

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE - RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SAÚDE**

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A ATENÇÃO À
SAÚDE DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA**

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Sílvia Schein

Santa Maria, RS, Brasil

2013

REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Sílvia Schein

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Dr. Ricardo Viana Martins

Porto Alegre, RS, Brasil

2013

**Universidade Federal de Santa Maria
Programa de Pós-Graduação a Distância
Curso de Pós-Graduação Lato sensu em Gestão de Organização
Pública em Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Artigo de Especialização

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA**

elaborada por
Sílvia Schein

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Dr. Ricardo Viana Martins - UFSM

(Presidente/Orientador)

Msc. Liamara Denise Ubessi - UFPEL

(Membro da Banca)

Dra. Liane Beatriz Righi - UFRGS

(Membro da Banca)

Porto Alegre, RS, setembro de 2013.

REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA¹

Sílvia Schein²

Ricardo Viana Martins³

RESUMO

O presente artigo apresenta uma revisão sistemática sobre atenção à saúde da mulher vítima de violência, assistida em serviços públicos de saúde. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Adotou-se como critérios de inclusão estudos publicados até dezembro de 2012, disponíveis na íntegra online, em português. Foram analisados 21 artigos, destes, dez versaram sobre a violência sexual, cinco sobre violência doméstica, um violência física, um violência física e sexual e quatro violência física, sexual e psicológica. Com relação ao ponto de atenção, referiram-se a atenção hospitalar, atenção especializada, atenção básica e aos três pontos de atenção e suas especificidades no atendimento, cuidado e acompanhamento. A Assistência Hospitalar está focada no atendimento emergencial. A Atenção Especializada visa o acompanhamento e aprofundamento do cuidado em situações de risco. Na Atenção Básica, no endereçamento da violência, a abordagem é ampliada e contextualizada, com ações de empoderamento. Verificou-se a necessidade de desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de uma cultura de paz, como também a articulação com movimentos sociais que visem a desnaturalização da violência e do papel da mulher na sociedade.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Violência Sexual. Saúde da Mulher. Rede de atenção.

¹ Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Latu Senso* em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Psicóloga pela Faccat (Faculdades Integradas de Taquara). Especialista em Dependência Química e Promoção de Saúde (Faccat). Pós-graduada em Gestão de Organização Pública em Saúde (UFSM). E-mail: silviaschein@yahoo.com.br

³ Psicólogo (PUCRS). Economia do Desenvolvimento. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade. Doutor em Psicologia. Coordenador do Curso de Pós-Graduação *Latu Senso* em Gestão de Organização Pública em Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS – UFSM). Orientador do trabalho de conclusão. E-mail: ricardomartinsead@gmail.com

INTRODUÇÃO

O lugar social, cultural, político e jurídico que a mulher ocupa atualmente é resultado de muitas lutas e conquistas dos movimentos feministas que ocorreram em todo o mundo. Antigamente as mulheres eram tidas como entes privados e domésticos, dependentes e subordinadas aos homens e a sua vontade, uma propriedade destes. Nesse contexto, a violência era legitimada pela sociedade, pois o que ocorria no âmbito doméstico dizia respeito apenas ao casal (BELATO, 2013). No Brasil, no processo de colonização, as mulheres índias e africanas foram usadas como objetos sexuais e reprodutores, enquanto as mulheres brancas eram assexuadas e deviam ter a vida restrita a igreja e a casa (SOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000).

No imaginário social o fato da mulher ser considerada inferior, submissa e dominada pelo homem favoreceu a legitimação social e cultural da violência. A Lei Maria da Penha, sancionada no ano de 2006 é um marco histórico e representa uma mudança paradigmática da concepção de mulher e deslegitimação da violência sofrida, considerada como algo natural (BELATO, 2013). No entanto, o patriarcado e as concepções históricas arraigadas ainda estão no âmago de muitas destas violências, limitadas muitas vezes ao ambiente doméstico (SOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000).

A violência é compreendida como o uso da força física ou do poder intencional que causa prejuízos físicos, psicológicos e/ou sociais, podendo resultar em lesão, morte ou deficiência no desenvolvimento. A violência pode ocorrer de forma física, sexual, psicológica ou como negligência (KRUG *et al.*, 2002). A violência contra a mulher foi mencionada por diferentes denominações ao longo dos tempos, como intrafamiliar na metade do século XX, contra a mulher e doméstica na década de 80 e, desde a década de 90, como violência de gênero (BRASIL, 2011a). Os casos de violência perpetrados por parceiro ou cônjuge caracterizam a violência conjugal como violência de gênero e/ou contra a mulher (FALCKE *et al.*, 2009).

A violência tem sido um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 1,6 milhões de pessoas entre 15 e 44 anos morreram no ano 2000 devido a situações desta natureza (KRUG *et al.*, 2002). Dentre os 52.260 homicídios que ocorreram no Brasil no ano de 2010, 4.465 foram resultantes da violência contra a mulher, enquanto que, em 1980 foram 1.353. O Brasil ocupa o

sétimo lugar nas estatísticas mundiais quanto ao número de homicídios registrados contra as mulheres, com taxa de 4,4 homicídios a cada 100 mil mulheres (WAISELFISZ, 2012). Ainda, no Brasil, 40% das mulheres entrevistadas (total de 2.365) pela Fundação Perseu Abramo e SESC (2010) relataram ter sido vítimas de algum tipo de violência: 24% violência física, 24% foram ameaçadas com armas e/ou privadas de liberdade, 23% violência psicológica, 10% violência sexual e 7% assédio.

A violência contra a mulher comumente é praticada pelo marido ou parceiro íntimo. Ocorre em todos os países independente do grupo social, econômico ou religioso. Verifica-se a sobreposição dos tipos de violência, a física frequentemente acompanhada pela psicológica e, mais da metade dos casos pela sexual. A violência está associada com diversas consequências para a saúde física, psicológica e sexual da mulher, tanto a curto como a longo prazo (KRUG *et al.*, 2002).

Inicialmente, o atendimento a mulher vítima de violência era realizado por entidades autônomas, coordenadas pelos movimentos feministas, que tinham como objetivo auxiliar a mulher a refletir sobre o seu papel na sociedade, superar a submissão que lhe era imposta, reivindicando direitos sociais. O SOS-Mulher foi a primeira entidade criada no final da década de 70 na qual voluntárias atendiam mulheres vítimas de violência, incorporando ao modelo de atendimento a proposta feminista, a fim de conscientizar a mulher sobre o seu papel na sociedade e romper com a submissão e jugo (DINIZ, 2006; SILVEIRA, 2006).

Como consequência das reivindicações do movimento feminista, em 1985 foi criado em São Paulo o Centro de Orientação Jurídica e Encaminhamento Psicológico, a Delegacia de Defesa da Mulher (DINIZ, 2006; SILVEIRA, 2006) e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (Lei 7.353), resultantes da primeira política pública para o enfrentamento da violência contra a mulher (BRASIL, 2011a).

De 1985 a 2002 houve a implementação das Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher e Casas-Abrigo em todo o Brasil com ênfase na área assistencial e de segurança pública. Em 2002 foi criado o Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher vinculado ao Ministério da Justiça (BRASIL, 2011a). No ano de 2003 a Lei 10.778 estabeleceu a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher e, em 2004 através da Lei 10.886 a violência doméstica foi incluída no Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2011b).

A Secretaria de Políticas para Mulheres foi criada no ano de 2003 com ações para o enfrentamento à violência contra mulheres, bem como a criação de novos serviços, como o Centro de Referência de Atendimento às Mulheres, Defensorias da Mulher, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, as Promotoras Especializadas e a construção de uma Rede de Atendimento Integrada como forma de garantir os direitos das mulheres (BRASIL, 2011a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública e compreende as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Tem como princípios orientadores a universalidade, descentralização e integralidade da atenção, a equidade e a participação comunitária. Com a descentralização da atenção a saúde, os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela gestão das ações e serviços de saúde, de modo a organizar e assegurar o acesso a estes, respeitando as complexidades da atenção (BRASIL, 1990) nos pontos da rede de saúde e social que possam compreender o cuidado em saúde. Nestes, se desenvolve o trabalho de prevenção a todas as formas de violência, promoção da cultura de paz e, nos casos de ocorrência da violência, a garantia do cuidado integral na rede de atenção em conexões com outras redes, comunitárias e intersetoriais.

As questões referentes à atenção a saúde da mulher integram a agenda do SUS desde 1984 com o 'Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher'. Entretanto, foi em 1989 com o 'Programa Aborto Legal' para mulheres que sofreram violência sexual que a violência contra a mulher passou a integrar a política de saúde. Em 1999 foi criada e implementada nos serviços de saúde a Norma Técnica 'Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes' que compreende ações de prevenção à gravidez, de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (SILVEIRA, 2006).

Em 2005 o Ministério da Saúde publicou normas técnicas acerca dos 'Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual', da 'Atenção Humanizada ao Abortamento', e atualizou a 'Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes' (BRASIL, 2011a). Os objetivos da Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da Mulher referem-se à organização de redes integradas e a articulação da atenção à mulher com ações de prevenção à violência, DST e HIV (BRASIL, 2011c).

A implantação de uma rede integrada e articulada com os demais segmentos da sociedade está em processo de construção. A revisão sistemática de literatura pode contribuir para a organização da atenção à saúde da mulher vítima de violência, políticas públicas e na gestão dos serviços de saúde, com a oferta de subsídios para a prevenção, promoção da saúde e minimização dos agravos decorrentes da violência.

Ao considerar estes aspectos, com base na Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2011b), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011c) e o projeto de Lei 60/99 que amplia o atendimento às vítimas de violência sexual (BRASIL, 2013), este estudo objetiva analisar a produção científica disponibilizada nas bases de dados *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*) e *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) sobre a atenção à saúde de mulheres vítimas de violência assistidas nos serviços de saúde públicos.

MÉTODO

Foi realizada revisão sistemática de literatura referente a artigos que versaram sobre a atenção à saúde da mulher vítima de violência assistidas nos serviços de saúde públicos. Este tipo de revisão contribui para a organização dos resultados de pesquisa, integração e sistematização das informações obtidas. Este método possibilita maior compreensão para a tomada de decisão pública no que se refere ao tema investigado (ATHALLAH; CASTRO, 1997).

A busca bibliográfica foi realizada na base de dados *Scielo* e *Lilacs*. Adotou-se como critérios de inclusão todos os artigos publicados até dezembro de 2012 que abordassem a atenção à saúde da mulher vítima de violência no âmbito do SUS e que estivessem disponíveis na íntegra, online e em português e; como critérios de exclusão, os que não contemplassem estes critérios. A atenção à saúde da mulher vítima de violência no âmbito do SUS é compreendida, nesta revisão, como ações desenvolvidas nos serviços de saúde do SUS que tiveram como objetivo o cuidado para com a saúde da mulher vítima de violência.

Deste modo, em um primeiro momento foi realizada a busca com a utilização dos descritores 'violência contra a(s) mulher(es)' or 'violência doméstica' or 'violência sexual', combinados com as palavras 'and' atenção 'or' saúde. Após, foram selecionados os artigos que mencionavam a atenção à saúde no SUS à mulher

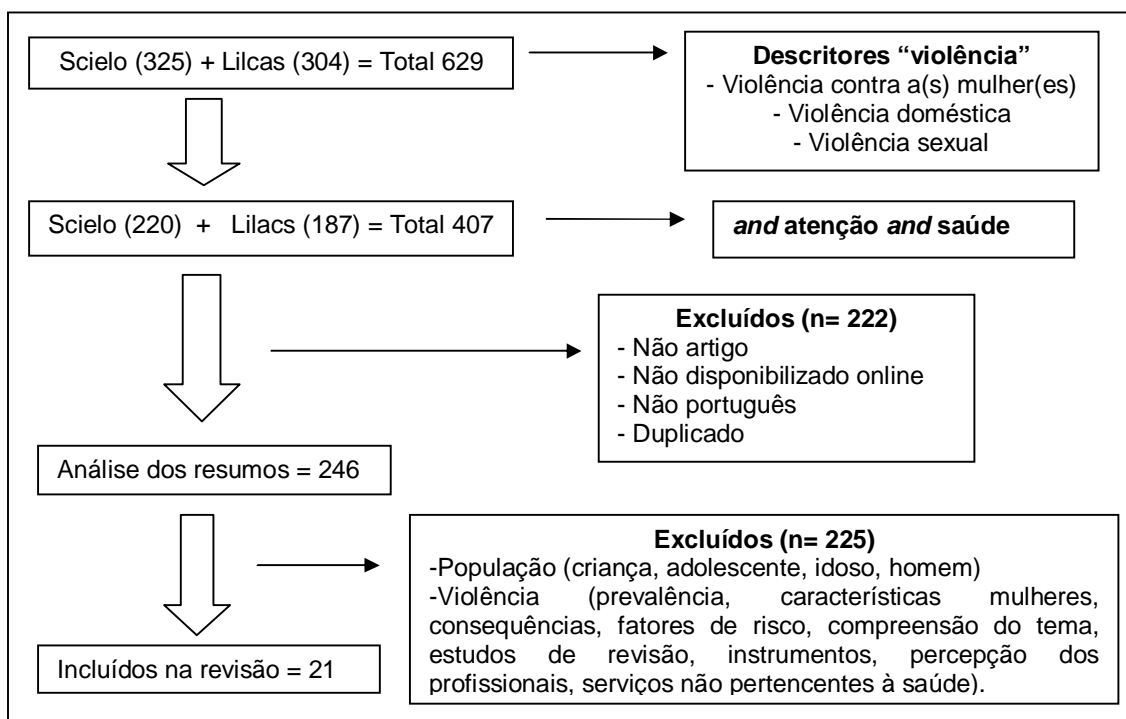
vítima de violência, através da leitura dos resumos. O material selecionado foi agrupado em fichas documentais que continham: título do artigo, autor, periódico, ano, tipo de violência abordada, nível de atenção do serviço de saúde e a atenção com a saúde da mulher. Em seguida, as informações referentes à atenção foram agrupadas em categorias de conteúdos, descritas e analisadas conforme as contribuições da literatura que dialoga com este temário.

RESULTADOS

O 'estado da arte' dos resultados

A Figura 1 ilustra o processo de seleção dos artigos. Foram incluídos na revisão final 21 artigos, que apresentavam ações desenvolvidas nos serviços de saúde do SUS às mulheres vítimas de violência, apresentados no Quadro 1.

Figura 1: Seleção dos artigos para revisão sistemática



Dentre os artigos selecionados, dez referiram-se a violência sexual, cinco a violência doméstica, um a violência física, um a violência física e sexual e quatro a violência física, sexual e psicológica. Com relação aos pontos de atenção no serviço de saúde dez referiram-se ao atendimento hospitalar, dois ao especializado, oito a

atenção básica e, um abordou os três pontos de atenção. Quatro artigos abordaram a atenção hospitalar e a especializada, referindo-se aos mesmos serviços de atenção, visto que o funcionamento destes estava interligado. Com relação ao ano de publicação dos artigos, foram quatro em 2007, 2008 e 2009; três em 2011; dois em 2010; um em 1999, 2000, 2005 e 2012.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados para a revisão sistemática

ANO	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO	ATENÇÃO	VIOLÊNCIA
1999	Deslandes	O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?"***	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Hospitalar	Doméstica
2000	Deslandes, Gomes e Silva	Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro.**	Cadernos de Saúde Pública	Hospitalar	Doméstica
2005	Campos <i>et al.</i>	Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima.***	Saúde e Sociedade	Hospitalar	Sexual
2007	Oliveira e Fonseca	Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual.	Revista Escola de Enfermagem USP	Básica	Sexual
2007	Mattar <i>et al.</i>	Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo.	Cadernos de Saúde Pública	Especializada	Sexual
2007	Bedone e Faúndes	Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas.*	Cadernos de Saúde Pública	Hospitalar	Sexual
2007	Freitas, Lima e Dytz	Atendimento a mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal.	Comunicação em Ciências da Saúde	Hospitalar	Sexual
2008	Moreira <i>et al.</i>	Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde.	Revista de Saúde Pública	Básica	Física
2008	Campos e Schor	Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor.***	Saúde e Sociedade	Hospitalar	Sexual

Continua

Continuação

ANO	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO	ATENÇÃO	VIOLÊNCIA
2008	Faria, Araújo e Baptista	Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté.	Revista Eletrônica de Enfermagem	Hospitalar	Sexual
2008	Higa <i>et al.</i>	Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem.*	Revista Escola de Enfermagem USP	Hospitalar	Sexual
2009	Ferrante, Santos e Vieira	Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo.	Interface Comunicação Saúde Educação	Básica	Doméstica
2009	D'Oliveira <i>et al.</i>	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde.	Ciência e Saúde Coletiva	Básica	Física, Sexual e Psicológica
2009	Borsoi, Brandão e Cavalcanti	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro.	Interface - Comunicação Saúde e Educação	Básica	Física, Sexual e Psicológica
2009	Ramos, Medici e Puccia	Mulheres vitimadas sexualmente: perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência.	Revista do Instituto Ciência da Saúde	Especializada	Sexual
2010	Bonfim, Lopes e Peretto	Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Básica	Doméstica
2010	Hanada, D'Oliveira e Schraiber	Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência.	Revista Estudos Feministas	Hospitalar Especializada Básica	Física e Sexual
2011	Kiss e Schraiber	Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais.	Ciência e Saúde Coletiva	Básica	Física, Sexual e Psicológica
2011	Berger e Giffin	Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro.	Interface Comunicação Saúde Educação	Hospitalar	Doméstica

Continua

ANO	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO	ATENÇÃO	VIOLÊNCIA
2011	Oshikata <i>et al.</i>	Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil.*	Cadernos de Saúde Pública	Hospitalar	Sexual
2012	Costa e Lopes	Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência.	Revista Escola de Enfermagem USP	Básica	Física, Sexual e Psicológica

Nota: Artigos referentes ao mesmo serviço de atenção:

* Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

**Hospitais públicos de emergência do Rio de Janeiro.

*** Conjunto Hospitalar de Sorocaba – São Paulo.

Os resultados, para fins de facilitar a exposição dos mesmos, seguem pela descrição do tipo de violência de gênero e atenção ofertada a mulher nesta situação nos diferentes nos pontos da rede de atenção de serviços de saúde públicos, emergentes a partir dos resultados, quais foram – hospitalar, especializada e atenção básica.

Atenção à mulher vítima de violência em serviços públicos hospitalares

Nos hospitais, o atendimento ofertado às mulheres refere-se ao atendimento médico de emergência ou urgência. As mulheres que acessam este serviço de atenção são vítimas, prioritariamente, de violência sexual (CAMPOS *et al.*, 2005; SARTI,; BARBOSA; SUAREZ, 2006; FREITAS; LIMA; DYTZ, 2007; FARIA; ARAÚJO; BAPTISTA,2008; CAMPOS; SCHOR, 2008; HIGA *et al.*, 2008; RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009), física (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010) ou doméstica (BERGER; GIFFIN, 2011; DESLANDES, 1999; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). A violência doméstica é compreendida nos estudos como a violência sexual perpetrada por cônjuge, ex-cônjuge e/ou parente (DESLANDES, 1999; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000) ou, a violência física e psicológica durante o período gestacional (BERGER; GIFFIN, 2011).

A atenção às vítimas de violência doméstica foi investigada em dois hospitais do Rio Janeiro, referências no atendimento de emergência. A maioria das mulheres apresentava lesões na região da face ou, cabeça, braços e mãos, resultado dos

espancamentos (70,4%) ou do uso de armas brancas (21,1%). A atenção às mulheres envolvia o atendimento médico especializado, como ortopedista na maioria dos casos, odontólogo, oftalmologista e otorrinolaringologista (DESLANDES, 1999; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). A atenção às gestantes vítimas de violência física ou psicológica, atendidas em uma maternidade, consistia no acolhimento da situação de violência, orientações com relação às consequências para o feto e saúde da mulher, atendimento médico clínico e o cuidado com as agressões físicas resultantes da violência (BERGER; GIFFIN, 2011).

O atendimento de emergência nas situações de violência sexual era realizado pelo médico plantonista e enfermeira. Consistia na avaliação da condição clínicas, realização de exame físico, ginecológico, coleta de amostras para detecção de infecções e identificação do agressor, coleta de sangue para sorologias referentes à Hepatite B e C, HIV e sífilis; anticoncepção de emergência e profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis não virais (sífilis, gonorreia, clamídia, cancro mole e tricomoníase) e virais (Hepatite B e HIV) até 72 horas após a ocorrência da violência. No caso, da mulher acessar o serviço até 10 dias após a violência a profilaxia adotada era contra as DST virais e não virais, com exceção do HIV. Estes serviços seguiam as orientações da Norma Técnica do Ministério da Saúde para o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual (CAMPOS *et al.*, 2005; FREITAS; LIMA; DYTZ, 2007; CAMPOS; SCHOR, 2008; BEDONE; FAÚNDES, 2007; FARIA; ARAÚJO; BAPTISTA, 2008; HIGA *et al.*, 2008; RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009; OSHIKATA *et al.*, 2011).

A busca ao agressor foi realizada em apenas um dos hospitais, nas situações em que as vítimas o conheciam. Este era contatado por enfermeiras do setor de epidemiologia, e convidados a comparecer ao hospital para coleta de sangue, após consentimento livre e esclarecido, para conhecimento da sorologia do HIV. A busca tinha como objetivo o cuidado com a saúde da mulher, pois no caso de sorologia negativa do HIV no homem, a profilaxia anti-retroviral era suspensa, diminuindo os efeitos adversos provocados por esta (CAMPOS *et al.* 2005; CAMPOS; SCHOR, 2008;).

Após o atendimento de emergência, a mulher era encaminhada para acompanhamento ambulatorial nos serviços de referência dos próprios hospitais, que ofereciam acompanhamento multidisciplinar às mulheres (BEDONE; FAÚNDES, 2007; FREITAS; LIMA; DYTZ, 2007; FARIA; ARAÚJO; BAPTISTA, 2008; OSHIKATA

et al., 2011) ou para os serviços de referência da rede (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010).

O Grupo de Assistência à Vítima de Violência Sexual do Hospital de Taubaté era formado por equipe multiprofissional, composta por médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro e advogado e tinha como objetivo o acolhimento e humanização da atenção à vítima e sua família. Cada profissional oferecia atendimento dentro da sua área de atuação e, semanalmente, havia a discussão clínica do caso (FARIA; ARAÚJO; BAPTISTA, 2008). O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher ambulatorial possuía equipe composta por médicos ginecologistas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e infectologistas, todos com protocolos de atendimento, e fluxograma acerca das ações a serem adotadas diante dos casos de violência sexual, imediata ou tardia, com ou sem gravidez (BEDONE; FAÚNDES, 2007). A primeira consulta no ambulatório ocorria em média após 15 dias o atendimento hospitalar, durante seis meses, em consultas previamente agendadas (45/90/180 dias) com o médico, e o atendimento psicológico e social ocorria de forma simultânea nestes dias (OSHIKATA *et al.*, 2011). O protocolo da equipe de enfermagem continha orientações para casos de violência sexual imediata (até cinco dias após a violência) ou tardia (após seis dias), casos de interrupção da gestação (pré-internação, internação e pós-internação) e o acompanhamento ambulatorial realizado durante seis meses. Cada etapa do acompanhamento continha avaliações, intervenções e temas específicos para serem abordados com a mulher e também com sua família (HIGA *et al.*, 2008).

No caso de gravidez, decorrente da violência, o protocolo de atendimento a mulher no CAISM, envolvia o atendimento do assistente social, médico e psicólogo. A decisão sobre a interrupção da gravidez era discutida em reunião com a mulher, profissionais que a atenderam, diretores clínicos e ginecológicos e um representante do comitê de ética do hospital (BEDONE; FAÚNDES, 2007).

Mulheres vitimadas por violência na Atenção Especializada

A atenção ofertada a mulheres em serviços especializados no atendimento a mulheres vítimas de violência, após a violência sexual, consistia no atendimento médico, avaliação clínica, coleta de material sorológico, profilaxia para DST e HIV, contracepção de emergência e, no caso de gravidez, encaminhamento para interrupção (MATTAR *et al.*, 2007; RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009; HANADA;

D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010). Havia atendimento individual por equipe multidisciplinar (MATAR *et al.*, 2007) e a realização de grupos terapêuticos de ressocialização, inserção no mercado de trabalho, sentimentos, sexualidade, artesanato e medicina chinesa (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010).

Na Casa da Saúde da Mulher Professor Domingos Delásio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) era ofertado atendimento multidisciplinar por médicos tocoginecologistas, psiquiatras, psicólogas, assistentes sociais, enfermeiras, advogados e uma socióloga/sanitarista. Ao acessar o serviço à mulher era acolhida por profissional da equipe de enfermagem, que realizava a anamnese, fornecia orientações acerca das medicações, exames a serem realizados, funcionamento do serviço, e agendamento dos atendimentos com os profissionais da equipe. Todos os atendimentos eram concentrados no mesmo dia e, os profissionais que atendiam a mulher na primeira vez eram os mesmo que seguiam a atendendo durante todo período de acompanhamento no serviço. O atendimento médico realizado após o acolhimento seguia as orientações do Ministério da Saúde para o atendimento de vítimas de violência sexual, profilaxia para DST e HIV, sorologia e anticoncepção de emergência (MATTAR *et al.*, 2007).

Nas consultas de acompanhamento, os exames de DST eram solicitados novamente, atentava-se para a saúde física da mulher e, caso necessário, procedia-se com a interrupção da gravidez. O acompanhamento psicológico era realizado nos moldes da psicoterapia breve, objetivava avaliar o nível de estresse e desorganização da mulher, auxiliá-la no retorno às atividades desempenhadas anteriormente, possíveis problemas no trabalho ou escola, vida familiar e sexual. À assistente social cabia conhecer a história e o perfil socioeconômico da mulher, avaliar situações que poderiam dificultar sua aderência no serviço e realizar encaminhamentos para instituições sociais. O atendimento da socióloga consistia no acompanhamento aos familiares e na realização de grupos de socialização com as mulheres. O advogado realizava o aconselhamento jurídico e o acompanhamento do caso quando a denúncia era realizada (MATTAR *et al.*, 2007).

A Atenção Básica no cuidado a mulheres vítimas de violência

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) atendiam mulheres vítimas de violência doméstica, física, sexual e psicológica. O atendimento médico envolvia o tratamento da demanda explícita, ferimentos, lesões e sintomas psicológicos com a sua

medicalização. Com a revelação da violência, a mulher era encaminhada para serviços especializados na área da saúde ou para a rede de atendimento a mulher vítima de violência (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010; FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; MOREIRA *et al.*, 2008; KISS; SCHRAIBER, 2011; OLIVEIRA; FONSECA, 2007). b

Nos serviços com profissionais capacitados quanto à violência contra a mulher, havia o acolhimento humanizado, escuta qualificada, abordagem da violência mesmo quando não revelada explicitamente, apoio emocional, orientações quanto à violência, rede de atendimento e denúncia do agressor, além do encaminhamento para a rede especializada e intersetorial. As UBS com equipe multidisciplinar acompanhavam a mulher após o encaminhamento para serviços especializados, oferecendo suporte continuado (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; COSTA; LOPES, 2012).

A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica residentes na zona rural foi investigada por Costa e Lopes (2012). Eram realizadas visitas domiciliares, acolhimento, orientação quanto a violência, grupo de mulheres da comunidade, oficinas de geração de renda e teatro. Todas as estratégias utilizadas pelos profissionais estavam pautadas na humanização do atendimento, vínculo, oferta de um espaço protegido para o relato das situações de violência, acolhimento do sofrimento, desnaturalização dessas situações, fortalecimento e empoderamento das mulheres.

As diferenças na abordagem e na atenção nos serviços de atenção básica foram pesquisadas por Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) que compararam as ações desenvolvidas em duas UBS, uma delas referência para o atendimento de vítimas de violência. Em ambas havia o acolhimento médico e nos grupos educativos. Eram fornecidas informações sobre os direitos da mulher e da rede de suporte social que poderia ser acessada, caso a mulher realizasse a denúncia.

Na UBS especializada ocorriam encaminhamentos externos (delegacia, rede de suporte social – como abrigos) e internos (outros profissionais da equipe) e, o acompanhamento era realizado de forma contínua à vítima, independente da decisão sobre a denúncia. Havia o envolvimento de outros membros da família durante o acompanhamento e, em alguns casos, do agressor. Dentre as ações desenvolvidas estavam o acompanhamento psicológico e do serviço social,

oferecidos com o objetivo de elaboração da violência, fortalecimento da mulher e inserção no mercado de trabalho (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

A UBS que não era referência para o atendimento a mulheres vítimas de violência, os profissionais não realizavam o acompanhamento após a revelação da violência, somente encaminhavam as mulheres para a delegacia caso estas decidissem denunciar o agressor. No grupo de planejamento familiar o tema violência doméstica era abordado em ambas UBS, sendo que na UBS de referência o tema era abordado com o foco preventivo nos grupos de pré-natal (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

DISCUSSÃO

A violência contra a mulher refere-se a qualquer ato e/ou comportamento que resulte em prejuízo, seja ele físico, sexual ou psicológico. As implicações para a saúde da mulher podem ser severas, com manifestações imediatas após a violência ou após um longo período de tempo, especialmente nos casos da violência doméstica, quando a mulher é exposta à violência de maneira contínua durante muito tempo. As vítimas de violência doméstica e sexual são as que mais apresentam problemas de saúde e acessam com maior frequência os serviços de saúde. Além do sofrimento e danos devido a situação, as despesas oriundas da violência contra a mulher perpassam os sistemas de saúde, pois comprometerem a economia dos países (KRUG *et al.*, 2002).

O atendimento a mulher vítima de violência compreende a atenção e cuidados de uma rede intersetorial, articulada e integrada a fim de dar conta da complexidade da violência, das consequências físicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 2011b). Dentre os objetivos do Ministério da Saúde quanto à atenção à saúde da mulher, estão à organização de redes integradas de atenção, a articulação das ações de prevenção de DST/HIV e a promoção de ações preventiva à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011c).

A Secretaria de Saúde do Estado do Distrito Federal elaborou um manual com orientações acerca do atendimento na rede de saúde às vítimas de violência. As orientações referem-se primeiramente a identificação do tipo de violência dentre as diferentes populações (criança, adolescente, mulher e idoso), avaliação dos sinais e sintomas característicos de cada tipo (indicadores) e a abordagem da vítima. Identificado o tipo de violência e a população, há um fluxograma a ser

seguido, que orienta a atenção a ser ofertada nos serviços e o papel de cada profissional (VILELA, 2008). Funciona como orientador da atenção de modo a garantir que as mulheres vitimadas sejam acolhidas, com respeito a sua dignidade, e cuidadas no que prevê a integralidade em saúde.

Após a identificação dos indicadores de violência, é orientado que mulher seja acolhida quanto a sua demanda de atendimento, abordando-se a violência. Prima-se pelo acolhimento humanizado, respeito e atenção à mulher e a violência sofrida, uma abordagem que evite a revitimização, afaste a culpa e valide o sofrimento experienciado. Para cada tipo de violência há um protocolo a ser adotado, no caso da violência sexual: anamnese, exame clínico e ginecológico, profilaxia de DST /HIV, hepatite e anticoncepção de emergência; encaminhamento para o centro de referência em DST/HIV para acompanhamento médico, ginecológico e obtenção da medicação anti-retroviral. Na violência física a realização do exame clínico e tratamento dos ferimentos e, na psicológica a orientação a mulher e aos familiares acerca da violência sofrida (VILELA, 2008).

Em todos os casos de violência cabe ao profissional encaminhar a mulher para acompanhamento psicossocial na rede de saúde e na rede de atenção intersetorial (Assistência Social – CRAS, CREAS, abrigos; serviços jurídicos) e, orientá-la sobre o registro de ocorrência na delegacia. Além disso, o profissional deverá preencher a ficha de notificação da violência e remetê-la para o Serviço Social ou para o Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência e para o Sistema de Informação da Secretaria Estadual de Saúde (VILELA, 2008).

Além da identificação da violência, é necessário que os profissionais estejam capacitados para intervir após a revelação da violência (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009). Apesar das orientações referentes aos encaminhamentos para a rede de saúde e para rede intersetorial, muitas mulheres acessam apenas o atendimento de emergência nos hospitais. O atendimento de emergência nos casos de violência física ou sexual é de suma importância, no entanto, este não pode ser o único recurso a ser acessado pela vítima e, nem se limitar ao atendimento médico (DESLANDES, 1999; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). Diante da complexidade da violência é importante que a abordagem a mulher seja interdisciplinar e que haja a integralidade das ações de acompanhamento (MATTAR *et al.*, 2007).

De acordo com Schraiber e D'Oliveira (1999) a violência tem consequências para a saúde que perpassam as marcas e cicatrizes físicas. Os serviços de saúde têm dificuldade em abordar a violência e, quando abordam, em muitos casos o cuidado se limita ao tratamento dos ferimentos e hematomas físicos provocados, tratando-a como uma doença. Corre-se o risco, nestas situações, de revitimizar a mulher, tratá-la como um sujeito que necessita de cuidados especiais por ser mulher, sem considerar a violência como uma questão arraigada em questões culturais, sociais, psicológicas e de gênero.

Devido a questões sociais e culturais associadas a violência, a mulher pode compreender o encaminhamento para o serviço especializado como resultado da sua “doença” emocional, da sua “fraqueza” perante a violência. Neste sentido, torna-se essencial abordar a violência, as consequências psicossociais, orientar acerca dos serviços de acompanhamento e apoio a mulher, para que a decisão sobre o encaminhamento seja definida de forma conjunta, sendo necessário, muitas vezes, respeitar o tempo de mulher (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Todas as estratégias utilizadas por profissionais dos serviços especializados estão pautadas na humanização do atendimento, vínculo, oferta de um espaço protegido para relato das situações de violência, acolhimento do sofrimento, desnaturalização dessas situações, fortalecimento e empoderamento das mulheres (COSTA; LOPES, 2012). A oferta de acompanhamento contínuo e humanizado nas UBS é uma forma de apoio e acompanhamento da mulher na superação da violência (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

A estruturação e manutenção dos pontos de saúde que atendem mulheres vítimas de violência exige articulação técnica e política. A discussão do atendimento ofertado é abordado como um paradoxo para o sistema de saúde no que se refere à violação do corpo da mulher, o direito e a autonomia sobre esse corpo. Por isso, são necessários esforços que tenham como objetivo integrar os diferentes setores da sociedade, ofertando capacitação continuada quanto a violência, abordagem, rede de atendimento e tratamento a mulher (VILELA; LAGO, 2007).

Os estudos denotam a mudança de paradigma no que se refere à visibilidade da violência como um problema de saúde e social, decorrente da ação de movimentos sociais e de governos que se ocupam da oferta, equibidade de políticas públicas e de um serviço de saúde preocupado com a vida da mulher, no reparo do qual a história lhe é devedora e nestas contingências sociais. Do mesmo

modo, o foco ainda tem sido na situação emergencial que é a acolhida, cuidado e acompanhamento, sinalizada a necessidade de se ocupar de ações de prevenção da violência e promoção de uma cultura de paz, que não se restringe somente ao território da saúde, pois convoca a interface com ações que se aproximem e amplie o diálogo com os movimentos sociais, que interfiram na cultura patriarcal e pela educação, na formação humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os resultados deste estudo, destaca-se o papel que os hospitais vêm desempenhando neste cenário quanto à atenção ofertada às mulheres vítimas de violência sexual. Seguindo as orientações do Ministério da Saúde, quanto ao acolhimento e tratamento, os hospitais são uma das referências para o atendimento de emergência. Alguns hospitais assumiram a responsabilidade em acompanhar e ofertar atendimento interdisciplinar especializado às mulheres, reconhecendo a complexidade, a atenção necessária, as consequências para a saúde e o caráter curativo e preventivo destas ações.

Os serviços especializados, apesar do número de profissionais para atender a demanda, desenvolvem ações integradas quanto ao apoio e tratamento das mulheres vítimas de violência. O foco destes serviços está no empoderamento das mulheres, na resignificação da violência e na retomada das suas vidas. A Atenção Básica, além do acolhimento, cuidado e acompanhamento, desempenha função na reorganização do modelo de saúde quanto à oferta de uma atenção integral, humanizada, territorializada e contextualizada ao local onde estas mulheres estão inseridas.

Nos três pontos de atenção que emergiram no estudo, há serviços que não se apropriaram desta orientação no que se refere ao cuidado com a saúde da mulher vítima de violência, seja pela falta de preparo técnico, por concepções distorcidas acerca da violência e/ou pela desresponsabilização pelo cuidado. Mas, entende-se, do mesmo modo que se avançou na compreensão da violência de gênero como um problema sanitário, compreendido como um processo ao considerar a história do SUS, é inegável avanço na atenção em saúde.

Apesar das orientações do Ministério da Saúde nortear as práticas dos serviços de saúde, é preciso que cada região e município organizem de maneira individualizada e contextualizada o cuidado com a saúde da mulher. A gestão

municipal deve estar atenta a demanda de atendimento, oferecer atenção integral a saúde da mulher para detectar, diagnosticar e ofertar tratamento especializado e humanizado às vítimas de violência, estar atento às consequências psicológicas, bem como desenvolver ações de prevenção a violência e promoção de saúde.

A articulação e definição das competências dos serviços de saúde e dos profissionais que compõe as equipes são de extrema necessidade e urgência. Os serviços precisam se responsabilizar pelo cuidado da saúde da mulher de maneira integrada, articulada, humanizada e contextualizada. A ligação com a os serviços da rede intersetorial que oferecem assistência à mulher vítima de violência, como os serviços da Assistência Social, segurança pública e os recursos comunitários podem proporcionar maior suporte e acolhimento do sofrimento da mulher, reconhecendo a complexidade da violência e a necessidade de ações complexas para a ressignificação e desnaturalização da violência, como também o fortalecimento e empoderamento das mulheres.

Dentre os estudos selecionados para esta revisão, predominaram os que se referiram a Assistência Hospitalar e a Atenção Básica. A Assistência Hospitalar está focada no atendimento emergencial, e adota a profilaxia às DST's e gravidez, com posterior encaminhando para outros pontos de atenção. O serviço especializado visa o acompanhamento e aprofundamento do cuidado em situações de risco. E, na Atenção Básica, quando há o endereçamento a esta da violência, há a localização do agressor, que geralmente faz parte da rede vincular da mulher, a abordagem é ampliada e contextualizada, com ações de empoderamento para o enfrentamento da violência. A partir dos resultados, percebe-se a necessidade no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de uma cultura de paz, como também a articulação com movimentos sociais que visem a desnaturalização da violência e do papel da mulher na sociedade.

REFERÊNCIAS

ATALLAH, A.N.; CASTRO A.A. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. **Diagnóstico & Tratamento**. v. 2, n. 2, p. 12-15, 1997.

BEDONE, A.J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de

Campinas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-469, fev, 2007.

BELATO, D. **A emergência das mulheres como sujeitos históricos**. Portal Ijuí. Disponível em: <<http://www.ijui.com/especiais/artigos/45775-a-emergencia-das-mulheres-como-sujeitos-historicos-por-dinarte-belato.html>> Acesso em: 16 mar. 2013.

BERGER, S.M.D; GIFFIN, K.M. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. **Interface comunicação saúde educação**, v. 15, n. 37, p. 391-405, abr./jun. 2011.

BONFIM, E.G; LOPES, M.J.M; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010.

BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface: comunicação saúde educação**, v. 13, n. 28, p.165-74, jan./mar. 2009.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>> Acesso em 12/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprovado projeto que amplia atendimento às vítimas de violência sexual**. 2013. In: Blog da Saúde. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/aprovado-projeto-que-amplia-atendimento-as-vitimas-de-violencia-sexual/>> Acesso em 6 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_integral_mulheres_violencia_domestica.pdf> Acesso em 6 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1 ed. 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde: 2011c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf> Acesso em 6 abr. 2013.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. 2011b.

Disponível em: < <http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>> Acesso em 6 abr. 2013.

CAMPOS, M.A.M..R.; SCHOR, N. Violência Sexual como Questão de Saúde Pública: importância da busca ao agressor. **Saúde Sociedade São Paulo**, v.17, n.3, p.190-200, 2008.

CAMPOS, M.A.M..R. *et al.* Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 101-109, jan./abr. 2005.

COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, 2012.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.

DESLANDES, S.F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, jan-mar, 2000.

DINIZ, C. S. G. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). In: Diniz, Simone; Mirim, Liz; Silveira, Lenira. (Org.) **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher**. São Paulo: Ed. Coletivo Feminista, 2006, v. 1, p15 – 44.

FALCKE, D. *et al.* Violência conjugal: um fenômeno interacional. **Contextos Clínicos**, v. 2, n. 2, p. 81-90, jul./dez. 2009.

FARIA, A.L.; ARAÚJO, C.A.A.; BAPTISTA, V.H. Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 10 n. 4, p. 1138-43, 2008.

FREITAS, F.C.; LIMA, M.G.; DYTZ, J.L.G. Atendimento a mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal. **Revista Comunicação, Ciência e Saúde**, v. 18, n. 3, 2007.

FERRANTE, F.G.; SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão

Preto, São Paulo. **Interface comunicação saúde educação**, v. 13, n. 31, p.287-99, out./dez. 2009.

FREITAS, F.C.; LIMA, M.G.; DYTZ, J.L.G. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 185-196, 2007.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privado**. 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>> Acesso em 6 abr. 2013.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, 2010.

HIGA, R. *et al.* Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 42, n. 2, p. 377-82, 2008.

ILHA, M.M.; LEAL, S.M.C.; SOARES, J.S.F. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 31, n. 2, p. 328-34, 2010.

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

KRUG, E. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002 Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/65818661/Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude>>. Acesso em 6 abr. 2006.

MATTAR, R. *et al.* Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464, fev, 2007.

MOREIRA, S.N.T. *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1053-9, 2008.

OLIVEIRA, C.; FONSECA, R.M.G.S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, p. 605-12, 2007.

OSHIKATA, C.T. *et al.* Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em

um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 701-713, abr, 2011.

RAMOS, C.R.A; MEDICCI, V.P.G.; PUCCIA, M.I.R. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. **Revista Instituto Ciências Saúde**, v. 27, n. 1, p. 22-7, 2009.

SARTI, C.A.; BARBOSA, R.M.; SUAREZ, M.M. Violência e Gênero: Vítimas Demarcadas. **Revista Physis Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 167-183, 2006.

SILVEIRA, L.P.S. **Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência**. In: DINIZ, Simone; SILVEIRA, Lenira; MIRIM, Liz (org.). Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) – alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.mpdf.gov.br/pdf/unidades/nucleos/pro_mulher/lenira.pdf> Acesso em 6 abr. 2013.

SOUZA, E.; BALDWIN, J.; ROSA, F.H. A construção social dos papéis sexuais femininos. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 3, n. 13, p. 485-496, 2000.

VILELA, L. F. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

VILELA, W.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 471-475, 2007.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012: Atualização: homicídio de mulheres no Brasil. 2012.** Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf> Acesso em 6 abr. 2013.

ANEXO A

NORMAS DA REVISTA PHYSYS

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Formato para encaminhamento de textos:

1. As submissões devem ser realizadas on-line no endereço: <http://submission.scielo.br/index.php/physys>
2. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores devem ser informados nos campos específicos do *site*.
3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do CNS. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma.
4. Os artigos devem ser escritos preferencialmente em português, mas podem ser aceitos textos em inglês, espanhol e francês. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.
5. Os resumos em português e inglês, de até 250 palavras, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e principais conclusões do artigo (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Devem ser incluídas 3 a 5 palavras-chave em português e inglês. O título do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou

refazer as traduções. Títulos e resumos não deverão constar do texto do artigo, devendo ser digitados nos campos específicos do *site*.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word*. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw*. Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível, e não devem ser compostas como referências. Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, conforme exemplos a seguir. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

9. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Attribution 3.0*. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial, em outros periódicos, deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser incluídos no campo "Comentários ao editor".

10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, haverá bastante rigor na avaliação da contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, especialmente em textos com quatro autores ou mais. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade"

(vide modelo), conforme deliberado pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, que reconhece a autoria com base em contribuição substancial relacionada a:

- 1) concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão a ser publicada.

Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar. Poderá ser incluído um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Será enviado a cada autor um exemplar da edição em que for publicado seu trabalho, desde que solicitado por e-mail à secretaria da revista.

12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser incluídos na carta de apresentação, no campo "Comentários ao editor".

13. Os autores são responsáveis por todos os conceitos e as informações apresentadas nos artigos e resenhas.

14. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Padrões para referências

Livros e folhetos:

BIRMAN, Joel. *Pensamento freudiano*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994. 204p.

ANÁLISE do desempenho hospitalar: III trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC, 1987. 295 p.

Capítulos de livros:

LUZ, Madel T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 131-152.

Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. *Anais...* São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

MENDONÇA, Gulnar A. e Silva. Câncer no Brasil: um risco crescente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 63-77.

Dissertações e teses:

CALDAS, Célia Pereira. *Memória de velhos trabalhadores*. 1993. 245 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. de. *A construção da Aids*. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993. 229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Periódicos:

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.83-112, 1999. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1992. Semestral. ISSN 0103-7331.

SILVA, A. A. M. da, GOMES, U. A. , TONIAL, S. R. *et al.* Cobertura Vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

Jornais:

SÁ, Fátima. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

Referência legislativa:

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da administração direta e das autarquias do Estado e dá providências correlatas. *Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

Documentos eletrônicos:

REVENGE, Samuel J. *The internet dictionary*. Avon: Future, 1996. 98p.

Referência obtida via base de dados Biblio: CELEPAR, 1996. Disponível em: <<http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>. Acesso em: 12 jul. 1998.

ALEIJADINHO. In: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.

MOURA, Gevilacio Aguiar C. de. *Citações e referências a documentos eletrônicos*. Disponível em: <<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 de dez. 1996.

COSTA, M. *Publicação eletrônica* [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <cbc@uerj.br> em 10 ago. 2001.