



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



## Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo descritivo

Maria Elza de Souza Machado<sup>1</sup>, Larissa Silva de Abreu Rodrigues<sup>1,2</sup>, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes<sup>1,2</sup>, Jair Magalhães da Silva<sup>3</sup>, Dejeane de Oliveira Silva<sup>2,4</sup>, Jeane Freitas de Oliveira<sup>2</sup>

*1 Universidade do Estado da Bahia*

*2 Universidade Federal da Bahia*

*3 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia*

*4 Universidade Estadual de Santa Cruz*

### RESUMO

**Objetivo:** conhecer a percepção de profissionais de saúde acerca da violência contra a mulher. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, realizado com integrantes de equipes da Estratégia Saúde da Família de Guanambi, Bahia, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, sistematizados pela análise de conteúdo e analisados com base em referencial teórico sobre a temática. **Resultados:** emergiram três categorias: Conceituando violência contra a mulher; (Des) conhecimento sobre notificação e denúncia; (Des) conhecimento sobre a lei que pune quem comete violência contra a mulher. **Discussão:** os profissionais exibem dificuldades na compreensão de conceitos, como denúncia e notificação, e conhecimento superficial sobre a Lei Maria da Penha, o que pode prejudicar processos de orientação e encaminhamentos. **Conclusão:** sinaliza-se a necessidade de educação permanente com vistas à notificação, ao reconhecimento e manejo dos casos de violência para a melhoria dos indicadores e empoderamento de mulheres para seu enfrentamento.

**Descritores:** Violência Contra a Mulher; Saúde da Mulher; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A violência consiste em produto de uma construção histórica e é influenciada por questões sociais, políticas e culturais, que afeta toda a humanidade e traz impactos negativos para a saúde pública. A violência contra a mulher, em específico, perpassa pelas relações de gênero nas diferentes culturas, baseadas em construções sociais do feminino e masculino. Esse tipo de violência está presente em diversas gerações e em modelos patriarcais de família<sup>(1)</sup>.

Esses modelos conferem às mulheres obrigações como a procriação, o cuidado da casa, dos filhos e dos maridos e aos homens a função de provedor e a atuação no âmbito público<sup>(2)</sup>. Nessa perspectiva, normas sociais que polarizam e valoram de modo desigual papéis masculinos e femininos, de modo equivocado, justificam e potencializam desigualdades entre os sexos.

A violência contra a mulher, também conhecida como violência de gênero, se baseia em uma visão simbólica e cultural de inferioridade feminina e relega às mulheres a condição de vítimas preferenciais e crônicas da força física ou da violação sexual<sup>(2)</sup>. Todo ato ou omissão baseado no gênero, que leve à morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, assim como toda situação que viola os direitos humanos e fere a cidadania das mulheres, constitui-se em violência contra a mulher<sup>(3)</sup>.

Nas últimas décadas, o número de casos desse tipo de violência tem aumentado a cada ano, muitas vezes, por conta da naturalização com que os crimes são tratados<sup>(1)</sup>. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2013, observou-se uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres no Brasil, conferindo ao País a indesejada 5ª posição em números de homicídios femininos em um grupo de 83 países que apresentam dados homogêneos fornecidos pela OMS<sup>(4)</sup>.

A violência contra a mulher exerce impacto negativo no campo da saúde, atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e orientação sexual e manifesta-se por atos severos dirigidos contra às mulheres, como agressões físicas ou suas ameaças, maus tratos psicológicos, estupro, assédio sexual, atentados ao pudor ou atos libidinosos.

Os movimentos feministas, sobretudo, com maior força na década de 1970, tiveram importante papel na articulação e luta pelos direitos das mulheres contra o machismo, inclusive contra a violência que essas vinham sofrendo<sup>(5)</sup> e foram imprescindíveis para maior visibilidade da violência contra a mulher como um problema social e de saúde pública<sup>(6)</sup>.

Com a participação efetiva dos movimentos feministas e outros movimentos sociais, a violência contra a mulher alcançou espaços políticos que contribuíram com diálogos mais efetivos sobre a problemática e com o reconhecimento da magnitude dessa condição vivenciada pelas mulheres, promovendo, por conseguinte, reformulação das políticas<sup>(7)</sup>.

Influenciado pelas reivindicações do movimento feminista, políticas e ações de combate à violência contra a mulher foram implementadas, destacando-se a criação das Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres (DEAM), em 1985 - iniciativa pioneira e de referência para outros países da América Latina<sup>(5)</sup>.

Outro avanço importante no enfretamento do problema no Brasil foi a aprovação da Lei Maria da Penha, de 07 de agosto de 2006, que prevê pena para os agressores envolvidos em situações de violência doméstica, e representa um apelo para assegurar à mulher o direito à sua integridade física, psíquica, sexual e moral<sup>(5,8)</sup>.

As mulheres em situação de violência frequentam os serviços de saúde e apresentam, muitas vezes, sinais de violência como lesões

físicas no corpo, nervosismo, ansiedade, tristeza intensa e insônia<sup>(7,9)</sup>. A violência relaciona-se, ainda, a diversos agravos à saúde física, como abuso de drogas e álcool, distúrbios gastrintestinais, picos hipertensivos, desconforto na coluna cervical, cefaleia, tonturas, depressão e distúrbios psíquicos<sup>(9)</sup>.

Na maioria das vezes, os sinais de violência passam despercebidos pelos profissionais de saúde, uma vez que alguns sinais são subjetivos, mascarados e de difícil identificação. Além disso, a não valorização dessa violência como problema de saúde associada à rotina mecanicista e biomédica potencializa a invisibilidade da violência no cotidiano do trabalho da equipe multiprofissional, o que gera mais vulnerabilidades às mulheres.

Estudo realizado com profissionais de saúde da rede pública de São Paulo relatou que, muitas vezes, esses não identificam a violência em sua prática assistencial, pela dificuldade de identificação dos sintomas ou pelo silêncio das usuárias do serviço<sup>(10)</sup>. Desse modo, é de extrema importância a atuação de uma equipe multiprofissional, em que todos estejam aptos a ouvir com atenção e respeito os problemas da usuária, identificar sinais de violência, notificar e prover cuidados em saúde.

Diante do exposto, conhecer a percepção de profissionais da equipe de saúde da família faz-se necessária, pois são agentes fundamentais para o enfrentamento da violência contra a mulher desde a prevenção e identificação dos casos até a orientação e manejo adequados desse problema. Nesse sentido, essa pesquisa teve como objetivo: conhecer a percepção de profissionais de saúde acerca da violência contra a mulher.

## MÉTODO

Pesquisa qualitativa do tipo descritiva e exploratória, realizada em três unidades de saúde

da família do município de Guanambi, localizado no sudoeste da Bahia, Brasil. A escolha dessas unidades baseia-se no fato de se constituírem campo de estágio para discentes de curso de Bacharelado em Enfermagem e pela possibilidade de retorno às equipes e à comunidade.

Participaram do estudo doze profissionais de saúde. Foram utilizados como critérios de inclusão: profissionais maiores de dezoito anos, de ambos os sexos, que trabalhassem há mais de seis meses nas unidades de saúde da família, excluindo-se aqueles que não concluíram a entrevista. A delimitação do quantitativo de participantes obedeceu ao critério de saturação dos dados, definido como um ponto tal em que ocorre repetição e redundância dos dados, o que justifica suspender a inclusão de novos membros no estudo<sup>(11)</sup>.

A produção dos dados aconteceu nos meses de fevereiro e março de 2014 por meio da técnica da entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas após a aprovação verbal e formal dos participantes quanto à utilização do gravador, além da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para garantir o anonimato dos participantes, os trechos das entrevistas transcritos para exemplificação foram marcados com a letra "E", seguida de numeração e categoria profissional.

A sistematização dos dados foi realizada pelo método da análise de conteúdo, que é o "conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens"<sup>(12:34)</sup>. O conteúdo das entrevistas foi transcrito, organizado e, posteriormente, discutido em categorias com base em referencial teórico sobre a temática.

Os preceitos éticos foram respeitados em todas as fases da pesquisa, conforme Resolução 466/2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado

da Bahia, sob CAAE:22942113.4.0000.0057 e Parecer nº 478.947.

## RESULTADOS

### *Dados sociodemográficos*

Participaram da pesquisa 12 profissionais: 02 enfermeiros, 02 dentistas, 03 técnicos de enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde (ACS). Cinco afirmaram ter concluído o ensino superior, seis ter terminado o ensino médio e um disse cursar o ensino superior. Esses profissionais tinham entre 02 e 19 anos de formado – os que fizeram curso técnico tinham entre 03 e 19 anos e os com formação universitária entre 02 e 05 anos.

Onze eram mulheres e um homem; a idade média foi de 40 anos, três tinham entre 50 e 52 anos; cinco entre 40 e 46 anos e quatro entre 25 e 29 anos. Sete dos participantes se autodeclararam pardos, quatro brancos e um amarelo. No que tange à religião, sete declararam ser católicos, três evangélicos, um espírita e um testemunha de Jeová. Em relação ao estado civil, cinco eram casados, seis solteiros e um divorciado.

### *Categorias Temáticas*

A partir do conteúdo das entrevistas, emergiram três categorias: Conceituando violência contra a mulher; (Des) conhecimento sobre notificação e denúncia; (Des) conhecimento sobre a lei que pune quem comete violência contra a mulher.

#### **Categoria 1: Conceituando violência contra a mulher**

Em relação ao conceito de violência contra a mulher, os participantes reportaram a violência verbal, física, moral, sexual, psicológica, domésti-

ca, privação dos direitos da mulher, desrespeito, a condição de ser considerada sexo frágil e a falta de diálogo. Além da violência física, mencionaram diversas expressões da violência contra mulher:

A violência contra a mulher não é só a violência física, é também aquela em que ela é privada de ter os seus direitos (E 3- AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE).

Violência não é só a violência física, mas também a moral, a verbal (E 10- AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE).

Violência contra a mulher não é só bater, mas [...] é também a violência sexual (E 12- TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Muitos filhos tratam as mães com ignorância, isso também é violência (E3- AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE).

Referiram, ainda, que a violência contra a mulher é sofrida dentro de casa pelos companheiros, maridos, namorados e que é motivada pelo álcool, uso de drogas e ciúme excessivo, como evidenciado a seguir:

Violência contra a mulher pode ser tanto física como psicológica e normalmente ela é ocasionada pelos companheiros, maridos, namorados, alguns casos ocasionados pela bebida, uso de drogas e por ciúme excessivo (E 11 - DENTISTA).

#### **Categoria 2: (Des) conhecimento sobre notificação e denúncia**

Os entrevistados afirmaram distinguir denúncia e notificação, entretanto, ao exporem suas ideias, demonstram desconhecimento, equí-

vocos ou conhecimento superficial em relação a esses termos.

Quando a gente chega e é comunicado pelo agente comunitário da área, o ACS vai fazer a notificação. Ela traz pra unidade e vai pegar essa notificação e enviar para o conselho e o conselho que vai acionar. A denúncia é quando o conselho vai orientar esse paciente a fazer a denúncia de acordo com o protocolo (E 1- ENFERMEIRA).

Em relação a essa fala, percebe-se que a enfermeira associa a função de notificação ao agente comunitário e a denúncia ao “conselho”. A enfermeira não sabe falar qual tipo de conselho é esse e demonstra desconhecimento sobre notificação e denúncia. Apenas um profissional referiu que a notificação é realizada na vigilância epidemiológica:

Em relação à notificação, a gente preenche um formulário e passa para a vigilância e a denúncia tem que ir até a delegacia registrar a queixa (E 9- AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE).

Em relação à denúncia, os participantes referiram que ela deve ser feita na delegacia, no conselho, ligar para a polícia (180), conforme apontado abaixo:

Denúncia é quando a pessoa vai à delegacia e presta uma queixa, no caso, contra o companheiro. Aqui em Guanambi não tem delegacia para mulher, em Salvador eu sei que tem. Aqui deveria ter uma delegacia para orientar a mulher a resolver esse caso. Aqui parece que não é a prioridade. Notificação eu não sei (E11 - DENTISTA).

[...] Denunciar é ir à delegacia e registrar o que aconteceu (E4- TECNICA DE ENFERMAGEM).

Denúncia é você ligar para o 180 (E12 – TECNICA DE ENFERMAGEM).

A denúncia é quando o conselho orienta esse paciente a fazer a denúncia de acordo com o protocolo (E1- ENFERMEIRA).

A denúncia é quando você procura um órgão responsável, você já vai está tendo uma responsabilidade de que aquilo aconteceu [...] (E3- AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE).

### Categoria 3: (Des) conhecimento sobre a lei que pune quem comete violência contra a mulher

A maioria dos profissionais, quando questionados se sabiam da existência de alguma Lei que prevê a punição de quem comete violência contra a mulher, citou a Lei Maria da Penha, porém, quando indagados sobre o conteúdo da referida Lei, mostraram conhecimento pontual, como ilustrado a seguir:

A Lei Maria da Penha, que ao certo eu não sei se ela é cumprida à risca, pois a gente sabe que a Lei no nosso país não é pra todos [...] eu sei que existe a Lei Maria da Penha, que foi o caso da Senhora Maria da Penha que sofreu agressão pelo marido e ficou parálitica. Assim, o que a gente quer é que realmente seja cumprida pra todos, independente se for rico, pobre, branco, preto (E11- DENTISTA).

Dentre as entrevistadas que referiram conhecimento da Lei Maria da Penha, uma que atua como agente comunitária afirmou ter sofrido violência doméstica cometida pelo ex-marido e que a Lei não foi cumprida de forma correta:

Conheço a Lei Maria da Penha, agora se está cumprindo, assim, corretamente, eu não sei. Eu mesmo sofri violência no meu casamento, eu me separei por causa disso. Eu fui violentada, ele ficou preso por seis dias, depois ficou solto e saiu, então a Lei não se cumpriu corretamente. Pedi pra ele ficar distante de mim 100 metros, mas depois que eu já tenho seis anos que eu estou separada eu tenho ele como amigo, não entra na minha casa, mas já vai à minha porta e pega meus meninos para passar o final de semana com eles. A Lei não cumpre corretamente, muitas vezes manda dar cesta básica. Quantas mulheres que já foram mortas [...] separadas há muitos anos e aí é morta? (E 10- AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE).

## DISCUSSÃO

Os profissionais entrevistados reconhecem as diversas expressões da violência contra a mulher, o que corrobora com os resultados de outras investigações sobre a temática, a exemplo de estudo realizado com profissionais da equipe de saúde da família de um bairro periférico de Campina Grande-PB<sup>(13)</sup>, e de pesquisa com enfermeiras de Unidades Distritais Básicas de Saúde de Ribeirão Preto-SP<sup>(14)</sup>.

Estudo com vítimas de violência intrafamiliar no município de Pelotas-RS<sup>(15)</sup> e pesquisa com mulheres de um bairro de Salvador-BA<sup>(16)</sup>,

com história de vivência de violência conjugal, evidenciaram o consumo de álcool e/ou outras drogas como fator que, muitas vezes, suscita a violência contra a mulher. Outros fatores que potencializam a violência na percepção de profissionais são o acesso precário à educação, o desemprego e o abuso de álcool e drogas<sup>(10)</sup>.

Entretanto, apesar de os profissionais apresentarem conhecimento acerca da definição do conceito de violência, o que é essencial para o reconhecimento/identificação do agravo e enfrentamento deste tipo de violência, exibem dificuldades na compreensão de conceitos fundamentais como denúncia e notificação. Tal achado sinaliza necessidade de reflexão crítica sobre a formação e a atuação em saúde, que puramente técnicas coadunam com a não valorização da violência como um legítimo problema de saúde, que requer combate efetivo. A assistência prestada às mulheres que sofrem violência pode ser prejudicada, uma vez que muitos não sabem o que fazer ou para onde encaminhar as vítimas.

Especificadamente, o desconhecimento por parte de profissionais de saúde em relação à notificação contribui com a subnotificação dos casos de violência contra a mulher, o que é preocupante, pois, a informação em saúde serve como base para formulação de políticas públicas de combate à violência.

A Lei nº 10.778 de 2003 estabelece a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória pela Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011<sup>(17)</sup>.

A notificação desse agravo deve ser realizada por qualquer profissional ou trabalhador da saúde, sempre que houver atendimento de um caso suspeito ou confirmado, em duas vias: uma permanece na unidade de saúde notificante e a outra deve ser encaminhada para a vigilância

epidemiológica de Doenças e Agravos não Transmissíveis do município<sup>(17)</sup>.

Apesar de se ter uma lei de notificação há mais de 10 anos, as subnotificações ainda são constantes. Entretanto, ao invés de culpabilizar o profissional pela subnotificação, é necessário buscar compreender a realidade em que ele está inserido, estabelecer estratégias para modificar tal contexto e sensibilizá-lo para sua atuação como agente de transformação desse processo. Importante é, também, o empoderamento de mulheres para que ela se sinta capaz de denunciar as agressões sofridas<sup>(18)</sup>.

Para o alcance desse objetivo, torna-se necessário que sejam garantidos espaços de diálogos abertos com discussões sobre a temática; incentivar e tornar possível o estabelecimento de vínculos e a escuta qualificada da mulher; conhecer os serviços que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência e quais os encaminhamentos que devem ser realizados; e estabelecer parceria com as instituições de ensino superior<sup>(19)</sup>.

Em relação à denúncia e à Lei Maria da Penha, seu desconhecimento ou conhecimento superficial implica diretamente na prática de profissionais, que por não conhecerem os direitos das mulheres vítimas da violência, podem conduzir de modo inadequado os processos de orientação e encaminhamento.

Ressalta-se que a denúncia da violência contra a mulher pode ser feita em uma Delegacia comum, em uma DEAM ou, ainda, por meio de contato telefônico gratuito, em âmbito nacional, através da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) que funciona ininterruptamente todos os dias da semana<sup>(17)</sup>.

Com a finalidade de combater e enfrentar adequadamente a violência contra a mulher, é necessário que profissionais de saúde participem de ações de educação permanente em saúde, estejam sensíveis a essa problemática e

componham o serviço, fortalecendo a relação com as mulheres, trazendo-as para as rodas de discussão. Assim, será possível favorecer reflexões conjuntas sobre a violência, contextualizá-la e problematizá-la de forma a gerar mudanças nas práticas, melhor atendimento e enfrentamentos<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

Esse estudo evidenciou que apesar de os profissionais apresentarem conhecimento acerca da definição do conceito de violência, o que é essencial para o reconhecimento/identificação do agravo e enfrentamento desse tipo de violência, exibem dificuldades na compreensão de conceitos fundamentais como a denúncia e a notificação, e conhecimento superficial sobre a Lei Maria da Penha.

Na busca de contribuir com o combate à violência contra a mulher, sinaliza-se a necessidade de educação permanente envolvendo essa temática, a fim de fornecer subsídios para que profissionais de saúde possam estar comprometidos com o reconhecimento e manejo dos casos numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial.

As desigualdades de gênero, principais motivadoras da violência contra a mulher, ainda é temática pouco discutida nos currículos da graduação das áreas de saúde. A compreensão da violência como um problema que gera necessidades e demandas de saúde é fundamental para a adoção de condutas profissionais na perspectiva de seu enfrentamento.

Assim, reconhecer a violência contra a mulher como um problema de saúde pública requer medidas eficazes para a redução dos índices de morbimortalidade. É basilar que toda a equipe multiprofissional e interdisciplinar realize o registro e a notificação dos casos e faça os encaminhamentos cabíveis no processo.

Ademais, é imprescindível que a equipe esteja sensível, motivada e engajada com a rede de proteção à mulher. Faz-se necessário, ainda, uma reestruturação da rede de serviços para que haja articulação e efetivação das ações propostas.

Desse modo, os resultados desse estudo fornecem subsídios para ampliar o conhecimento sobre as percepções de profissionais de saúde acerca da violência contra a mulher e revelam desafios para a efetiva atuação profissional no enfrentamento a esse tipo de violência.

## REFERÊNCIAS

1. Carneiro AA, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal a mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serviço Social & Sociedade*. 2012;(110): 369-97
2. Coelho VP, Santos DBF, Alexandria IFPM, Gomes MAV. Reflexões sobre a violência: poder e dominação nas relações sociais de sexo. *R. Pol. Pub.* 2014; 18 (2): 471-479.
3. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013;Mar [cited 2016 June 07]; 18(3):691-700. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300015>.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. Brasília: [s.e.]; 2015.
5. Moraes AF, Ribeiro L. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a “responsabilização” dos “homens autores de violência”. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revistalatinamericana*. 2012;(11): p.37-58.
6. Moura MAV, Netto LA, Souza MHN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. *Ver Esc Anna Nery* (impr.) 2012; 16 (3):435-442.
7. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc. Estado* 2014; 29 (2): 449-469.
8. Souza L de, Cortez MB. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública*. 2014; 48 (3): 621-639.
9. Silva AS, Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Vianna RPT, Anjos UU. Analysis of domestic violence and women's health. *Journal of Human Growth and Development* 2015; 25(2): 182-181.
10. Kiss LB, Schiraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(3):1943-1952.
11. Barcellos FBJ, Magdaleno Júnior R, Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Estudo* 2012; 17: 63-71.
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70. ed. São Paulo: [s.e.]; 2011.
13. Santos SMP, Colaço EO, Silva FL, Mesquita VGF, Gonçalves RL, Araújo CRF. Concepts and practice of health professional on violence against women. *Journal of Nursing UFPE on line* 2014; 8(1):77-82.
14. Baraldi ACP, Almeida AM, Perdoná GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2012; 12 (3): 307-318.
15. BesTM, Lopes FAR, Morgan GJ, Ribeiro MS, Duarte WR. Relação da violência intrafamiliar e o uso abusivo de álcool ou entorpecentes na cidade de Pelotas, RS. *Revista da AMRIGS* 2013; 57 (1): 9-13.
16. Paixão GPN, Gomes NP, Diniz NMF, Couto TM, Vianna LAC, Santos SMP. Situations which precipitate conflicts in the conjugal relationship: the women's discourse. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(4): 1041-9.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 72 p.
18. Cruz NM, Tavares VS, Gomes NP, Silva Filho CC, Magalhães JRF, Estrela FM. Meaning of the reports of violence against women: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet] 2015 Mar; 14 (2):144-50.
19. Gomes NP, Erdmann AL, Santos JLG, Mota RS, Lira

- MOSC, Meirelles BHS. Caring for women facing domestic violence: Grounded Theory. Online braz j nurs [Internet]. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 782-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4138>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134138>
20. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. Interface Botucatu 2014; 18 (48): 47-59.

---

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

Recebido: 07/07/2016  
Revisado: 12/05/2017  
Aprovado: 01/06/2017