



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

CAMILA EMANOELA DE LIMA FARIAS

**VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REDE SOCIAL
DE APOIO INEFICAZ EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

RECIFE

2022

CAMILA EMANOELA DE LIMA FARIAS

**VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REDE SOCIAL
DE APOIO INEFICAZ EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira

Coorientadora: Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

RECIFE

2022

CAMILA EMANOELA DE LIMA FARIAS

**VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REDE SOCIAL
DE APOIO INEFICAZ EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Aprovada em: 07/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Suzana de Oliveira Manguiera
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª. Michelline Santos de França
Instituto Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará

Às mulheres.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar agradecendo aos meus pais, mas minha mãe me ensinou que antes de tudo eu tenho que agradecer a Deus.

Então, agradeço a Deus e aos anjos da guarda. Agradeço pelas vitórias, bênçãos e sustento. Agradeço pelas luzes em dias de escuridão. Em muitos momentos, se não tivesse sido a fé em que tudo vai melhorar, não sei como teria conseguido chegar até aqui.

Agora sim: agradeço aos meus pais, Amara e Manoel, que tanto fizeram e fazem por mim. Sem eles eu não sei como teria sido essa jornada até aqui. Sou grata por todo o amor, dedicação e carinho que eles sempre me proporcionaram. Grata por cada sacrifício, feito de todo coração, para que eu pudesse ter uma vida melhor do que a que eles tiveram. Com o meu mais puro amor, agradeço a eles por tudo.

Para a alegria dos terapeutas (a quem também deixo os meus sinceros agradecimentos) que me acompanharam: agradeço a mim. Agradeço por não ter desistido, pela coragem, força e dedicação. Agradeço por ter confiado na palavra daqueles que acreditam em mim e ter continuado. Agradeço por ter chegado até aqui.

Gratidão aos meus familiares que sempre estiveram ao meu lado me dando todo o suporte e carinho para que eu acreditasse no meu futuro.

Agradeço aos meus amigos. Cada um deles. Sou muito agraciada pelo privilégio de tantas amizades incríveis, que me fazem sentir acolhida e pertencente. Agradeço pelo amor, presença, desabafos e pelas lições de racionalidade quando a cabeça ia longe demais do planeta Terra. Intensivonas, Mercadinho's, MB's, Mestrado Abençoado, Pocarandos, As Bonitas, Condições. Agradeço por todas as garotas da turma 12 do mestrado do PPGEnf-UFPE. Agradeço pela vida de cada uma dessas pessoas que tornaram a caminhada mais leve.

Agradeço à Mariana Amorim e Beatriz Caetano. Agradeço pela dedicação e companhia dessas garotas que vão longe. Sem o carinho, presença e participação delas, esse trabalho não teria sido possível.

Todo meu agradecimento à minha orientadora, Profa. Suzana de Oliveira Mangueira, por toda a sua sabedoria, paciência, inteligência e sensibilidade. Grata por tanto conhecimento trocado e por ela ter acreditado, desde o início, que eu era capaz.

Agradeço à minha coorientadora, Profa. Cleide Maria Pontes, por todos os seus ensinamentos durante essa trajetória. Agradeço por todas as orientações, encorajamentos e novas perspectivas para a construção desse trabalho.

Agradeço aos membros da minha banca - Profa. Jaqueline Galdino, Profa. Micheline França e Prof. Marcos Lopes - por todas as contribuições para o aprimoramento do meu conhecimento e construção desta dissertação.

Agradeço aos profissionais do PPGEnf-UFPE por todo o suporte nesses anos de vínculo.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES) cujo investimento tornou possível esta pesquisa.

Gratidão a todos os profissionais do Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa e ao Centro de Referência Clarice Lispector. Agradeço por abraçarem a ideia do trabalho e por se dedicarem ao seu trabalho para acolher e atender as mulheres.

Agradeço a cada uma das mulheres que cederam seu tempo para expor suas histórias. Agradeço por tocarem em suas dores e vulnerabilidades. Agradeço por cada palavra e por participarem desta pesquisa. Torço para que suas feridas se curem e a justiça seja feita.

Gratidão a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, fizeram parte do caminho para que eu chegasse até aqui.

Gratidão pelas redes sociais de apoio que funcionam.

Gratidão!

"Eu não sou livre enquanto qualquer mulher for prisioneira. Mesmo se as correntes dela forem muito diferentes das minhas."

(LORDE, 1984, p. 117)

RESUMO

A rede social é o conjunto de relações interpessoais da pessoa e, quando efetiva, proporciona recursos que contribuem para o enfrentamento de situações difíceis da vida e na redução dos seus impactos negativos, como nos casos de violência. Entender os pontos fracos da rede e os reflexos disso na vida da pessoa permite uma assistência integral, além de possibilitar ações de educação em saúde direcionadas à pessoa e/ou a sua rede. O objetivo desta pesquisa é verificar evidências de validade clínica do diagnóstico de enfermagem Rede Social de Apoio Ineficaz em mulheres vítimas de violência. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal para validação clínica do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz, com 98 mulheres vítimas de violência atendidas em dois centros de referência para violência da cidade do Recife-PE. Os dados foram coletados de agosto de 2021 a junho de 2022 por meio de entrevistas individuais para a aplicação de um instrumento previamente validado, que analisa fatores socioeconômicos, indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico em estudo. Os dados obtidos foram processados estatisticamente pelo Software R e pelo EPI INFO. Foi identificada a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem, verificou-se a sensibilidade e a especificidade de cada um dos indicadores clínicos e foi analisada a magnitude de efeito dos fatores etiológicos por meio de um modelo univariado de regressão logística. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob o parecer 5.345.820. Os resultados mostraram uma prevalência estimada de 68,1% do diagnóstico de enfermagem nas mulheres vítimas de violência participantes do estudo. Os indicadores clínicos validados foram Apoio oferecido diferente do apoio esperado, Interações sociais negativas, Negligências às demandas de apoio, Sentimento de abandono, Baixa reciprocidade e Estímulo a comportamentos negativos. Dezesesseis fatores etiológicos obtiveram valores robustos para predizer a presença do diagnóstico, sendo eles: Demanda excessiva de apoio, Rede social de tamanho menor, Isolamento social, Fragilidade das organizações em rede dos serviços institucionais, Falta de reconhecimento do apoio oferecido, Falta de sociabilidade, Receio da pessoa em buscar apoio, Mudança de domicílio, Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente, Práticas intrusivas dos profissionais de saúde, Displicência no papel de apoiador, Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa, Déficit de laços fortes, Déficit de profissionais da saúde, Indisposição para apoiar e Laços desfeitos. Conclui-se que os indicadores clínicos e os fatores etiológicos validados neste estudo têm a capacidade de

diagnosticar acuradamente e predizer o surgimento da Rede social de apoio ineficaz em mulheres vítimas de violência. Além de reforçar a importância do processo de enfermagem, a validação clínica do diagnóstico de enfermagem Rede Social de Apoio Ineficaz fundamenta a tomada de decisões das intervenções de enfermagem e ações de educação em saúde diante da mulher vítima de violência e sua rede.

Palavras-chave: rede social; apoio social; educação em saúde; enfermagem; diagnóstico de enfermagem; violência contra a mulher

ABSTRACT

The social network is the set of interpersonal relationships of the person and, when effective, provides resources that contribute to coping with difficult life situations and reducing their negative impacts, such as in cases of violence. Understanding the weaknesses of the network and the consequences of this in the life of the person allows for comprehensive care, in addition to enabling health education actions aimed at the person and/or their network. The objective of this research is to verify evidence of clinical validity of the nursing diagnosis Social Network of Ineffective Support in women victims of violence. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study for clinical validation of the nursing diagnosis Ineffective social support network, with 98 women victims of violence treated at two reference centers for violence in the city of Recife-PE. Data were collected from August 2021 to June 2022 through individual interviews for the application of a previously validated instrument, which analyzes socioeconomic factors, clinical indicators and etiological factors of the diagnosis under study. The data obtained were statistically processed by the Software R and by the EPI INFO, which analyzed the sensitivity and specificity of each clinical indicator and the magnitude of the effect of etiological factors was analyzed using a logistic regression model. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco, under the number 5.345.820. The results showed an estimated prevalence of 68.1% of the nursing diagnosis in women victims of violence participating in the study. The clinical indicators that best predicted the presence of the diagnosis were Support offered different from the expected support, Negative social interactions, Neglect of support demands and Stimulation of negative behaviors. Sixteen etiological factors obtained robust values to predict the presence of the diagnosis, namely: Excessive demand for support, Smaller social network, Social isolation, Fragility of network organizations of institutional services, Lack of recognition of the support offered, Lack of sociability, Afraid of the person to seek support, Change of residence, Impersonality in the health professional-patient relationship, Intrusive practices of health professionals, Carelessness in the role of supporter, Deficit of theoretical-practical knowledge about the person's need, Deficit of strong ties, Deficit of health professionals, Unwillingness to support and Broken ties. It is concluded that the clinical indicators mentioned above are more sensitive and/or specific to observe the presence of the diagnosis in women victims of violence and the etiological factors identified are the main causes to indicate this phenomenon. In addition to reinforcing the importance of the nursing process, the clinical validation of the nursing diagnosis Ineffective Social Support

Network supports the decision-making of nursing interventions and health education actions towards women victims of violence and their network.

Keywords: social support; health education; nursing; nursing diagnosis; social network; violence against women

LISTA DE TABELAS

Tabela 01-	Características sociodemográficas e econômicas das mulheres vítimas de violência atendidas em centros de referência da cidade do Recife/PE, Brasil, 2022	36
Tabela 02 -	Frequência dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz, Recife-PE, 2022	37
Tabela 03 -	Medidas de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos obtidas por análise de classe latente, Recife, 2022	38
Tabela 04 -	Probabilidades posteriores da presença ou ausência do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz baseada no modelo de classe latente, Recife, 2022	39
Tabela 05 -	Frequência dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz, Recife-PE, 2022	40
Tabela 06 -	Medidas de associação e de magnitude de efeito (<i>Odds Ratio</i>) dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz, Recife-PE, 2022	41

LISTA DE SIGLAS

ACL	Análise de Classes Latentes
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-traumático
DS	Distrito Sanitário
FE	Fatores Etiológicos
IC	Indicador Clínico
NANDA-I	NANDA Internacional
OR	<i>Odds Ratio</i>
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TMA	Teoria de Médio Alcance
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	A REDE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	21
3.2	VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA A OTIMIZAÇÃO DA PRÁXIS	24
3.3	O PAPEL DA REDE SOCIAL NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	27
4	MÉTODO	31
4.1	TIPO DE ESTUDO	31
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	31
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.3.1	Critérios de Inclusão	32
4.3.2	Critérios de Exclusão	32
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	33
4.6	ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	34
5	RESULTADOS	36
6	DISCUSSÃO	42
7	CONCLUSÃO	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – VALIDAÇÃO CLÍNICA	62
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73
	APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PAIS E RESPONSÁVEIS	77
ANEXOS A - CARTAS DE ANUÊNCIA	79
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	81

1 INTRODUÇÃO

A rede social é o conjunto de relações interpessoais, constituída pelos seres com os quais a pessoa interage com alguma regularidade. Essa rede é construída a partir dos vínculos criados entre a pessoa e sua família, amigos, relações profissionais, institucionais e comunitárias (SLUZKI, 1996). A rede social pode ser classificada em primária e secundária, na qual a primária são as relações mais pessoais e próximas do indivíduo e proporcionam a ele o sentimento de pertencer. A rede secundária é dividida em formal e informal, na qual as formais são compostas pelas instituições de poder público, de mercado e as do terceiro setor e as informais são aquelas que prestam suporte e atenção a uma necessidade imediata da pessoa (SANICOLA, 2015; LEONE, 2019).

As interações da pessoa com sua rede afetam diretamente sua saúde e repercutem de forma positiva, quando a rede funciona promovendo saúde, ou de forma negativa, quando a rede de apoio agrava as situações delicadas e desafiadoras, seja por falta de informações, omissões de ajuda ou número insignificante de participantes nela (SLUZKI, 1997). As experiências negativas, além de comprometerem a saúde da pessoa, interferem também no vínculo, na relação de confiança e na reciprocidade entre a pessoa e os integrantes da rede, comprometendo toda a sua estrutura e funcionalidade (SANICOLA, 2015).

Uma rede social significativa e efetiva proporciona ao indivíduo apoio social. Esse apoio pode ser compreendido como os recursos ofertados para a melhora do seu bem-estar (SHUMAKER, 1984). O apoio concedido pode acontecer de cinco maneiras: emocional, com demonstrações de afeto, acalanto e empatia; instrumental, oferecendo recursos e suporte material; informativo, por meio de conselhos, orientações e direcionamentos; presencial, com a disponibilidade de acompanhar a pessoa e se fazer presente na vida dela; e o autoapoio, caracterizado pelas atitudes de autocuidado e autorrespeito da pessoa para consigo (SOUSA et al., 2013). A efetividade dos apoios prestados contribui para a tomada de decisões, superação, empoderamento e enfrentamento de situações difíceis da vida e na redução dos seus impactos negativos, como nos casos de violência (RODRIGUES, 2020).

A violência é uma questão de saúde pública mundial e se fez presente durante toda a existência humana (MODENA, 2016; MINAYO, 2018). Caracterizada como um complexo fenômeno de violação dos direitos fundamentais do ser humano, como segurança, dignidade e integridade, a violência abrange todos os indivíduos, em especial mulheres, crianças, adolescentes, idosos, deficientes físicos e mentais (COSTA, 2019; WALKER, 2020). As situações de violência acontecem de forma gradual e vão além das agressões corporais, que

constituem o tipo físico de violência. Além da violência física, existem outros quatro tipos que são: violência moral, quando o agressor comete calúnia, difamação ou injúria contra a vítima; violência material ou patrimonial, na qual o agressor furta, esconde ou quebra pertences pessoais da vítima; violência sexual, que consiste em qualquer insinuação, tentativa ou ato sexual sem consentimento da mulher; violência psicológica, equivalente a todas as condutas que ocasionem um dano emocional ou abalem a autoestima da mulher (WHO, 1996; BERNARDINO, 2016; MARTINS; LEMOS; FERREIRA, 2017; MACHADO, 2020).

A violência contra a mulher é o resultado de qualquer ato violento baseado no gênero e apresenta alarmantes índices, como o aumento em mais de 7% dos casos de feminicídio no Brasil no ano de 2019. Este tipo de violência é permeado por constructos estruturais sociais, no qual o modelo patriarcal destaca-se e agrava a desigualdade de gênero, e constructos estruturais políticos e econômicos, com predominância do sistema capitalista, o que reforça a desigualdade e a vulnerabilidade social (ELLSBERG, 2015; ALEXANDRE, 2019).

Essa violência acontece independente de situação socioeconômica, cor da pele, religião, orientação sexual ou escolaridade. Contudo, é possível ressaltar alguns fatores de risco para que esse tipo de violência ocorra como: dependência financeira, uso de drogas lícitas e ilícitas, filhos deficientes, pobreza e até mulheres com poucas posses/dotes ou que pariram crianças do sexo feminino, em países como o Paquistão e Bangladesh (MARTINS; LEMOS; FERREIRA, 2017; HUSSAIN, 2020).

A violência de gênero independe do vínculo entre agressor e vítima, diante disso, pode haver uma relação consanguínea, de amizade, conjugal ou de afetividade entre os envolvidos na situação da agressão (MARTINS; LEMOS; FERREIRA, 2017; SILVA, 2020). Estima-se que, globalmente, um terço das mulheres já foram expostas a algum tipo de violência e tiveram sua segurança, desenvolvimento pessoal e/ou sua autoestima afetados (WHO, 2013; ARBOIT, 2017).

A violência contra a mulher gera impactos angustiantes que vão além das agressões físicas. Tais impactos abrangem também os danos ao bem-estar psicológico e emocional, evidenciados pelos altos índices de adversidades mentais nessas mulheres, como ansiedade, estresse pós-traumático, depressão, distúrbios alimentares, abuso de substâncias químicas, psicose e até mesmo suicídio (HUSSAIN, 2020).

Na presença de tantos abalos negativos na saúde da mulher, a rede social precisa funcionar de maneira eficaz e oferecer-lhe apoio. Uma rede que não dialoga entre si, não recebe a devida qualificação, não entende o papel de cada ator da rede e não orienta sobre o

funcionamento e direcionamentos da rede, prestará uma assistência ineficaz e não ofertará os apoios necessários para que a vítima possa ultrapassar as situações de abuso (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; CARVALHO; RIBEIRO, 2016).

As equipes de enfermagem, atores dessa rede social de apoio da mulher, são responsáveis pelo cuidado com a saúde do ser, devem estar atentas e preparadas para promover acolhimento, segurança e conforto para essas vítimas e para identificar as situações que possam interferir nessa assistência. O cuidado da enfermagem deve abranger, além das funções fisiológicas e psíquicas, a rede social da mulher vítima de violência, analisando essa rede com um olhar minucioso para a sua funcionalidade e eficácia (TEIXEIRA et al., 2014). O enfermeiro deve estar atento quanto à organização da rede e ter um olhar crítico se a função de apoio está sendo promovida de maneira adequada às vítimas (SANICOLA, 2015).

Entender os pontos fracos da rede e os reflexos disso na vida do indivíduo permite uma assistência integral e direcionada, além de possibilitar ações de educação em saúde específicas ao indivíduo e/ou a sua rede (FRANÇA, 2020). Os cuidados ofertados pelas equipes de enfermagem a essas mulheres devem ser baseados no Processo de Enfermagem (PE) e pautados em evidências científicas e políticas públicas de saúde, com o intuito de proteger as vítimas e evitar futuros agravos (ALEXANDRE, 2019).

A análise das redes pelas equipes de enfermagem deve estar atenta ao aspecto quantitativo dessa rede, para avaliar a extensão das relações nos integrantes, e ao aspecto qualitativo dela, com vistas a analisar se as ações e relações se adequam à realidade da pessoa (WALLSTON et al., 1983). Quando a rede social de uma pessoa não cumpre seu papel e encontra-se ineficaz, ela pode ser classificada como um fenômeno de enfermagem, conceituado como aspectos da realidade que são importantes na saúde e relevantes para a prática da enfermagem (ICN, 2003). Diante de um fenômeno, o enfermeiro deve pautar suas ações e intervenções baseadas em um Diagnóstico de Enfermagem (DE).

Nesse contexto, o DE Rede Social de Apoio Ineficaz foi criado, de acordo com o modelo proposto pela NANDA Internacional (NANDA-I). A construção do citado DE aconteceu em três etapas. Na primeira etapa, a autora construiu uma teoria de médio alcance (TMA) acerca da ineficácia da rede social de apoio. Nesta etapa, indicadores clínicos e fatores etiológicos de uma rede ineficaz foram identificados e tiveram seus conceitos elaborados, bem como a definição do fenômeno. Na segunda etapa, o conteúdo foi analisado e validado por juízes com expertise na área do estudo. Após a validação pelos juízes, a autora realizou a terceira etapa, que consistiu em validar clinicamente o diagnóstico, no qual mulheres nutrízes

da cidade do Recife participaram da pesquisa. Tendo em vista que se trata de um diagnóstico novo, é recomendada a realização de estudos de validação em outras populações a fim de comparar os achados e reafirmar a validade clínica de seus componentes (FRANÇA, 2020).

A aplicação do DE, bem como todo o PE, representa a práxis da enfermagem e fomenta a constante busca para uma assistência digna e integral ao ser humano e a comunidade. Pautado nos resultados obtidos, o enfermeiro poderá traçar metas, intervenções de assistência e de educação em saúde para o indivíduo e para a sua rede (FRANÇA, 2020).

A educação em saúde, que tem como objetivo multiplicar informações e evitar agravos, é uma ferramenta importante no enfrentamento da violência contra a mulher e suas repercussões. Considerada um processo do despertar da consciência crítica do indivíduo para o seu autocuidado, a educação em saúde é também a ponte que aproxima os programas, serviços e políticas públicas dos usuários (KRUSCHEWSKY; KRUSCHEWSKY; CARDOSO, 2008).

A validação clínica do DE Rede social de Apoio Ineficaz neste estudo permitirá uma análise da eficácia da rede social de apoio da mulher vítima de violência e o aprimoramento do diagnóstico por meio do refinamento de um conjunto de indicadores clínicos, o que torna a utilização do DE mais confiável. Tal validação embasará a identificação deste fenômeno pelo enfermeiro na prática clínica e, por conseguinte, a adoção de estratégias de assistência e de educação em saúde com todos os atores desta rede, proporcionará a melhoria da práxis da enfermagem na luta contra a violência e fortalecerá a literatura acerca do tema por reforçar a importância deste DE. Diante disso, este estudo busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as evidências de validade clínica do diagnóstico de enfermagem “Rede Social de Apoio Ineficaz” entre as mulheres vítimas de violência?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar evidências de validade clínica do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz no contexto das mulheres vítimas de violência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres vítimas de violência;
- Verificar a frequência e as medidas de acurácia dos indicadores clínicos para a identificação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres vítimas de violência;
- Estabelecer a magnitude do efeito dos fatores etiológicos sobre o Diagnóstico de Enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres vítimas de violência.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A REDE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O ser humano nasce e vive em uma rede de relações representada por família, escola, comunidade, trabalho, cujos ambientes ecológicos e relações possibilitam apoio em situações de crise ou de mudança e podem criar oportunidades de desenvolvimento humano (JULIANO; YUNES, 2014).

Para Sluzki (1997), redes sociais retratam o conjunto de todos os sujeitos que um indivíduo percebe como significativas do universo relacional no qual está inserido. Indivíduos que compõem as redes de apoio se configuram como auxiliares no enfrentamento de riscos e de vulnerabilidades. Quando esses vínculos são estabelecidos de forma saudável, repercutem na dimensão pessoal e coletiva do indivíduo e contribuem para o enfrentamento de desafios e para a melhoria da qualidade de vida (AZEVEDO; SILVA; REIS, 2019).

Costa et al. (2015) também compreendem que é por meio da relação sujeito e ambiente que a rede de apoio se manifesta com fatores de proteção e opera de forma prática no enfrentamento, engajamento e transformação de modo a atuar na diminuição do risco. Os fatores de proteção caracterizam-se na oportunidade de amenizar, melhorar ou alterar os resultados negativos provenientes dos fatores de risco, que irrompem de um processo relacional ou da combinação de diversas adversidades (NUNES; PONTES; SILVA, 2020).

O ser humano carece de convivência e socialização. É na infância que ocorre os primeiros contatos com a socialização primária, no qual o aprendizado se estabelece pelas regras básicas da sociedade, pela moral e modelos comportamentais do grupo a que se pertence. A socialização primária tem um valor primordial e deixa marcas muito profundas em toda vida, já que é a partir dela que se constrói o primeiro mundo do indivíduo. Assim, a família, pares e vizinhança se convertem em um canal de socialização que estabelece mediação entre o mundo e a criança (BERGER; LUCKMAN, 2004).

Embora a rede primária torne-se a rede que o ser humano busca auxílio, apoio e cuidado em situações de crise, nem sempre a família consegue fornecer assistência eficaz, necessitando da cooperação mais formal e técnica ou de áreas que vão além do domínio familiar. Essas redes podem ser representadas por profissionais de saúde, e demonstram ser relevantes para uma melhora significativa na qualidade de vida dos indivíduos (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

Classificadas como formais ou não, as redes secundárias são estabelecidas pelas relações de organizações governamentais e instituições de mercado, quando formal. Em contrapartida, as informais são elaboradas por vínculos mútuos para corresponder uma necessidade imediata, que tanto podem atingir um maior nível de organização e tornarem-se formais, quanto serem desfeitas após a resposta à necessidade. Geralmente, o cuidado e a assistência prestada pela equipe de enfermagem compõem as redes secundárias formais (SANICOLA, 2015).

Mulheres em situação de violência, geralmente, apresentam rede de apoio inadequada às suas necessidades (KATERNDAHLETAL, 2013). Uma pesquisa realizada por Santos e Corrêa (2022) observou que serviços de apoio a mulheres, como delegacias, serviços de saúde, defensoria pública ou casas de abrigo, não tem sido suficiente em decorrência da alta demanda, embora o número de serviços especializados tenha crescido de forma considerável. Ademais, a própria rede de apoio primária, muitas vezes, tem se revelado um fator de risco, uma vez que existe a possibilidade do agressor ser qualquer pessoa do conjunto sistêmico.

Por outro lado, estudos constataam que trabalho desenvolvido em redes, sejam primárias ou secundárias, validam que a sociedade, cada vez mais, estabeleça práticas que objetivam o enfrentamento às diferentes situações adversas em oposição à mulher. Diante do cenário de violência, mulheres têm recorrido primeiramente ao meio mais próximo, como família, amigos, vizinhos e familiares, assim como profissionais da saúde e instituições religiosas. Isso constata que o trabalho em rede é fundamental para o fortalecimento das mulheres em situação de violência (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008; SULSBACH, 2018).

É importante salientar que as redes de apoio social de um indivíduo apresentam dinamicidade ao longo do tempo, não sendo estáticas. O enfrentamento à violência contra as mulheres fomenta desde instituições governamentais ou não, serviços especializados e não especializados até a comunidade, sendo dividida em quatro eixos norteadores: combate, prevenção, assistência e garantia de direitos (ROCHA; GALELI; ANTONI, 2019; SANTOS; CORREIA, 2022).

O combate tem sido atribuído ao cumprimento da Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, que estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência e garante os direitos das mulheres no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Dentre as ações, o combate é voltado, sobretudo, às ações punitivas como afastamento de convivência,

prisão quando há flagrante e encaminhamento do agressor a programas de recuperação e reeducação (BRASIL, 2006).

A difusão da Lei Maria da Penha também se configura em ações para o combate à violência pela abordagem educacional, enfatiza o caráter de informação e prevenção, além de difundir valores referentes ao respeito à dignidade no sentido de gênero, raça e etnia. Deste modo, o âmbito da prevenção voltado para ações educativas e culturais promove campanhas voltadas ao público escolar e à sociedade em geral (OLIVEIRA; MACHADO; LIMA, 2020).

A assistência, dividida em quatro áreas, sendo saúde, justiça, segurança pública e assistência social, é o espaço no qual existem mais ações e participação ativa multissetorial. O trabalho de enfermeiros articulado às diversas áreas da saúde concerne o empoderamento da vítima em benefício do enfrentamento contra os episódios de violência sofridos. O reconhecimento da violência ganha espaço nos serviços de saúde quando frequentados pelas mulheres na busca de atendimento, atenção e cuidado (SOUZA; SILVA, 2019).

A assistência busca ampliar a qualidade e a humanização dos serviços ofertados e realiza encaminhamentos, por múltiplas portas de entrada que recebe e realiza o primeiro atendimento, segundo as necessidades e a função de cada instituição que compõe a rede de atenção (SOUZA; SILVA, 2019).

A prática de profissionais de saúde ainda aponta fragilidade na capacidade de identificar e acolher mulheres vítimas de violência. Embora o trabalho seja realizado como rede, muitos não são capazes de estabelecer um fluxo de informações claras e encaminhamentos, em virtude do conhecimento escasso em relação às funções das instituições que compõem a rede de atenção, o que acaba por gerar lacunas entre instâncias que deveriam trabalhar integradas (SANTOS; MIRANDA, 2016; SOUZA; REZENDE, 2018). Profissionais de saúde devem ocasionar circunstâncias que potencializam o fortalecimento da mulher, de modo a oferecer condições para o enfrentamento da violência a partir de um trabalho com foco na autoestima, na superação do trauma. O enfermeiro, por meio do olhar e da escuta, pode iniciar a construção com o cliente (SANICOLA, 2015). Esse posicionamento permite identificar fenômenos de enfermagem que interferem na saúde e o estabelecimento de metas e ações para a efetivação do cuidado de enfermagem.

3.2 VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA A OTIMIZAÇÃO DA PRÁXIS

Por meio da Resolução nº358/2009, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2009) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE que, de modo sistemático e deliberado, deve ser executado em todos os ambientes em que ocorra o cuidado de enfermagem. O PE é dividido em cinco etapas, sendo: coleta de dados, julgamento clínico, no qual serão elencados os diagnósticos de enfermagem, o planejamento e intervenção e a avaliação (COFEN, 2009).

Com o objetivo de favorecer a prática do trabalho do enfermeiro, atualmente, várias iniciativas subsidam sua práxis por meio de metodologias que operacionalizam a assistência e contribuem, significativamente, para a melhora dos resultados esperados. Dentre eles, o PE é o instrumento de trabalho do profissional enfermeiro que possibilita o planejamento e implementação de uma assistência qualificada e eficaz (BOTELHO et al., 2019).

É por meio do PE que o enfermeiro guia, orienta e estrutura a qualificação e a individualização do cuidado, por meio de em três dimensões: propósito, organização e propriedade. No propósito ocorre interação com o cliente, confirmação de suas observações com o mesmo para, juntos, utilizarem o processo; a organização refere-se às fases distintas, independentes e inter-relacionadas entre si; e as propriedades são descritas como intencional, sistemática, dinâmica, interativa, flexível e baseada em teorias (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013; NETO et al., 2020).

O DE como segunda etapa do PE, surgiu a partir do reconhecimento de que enfermeiros diagnosticavam clientes e suas famílias de modo distinto do diagnóstico médico. A partir disso, surgiu a organização profissional, atualmente conhecida como NANDA-I, a qual é traduzida para quase 20 idiomas diferentes; e sua versão de 2021-2023 traz 267 diagnósticos distribuídos em 13 domínios e 47 classes (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Considerado uma fonte de conhecimento científico profissional e essencial para a assistência ao paciente, o DE é uma etapa válida quando representa realmente o problema inferido pelos enfermeiros. Estudos sobre a validação desse processo se tornou frequente a partir de 1990, quando se observou uma preocupação em aperfeiçoar e legitimar os diagnósticos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

O termo validar, dentre outras significações, quer dizer legitimar, portanto, validar um DE significa torná-lo legítimo para aquela situação clínica e para todos os profissionais de enfermagem (MELO, 2004).

Antes da padronização do diagnóstico, os enfermeiros utilizavam termos diversos para descrever situações concernentes aos seus pacientes. Além da falta de um sistema de classificação para descrevê-las, não se tinha ferramentas de investigação para a descoberta de fenômenos de enfermagem relevantes ao cuidado (CARPENITO-MOYET, 2009).

No Brasil, a utilização dos diagnósticos de enfermagem passou a ser uma exigência legal do COFEN desde 2002. Inúmeros são os motivos que contribuem para esse quadro, sobretudo aqueles inerentes ao próprio diagnóstico, destacando-se a validade dos mesmos (CARVALHO et al., 2008). O estabelecimento de diagnósticos de enfermagem exige dos enfermeiros a capacidade de pensamento crítico embasado em amplo conhecimento técnico-científico para converter os dados coletados em diagnósticos. Esse processo permite não somente a definição de um diagnóstico, mas permite intervenções mais adequadas no processo de avaliação dos resultados (CERULLO et al., 2010).

Para que um diagnóstico conste na classificação da NANDA-I, é necessária uma argumentação teórica coerente, com base na literatura e na descrição de casos clínicos reais. Para que um diagnóstico seja aprovado para a classificação, é essencial que sejam validados, de forma que assegurem uma aplicação prática precisa. Na prática, é de responsabilidade do enfermeiro julgar e selecionar o diagnóstico mais coerente para representar um determinado conjunto de características definidoras. No entanto, só é possível a partir do processo de validação que a sua utilização seja confiável. A investigação e a validação dos diagnósticos de enfermagem possibilitam aperfeiçoar e legitimar os elementos da taxonomia da NANDA-I, com vistas a aumentar a sua capacidade de generalização e de predição (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2009).

A interpretação equivocada dos fenômenos de enfermagem, que pode resultar do uso de termos criados inadequadamente na prática diária, representa um risco à segurança do paciente, pois não garante o estabelecimento de metas e intervenções que atendam às suas reais necessidades (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Portanto, faz-se necessário seguir um método científico adequado para construção e validação de novos diagnósticos de enfermagem.

Ao longo do tempo, vários modelos metodológicos têm sido utilizados para construir e validar diagnósticos de enfermagem. Estes passaram por processos de adaptação para

tornarem-se mais adequados, no qual se destacam alguns referenciais, como Gordon e Sweeney (1979), Fehring (1987), Hoskins (1989), Lopes, Silva e Araújo (2012) e Lopes e Silva (2016), por serem utilizados com mais frequência em pesquisas com DE.

Gordon e Sweeney (1979), usando como fundamento os princípios da pesquisa descritiva, propuseram três modelos básicos: modelo retrospectivo, modelo clínico e modelo de validação por enfermeiras, para identificar, validar e aprimorar diagnósticos de enfermagem. Os modelos propostos tornaram-se clássicos e serviu como ponto de partida para a criação de modelos posteriores, mas não forneciam detalhes metodológicos para pesquisadores iniciantes (GORDON; SWEENEY, 1979; GARCIA, 1998).

Amplamente empregado nas décadas de 1980 e 1990, estudos de validação de DE foram fortemente influenciados pela proposta de Fehring (1987), que trouxe três modelos principais: validação de conteúdo diagnóstico, validação clínica e validação de diagnóstico diferencial. Em 1989, Hoskins propõe a incorporação da análise de conceito como primeira etapa dos estudos de validação de DE e recomenda seguir os modelos de validação de conteúdo de validação clínica propostos por Fehring (HOSKINS, 1989).

Lopes, Silva e Araújo (2012) apresentaram um modelo pautado em três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia de indicadores clínicos. Este modelo representou uma evolução dos modelos anteriores, com destaque para a robustez na análise estatística.

Em 2016, Lopes e Silva verificaram inconsistências na análise de conceito, por analisar o núcleo central do diagnóstico sem o seu julgamento. Propuseram uma atualização no método em três etapas: validade teórico-causal, a partir da construção de Teorias de Médio Alcance (TMA), validade de conteúdo baseada na abordagem da sabedoria coletiva e validade clínica baseada em estudos clínico-epidemiológicos.

As TMA possibilitam o compilado dos principais conceitos e a relação entre eles, o que permite que grandes teorias se aproximem da prática profissional (ROY, 2013). No processo de validação de diagnósticos, o uso das TMA viabiliza a identificação dos principais fatores etiológicos (FE) e indicadores clínicos (IC) de um diagnóstico e estabelece suas relações (BRANDÃO, 2018; LOPES; SILVA, 2016).

O desenvolvimento de TMA se dá a partir da execução de etapas criteriosas, que envolvem definições de conceitos, desenvolvimento de um esquema pictorial, construção das proposições e a construção de como as relações de causalidade e evidências interferem na prática. Por meio dessas relações causais, é possível determinar até que ponto a mudança no

valor de alguma das variáveis está ligada ao valor de outra variável ou conceito. Após a obtenção desses resultados, é recomendado que o conteúdo seja julgado por juízes com experiência no diagnóstico, que leva a segunda etapa do processo (LOPES; SILVA, 2016; McEWEN; WILLS, 2016).

A validade de conteúdo, segunda etapa da validação do DE, consiste na análise e validação dos achados teóricos por juízes. Essa etapa consiste em uma construção complexa que envolve dificuldades na quantificação, caracterização e identificação desses juízes. Com intuito de reduzir essas dificuldades, foi proposto uma abordagem que se baseia na sabedoria coletiva, modelo que determina que a opinião coletiva de determinado grupo retrata estimativas mais robustas do que a de um único *expert*. Com essa abordagem, são convocados para participar aqueles juízes que possuem alguma proficiência no assunto, porém, não exatamente são *experts* (LOPES; SILVA, 2016; YI, 2012).

A terceira etapa é a validação clínica. Essa etapa tem o objetivo de averiguar se a base teórica de um DE condiz com a prática clínica em diferentes situações e populações. Nessa etapa, pesquisadores chamam a atenção para o viés de padrão-ouro imperfeito. Esse viés é definido pela ausência de padrão de referência na hora de validar clinicamente um diagnóstico. Essa ausência se dá pelos fenômenos tratados por enfermeiros, como questões psíquicas, espirituais ou sociais, não serem passíveis de mensuração (LOPES; SILVA, 2016).

Para minimizar esse viés, são descritas quatro alternativas, com destaque para a Identificação de Variável Latente. Esse método propicia uma verificação estatística entre o DE e suas características definidoras. Por meio desse método, é possível analisar estatisticamente a classe latente e seus efeitos randômicos, as correspondências múltiplas e os conglomerados (RUTJES, 2007; LOPES; SILVA, 2016).

Validar um DE é crucial para desenvolver e trazer robustez ao conhecimento da profissão, bem como é capaz de fornecer embasamento para futuros estudos no âmbito da enfermagem. Para que as pesquisas de validação apresentem bons resultados, conhecer as principais abordagens e segui-las rigorosamente diminui as dificuldades metodológicas e operacionais nesse tipo de estudo.

3.3 O PAPEL DA REDE SOCIAL NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O enfrentamento da violência contra a mulher como um problema de saúde pública requer, em especial da Enfermagem, posturas sensíveis e acolhedoras para lidar com as vítimas. O enfermeiro enquanto integrante da rede social secundária formal, também é o agente responsável pelo manejo e prevenção das situações de violência, pelo fortalecimento dos vínculos entre mulheres e suas redes de apoio, por meio das ações de educação em saúde (NETTO et al., 2018; SILVA et al., 2014).

A educação em saúde é caracterizada pelo conjunto de saberes e práticas com foco na prevenção e promoção de saúde, mediante a interação do profissional e o paciente. Ademais, o método da educação em saúde permite potencializar o cuidado da enfermagem, pela utilização de atividades educativas na assistência ao paciente, seja no setor público ou privado (COSTA et al., 2020).

Segundo Amarijo et al., (2020), mulheres que sofrem algum tipo de violência buscam, como primeira escolha, a atenção básica de saúde, por se tratar de um espaço de acolhimento, que há vínculos e programas voltados as mulheres. Porém, apesar da procura pelos serviços assistenciais, a maioria das mulheres que vivencia violência só busca o serviço de saúde quando apresenta lesão corporal ou sintomas físicos, como a dor. Nesses locais, relatavam suas queixas, entretanto não expressavam a origem dos sinais e sintomas, isto é, omitem o real motivo da procura ao serviço (SANTOS et al., 2022).

Para que a assistência ocorra de forma eficaz, a equipe profissional necessita de capacitação para identificar o problema de tamanha complexidade e discernimento quanto aos sinais e sintomas relatados sem qualquer evidência clínica. Compete à equipe a garantia de privacidade, não expor a paciente e devem ter sensibilidade e conhecimento necessário para atuar nesse tipo de situação (SOUZA et al., 2019).

A enfermagem busca sanar os problemas pelo acolhimento, desenvolvendo vínculo e confiança entre a mulher e o profissional, de forma que contribua de forma significativa na redução do ciclo de danos, mostrando a importância da assistência da enfermagem no atendimento às mulheres na atenção básica de saúde (XAVIER; SILVA, 2019).

O enfermeiro é o profissional que se utiliza dos aspectos teóricos e práticos para facilitar, evitar ou retardar a presença de doença nas comunidades. É por meio da educação em saúde que os profissionais podem fornecer orientações, esclarecer dúvidas, prevenir doenças e/ou promover adaptação à atual condição de saúde do paciente, contribuir para o autocuidado e para a qualidade de vida (COSTA et al., 2020).

A educação consciente e crítica são fundamentais para que o ensino não seja uma educação fragmentada. Paulo Freire, patrono da educação no Brasil, discorre sobre a educação ética, planetária e multicultural. Foi por meio de suas reflexões que Freire evidenciou cuidados com a educação e propôs a humanização das relações e a libertação dos homens, tema central discutido no livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1968. Em suas obras, mostrava a educação solidária, dialogada, sem arrogância e supremacia do educador, que até os dias atuais representa a interdisciplinaridade, nas ciências, na educação e na saúde, em particular, pela possibilidade de uma pedagogia fundamentada na práxis (FREIRE, 1987; MIRANDA; BARROSO, 2004).

Considera-se muito presente, no exercício profissional da enfermagem, a atividade educativa, tendo em vista que se educa e se é educado constantemente pelos pacientes, familiares/acompanhantes (COSTA et al., 2020). Assim, a metodologia empregada por Freire representa um referencial teórico amplamente adotado nas ações de educação em saúde da enfermagem.

A educação em saúde é uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos, grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. Após ser vista como prática social, cada vez mais, a educação em saúde passou a ser repensada como uma metodologia capaz de gerar reflexão e a criticidade dos educandos sobre seus problemas de saúde. A partir de então, deu-se início a uma educação baseada no diálogo, como defendia Freire (FREIRE, 1996; SANTOS et al., 2021).

É por meio da prática pedagógica libertadora que o educador e o educando podem desenvolver suas potencialidades. A educação não pode ser aquela que deposita, que incentiva a memorização mecânica, porém aquela que ajuda homens e mulheres, sujeitos de sua história, a pensar criticamente, colocando-lhes desafios, dando espaço para mostrar suas curiosidades e suas indagações (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016).

Para Freire, a pedagogia libertadora é aquela que é produzida com os oprimidos e não para os oprimidos. O enfermeiro, enquanto intermediário na educação em saúde, deve se colocar aberto, disponível e não pode assumir uma postura rígida. Esse processo conduzido pelo enfermeiro visa instigar a pessoa como indivíduo consciente de seu contexto social e cultural, e torná-la protagonista nas ações de mudança, por meio da dialogicidade (FREIRE, 1996; BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016).

A educação em saúde estruturada na problematização tenciona o modelo tecnocientífico, com seus processos de análise da realidade e construção do conhecimento.

Também é capaz de direcionar o entendimento sobre adoecimento, uma vez que abrange questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo. A problematização permite aproximação entre teoria, prática e possibilita a pessoa a encontrar respostas aos problemas de saúde, ao considerar os determinantes sociais que influenciam nas condições de vida e nas intervenções em saúde (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

A maioria das práticas educativas na atenção primária ainda se encontra não orientada em direção à promoção da saúde no sentido de fortalecimento da autonomia, na participação social e no emprego de abordagens dialógicas. Do mesmo modo, verifica-se que a utilização da educação em saúde nos atendimentos individuais é realizada em razão da assistência ainda se ancorar em práticas curativas em detrimento das preventivas e de promoção da saúde (FELIX; MAIA; SOARES, 2019; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2018).

Sabe-se que o vínculo é um fator importante para atenção à saúde, necessário para conhecer os reais problemas da população, além de facilitar o relacionamento dos usuários com os profissionais que atendem. Para que isso ocorra de forma efetiva, a assistência deve estar pautada no acolhimento, na escuta qualificada e na confiança, de modo a criar redes de afeto e abertura para o diálogo (BRUNELLO et al., 2010; SANTOS; MIRANDA, 2016).

O educar-cuidar do enfermeiro deve estar presente em um mesmo contexto situacional para alicerçar a prática educativa, com vistas à reflexão e a conscientização de quem cuida e é cuidado, para promover uma educação transformadora. Deve fazer parte da práxis da pedagogia da enfermagem uma sistematização capaz de transformá-la em um ato social intencional, dirigido à causa da defesa da vida (ARAÚJO et al., 2018; GONÇALVES, SENA, 1999).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo de corte transversal de acurácia diagnóstica para obtenção de evidências de validade clínica do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz, com base no referencial de Lopes e Silva (2016). O método proposto possibilita a aplicabilidade das variáveis clínicas que fundamentam o fenômeno da rede social ineficaz em mulheres vítimas de violência e permite uma minuciosa análise dos resultados e suas nuances.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em dois centros de referência que atendem mulheres vítimas de violência no município de Recife, capital de Pernambuco: Centro de Referência Clarice Lispector e o Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa. O Centro de Referência Clarice Lispector, situado na região central da capital pernambucana, é uma instituição gerida pelo governo municipal. O centro dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, psicólogas, educadoras e advogadas preparadas para prestar apoio e assistência a essas mulheres, além de desenvolver atividades lúdicas para as filhas e filhos das mulheres em atendimento.

O Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa existe desde 2001 e funciona em um regime de pronto atendimento 24 horas por dia. O serviço conta com uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiras, assistentes sociais, médicos e psicólogos, que proporcionam assistência, acompanhamento e as orientações necessárias às mulheres vítimas de violência física, sexual e/ou moral. Esses serviços atendem, em média, 100 mulheres por mês. Esses atendimentos variam desde o acolhimento inicial, para o primeiro atendimento após a situação de violência, a atendimentos especializados, oferecidos por psicólogas e assistentes sociais.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

As participantes do estudo foram adolescentes e mulheres vítimas de violência atendidas, orientadas e acompanhadas nos serviços de referência citados, durante todo o

período da coleta dos dados. A amostra foi selecionada de forma naturalística, na qual todas as participantes foram avaliadas quanto à presença dos IC e FE do DE em questão. O tamanho da amostra respeitou a recomendação do modelo de validação proposto por Swanson et al. (2012), que identificou um mínimo de cinco participantes por indicador clínico para obtenção de convergência do modelo, considerando diferentes números de classes.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Mulheres e adolescentes vítimas de violência atendidas e acompanhadas nos serviços de referência para atendimentos para violência contra a mulher da cidade do Recife.

4.3.2 Critérios de exclusão

Não participaram da pesquisa vítimas que estavam no centro de referência para o primeiro atendimento no serviço, para que a pesquisa não interferisse no estabelecimento do vínculo entre a vítima e o serviço, manifestação de suas emoções e/ou na continuidade da assistência.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento validado (APÊNDICE A) composto por 75 questões divididas em três seções. A primeira seção do instrumento avalia o perfil socioeconômico da vítima, na qual questões como escolaridade, renda e ocupação são levantadas. Ainda na parte socioeconômica, a variável “Cor da Pele” foi acrescida pela pesquisadora ao instrumento original, para que a pesquisa pudesse retratar uma possível discussão acerca da rede de apoio da mulher vítima de violência e questões étnicas na cidade do Recife-PE.

Na segunda seção, foram avaliados os FE. Os vinte e sete itens desta parte do instrumento abordaram questões sobre sociabilidade, isolamento, alta demanda de apoio e reciprocidade no apoio. A etapa dos FE é ainda subdividida em três tópicos, no qual o primeiro analisa o indivíduo, o segundo a relação do indivíduo com os membros da sua rede e o terceiro tópico a configuração da rede.

A terceira seção do instrumento busca fazer uma análise da função de apoio, as atitudes dos membros e as interações sociais. Esta etapa abordou os dezenove IC do DE Rede

Social de Apoio Ineficaz com questões sobre preconceitos, fragilidade dos vínculos, perda da confidencialidade, privacidade, negligência, entre outros.

Para a coleta de dados, foi realizada a adaptação do instrumento validado (APÊNDICE A) para que o mesmo atendesse à realidade das vítimas de violência, tendo em vista que o instrumento original para validar o DE em estudo foi direcionado para mulheres em processo de amamentação (FRANÇA, 2020).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foi solicitado ao Centro de Referência Clarice Lispector e ao Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa suas respectivas autorizações de acesso por meio de uma carta de anuência (ANEXOS A) que foram anexadas junto a outros documentos no site da Plataforma Brasil. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE) (ANEXO B), a mestranda realizou uma visita às instituições para uma apresentação pessoal de natureza formal, conhecer o espaço, explicar à equipe dos serviços a justificativa, o objetivo e o método do estudo e combinar os dias e horários para a realização das entrevistas.

Nos dias e horários combinados, as profissionais do serviço de referência forneceram para a pesquisadora a relação das mulheres que estavam aguardando as consultas ambulatoriais, que estão ambientadas com o serviço e que não estão ali para a primeira consulta, para evitar que o vínculo entre a vítima e o serviço de saúde fosse prejudicado. Após leitura da relação fornecida com o nome das mulheres, a mestranda aplicou os critérios de inclusão e exclusão.

As mulheres que se adequaram aos critérios foram convidadas a uma sala reservada onde foram apresentadas ao tema do projeto, assim como seus objetivos e o caminho metodológico. As interessadas em participar da pesquisa foram orientadas quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e esclarecidas sobre o instrumento que iriam responder. As participantes com menos de 18 anos foram apresentadas ao Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C) e solicitada a assinatura do TCLE (APÊNDICE D) a seus respectivos responsáveis.

A aplicação do instrumento ocorreu no formato de entrevistas individuais, para que um apoio presencial, emocional e/ou informativo pudesse ser oferecido, se necessário, às participantes. A entrevista individual também tornou o estudo mais inclusivo por permitir que mulheres sem grau de instrução ou deficientes visuais pudessem responder às questões. Os

encontros tiveram duração de 30 a 45 minutos e aconteceram em salas reservadas para que a privacidade fosse respeitada e as mulheres ficassem confortáveis.

A entrevista seguiu a sequência do instrumento validado, respeitando as seções das questões sociodemográficas, questões objetivas sobre os FE e IC, respectivamente. Ao final da aplicação do instrumento, a entrevistadora perguntou se a mulher tinha mais alguma colocação ou observação a fazer. Em cada formulário, com base nas respostas das mulheres, a pesquisadora fez a inferência quanto à presença ou ausência dos IC e FE, a partir das definições conceituais e operacionais dos elementos componentes do diagnóstico em estudo.

A pesquisa contou com a colaboração de estudantes da graduação em enfermagem da UFPE para realizar a coleta nas instituições de saúde. A mestranda ofereceu um treinamento a essas alunas que consistiu em três etapas: a primeira, explicação do tema, objetivos e assuntos abordados no trabalho; a segunda etapa consistiu em uma apresentação do instrumento de coleta de dados, na qual cada tópico foi lido e detalhado para esclarecer dúvidas, com base nas definições conceituais e operacionais de cada item do instrumento; e a terceira etapa foi uma orientação sobre a dinâmica dos serviços escolhidos para a coleta de dados, bem como instruções sobre as normas de distanciamento social, uso de máscara e álcool em gel durante todo o tempo da entrevista. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UFPE.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel™. As informações sociodemográficas foram analisadas pelo Epi Info 3.5.4. Sobre as análises dos FE e IC, foram efetuadas por meio do Software R, um tipo de linguagem de programação que visa registrar e visualizar dados por meio de um interpretador de comandos (RAMOS, 2019).

Para analisar a sensibilidade e a especificidade de cada indicador clínico, foi utilizado o modelo de Análise de Classes Latentes (ACL), no qual supõe que uma variável latente (diagnóstico de enfermagem) determina as associações entre as variáveis observáveis (indicadores clínicos). A sensibilidade representa a probabilidade de identificar corretamente a presença de um indicador clínico em pacientes com o diagnóstico de enfermagem, enquanto a especificidade é a probabilidade de identificar corretamente a ausência de um indicador clínico em pacientes sem o diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA, 2016). O modelo de

ACL foi utilizado para determinar a prevalência do diagnóstico, a sensibilidade e a especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95%.

A análise dos FE ocorreu por meio de um modelo univariado de regressão logística para investigar a relação entre estes e o DE Rede social de apoio ineficaz. A análise aconteceu entre a variável dependente, que consiste na presença ou ausência do diagnóstico, e as variáveis explanatórias, que consiste nos 27 FE descritos no instrumento de coleta de dados. No processo de obtenção do melhor ajuste do modelo, as variáveis com $p \geq 0,20$ foram excluídas progressivamente; no modelo final, as variáveis com $p < 0,05$ foram consideradas significativas. Foram estimadas as Odds Ratio (OR) ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança para os FE.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 98 mulheres, na faixa etária de 13 a 70 anos, com uma média de 40,40 anos (DP: $\pm 13,07$). Sobre a raça e cor da pele, 72,4% (n=72) se declararam pardas ou pretas. Quanto ao estado civil, 51,1% eram solteiras e, sobre à religião, predominou a evangélica (38,8%). Com relação ao nível de escolaridade, 33,7% concluíram o ensino superior. A maioria delas (51,0%) vive com uma renda menor do que um salário-mínimo (R\$1.212,00) por mês. Destas, 64,3% obtêm essa renda de trabalhos informais ou autônomos. Maiores detalhes estão apresentados na Tabela 01.

Tabela 01 – Características sociodemográficas e econômicas das mulheres vítimas de violência atendidas em centros de referência da cidade do Recife/PE (n=98), Brasil, 2022.....Continua

VARIÁVEIS	n	%	Estatísticas descritivas
Idade			Mediana: 41,50
12 a 18	7	7,1	Média: 40,40 ($\pm 13,07$)
19 a 29	12	12,2	Valor máximo: 70
30 a 59	71	72,4	Valor mínimo: 13
>60	8	8,3	p=0,200
Cor da pele			
Parda	50	51,1	
Branca	22	22,4	
Preta	21	21,4	
Amarela	3	3,1	
Indígena	2	2,0	
Estado civil			
Solteira	50	51,1	
Separada/ Divorciada	21	21,4	
Casada	17	17,3	
União estável	6	6,1	
Viúva	4	4,1	
Religião			
Evangélica	38	38,8	
Católica	24	24,5	
Sem religião	23	23,5	
Espírita	2	2,0	
Ocupação			
Emprego informal	37	37,8	
Emprego formal	35	35,7	
Autônoma	26	26,5	
Outras	11	11,2	

Fonte: A autora (2022)

Tabela 01 – Características sociodemográficas e econômicas das mulheres vítimas de violência atendidas em centros de referência da cidade do Recife/PE (n=98), Brasil, 2022.....Conclusão

Escolaridade		
Fundamental incompleto	14	14,3
Fundamental completo	8	8,2
Médio incompleto	5	5,0
Médio completo	23	23,5
Superior incompleto	15	15,3
Superior completo	33	33,7
Renda familiar (salários mínimos) *		
< 1	50	51,0
1 a 2	27	27,6
>3	21	21,4

Fonte: A autora (2022)

*Salário-mínimo em 2022: R\$1.212,00

Os IC (Tabela 2) que predominaram na amostra foram: Sentimento de abandono (73,5%), Apoio informativo inadequado (73,5%), Apoio emocional diminuído (72,4%), Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde (70,4%), Atitudes de culpabilização (69,4%) e Apoio oferecido diferente do apoio esperado.

Tabela 02 - Frequência dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz (n=98), Recife-PE, 2022

Indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz	n	%	Intervalo de confiança 95%	
			Limite Inferior	Limite Superior
Sentimento de abandono	72	73,5	0,65	0,82
Apoio informativo inadequado	72	73,5	0,65	0,82
Apoio emocional diminuído	71	72,4	0,64	0,81
Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde	69	70,4	0,61	0,79
Atitudes de culpabilização	68	69,4	0,60	0,79
Apoio oferecido diferente do apoio esperado	68	69,4	0,60	0,79
Interações sociais negativas	64	65,3	0,56	0,75
Desvalorização do apoio social recebido	64	65,3	0,56	0,75
Fragilidade dos vínculos	60	61,2	0,52	0,71
Indisponibilidade para oferta de apoio social	57	58,2	0,48	0,68
Negligência às demandas de apoio	55	56,1	0,46	0,66
Subestimação da autoeficácia	55	56,1	0,46	0,66
Perda de confidencialidade	53	54,1	0,44	0,64
Invasão de privacidade	51	52,0	0,42	0,62
Preconceito	50	51,0	0,41	0,61
Sobrecarga do cuidador principal	50	51,0	0,41	0,61
Imposição de comportamentos adequados	45	45,9	0,36	0,56
Estímulo a comportamentos negativos	35	35,7	0,26	0,45
Baixa reciprocidade	19	19,4	0,12	0,27

Fonte: A autora (2022)

Após a análise de duas classes latentes dos 19 IC do DE Rede Social de Apoio Ineficaz, foi possível obter o ajuste mais adequado composto por seis desses indicadores. A maioria deles teve valores de sensibilidade maiores do que 0,5: Apoio oferecido diferente do apoio esperado (0,9260), Interações sociais negativas (0,8758), Sentimento de abandono (0,8141), Negligências às demandas de apoio (0,7848) e Estímulo a comportamentos negativos (0,5245).

Em relação à especificidade, a maioria dos indicadores se mostrou com valores altos: Estímulo a comportamentos negativos (0,9999), Negligências às demandas de apoio (0,8839), Baixa reciprocidade (0,8711), Interações sociais negativas (0,8225) e Apoio oferecido diferente do apoio esperado (0,8016). O p-valor 0,847 atesta que o modelo recebeu o ajuste adequado.

A entropia foi de 0,85, valor próximo a 1,00, demonstrando a capacidade do modelo de separar as classes. A prevalência estimada do DE em mulheres vítimas de violência acompanhadas em centros de referência do Recife foi de 68,1%. Outros detalhes sobre as medidas de acurácia estão descritos na Tabela 03.

Tabela 03 - Medidas de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos obtidas por análise de classe latente, Recife, 2022

Indicadores Clínicos	Se	IC 95%		Sp	IC 95%	
Apoio oferecido diferente do apoio esperado	0,9260	0,8478	0,9999	0,8016	0,6025	0,9897
Interações sociais negativas	0,8758	0,7774	0,9654	0,8225	0,6441	0,9868
Sentimento de abandono	0,8141	0,7117	0,9140	0,4348	0,2459	0,6299
Negligências às demandas de apoio	0,7848	0,6682	0,8905	0,8839	0,7081	0,9999
Estímulo a comportamentos negativos	0,5245	0,3984	0,6697	0,9999	0,9334	0,9999
Baixa reciprocidade	0,2244	0,1215	0,3384	0,8711	0,7324	0,9998
Prevalência: 68,10%	G ² : 65,6 gl: 50 p = 0,847			Entropia: 0,85		

Fonte: A autora (2022)

De acordo com o modelo de análise de classe latente (Tabela 04), o DE tem maior probabilidade de presença quando os conjuntos analisados apresentam pelo menos três IC, com destaque para: Apoio oferecido diferente do esperado, Interações sociais negativas, Sentimento de abandono, Negligências as demandas de apoio, Estímulo a comportamentos negativos e Baixa reciprocidade.

Tabela 04 – Probabilidades posteriores da presença ou ausência do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz baseada no modelo de classe latente (n=98), Recife, 2022

Conj.*	Indicadores Clínicos						N	DE	
	IC12	IC16	IC01	IC15	IC05	IC03		Pres	Aus
1	0	0	0	0	0	0	6	0,00	1,00
2	0	0	0	0	0	1	4	0,00	1,00
3	0	0	0	1	0	0	1	0,04	0,96
4	0	0	1	0	0	0	8	0,00	1,00
5	0	0	1	1	0	0	2	0,11	0,89
6	0	1	1	0	0	0	5	0,13	0,87
7	0	1	1	1	1	0	4	1,00	0,00
8	1	0	0	0	0	0	2	0,06	0,94
9	1	0	1	0	0	0	3	0,18	0,82
10	1	0	1	1	0	0	5	0,86	0,14
11	1	0	1	1	1	0	3	1,00	0,00
12	1	1	0	0	0	0	2	0,68	0,32
13	1	1	0	1	0	0	7	0,98	0,02
14	1	1	0	1	0	1	3	0,99	0,01
15	1	1	0	1	1	1	1	1,00	0,00
16	1	1	1	0	0	0	3	0,88	0,12
17	1	1	1	0	1	0	6	1,00	0,00
18	1	1	1	0	1	1	3	1,00	0,00
19	1	1	1	1	0	0	7	1,00	0,00
20	1	1	1	1	0	1	5	1,00	0,00
21	1	1	1	1	1	0	15	1,00	0,00
22	1	1	1	1	1	1	3	1,00	0,00

Fonte: A autora (2022)

*Conj.= Conjunto; IC12= Apoio recebido diferente do esperado; IC16= Interações sociais negativas; IC01= Sentimento de abandono; IC15= Negligências às demandas de apoio; IC05= Estímulo a comportamentos negativos; IC03= Baixa reciprocidade; Pres= presença do diagnóstico; Aus= Ausência do diagnóstico.

Os FE mais frequentes do DE (Tabela 5) foram Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais (88,8%), Receio da pessoa em buscar apoio (82,7%), Isolamento social (79,6%), Déficit de laços fortes (78,6%), Desconfiança da competência do outro (74,5%), Baixa densidade da rede social (73,5%), Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa (71,4%) e Déficit de profissionais da saúde (69,4%).

Tabela 05 - Frequência dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz (n=98), Recife-PE, 2022

Fatores etiológicos da Rede social de apoio ineficaz	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
			Limite Inferior	Limite Superior
Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais	87	88,8	0,83	0,95
Receio da pessoa em busca de apoio	81	82,7	0,75	0,90
Isolamento social	78	79,6	0,72	0,88
Déficit de laços fortes	77	78,6	0,70	0,87
Desconfiança da competência do outro	73	74,5	0,66	0,83
Baixa densidade da rede social	72	73,5	0,65	0,82
Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	70	71,4	0,62	0,80
Déficit de profissionais da saúde	68	69,4	0,60	0,79
Displicência no papel de cuidador	67	68,4	0,59	0,78
Indisposição para apoiar	67	68,4	0,59	0,78
Demanda excessiva de apoio	65	66,3	0,57	0,76
Rede social de tamanho menor	64	65,3	0,56	0,75
Recusa de apoio	64	64,3	0,55	0,74
Restrição da atuação dos membros da Rede social	62	63,3	0,54	0,73
Laços geradores de dependência	62	63,3	0,54	0,73
Laços desfeitos	61	62,2	0,53	0,72
Falta de reconhecimento do apoio oferecido	59	60,2	0,51	0,70
Falta de sociabilidade	57	58,2	0,48	0,68
Dificuldade de acesso geográfico aos serviços da Rede social secundária	54	55,1	0,45	0,65
Pouca reciprocidade ao apoio recebido	54	55,1	0,45	0,65
Incapacidade de acessar os serviços da Rede social secundária	51	52,0	0,42	0,62
Impessoalidade nas relações profissional da saúde-paciente	51	52,0	0,42	0,62
Mudança de domicílio	48	49,0	0,39	0,59
Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde	47	48,0	0,38	0,58
Centralização da responsabilidade pelo cuidado	43	43,9	0,34	0,54
Práticas intrusivas dos profissionais da saúde	34	34,7	0,25	0,44
Diferenças culturais	24	24,5	0,16	0,33

Fonte: A autora (2022)

Na Tabela 06, é possível visualizar que 16 FE mostraram associação significativa ($p < 0,05$) com o DE Rede social de apoio ineficaz em mulheres vítimas de violência. Dentre estes, apresentaram maiores OR os FE Demanda excessiva de apoio (44,57), Rede social de tamanho menor (17,45), Isolamento social (8,37), Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais (7,42) e Falta de reconhecimento do apoio oferecido (7,19).

Tabela 06 - Medidas de associação e de magnitude de efeito (*Odds Ratio*) dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz (n=98), Recife-PE, 2022

Variáveis	EP	Wald	gl	Valor p	OR	IC95%	
Demanda excessiva de apoio	0,63	36,23	1	<0,001	44,57	12,94	153,5
Rede social de tamanho menor	0,54	27,88	1	<0,001	17,45	6,04	50,45
Isolamento Social	0,56	14,41	1	<0,001	8,37	2,79	25,08
Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais	0,72	7,76	1	0,005	7,42	1,81	30,39
Falta de reconhecimento do apoio oferecido	0,48	16,53	1	<0,001	7,19	2,78	18,61
Laços desfeitos	0,48	15,73	1	<0,001	6,69	2,62	17,13
Indisposição para apoiar	0,48	14,59	1	<0,001	6,35	2,46	16,38
Mudança de domicílio	0,50	11,51	1	0,001	5,41	2,04	14,33
Falta de sociabilidade	0,47	11,64	1	0,001	4,93	1,97	12,35
Receio da pessoa em buscar apoio	0,57	7,52	1	0,006	4,84	1,57	14,94
Déficit de laços fortes	0,51	9,07	1	0,003	4,65	1,71	12,66
Impessoalidade nas relações profissional de saúde paciente	0,47	8,30	1	0,004	3,85	1,54	9,65
Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	0,48	7,61	1	0,006	3,77	1,47	9,70
Displicência no papel de apoiador	0,46	7,95	1	0,005	3,70	1,49	9,18
Déficit de profissionais da saúde	0,46	6,46	1	0,011	3,25	1,31	8,06
Práticas intrusivas dos profissionais da saúde	0,52	4,48	1	0,034	2,99	1,08	8,25
Laços geradores de dependência	0,45	2,61	1	0,106	2,05	0,86	4,92
Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária	0,44	2,65	1	0,103	2,05	0,86	4,87
Pouca reciprocidade ao apoio recebido	0,44	2,65	1	0,103	2,05	0,86	4,87
Baixa densidade da rede social	0,48	1,84	1	0,175	1,91	0,75	4,85
Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde	0,44	1,89	1	0,169	1,84	0,77	4,38
Restrição da atuação de membros da rede social	0,44	1,37	1	0,241	1,68	0,70	4,03
Recusa do apoio	0,45	0,76	1	0,383	1,48	0,61	3,55
Desconfiança da competência do outro	0,50	0,002	1	0,964	1,02	0,39	2,71
Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária	0,43	0,003	1	0,954	1,02	0,44	2,40
Diferenças culturais	0,52	0,04	1	0,850	0,91	0,32	2,53
Centralização da responsabilidade pelo cuidado	0,44	0,22	1	0,637	0,81	0,35	1,91

EP: Erro padrão; gl: Graus de liberdade; OR: Odds ratio; IC95%: Intervalo de confiança de 95%

Fonte: A autora (2022)

6 DISCUSSÃO

A rede social de apoio das pessoas é um fenômeno de enfermagem que tem recebido cada vez mais luz em discussões sobre otimização da assistência. A presença de uma rede social robusta tende a influenciar positivamente na autoestima, bem-estar e superação de etapas da vida (MORE, 2012). Angústias, revoltas, sentimentos de inferioridade e demais agravos à saúde são situações que podem ser atenuadas com uma rede social de apoio eficaz. Mulheres vítimas de violência vivenciam essas situações e necessitam de uma rede orientada e qualificada para superar os traumas e reduzir os impactos negativos oriundos dessas agressões (GUIMARÃES, 2018).

A pesquisa contou com a participação de 98 mulheres, com uma média de idade de 40,4 anos, o que corrobora com a maioria das notificações de violência registradas (GUIMARÃES, 2018; ALCÂNTARA, 2020). Ainda que mulheres adultas sejam predominantes no estudo, esse número diminuiu durante a pandemia da COVID-19. Por respeitarem as medidas sanitárias de distanciamento social, as vítimas foram expostas ao constante contato com o agressor, o que dificultou o acesso aos meios para denunciar a situação ou buscar ajuda (SOUSA, 2021).

A violência contra a mulher no Brasil precisa ser analisada com um profundo recorte racial e de classe. Os resultados mostram que a maioria das participantes do estudo se identificou como negras, o que corrobora o registro dos atendimentos do Ligue 180, programa do governo federal criado para que a vítima possa realizar a denúncia de maneira segura e sigilosa. Em 2016, o Ligue 180 recebeu mais de 500 mil ligações, das quais 59,7% foram realizadas por mulheres negras (BRASIL, 2020).

Enquanto o número de situações de violência contra mulheres brancas reduziu, em 2018, os casos que acometem mulheres negras aumentou de 4,5 para 5,2 a cada 100 mil habitantes (ENGEL, 2020). Esses números são reflexos da falta de apoio efetivo do Estado para lidar com essas mulheres que estão mais vulneráveis às situações de violência. O aumento dessa vulnerabilidade acontece pela violência de gênero se sobrepôr à violência étnico/racial vivida pelas mulheres negras, de forma que se potencializam e aumentam as consequências sentidas e vividas pelas vítimas (WERNECK, 2010; CARNEIRO, 2017; PAULO, 2020).

Quanto à escolaridade das participantes, a maioria delas possuía nível de instrução e mais de oito anos de estudo. Mulheres com maiores níveis de instrução possuem mais

recursos para reconhecer e romper com o ciclo da violência. O baixo nível de escolaridade expõe a mulher a maiores vulnerabilidades, o que afeta a sua compreensão sobre a saúde, compromete o acesso aos serviços especializados, o entendimento sobre os agravos e seu próprio empoderamento (BHONA, 2019; OSCALICES, 2019).

Dependência financeira e baixa renda são fatores de risco para a violência contra a mulher. Acima da metade das mulheres participantes desta pesquisa relataram sobreviver com menos de um salário-mínimo, provenientes de trabalhos informais. A classe social é um fator significativo nos casos de violência contra a mulher, mas deve ser destacado que a violência acontece em todos os âmbitos socioeconômicos. É primordial salientar que os casos de subnotificação das situações de violência em classes socioeconômicas mais elevadas ocorrem devido a estigmas, vergonhas e questões morais que envolvem a situação de violência (SILVA, 2013; SANTOS, 2016; ROSA, 2018).

O DE apresentou uma prevalência estimada de 68,1% o que denota uma maior prevalência do DE em mulheres vítimas de violência, quando comparada à rede de mulheres nutrizes acompanhadas nas unidades de saúde do Distrito Sanitário (DS) IV da cidade do Recife, que apresentou uma prevalência de 45,3% (FRANÇA, 2020). Esse alto índice dificulta o enfrentamento da violência e pode estar relacionado a estigmas acerca do assunto, pouca abordagem sobre o tema e os serviços especializados durante as formações profissionais, sobrecarga dos trabalhadores envolvidos e sentimentos de vergonha ou medo de buscar ajuda por parte da vítima (CAVALCANTI, 2020). É importante ponderar que nutrizes e mulheres vítimas de violência são populações com características diferentes quanto às suas necessidades e especificidades e a comparação aqui realizada deve-se em função do referido DE ter sido construído e validado com este público.

O estudo evidenciou que os IC com sensibilidade e especificidade significativas, que podem auxiliar o enfermeiro na identificação do DE Rede Social de Apoio Ineficaz em mulheres vítimas de violência. Os IC Apoio oferecido diferente do esperado, Interações sociais negativas, Negligências as demandas de apoio e Estímulo a comportamento negativos obtiveram valores de sensibilidade e especificidade maiores do que 0,5. O IC Sentimento de abandono obteve uma sensibilidade de 0,81, valor que sugere uma provável presença do DE. Já o IC Baixa reciprocidade obteve uma especificidade de 0,87, parâmetro que indica que a ausência deste IC sugere a ausência do diagnóstico.

O IC Apoio oferecido diferente do apoio esperado, definido como aquele apoio diferente das expectativas criadas pela pessoa, também se mostrou sensível e específico para

predizer o DE no estudo realizado com mulheres nutrizes (NEUFELD, 2007; FRANÇA, 2020). Além de valores estatísticos robustos, tal IC foi um dos mais frequentes na fala das mulheres, presente em 69,4% das entrevistadas. O apoio oferecido diferente do esperado pode ser evidenciado nas mulheres vítimas de violência por meio de seus relatos de apoios que não atenderam às necessidades, tiveram qualidade insatisfatória, foram insensíveis, pouco comprometidos, despreparados e/ou diferentes do apoio prometido. Um apoio que supre as necessidades da mulher é fundamental para ultrapassar os traumas advindos da violência (SOUZA, 2019).

O IC Interações sociais negativas se apresenta por meio das relações problemáticas entre os integrantes da rede. Essas interações podem vir acompanhadas de discussões, embates, agressões, brigas e/ou desrespeitos (SLUZKI, 1997; NEUFELD, 2007). Mulheres vítimas de violência vivenciam interações sociais negativas e conflituosas com seus agressores, que pode ser alguém do convívio próximo ou que reside na mesma residência da vítima. Além das experiências negativas com os agressores, muitas mulheres vivenciam constrangimentos e desrespeitos por parte de alguns amigos, familiares e profissionais por conta da situação de violência vivida (BITTAR, 2013).

O IC Sentimento de abandono, definido como a sensação de solidão, exclusão ou falta de pessoas estimadas, se fez presente nas respostas de 73,5% das entrevistas realizadas. A sensação da pessoa de ter sido excluída de sua rede social traz consequências como o sentimento de solidão, inseguranças e questionamentos sobre o pertencimento à rede (BRAGA, 2014; SANICOLA, 2015). A sensação de abandono é uma das características desenvolvidas por algumas mulheres após a situação de violência. O sentimento de abandono pode somar-se a outros agravos à saúde desenvolvidos após o trauma, como desvalorização pessoal, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), pânico e crises de ansiedade (ALMEIDA, 2020; SANTANA et al., 2021).

O IC Negligências às demandas de apoio também apresentou valores significativos de sensibilidade e especificidade no estudo realizado por França (2020) com nutrizes. Esse IC consiste na indiferença, falta de interesse ou menosprezo diante das necessidades apresentadas pela pessoa (NEUFELD, 2007; ARAUJO, 2013). As atitudes de descuido com as demandas da mulher vítima de violência podem envolver a rede primária e secundária e serem observadas em situações que envolvem o apoio informativo, emocional, material e/ou presencial (LIMA, 2021).

A alta frequência do IC Apoio informativo inadequado corrobora com os achados das demandas negligenciadas. Definido como todo o suporte oferecido por meio de conselhos, dicas, informações, instruções e/ou orientações, o apoio informativo é fundamental para a construção de um pensamento crítico e empoderamento da mulher (SANICOLA, 2008; SOUSA, 2013). Diante da importância do suporte informativo, países como Nicarágua e Austrália têm investido em atividades de educação em saúde e realizado grupos de conversas com o propósito de promover a troca de experiências e disseminar informações entre as mulheres vítimas de violência (DAWSON, 2020; SUDDERTH, 2020).

O IC Apoio emocional diminuído também valida os descuidos com as demandas de apoio das mulheres. Evidenciado pela ausência de empatia, acolhimento, carinho, valorização positiva, compreensão e encorajamento, o apoio emocional diminuído é um agravante para que mulheres tenham dificuldades para superar os traumas advindos da violência (SHULER, 2011; SOUSA, 2013; FLORES, 2016). O sentimento de tristeza e desespero são os mais comuns entre as vítimas, e o suporte emocional permite que a pessoa que recebe o acolhimento tenha um olhar diferente quanto a si e a situação (ADAMES, 2018; ASSIS, 2021).

O IC Estímulo a comportamentos negativos reflete as influências que desencorajam boas decisões, estimulam comportamentos nocivos à saúde ou que aumentam a vulnerabilidade da pessoa (DAVIS, 1997; McINNES, 2008; FERREIRA, 2010). Em algumas situações, mulheres que vivenciam o ciclo da violência são orientadas a não denunciarem seus agressores por ser alguém próximo, como um familiar ou companheiro, ou por ser o principal provedor financeiro da residência (YOSHIOKA, 2003; SOUZA, 2006).

Baixa reciprocidade é um IC que consiste na pouca mutualidade entre os membros da rede e evidenciado por relatos de que a rede não desempenha funções correspondentes com a exercida pela mulher e vice-versa (SLUZKI, 1997). Diante de situações de vulnerabilidade, mulheres vítimas de violência afirmam que a rede de apoio primária e secundária não proporciona presença, suporte ou escuta ativa da mesma maneira que ela oferece com os demais integrantes. Uma rede social de apoio que funciona de maneira recíproca e mútua permite que a vítima se sinta acolhida e segura, sendo um ponto de partida para compreender e superar as experiências que lhe causaram sofrimento (ALCÂNTARA, 2020).

Dentre os 27 FE analisados no estudo, 16 mostraram associação estatística com o DE Rede Social de Apoio Ineficaz em mulheres vítimas de violência, sendo eles: Demanda excessiva de apoio, Rede social de tamanho menor, Isolamento Social, Fragilidade da

organização em rede dos serviços institucionais, Falta de reconhecimento do apoio oferecido, Falta de sociabilidade, Receio da pessoa em buscar apoio, Mudança de domicílio, Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente, Práticas intrusivas dos profissionais de saúde, Displícência no papel de apoiador, Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa, Déficit de laços fortes, Déficit de profissionais de saúde, Indisposição para apoiar e Laços desfeitos. Identificar os FE é fundamental para chegar à essência do fenômeno de enfermagem e do surgimento do diagnóstico em questão (FRANÇA, 2020).

Destaca-se que a presença do FE Demanda excessiva de apoio representou 44,5 vezes mais chance de a mulher desenvolver o desfecho, que é a ocorrência do DE em estudo. É definido pelos relatos que expressam que a pessoa precisa tanto de apoio, seja ele material, informativo, emocional ou presencial, que pode chegar a esgotar os recursos da sua rede (GOODMAN, 1991). Esse FE manifesta-se em mulheres vítimas de violência a partir das demandas emocionais, que surgem com o trauma da violência, e das demandas materiais, por muitas mulheres dependerem financeiramente de seu agressor e precisarem de suporte para reconstruir suas vidas afastadas dele (NASCIMENTO, 2019; SILVA, 2020).

O FE Receio da pessoa em busca de apoio, conceituado pela resistência ou decisão da pessoa em não buscar o apoio que ela precisa junto à sua rede social, apresentou uma OR de 4,84 (BALAJI, 2007); (BROWN, 2016). Mulheres vítimas de violência evitam a busca pelo apoio por conta do sentimento de vergonha e pelo medo da recriminação. A origem desses sentimentos, além das questões pessoais das mulheres, pode estar associada a alguns comportamentos dos integrantes da rede social, que culpabilizam e responsabilizam a vítima pela violência vivida (SOARES, 2018).

O FE Rede social de tamanho menor apresentou uma razão de chance de 17,45 para a ocorrência do desfecho. Esse FE também apresentou significância estatística, com razão de chance de 2,75 no estudo realizado por França (2020), com nutrízes. O FE consiste na pequena quantidade de participantes da rede social em questão. Mulheres expostas a uma rede de tamanho reduzido tendem a ter menos recursos informativos, afetivos e materiais para superar os traumas da violência (SLUZKI, 1997; SANICOLA, 2010; SILVA, 2020).

Falta de sociabilidade foi outro FE que apresentou significância no estudo realizado com nutrízes, apresentando OR de 2,65. Nas vítimas de violência entrevistadas, a razão de chance desse FE foi de 4,93. É definido pela atribulação em se comunicar e/ou conviver com outros indivíduos, o que impede a formação de relacionamento interpessoais significativos

(VICTOR, 2009; FRANÇA, 2020). Quando uma mulher possui uma gama de pessoas em quem possa confiar e contar, sejam eles familiares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde ou profissionais de justiça, maiores são as chances de ela contar sobre as agressões e evitar a incidência destas. Uma rede social ampla e robusta possibilita o desenvolvimento de ações para desconstruir estereótipos de gênero, mitos e inseguranças (SIQUEIRA; ROCHA, 2019).

O FE Mudança de domicílio apresentou razão de chance de 5,41 para ocorrência do desfecho nas vítimas de violência. Descrito pela necessidade de troca da localidade da residência da pessoa, muitas mulheres que vivenciam situações de agressões precisam se mudar para manterem-se em segurança afastadas de seus agressores. A mudança de residência prejudica a manutenção dos vínculos pré-existentes com a rede social primária e secundária daquela região (FERREIRA, 2010; SANICOLA, 2015; GOMES, 2022).

O FE Laços desfeitos apresentou significância estatística neste trabalho e no estudo realizado por França (2020) em nutrízes. Conceituado pelos vínculos que foram rompidos, desgastados ou interrompidos, mulheres vítimas de violência se deparam com tais situações para se livrarem dos episódios de agressão. O Déficit de laços fortes foi outro FE que apresentou um valor estatístico importante para predizer o DE nas vítimas de violência, com OR de 1,71. O FE foi evidenciado pelos relatos das mulheres de possuir poucos relacionamentos de convivência contínua com quem elas possam desabafar e/ou confiar (MARSDENS, 2012; SANICOLA, 2015; FRANÇA, 2020; ALBUQUERQUE, 2022).

O FE Isolamento social (OR 8,37), definido como contatos sociais diminuídos, baixo engajamento com o coletivo e pela ausência do sentimento de pertencimento social, ocorre em algumas vítimas como consequência da violência. Mulheres expostas a esses eventos traumáticos tendem a se afastar e construir muros ao redor de seus sentimentos como um mecanismo de defesa para se proteger de julgamentos ou por não se sentirem confiantes para expor suas vulnerabilidades (NICHOLSON, 2009; ZANCAN, 2013; HERDMAN, 2015; SANICOLA, 2015).

O FE Isolamento social, além de estatisticamente significativo para predizer o diagnóstico, teve uma frequência de 79,6% na fala das mulheres entrevistadas. Diante do contexto pandêmico, o FE isolamento social foi agravado. Além da movimentação de se afastar do meio para evitar julgamentos e constrangimentos, a pandemia da COVID-19 expôs mulheres a mais tempo confinadas com o seu agressor, em razão das medidas sanitárias de distanciamento social (VIEIRA, 2020).

O FE Falta de reconhecimento do apoio oferecido (OR 7,19) é caracterizado pela ausência de valorização e/ou gratidão por parte dos membros da rede diante de uma ação da pessoa. Em mulheres nutrizas, este FE também apresentou significância estatística (OR 4,08) para prever a ocorrência do DE. Uma rede que não reconhece a dedicação proporciona ao indivíduo uma sensação de falta de propósito em suas atitudes de apoio e cuidado (SOUSA; SILVER; GRIEP, 2010; FERREIRA, 2010; FRANÇA, 2020).

Os FE Displicência no papel de apoiador e Indisposição para apoiar obtiveram OR significativas para prever o DE nas participantes do estudo. Definidas, respectivamente, por pouco comprometimento da rede social com as necessidades da vítima e pela falta de disponibilidade para ser fonte de apoio a essas mulheres, esses FE são expostos por meio dos relatos que os membros da rede social tratam o assunto com indiferença, desconfiança ou estão ocupados com suas próprias demandas e não conseguem oferecer apoio, seja ele emocional, material, informativo ou presencial, a essas mulheres (MCINNES, 2008; NICHOLSON, 2009).

Diante de situações complicadas, as pessoas necessitam de um suporte maior por parte dos familiares, amigos, vizinhos e demais integrantes da rede social primária. Quando há a ausência desse tipo de suporte, vítimas de violência buscam apoio na rede secundária, aspirando que os serviços institucionais acionados possam atender algumas de suas demandas (RODRIGUES, 2017). FE com valores estatísticos robustos ilustram que, mesmo diante da importância da rede social secundária, essa rede enfrenta desafios para prestar uma assistência digna às mulheres vítimas de violência.

O FE Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais (OR 7,42), caracterizado pela falta de integralização dos serviços institucionais, de saúde ou de mercado (SANICOLA, 2015), foi o mais frequente nas entrevistas, aparecendo em 88,8% dos casos. Mulheres vítimas de violência precisam recorrer a diversos serviços para receber o apoio necessário para finalizar o ciclo da violência, como delegacias, unidades básicas de saúde, pronto atendimento, casa de passagem e/ou serviços de atendimentos especializados (ARAÚJO, 2021).

Serviços que funcionam de maneira coesa e multidisciplinar aproximam as mulheres e asseguram uma assistência digna. Quando os serviços que atendem às mulheres vítimas de violência trabalham de maneira fragmentada, eles buscam resolver um problema e não proporcionar mudanças adequadas na vida da mulher para enfrentar a situação (SANICOLA, 2015; TRENTIN, 2020). Serviços que não se comunicam entre si desestimulam as mulheres

que buscam acolhimento e resolutividade, o que as afasta ou as fazem desistir da denúncia ou do acompanhamento especializado (LIMA, 2021).

O FE Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente apresentou OR de 3,85 e é definido pelo pouco vínculo e confiança entre o profissional de saúde e a vítima de violência. Evidências do FE em mulheres vítimas de violência são observadas por meio dos relatos de assistências engessadas e com pouco envolvimento, que não foram oferecidas de maneira personalizada para a situação particular de cada mulher (NORTH, 2009; VIEIRA, 2015; SOARES, 2018).

Déficit de profissionais de saúde é o FE conceituado pela quantidade insuficiente de profissionais qualificados para atender às demandas das pessoas. Na validação clínica com vítimas de violência, tal FE obteve significância estatística para predizer o DE e foi evidenciado pelo relato das mulheres sobre os poucos centros de saúde habilitados para atender e direcionar as demandas. Queixas sobre a dificuldade para acessar profissionais que cuidam da saúde mental, como psiquiatras, também foi pontuado pelas mulheres (FERREIRA, 2010; COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE 2012; SOARES, 2018).

O FE Déficit do conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa é definido pela pouca competência técnica e teórica para identificar e atender as necessidades apresentadas pela pessoa. Este fator apresentou OR de 3,77 e mostrou-se por meio dos relatos do pouco conhecimento de integrantes da rede social primária para prestar orientações e informações diante da situação de violência vivida pela mulher, seja sobre quais serviços buscar, qual número ligar ou a localização das instituições que devem ser contactadas para obter ajuda (MCINNES, 2008; LAWRENS, 2019).

O enfrentamento da violência contra a mulher é um problema de saúde pública que requer cada vez mais ações, posturas sensíveis e qualificadas. Identificar os principais IC e FE do DE em mulheres vítimas de violência permite que o enfermeiro construa intervenções de educação em saúde de maneira solidária, sem arrogância e dialogada para fundamentar uma assistência baseada na práxis.

A educação em saúde permite que as ações sociais sejam direcionadas para atender as demandas da problemática, sendo uma grande aliada no enfrentamento da violência contra a mulher. Fundamentar intervenções na rede social de apoio primária e secundária com base na valorização da experiência da vítima e sua realidade social facilita a reflexão e a criticidade, pontos fundamentais para levantar inquietações e decisões para romper com o ciclo da violência (FREIRE, 1996; SANTOS, 2021).

7 CONCLUSÃO

A validação clínica permitiu verificar que o DE Rede Social de Apoio Ineficaz apresentou prevalência estimada de 68,1% em mulheres vítimas de violência atendidas em centros de referência da cidade do Recife-PE.

Sentimento de abandono e Apoio informativo inadequado foram os IC mais frequentes. A validação identificou um conjunto de seis indicadores que apresentaram boa especificidade e sensibilidade para predizer se há ou não a presença do diagnóstico naquela população, a saber: Apoio oferecido diferente do apoio esperado, Interações sociais negativas, Sentimento de abandono, Negligências às demandas de apoio, Estímulo a comportamentos negativos e Baixa reciprocidade.

Os FE mais frequentes foram Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais e Receio da pessoa em busca de apoio. A análise estatística pontuou valores significativos para predizer o surgimento do DE nos FE Rede social de tamanho diminuído e Demanda excessiva de apoio.

O estudo limitou-se a duas instituições de referência para atendimento de mulheres vítimas de violência da cidade do Recife devido ao cenário pandêmico. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, há a limitação na inferência de causalidades, porquanto a metodologia não abrange uma investigação aprofundada nos FE e suas relações.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para a identificação do DE Rede Social de Apoio Ineficaz de modo mais acurado, a partir da análise dos IC e FE que apresentaram relevância estatística neste trabalho, a fim de entender e atender as demandas de apoio das mulheres vítimas de violência. Ressalta-se também a importância da criação e implementação de estratégias de educação em saúde com os integrantes da rede social de apoio, com o intuito de torná-la cada vez mais eficaz para reduzir os traumas e consequências da violência na vida das mulheres que a sofrem.

O estudo de construção e validação do diagnóstico Rede Social de Apoio Ineficaz foi inicialmente desenvolvido no contexto de mulheres nutrizes, enquanto este estudo foi realizado junto às mulheres vítimas de violência já acompanhadas em centros de referência. Validar o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em diferentes populações permite que ele se torne cada vez mais robusto e o PE aconteça de maneira direcionada e fundamentada pelas evidências. Espera-se que o estudo contribua para o incremento do DE à

Taxonomia da NANDA-I e para estimular que novos estudos com a temática sejam desenvolvidos para que a práxis seja aprimorada.

REFERÊNCIAS

- ADAMES, B.; BONFÍGLIO, S. U.; BECKER, A. P. S. Acolhimento psicológico para mulheres vítimas de violência conjugal. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 2, p. 1-12, 2018.
- ALBUQUERQUE, E.C.C. et al. O perfil da mulher vítima de violência e o atendimento da casa abrigo Emanuelle Rendeiro Diniz. **Revista Científica Gênero na Amazônia**, n. 14, p.76-88, 2022.
- ALCÂNTARA, P. P. T. et al. Mulheres vítimas de violência atendidas em um centro de referência de atendimento à mulher. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, 2020.
- ALEXANDRE, A. C. S. et al. Violência de gênero sob a ótica e cuidado do enfermeiro: assistência à mulher vitimada. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 1, p. 141-148, 2019.
- ALMEIDA, T. R. G. D. **Lei 11.340/2006, da violência doméstica e familiar contra a mulher da gênese da lei ao enfrentamento da violência no estado de Goiás, novas abordagens**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – PUC Goiás, Goiânia, p. 58, 2020.
- AMARIJO, C. P. et al. Services for the care of women in situations of domestic violence. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 1306-1323, 2020.
- ARAÚJO, A. W. et al. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: contribuições práticas do enfermeiro. **Enfermagem Brasil**, n. 17, n. 6, p. 645-653, 2018.
- ARAÚJO, Y. A. et al. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 675-681, 2013.
- ARBOIT, J. et al. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.
- ASSIS, K. G.; MEURER, F.; DELVAN, J. S. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, v. 39, n. 103, p. 135-157, 2021.
- AZEVÊDO, S.; SILVA, A. V.; REIS, M. A. Health promotion in the context of significant social networks. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 28, n. 63, p. 55-66, 2019.
- BALAJI, A.B. et al. Social support networks and maternal mental health and well-being. **Journal Women 's Health**. v.16, 2007.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Editora Vozes, 2004.
- BERNARDINO, Í. M. et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 740-752,

2016.

BHONA, F. M. C. et al. Socioeconomic Factors and Intimate Partner Violence: A Household Survey. **Trends Psychol**, v. 27, n. 1, p. 205-218, 2019.

BITTAR, D.; KOHLSDORF, M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 74, 2013.

BOTELHO, M. L., et al. Conceptual definition of the excessive liquid volume nursing diagnosis (00026). **Revista de Enfermagem UFPE on line**, p. 1-13, 2019.

BRAGA, I. F. et al. Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 448-455, 2014.

BRANDÃO, M. A. G. et al. Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de Enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2018.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres. Ofício-circular n. 1/2020/dev/snpm/mmfdh. **Recomendações em relação às ações de enfrentamento à violência contra meninas e mulheres no contexto da pandemia de COVID-19**, 2020. Brasília: DF.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

BRIGHENTE, M. F.; MESQUIDA, P. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. **Pro-Posições**, v. 27, p. 155-177, 2016.

BROWN, D; OETZEL, J. Men's use of networks to manage communication tensions related to a potential diagnosis of prostate cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 20, p. 106-112, 2016.

BRUNELLO, M. E. F., et al. Bond in health care: a systematic review of literature in Brazil (1998-2007). **Acta paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 131-135, 2010.

CARNEIRO, S. **Mulheres Negras e Violência Doméstica: decodificando os números**. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2017.

CARPENITO-MOYET, L.J. Nursing care plans & documentation: nursing diagnoses and collaborative problems. **Lippincott Williams & Wilkins**, 2009.

CARVALHO, E. C. et al. Nursing diagnosis validation: reflection on difficulties faced by researchers. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008.

CARVALHO, C. I.; RIBEIRO, S. Violência conjugal e rede social pessoal. **Libertas**, v. 16, n. 1, 2016.

CAVALCANTI, G. M. B. et al. Violence against women in the single health system. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 146-154, 2020.

CERULLO, J. A. S. B. et al. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 124-129, 2010.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validation of nursing diagnoses: validated types, patterns and components validated. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2009.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília: COFEN; 2009.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. *Esc Anna Nery*. 2012;16(3):466-72.

COSTA, A. C. F. et al. Violência Doméstica. **Jornal Eletrônico Faculdade Vianna Júnior**, v. 11, n. 1, p. 23-23, 2019.

COSTA, D. A. et al. Nursing and Health Education. **Revista Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”**, v. 6, n. 3, 2020.

DAVIS, S. K. Comprehensive interventions for affecting the parenting effectiveness of chemically dependent women. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 26, n. 5, p. 604-610, 1997.

DAWSON, L. et al. Beyond polyphony: Open Dialogue in a Women’s Shelter in Australia as a possibility for supporting violence informed practice. **Journal of Marital and Family Therapy**, 2020.

ELLSBERG, M. et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?. **The Lancet**, v. 385, n. 9977, p. 1555-1566, 2015.

ENGEL, C. L. **A violência contra a mulher**. 2020.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. The basic health unit and its role in the social support network to hypertensive individuals. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 736-744, 2010.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Nursing Faculty Research and Publications**, v.16, n. 6, p. 1-9, 1987.

FELIX, A. M. S.; MAIA, F. O. M.; QUEIROZ, R. A. S. Atenção primária à saúde e educação em enfermagem no Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 6, p. 175-181, 2019.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FLORES G. E.; SEGUEL P. F. Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 68-73, 2016.

FRANÇA, M.S. Validação do diagnóstico de enfermagem Rede Social de Apoio Ineficaz. **Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/40638>

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 24-31, 1998.

GOODMAN, L. A. The Relationship Between Social Support and Family Homelessness: A Comparison Study of Homeless and Housed Mothers. **Journ Comun Psychol.**, v. 19, n. 4, p. 321-332, 1991.

GOMES, B.K.G. et al. Análise da assistência a mulher vítima de violência doméstica no Brasil-Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, 2022.

GONÇALVES, A. M; SENA, R. R. A pedagogia do cuidado de enfermagem. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. 1/2, p. 41-45, 1999.

GORDON, M.; SWEENEY, M.A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. **Advances in Nursing Science**, v. 2, n. 1, p. 1-16, 1979.

GROSSI, P. K.; TAVARES, F. A.; OLIVEIRA, S. B. Women violence network of protection: advances and challenges. **Athenea Digital**, n. 14, p. 267-280, 2008.

GUIMARÃES, R. C. S. et al. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 1, p. 1988-1997, 2018.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed; 2015.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023**. 12ed. Rio de Janeiro: Thieme. 2021.

HOSKINS, L.M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1989. p. 126-31.

HUSSAIN, H. et al. Prevalence and risk factors of domestic violence and its impacts on women's mental health in Gilgit-Baltistan, Pakistan. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 36, n. 4, p. 627, 2020.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Beta 2**. Conselho Internacional de Enfermagem. São Paulo (SP): CENFOBS; 2003.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.

KATERNDAHL, D. Differences in social network structure and support among women in violent relationships. **Journal of interpersonal violence**, v. 28, n. 9, p. 1948-1964, 2013.

KRUSCHEWSKY, J. E.; KRUSCHEWSKY, M. E.; CARDOSO, J. P. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. **Revista Saúde.com**, v. 4, n. 2, p. 160-76, 2008.

LAWRENZ, P. et al. Violência contra mulher: notificações dos profissionais da saúde no Rio Grande do Sul. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2019.

LEONE, M. et al. Social network analysis to characterize women victims of violence. **BMC public health**, v. 19, n. 1, p. 494, 2019.

LIMA, C. S. A. et al. Atuação multiprofissional à mulher vítima de violência doméstica: assistência da Saúde da Família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e6902-e6902, 2021.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, p. 649-655, 2013.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. **PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 31-74, 2016.

LORDE, Audre. *Sister Outsider: Essays and Speeches*. **Freedom, CA: Crossing Press**, 1984.

MACHADO, D. F. et al. Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 483-494, 2020.

MARSDEN, Peter V.; CAMPBELL, Karen E. Reflections on conceptualizing and measuring tie strength. **Social forces**, v. 91, n. 1, p. 17-23, 2012.

MARTINS, P. D. N.; LEMOS, E.; FERREIRA, A. Impacto da violência na saúde, família e trabalho no estado da Bahia, Brasil 2016. **Revista ciencia, salud, educación y economía**

[Internet], v. 11, p. 20-31, 2017.

MCEWEN, M.; WILLIS, E. M. **Bases teóricas da enfermagem**. 4ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

MCINNES, R. J.; CHAMBERS, J. A. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 4, p. 407-427, 2008.

MELO, A.S. Validação dos diagnósticos de enfermagem\disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes. Tese de Doutorado. **Universidade de São Paulo**. 2004.

MINAYO, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2007-2016, 2018.

MIRANDA, K.C.L.; BARROSO, M.G.T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 631-635, 2004.

MODENA, M. R. **Conceitos e formas de violência**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2016. 176 p.

MORÉ, C. L. O. O.; CREPALDI, M. A. O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. **Nova Perspectiva Sistêmica**, 43, 84-98, 2012.

NASCIMENTO, D. F. B. et al. Violência contra a mulher no contexto rural. **Brazilian Applied Science Review**, v. 3, n. 6, p. 2501-2513, 2019.

NETO, V. L. S. et al. Validation of the definitions of nursing diagnoses for individuals with Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020.

NETTO, L. A. et al. Nursing performance in the conservation of women's health in situations of violence. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-8, 2018. Disponível em: 10.5935/1415-2762.20180080.

NEUFELD, A. et al. Non-supportive interactions in the experience of women family caregivers. **Health & Social Care Community**, v. 15, n. 6, p. 530-541, 2007.

NICHOLSON JUNIOR, N. R. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 6, p. 1342-1352, 2009.

NORTH, Douglass C. et al. Violence and social orders: A conceptual framework for interpreting recorded human history. **Cambridge University Press**, 2009.

NUNES, T. G. R.; PONTES, F. A. R.; SILVA, C. L. Youth and social support: a look at the social networks of students from Pará. **Práxis Educativa**, v. 15, p. 01-21, 2020.

OLIVEIRA, M.; MACHADO, F.; LIMA, M. S. Violência contra a mulher em tempos de pandemia: ações educativas de combate e prevenção e suas fragilidades em Manaus/AM. **Conedu-VII Congresso Nacional de Educação**, 2020.

- OSCALICES, M. I. L. et al. Literacia em saúde e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, n. 3, p. 1–7, 2019.
- PAULO, A. L.; NUNES, A. T. S. As mulheres negras e a violência contra as mulheres: Representação e representatividade. **Revista Relicário**, v. 7, n. 14, p. 15-27, 2020.
- POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Integrative literature review: the initial step in the validation process of nursing diagnoses. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.
- RAMOS, M. M. A. et al. Utilização do Software R em pesquisas na terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 1, p. 217-230.
- ROCHA, R. Z.; GALELI, P. R.; ANTONI, C. Social and affective support of women who have experienced intimate partner violence. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 1, p. 124-152, 2019. Disponível em: 10.4013/ctc.2019.121.06.
- RODRIGUES, R. A.; CANTERA, L. M. Violencia en la pareja: el rol de la red social. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 90-106, 2017.
- ROSA, D. O. A. et al. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 67-80, 2018.
- ROY, C. **Generating middle range theory: From evidence to practice**. Springer publishing company, 2013.
- RUTJES, A. W. S. et al. Evaluation of diagnostic tests when there is no gold standard: a review of methods. **Health Technol Assess**. 2007; 11(50): iii, ix-51.
- SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Health education to prevent chronic diabetes mellitus complications in primary care. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2018.
- SANICOLA L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.
- SANTANA, A. C. C. S. et al. Perfil de atendimentos a mulheres vítimas de violência em aracaju no ano de 2016. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 7, n. 1, p. 33-45, 2021.
- SANTOS, C. A. et al. Social support networks for women in situation of intimate partner violence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.
- SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importance of the bond between professional and user in family health strategy. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 3, p. 350-59, 2016.
- SANTOS, C. S.; CORRÊA, G. S. Difficulties in accessing and using support networks and assistance to women during the covid-19 pandemic. **Revista Docência e Cibercultura**, v. 6, n. 2, p. 86-101, 2022.

SANTOS, F. A. C., et al. Strategies used by primary care nurses in hypertensive health education: integrative review. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 10, p. e8849-e8849, 2021.

SHULER, S. Social support without strings attached. **Health Commun**, v. 26, n. 2, p. 198-201, 2011.

SHUMAKER, Sally A.; BROWNELL, Arlene. Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. **Journal of social issues**, v. 40, n. 4, p. 11-36, 1984.

SILVA, A. F. C. et al. Violência doméstica contra a mulher: contexto sociocultural e saúde mental da vítima. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, p. e35932363-e35932363, 2020.

SILVA, C. D. et al. Epidemiologia da violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 7, n. 1. p. 8-14, 2013.

SILVA, D. C. et al. Influência das redes sociais no itinerário terapêutico de pessoas acometidas por úlcera venosa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 90-96, 2014.

SILVA, D.; SILVA, R. L. F. C. Violência contra as mulheres nos relacionamentos conjugais e a dependência emocional: fator que influencia a permanência na relação. **Humanidades e tecnologia (FINOM)**, v. 20, n. 1, p. 328-340, 2020.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 249-258, Jan. 2015.

SIQUEIRA, C. A.; ROCHA, E. S. S. Violência psicológica contra a mulher: Uma análise bibliográfica sobre causa e consequência desse fenômeno. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 2, n. 1, p. 12-23, 2019.

SLUZKI, C. E. **La red social: frontera de la práctica sistémica**. Barcelona: Gedisa, 1996.

SLUZKI, C. E.; BERLINER, C. **Rede Social na Prática Sistêmica, alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, J.S.F.; LOPES, M.J.M. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 789-800, 2018.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D.; GRIEP, R. H. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda Município do Rio de Janeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 625-631, 2010.

SOUSA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, p. 127-134, 2013.

SOUSA, I. N.; SANTOS, F. C.; ANTONIETTI, C. C. Fatores desencadeantes da violência

contra a mulher na pandemia COVID-19: Revisão integrativa. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 10, n. 1, p. 51-60, 2021.

SOUSA, L. M. M., et al. Concept analysis: concepts, methods and applications in nursing. **Revista Investigação em Enfermagem**, p. 9-19, 2018.

SOUZA, M. F. G; SANTOS, A. D. B; MONTEIRO, A. I. The nursing process in the opinion of the nursing staff of a teaching hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 167-173, 2013.

SOUZA, C. N., et al. The role of nursing in sexual violence against women. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 1, n. 4, p.31-6, 2019.

SOUZA, M. B; SILVA, M. F. S. Strategies of Women Victim of Domestic Violence – A Review of Brazilian Literature. **Pensando Famílias**, v. 23, n. 1, p. 153-166, 2019.

SOUZA, P. A.; DA ROS, M. A. Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento violento. **Revista de Ciências Humanas**, n. 40, p. 509-527, 2006.

SOUZA, T. M. C; REZENDE, F. F. Violence against women: conceptions and practices of public service professional. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018. Disponível em: [10.5433/2236-6407.2016v9n1p21](https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v9n1p21).

SUDDERTH, L. K. The women's project: educating women in rural Nicaragua about gender and violence. **Affilia**, v. 35, n. 2, p. 246-259, 2020.

SULSBACH, P. A. A resiliência das mulheres que sofreram violência doméstica: uma revisão. **INTERthesis: Revista Internacional Interdisciplinar**, v. 15, n. 1, p. 3, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2018v15n1p111>.

SWANSON, Sonja A. et al. A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 5, p. 677-684, 2012.

TEIXEIRA, M.O. A interação usuário x jornal em um site de rede social: indícios de uma mudança. **Brazilian journalism research**, v. 10, n. 1, p. 192-217, 2014.

TRENTIN, D. et al. Mulheres em situação de violência sexual: potencialidades e fragilidades da rede intersetorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020.

VICTOR, C.R., Scambler, S.J., Bond, J. Growing older series: the social world of older people: understanding loneliness and social isolation in later life. **New York: Open University Press**; 2009.

VIEIRA, L.B. et al. Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 23, 2015.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 23, 2020.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G; BERBEL, N. A. N. **A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades.** São Paulo: Editora UNESP, p. 45-52, 2015.

WALKER, C. When Violence Hits Home. **Journal of Christian nursing**, v. 37, n. 1, p. 7, 2020.

WALLSTON, B. S. et al. Social support and physical health. **Health psychology**, v. 2, n. 4, p. 367-391, 1983.

WERNECK, J. “Mulheres negras e violência no Rio de Janeiro”. In: CASTRO, L. M. X.; CALASANS, M.; REIS, S. (Orgs.). **Mulheres de Brasília e do Rio de Janeiro no Monitoramento da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Rio de Janeiro: CRIOLA; CFEMEA, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority.** Genebra: WHO, 1996. document WHO/EHA/SPI. POA. 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Genebra: WHO, 2013.

XAVIER, A. A. P.; SILVA, E. G. Nursing assistance in the attendance of women in situation of violence in basic attention. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. Esp. 2, p. 293-300, 2019.

YI, S. K. M. et al. The wisdom of the crowd in combinatorial problems. **Cognitive science**, v. 36, n. 3, p. 452-470, 2012.

YOSHIOKA, M.R.; GILBERT, L.; EL-BASSEL, N. et al. Social Support and Disclosure of Abuse: Comparing South Asian, African American, and Hispanic Battered Women. **Journal of Family Violence**, v. 18, p. 171–180, 2003.

ZANCAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando famílias**, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2013.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – VALIDAÇÃO CLÍNICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Formulário nº _____ Data da entrevista: ____/____/____

Centro de Referência:

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS						
Idade (em anos)						
Cor da pele	1.() Branca 2.() Preta 3.() Parda 4.() Amarela 5.() Indígena					
Estado civil	1. () Solteira	2. () Casada	3. () União estável	4. () Separada	5. () Divorciada	6. () Viúva
Religião	1. () Católica	2. () Evangélica	3. () Espírita	4. () Sem religião	5. () Outros _____	
Escolaridade	1. () Não sabe ler nem escrever 2. () Fundamental incompleto 3. () Fundamental completo 4. () Médio incompleto 5. () Médio completo 6. () Superior incompleto 7. () Superior completo					
Ocupação						
Renda familiar (salário mínimo)	1. () < 1 SM 2. () 1 e 2 SM 3. () ≥ 3 SM					
Quem mora com você?	() Companheiro () Filhos mais velhos Quantos? ____ () Mãe () Pai () Sogra () Sogro () Outros					

FATORES ETIOLÓGICOS			
	Fator etiológico	Presença	Ausência
	Pessoa		

01	<p>Falta de sociabilidade</p> <p>Você sente dificuldade para conviver com outras pessoas?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>É difícil para você se comunicar para conseguir o que deseja/precisa?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
02	<p>Isolamento social</p> <p>Você tem muitas pessoas que possa contar?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Você se sente isolada?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
03	<p>Desconfiança da competência do outro</p> <p>Você desconfia que algum membro da sua rede não tem conhecimento suficiente sobre o assunto para te apoiar</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
04	<p>Receio da pessoa em busca de apoio</p> <p>Você se sente desconfortável em buscar apoio entre os membros da rede? (pra não incomodar, não se sentir humilhada em pedir, ou por serem pessoas que te fazem mal)</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
05	<p>Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária</p> <p>Você sente algum tipo de dificuldade para acessar os serviços oferecidos pela rede secundária, como delegacias ou unidades de saúde?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
06	<p>Demanda excessiva de apoio</p> <p>Você sente que precisa de muito apoio, e isso já está esgotando material e emocionalmente os membros de sua rede social?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente

07	<p>Recusa do apoio</p> <p>Você prefere resolver seus problemas sozinha, sem aceitar ajuda dos membros da sua rede social?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
08	<p>Falta de reconhecimento do apoio oferecido</p> <p>Você considera negativa a experiência de apoio?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Algum membro da sua rede já reclamou de estar cansado de tanto te apoiar, e você não reconhecer?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
09	<p>Pouca reciprocidade ao apoio recebido</p> <p>Você sente que só os membros da rede te ajudam e você não consegue retribuir?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Você sente que só você faz tudo pelos membros da sua rede e eles não te retribuem?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
10	<p>Mudança de domicílio</p> <p>Você mudou de residência desde que começou a sofrer episódios de violência?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>*Caso a resposta à questão anterior tenha sido “não”, passe para o item 10.</p> <p>Essa mudança dificultou manter as relações de amizade e vizinhança anteriores?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
Membros da rede social			
11	<p>Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde</p> <p>Você sente que os profissionais da saúde são pouco envolvidos no atendimento às suas necessidades?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente

12	<p>Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente</p> <p>Você sente que os profissionais da saúde têm falta de interesse em estabelecer vínculo de confiança com você?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Você notou que profissionais da saúde prestaram a você, cuidados ou informações que estão fora da sua realidade?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
13	<p>Práticas intrusivas dos profissionais da saúde</p> <p>Algum profissional da saúde fez ação de forma invasiva e/ou indelicada?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Algum profissional da saúde tomou atitudes sem o seu consentimento?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Algum profissional da saúde se recusou a te ensinar como denunciar ou buscar ajuda?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
14	<p>Restrição da atuação de membros da rede social</p> <p>Algum membro da sua rede social teve atuação limitada? (devido à separação, adoecimento, morte...)</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
15	<p>Displicência no papel de apoiador</p> <p>Você sente que algum membro da sua rede social são é confiável?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Algum membro de sua rede social impede você de buscar outras fontes de apoio?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente

16	<p>Indisposição para apoiar</p> <p>Você sente que pessoas que poderiam te apoiar, estão mais ocupadas com suas próprias atividades, e por isso deixam de ajudar você?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
17	<p>Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa</p> <p>Você sente que os membros da rede apresentam falta de conhecimento sobre como lhe ajudar?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
18	<p>Diferenças culturais</p> <p>A sua cultura de origem é diferente da maioria dos membros de sua rede social?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Você acha que as pessoas ao seu redor desprezam a sua cultura de origem?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
Configuração da rede social			
19	<p>Rede social de tamanho menor</p> <p>Você considera que sua rede social tem poucos membros, sendo insuficiente para prover todo apoio que você necessita?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
20	<p>Baixa densidade da rede social</p> <p>Na sua rede social, apenas poucos membros se conhecem? (independentemente de você)</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Raramente os membros da sua rede interagem entre si, sem sua presença?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
21	<p>Déficit de laços fortes</p> <p>Você diria que tem laços fortes apenas com pouquíssimos membros da sua rede?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente

22	<p>Laços desfeitos</p> <p>Você rompeu laços com algum membro da rede?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
23	<p>Laços geradores de dependência</p> <p>Você tem alguma relação que te torna dependente do auxílio que te oferece?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Você depende de auxílio do governo? (depende do auxílio é quando a família não tem outra fonte de renda)</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
24	<p>Déficit de profissionais da saúde</p> <p>Algum profissional da saúde deixou de atender você por falta de tempo devido ao excesso de trabalho?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Falta profissional na especialidade que você precisa?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
25	<p>Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária</p> <p>Para você, o local físico do estabelecimento de saúde é distante ou difícil de chegar?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
26	<p>Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais</p> <p>Você precisa recorrer a várias instituições para conseguir resolver seu problema?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Quando você chega em uma instituição diferente das do dia-a-dia, é comum os profissionais não terem conhecimento do que aconteceu com você?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente

27	Centralização da responsabilidade pelo cuidado Existe um membro da sua rede que fica responsável pela maior parte dos cuidados? () Sim () Não	() Presente	() Ausente
-----------	--	--------------	-------------

INDICADORES CLÍNICOS			
	Indicador clínico	Presença	Ausência
Pessoa			
01	Sentimento de abandono Você sente que foi abandonada ou excluída por pessoas queridas? () Sim () Não Você sente falta de pessoas que a excluíram do convívio? () Sim () Não	() Presente	() Ausente
02	Desvalorização do apoio social recebido Você considera que teve muitas experiências negativas com os membros da sua rede social de apoio? () Sim () Não Você costuma desvalorizar ou desdenhar o apoio que recebe? () Sim () Não Difícilmente você agradece o apoio que recebeu? () Sim () Não	() Presente	() Ausente
03	Baixa reciprocidade Quando alguém lhe ajuda, você tem dificuldade em retribuir com algo em troca? () Sim () Não	() Presente	() Ausente
Configuração da rede social			
04	Fragilidade dos vínculos Você sente que os vínculos com uma ou mais pessoas de sua rede social são frágeis ou desgastados? () Sim () Não	() Presente	() Ausente
Membros da rede social			
Atitudes dos membros da rede social			

05	<p>Estímulo a comportamentos negativos</p> <p>Os membros da sua rede social incentivam você a iniciar ou continuar práticas que fazem mal à saúde?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Eles a incentivam a PARAR DE FAZER coisas BOAS para a saúde?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
06	<p>Imposição de comportamentos adequados</p> <p>Os membros de sua rede impõem que você tenha bons comportamentos de saúde? Ex. Impõem que você faça a denúncia do agressor () Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
07	<p>Atitudes de culpabilização</p> <p>As atitudes dos membros da rede já fizeram você se sentir culpada por não conseguir bons resultados, ou por não ter o comportamento que eles esperam de você?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
08	<p>Subestimação da autoeficácia</p> <p>Os membros de sua rede já duvidaram da sua capacidade de conseguir se desvincular do seu agressor?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
09	<p>Preconceito</p> <p>Você já sofreu preconceito ou se sentiu discriminada por algum dos membros da sua rede social?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
Função de apoio			

10	<p>Apoio emocional diminuído</p> <p>Apoio emocional é composto por demonstrações de carinho, empatia, preocupação, valorização e compreensão.</p> <p>Você recebe este tipo de apoio?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>*Caso a resposta à questão anterior tenha sido “não”, passe para o item 11.</p> <p>Você considera que esse tipo de apoio que você recebe é insuficiente ou diminuído?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
11	<p>Apoio informativo inadequado</p> <p>Apoio informativo é composto por conselhos, informações, sugestões que os membros da rede oferecem para você.</p> <p>Você recebe/recebeu esse tipo de apoio?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>*Caso a resposta à questão anterior tenha sido “não”, passe para o item 12.</p> <p>Essas informações e conselhos foram transmitidos de forma que você considera inadequada?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
12	<p>Apoio oferecido diferente do apoio esperado</p> <p>O apoio que você recebe/recebeu dos membros de sua rede é diferente das suas expectativas?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
13	<p>Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde</p> <p>Nos serviços de saúde, faltam recursos e ações para resolver suas demandas?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente

14	<p>Indisponibilidade para oferta de apoio social</p> <p>Os membros da sua rede social se recusam, ou dizem que falta tempo para apoiar você?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Quando te apoiam, você sente que fazem com má vontade?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
15	<p>Negligência às demandas de apoio</p> <p>Você sente que os membros de sua rede social menosprezam a importância da sua necessidade?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
Interações sociais			
16	<p>Interações sociais negativas</p> <p>Existem interações conflituosas entre os membros da rede? (discussões ou desavenças que envolvam você ou não)</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
17	<p>Invasão de privacidade</p> <p>Alguma vez os membros da rede não respeitaram sua privacidade, intrometendo-se em sua intimidade ou sendo desrespeitosos?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>*Caso a resposta à questão anterior tenha sido “não”, passe para o item 18.</p> <p>Você sentiu que foi uma relação de poder e que não tinha o controle da situação?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente
18	<p>Perda de confidencialidade</p> <p>Alguma vez, informações que você compartilhou em segredo foram divulgadas sem necessidade?</p> <p>() Sim () Não</p>	() Presente	() Ausente

19	Sobrecarga do cuidador principal Algun membro de sua rede social está sobrecarregado por acumular a maior parte da responsabilidade pelo apoio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
-----------	--	-----------------------------------	----------------------------------

Fonte: FRANÇA, 2020 (Adaptado).

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)**

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da pesquisa **REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: VALIDAÇÃO CLÍNICA**, que está sob a responsabilidade da aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem CAMILA EMANOELA DE LIMA FARIAS, Rua Doutor Fernando Alain, nº 159 - Recife/PE - CEP:52021-140/ Tel: (81)999667135 (disponível para ligações à cobrar)/ Email: camila.lfarias@ufpe.br

Também participam e orientam esta pesquisa as pesquisadoras do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Profa. Dra Suzana Oliveira Manguiera Telefone: (81) 2126-3661, e-mail suzana.manguiera@ufpe.br e a Profa. Dra. Cleide Maria Pontes Telefones para contato: (81) 2126-3661

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a pesquisadora responsável e apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via será sua e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

A senhora estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhum tipo de punição.

A pesquisa tem como objetivo avaliar se o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz é identificado em mulheres vítimas de violência. Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais sob a aplicação de um questionário dividido em três partes, no qual a primeira remete às características socioeconômicas; a segunda aos fatores que causam uma rede social de apoio ineficaz e a terceira parte aos sinais e indícios dessa ineficácia da rede. A coleta de dados será feita presencialmente pela pesquisadora durante as consultas ambulatoriais.

Os riscos da sua participação na pesquisa são mínimos e de caráter subjetivo, por envolver vivências pessoais e sentimentos. Tais riscos serão minimizados com a oferta de privacidade, sigilo e acolhimento. Como benefício, esse estudo proporcionará informações relevantes e inéditas para a ciência, a fim de basear ações de educação em saúde a partir de demandas identificadas, além de possibilitar tomadas de decisões para fazer a rede de enfrentamento a violência funcionar fundamentada na necessidade.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivos sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente

decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, a senhora poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

Assinatura da Pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: VALIDAÇÃO CLÍNICA** como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer punição.

Recife, ____ de _____ de 2021

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO
*TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

OBS: Este Termo de Assentimento para o menor de 7 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convidamos você _____, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: **REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: VALIDAÇÃO CLÍNICA**. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a) CAMILA EMANOELA DE LIMA FARIAS, Rua Doutor Fernando Alain, nº 159 - Recife/PE - CEP:52021-140/ Tel: (81)999667135 (disponível para ligações à cobrar) / Email: camila.lfarias@ufpe.br. Também participam também desta pesquisa as pesquisadoras Profa. Dra Suzana Oliveira Mangueira Telefone: (81) 2126-3661, e-mail suzana.mangueira@ufpe.br e a Profa. Dra. Cleide Maria Pontes Telefones para contato: (81) 2126-3661

Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via deste termo lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, um responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

A pesquisa tem como objetivo avaliar se o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz é identificado em mulheres vítimas de violência. Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais sob a aplicação de um questionário dividido em três partes, no qual a primeira remete às características socioeconômicas; a segunda aos fatores que causam uma rede social de apoio ineficaz e a terceira parte aos sinais e indícios dessa ineficácia da rede. A coleta de dados será feita presencialmente pela pesquisadora durante as consultas ambulatoriais.

RISCOS: Os riscos da sua participação na pesquisa são mínimos e de caráter subjetivo, por envolver vivências pessoais e sentimentos. Tais riscos serão minimizados com a oferta de privacidade, sigilo e acolhimento.

BENEFÍCIOS: Como benefício, esse estudo proporcionará informações relevantes e inéditas para a ciência, a fim de basear ações de educação em saúde a partir de demandas identificadas, além de possibilitar tomadas de decisões para fazer a rede de enfrentamento a violência funcionar fundamentada na necessidade.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos

pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivos sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nem você e nem seus responsáveis pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO(DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: VALIDAÇÃO CLÍNICA**, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Recife, ____ de _____ de 20__

Assinatura do (da) menor: _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PAIS E RESPONSÁVEIS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PAIS E RESPONSÁVEIS

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho(a) _____ para participar, como voluntário (a), da pesquisa **REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: VALIDAÇÃO CLÍNICA**.

Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a) CAMILA EMANOELA DE LIMA FARIAS, Rua Doutor Fernando Alain, nº 159 - Recife/PE - CEP:52021-140/ Tel: (81)999667135 (disponível para ligações à cobrar) / Email: camila.lfarias@ufpe.br. Também participam também desta pesquisa as pesquisadoras Profa. Dra Suzana Oliveira Manguieira Telefone: (81) 2126-3661, e-mail suzana.manguieira@ufpe.br e a Profa. Dra. Cleide Maria Pontes Telefones para contato: (81) 2126-3661

O/a Senhor/a será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o (a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

A pesquisa tem como objetivo avaliar se o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz é identificado em mulheres vítimas de violência. Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais sob a aplicação de um questionário dividido em três partes, no qual a primeira remete às características socioeconômicas; a segunda aos fatores que causam uma rede social de apoio ineficaz e a terceira parte aos sinais e indícios dessa ineficácia da rede. A coleta de dados será feita presencialmente pela pesquisadora durante as consultas ambulatoriais.

RISCOS: Os riscos da sua participação na pesquisa são mínimos e de caráter subjetivo, por envolver vivências pessoais e sentimentos. Tais riscos serão minimizados com a oferta de privacidade, sigilo e acolhimento.

BENEFÍCIOS: Como benefício, esse estudo proporcionará informações relevantes e inéditas para a ciência, a fim de basear ações de educação em saúde a partir de demandas identificadas, além de possibilitar tomadas de decisões para fazer a rede de enfrentamento a violência funcionar fundamentada na necessidade.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivos sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: VALIDAÇÃO CLÍNICA**, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Recife, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura da responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A - CARTAS DE ANUÊNCIA**PREFEITURA DO RECIFE****CENTRO DE REFERÊNCIA CLARICE LISPECTOR****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora, discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPE, CAMILA EMANOELA DE LIMA FARIAS, a desenvolver o seu projeto de pesquisa REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: VALIDAÇÃO CLÍNICA, que está sob a coordenação/orientação da Profa. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira e da Profa. Dra. Cleide Maria Pontes, cujo objetivo é validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres vitimas de violência da cidade do Recife-PE.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 23 / 03 / 2022.



Nome/assinatura e carimbo do responsável onde a pesquisa será realizada

Laudijane Domingos

Gestora CRCL

MAT.: 114.241-0

Secretaria da Mulher do Recife



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES
Estrada do Arraial, nº 2723 - Casa Amarela - Recife - PE CEP.:52
Divisão do Centro de Estudos

Carta de Anuência

Por meio desta o Hospital Agamenon Magalhães autoriza a realização da pesquisa intitulada "REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA : VALIDAÇÃO CLÍNICA " que tem como objetivo: Verificar a validade clínica do diagnóstico de Enfermagem Rede Social de apoio ineficaz no contexto das mulheres vítimas da violência. Os dados do estudo serão coletados através da aplicação de um instrumento no formato de entrevista individual junto as mulheres vítimas de violência atendidas no serviço de Apoio à Mulher Vilma Lessa no Hospital Agamenon Magalhães SUS/PE, por Camila Emanuela de Lima Faria aluna regularmente matriculada no curso de Pós Graduação em Enfermagem (mestrado) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) tendo como orientadora Profa, Dra. Suzana de Oliveira Manguiera e Coorientadora Profa.Dra. Cleide Maria Pontes.

Esta autorização poderá ser suspensa a qualquer momento se forem identificadas irregularidades no processo de coleta de dados ou caso a instituição deseje. Garantimos ainda que será mantida a privacidade dos participantes do estudo, bem como da Instituição, sendo os dados utilizados exclusivamente para fins acadêmicos.

Recife, 15 de fevereiro de 2021

 Gerente do Centro de Estudos Hospital Agamenon Magalhães	 Maria Aparecida T. Lacerda Gerente do Centro de Estudos Mat. 107974
---	--

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: VALIDAÇÃO CLÍNICA

Pesquisador: Camila Emanoela de Lima Farias

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43987321.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.345.820

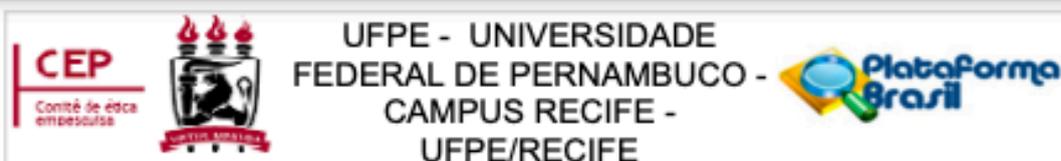
Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda para dar continuidade a execução do projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Saúde -CCS da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, intitulado: "Rede social de apoio ineficaz de mulheres vítimas de violência: validação clínica" tendo como pesquisadora responsável a mestranda Camila Emanoela de Lima Farias, orientada pelas docentes Prof.^a Dra. Suzana de Oliveira Manguiera e Prof.^a Dra. Cleide Maria Pontes.

Estudo quantitativo, descritivo e transversal de acurácia diagnóstica para validação clínica do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz, com base no referencial de Lopes e Silva (2016). O estudo será realizado no Centro de Referência Clarice Lispector e no Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa, As participantes do estudo serão adolescentes e mulheres vítimas de violência orientadas e acompanhadas nos serviços de referência citados, durante todo o período da coleta dos dados.

A amostra acontecerá por meio naturalístico, na qual todas as participantes serão apreciadas quanto à presença dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem em questão. O tamanho da amostra respeitará a recomendação do modelo de validação proposto por Lopes e Silva (2016) e será de 15 mulheres para cada um dos 19 indicadores clínicos do diagnóstico, totalizando 285 mulheres atendidas e acompanhadas nos centros de referência.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.345.620

Critérios de inclusão Mulheres e adolescentes vítimas de violência atendidas e acompanhadas nos serviços de referência para atendimentos para violência contra a mulher da cidade do Recife.

Critérios de exclusão não participaram da pesquisa vítimas que estavam no centro de referência para o primeiro atendimento no serviço, para que a pesquisa não interferisse no vínculo da vítima com o serviço, com suas emoções e/ou na continuidade da assistência.

A validação acontecerá por meio da aplicação de um instrumento validado através de entrevista individual, respeitando todas as considerações éticas pessoais e institucionais. Os dados obtidos serão processados estatisticamente pelo Software R, que analisará a sensibilidade e especificidade de cada um dos indicadores clínicos e irá quantificar tais dados. A pesquisa contará com a colaboração de estudantes da graduação em enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco para realizar a coleta nas instituições de saúde. A mestranda oferecerá um treinamento a essas alunas que consistirá em três etapas: a primeira, explicação do tema, objetivos e assuntos abordados no trabalho. A segunda etapa será uma apresentação do instrumento de coleta de dados, na qual cada tópico será lido e detalhado para esclarecer dúvidas, caso surjam. A terceira etapa será uma orientação sobre a dinâmica do Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa, bem como instruções sobre as normas de distanciamento social, uso de máscara e álcool em gel durante todo o tempo da entrevista

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Verificar a validade clínica do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz no contexto das mulheres vítimas de violência.

Objetivos Específicos

Verificar a frequência e as medidas de acurácia dos indicadores clínicos para a identificação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres vítimas de violência.

Estabelecer as relações de causalidade entre os fatores etiológicos da Rede social de apoio ineficaz.

Identificar a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres vítimas de violência

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por tratar-se de pesquisa de caráter quantitativo, não há risco de natureza física, porém, há o risco

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.345.820

de algum tipo de dano de caráter subjetivo, por envolver vivências pessoais e sentimentos dos sujeitos da pesquisa. Os riscos serão minimizados pela oferta de privacidade, sigilo e escuta ativa às mulheres ouvidas. Como benefício direto, o estudo proporcionará informações sobre a rede social de apoio das mulheres vítimas de violência aos atores da rede. Tais informações poderão fundamentar novas medidas e tomadas de decisões para o manejo das situações de abuso. Como benefício indireto, a pesquisa trará à luz informações relevantes e inéditas para a ciência, a fim de basear ações de educação em saúde, serviços, políticas de atendimento e orientação a partir de demandas identificadas na população em questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área de saúde da mulher e na práxis da enfermagem, abordando um tema atual e relevância como a violência a mulher. O projeto está bem escrito e estruturado de acordo com as orientações propostas por este Comitê. Referencial teórico atualizado e robusto. Metodologia corresponde aos objetivos propostos. Cronograma e orçamento bem elaborados. Todas as etapas do projeto na Plataforma Brasil foram preenchidas e documentos anexados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos exigidos pelo Comitê de Ética foram anexados a plataforma:

1. Justificativa da Emenda
2. Carta de anuência timbrada, assinada e carimbada pela gestora do Centro de referência Clarice Lessorpector
3. TCLE dos responsáveis;
4. TALE;
5. Projeto detalhado;
6. Projeto PDF Plataforma Brasil

Recomendações:

Não há

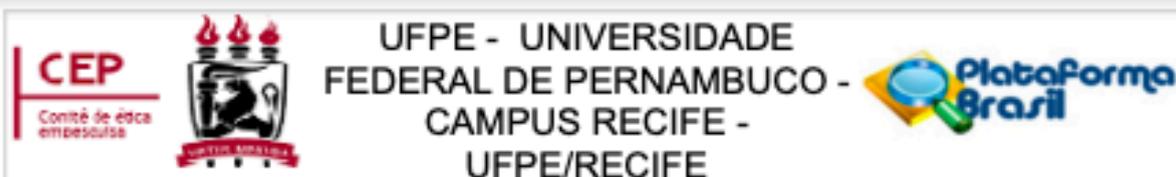
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as modificações propostas pelo pesquisador responsável não descaracterizaram o estudo originalmente proposto e aprovado pelo Sistema CEP/CONEP. Dessa forma considero a emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.345.820

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_192148_1_E1.pdf	04/04/2022 08:00:30		Aceito
Outros	ProjetoAtualizadoViolenciaContraAMulher.pdf	04/04/2022 07:58:58	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Outros	JustificativaEmenda.pdf	04/04/2022 07:57:43	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaClariceLispector.pdf	31/03/2022 20:19:15	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResponsaveis.pdf	31/03/2022 20:17:23	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	31/03/2022 20:17:02	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado23CORRlligido.pdf	23/04/2021 15:58:54	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Outros	CartaRespostaPendencias.pdf	23/04/2021 15:57:41	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.pdf	03/03/2021 00:50:48	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	27/02/2021 19:21:30	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Outros	InstrumentoColetaDados.pdf	23/02/2021 15:37:35	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Outros	HistoricoEscolar.pdf	23/02/2021 15:37:15	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LattesSuzanadeOliveira.pdf	23/02/2021 15:34:28	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LattesCleidePontes.pdf	23/02/2021 15:34:17	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LattesCamilaFarias.pdf	23/02/2021 15:33:56	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito
Declaração de concordância	CartaAnuencia.pdf	23/02/2021 15:25:50	Camila Emanoela de Lima Farias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-3163

E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.345.620

RECIFE, 12 de Abril de 2022

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenharias, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br