança, carentes de futuro, a figura de um sol. Um sol, que ainda em eclipse, possui raios por detrás do círculo negro. Raios que oferecendo direções várias, porventura orientam estas mulheres para a luz da sua vida, tal como as suas afirmações sugerem nas narrativas categorizadas como “Renascer de Perdas e Lutos”.

CONCLUSÕES

O estudo assenta nas descrições de mulheres que sofrem vitimização por parceiro íntimo. Os dados sociodemográficos mostram grande amplitude de idades. Regista-se uma variedade de maus-tratos, sendo a agressão psicológica enunciada por todas as participantes. A categorização da narrativa, mostra a vontade das mulheres em (re)contar a experiência de vitimização. Espontaneamente escreveram sobre excertos da sua história pessoal. Nos aspetos carentes no atendimento à vítima, sublinham a necessidade de interesse genuíno dos enfermeiros, abandonando atitudes de sexismo, agilizando os processos em tempo e clarificando ou regulando os procedimentos de apoio. Quanto aos aspetos beneficentes para o cuidar, é fundamental a escuta ativa e a disponibilidade de apoio. Face aos significados da narrativa e na imprevisibilidade dos casos, é desejável maior abrangência de unidades de saúde com programas sobre VD, mais formação dos profissionais de saúde. Porventura atingindo-se em Portugal, a especialização em formação forense, já que a formação pós-graduada em Enfermagem Forense é uma realidade em algumas academias em Portugal, USA, Itália, entre outros. Não raras vezes, são os enfermeiros, quem tem mais oportunidades para identificar casos. Seguem protocolos conforme orientações legais, mas é necessário manter-se atento pois a VD destrói vidas a breve e a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneve: World Health Organization; 2016. 64 p.
2. Newswire PR. Domestic Violence Expert Dr. Ludy Green Provides "Road Map" For Womens' Independence In "Ending Domestic Violence Captivity: A Guide To Economic Freedom". DC-DR-LUDY-GREEN-book: Y; 2014.
3. APAV. Estatísticas APAV. Relatório anual 2017. Lisboa; 2018.
4. UN-WOMEN. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women 2009. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>.
5. Kaukab IS, Shad TJ. Violence against women: a case study of kidnapping in the Punjab, Pakistan. Science International. 2014;26(5):2549-52.

6. Muteshi JK, Miller S, Belizán JM. The ongoing violence against women: Female Genital Mutilation/Cutting. *Reproductive Health*. 2016;13:1-4.
7. Kulwicki AD. The practice of honor crimes: a glimpse of domestic violence in the Arab world. *Issues Ment Health Nurs*. 2002;23(1):77-87.
8. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Zarowsky C. Opportunities and obstacles to screening pregnant women for intimate partner violence during antenatal care in Zimbabwe. *Cult Health Sex*. 2013;15(5):511-24.
9. Doran F, Hutchinson M. Student nurses' knowledge and attitudes towards domestic violence: results of survey highlight need for continued attention to undergraduate curriculum. *Journal Of Clinical Nursing*. 2016.
10. Silva K, Almeida M. Combined use of software that supports research and qualitative data analysis; potential applications for research in education In: Costa A, Reis L, Sousa F, Moreira A, D L, editors. *Computer supported qualitative research*. Coimbra: Springer; 2017. p. 25-37.
11. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29:1230-40.
12. Da Silva N, Verdejo TR, Dillon FR, Ertl MM, De La Rosa M. Marianismo Beliefs, Intimate Partner Violence, and Psychological Distress Among Recently Immigrated, Young Adult Latinas. *J Interpers Violence*. 2018;886260518778263.
13. Rakovec-Felser Z. Domestic Violence and Abuse in Intimate Relationship from Public Health Perspective. *Health Psychology Research*. 2014;2(3):1821.
14. Avdibegovic E, Brkic M, Sinanovic O. Emotional Profile of Women Victims of Domestic Violence. *Materia Socio-Medica*. 2017;29(2):109-13.
15. McGarry J, Nairn S. An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *International Emergency Nursing*. 2015;23(2):65-70.
16. Stanley N, Barter C, Wood M, Aghtaie N, Larkins C, Lanau A, *et al*. Pornography, Sexual Coercion and Abuse and Sexting in Young People's Intimate Relationships: A European Study. *J Interpers Violence*. 2016.

17. Femi-Ajao O, Kendal S, Lovell K. A qualitative systematic review of published work on disclosure and help-seeking for domestic violence and abuse among women from ethnic minority populations in the UK. *Ethnicity & Health*. 2018;1-15.
18. Jong LC, Sadala MLA, Tanaka ACDA. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008;42:744-51.
19. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8.
20. McGarry J. Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(15/16):2266-73.
21. Vecina ML, Pinuela R. Relationships between Ambivalent Sexism and the Five Moral Foundations in Domestic Violence: Is it a Matter of Fairness and Authority? *J Psychol*. 2017;151(3):334-44.
22. Özerdoğan N, Coskun, A., Ergin A, Özdilek R, Merih Y. Sexism among healthcare professionals working in women's health in patient care. *ASOS Journal*. 2017;5(57):21-39.
23. Francis L, Loxton D, James C. The culture of pretence: a hidden barrier to recognising, disclosing and ending domestic violence. *J Clin Nurs*. 2017;26(15-16):2202-14.
24. Du Mont J, Macdonald S, White M, Turner L, White D, Kaplan S, *et al*. Client satisfaction with nursing-led sexual assault and domestic violence services in Ontario. *J Forensic Nurs*. 2014;10(3):122-34.
25. Ogunsiji O, Foster J, Wilkes L. Experiences of African women who migrate to a developed country and encounter domestic violence: a systematic review protocol of qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2016;14(12).

Correspondência: irene.cristina@sapo.pt