

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Jaqueline Arboit**

**CONCEPÇÕES E AÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA  
ATENÇÃO EM REDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

**Santa Maria, RS,  
2016**



**Jaqueline Arboit**

**CONCEPÇÕES E AÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA ATENÇÃO EM  
REDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

**Santa Maria, RS  
2016**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Arboit, Jaqueline  
Concepções e ações de profissionais da saúde para  
atenção em rede às mulheres em situação de violência. /  
Jaqueline Arboit.-2016.  
167 p.; 30cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Saúde da mulher 2. Violência contra a mulher 3.  
Assistência à saúde 4. Enfermagem I. Padoin, Stela Maris  
de Mello II. Título.

---

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Jaqueline Arboit. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: jaqueline.arboit@hotmail.com

**Jaqueline Arboit**

**CONCEPÇÕES E AÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA ATENÇÃO EM  
REDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

**Aprovado em 17 de fevereiro de 2016:**

---

**Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Letícia Becker Vieira, Dra. (UFRGS)**  
(Co-orientadora)

---

**Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)**

---

**Marta Cocco da Costa, Dra. (UFSM)**

---

**Maria Celeste Landerdahl, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2016



## DEDICATÓRIA

*Àqueles que mais amo nessa vida  
Minha mãe Dulce e meus irmãos Andréia e Jackson*





## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida! Por me conceder saúde, força e coragem para enfrentar os diferentes obstáculos que encontrei pelo caminho até chegar aqui.

A **minha mãe Dulce** pelo amor, carinho e apoio incondicionais em todos os momentos de minha vida. Sei que muitas vezes deixou teus projetos de lado para auxiliar nas minhas escolhas.

Aos **meus irmãos Jackson e Andréia** que também abdicaram de muitos sonhos para contribuir com a minha conquista. O incentivo de vocês foi fundamental.

Ao **meu amor Eloy**, por estar ao meu lado, obrigada pelo incentivo e pelo amor a mim dedicados.

À **minha orientadora Enf. Dra. Stela Maris de Mello Padoin**, pela paciência, compreensão e sabedoria que teve comigo durante esta trajetória. Obrigada por entender meus limites, por me propor desafios e me auxiliar a vencê-los. Você é exemplo de profissional e ser humano!

À **minha co-orientadora Enf. Dra. Letícia Becker Vieira**, obrigada pelo acompanhamento e auxílio nesta caminhada.

As **professoras integrantes da banca examinadora, Enf. Dra. Marta Cocco da Costa, Enf. Dra. Cristiane Cardoso de Paula e Enf. Dra. Maria Celeste Landerhal**, agradeço por se disponibilizarem a participar deste processo e pelas importantes contribuições no sentido de aprimorar a dissertação.

**As bolsistas de iniciação científica, Tamiris e Luiza**, agradeço a disponibilidade em me auxiliar nas etapas de coleta e análise de dados.

Aos **meus colegas de mestrado da 8ª Turma do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM**, o carinho, o companheirismo e a amizade fez com que nossos dias fossem mais leves, descontraídos e proveitosos.

Em especial a **Thais, Ana, Tais, Marciane**, obrigada pela amizade, por compartilharem tantas experiências e vivências. O tempo que passamos juntas foi muito especial! Cada uma de vocês está em meu coração! Sucesso a todas!

Aos **meus colegas de apartamento, Tatiana, Luis, Bruna, Éder, Paulo (in memoriam), Daisy e Thais**. Obrigada pelos mates, rodas de conversa, discussões produtivas acerca da dissertação, pelos risos e choros compartilhados. Vocês foram e são a minha segunda família!

As amigas **Gabriela, Daniela, Marília, Mariana, Maiara e Ana Paula**.  
Obrigada por estarem comigo durante esses dois anos, me apoiando e motivando!

Apesar da distância física, a amizade permanece.

Aos **integrantes do GP – PEFAS - Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades**. Obrigada pelo apoio, por terem me recebido de braços abertos e por possibilitarem cotidianamente construções coletivas de conhecimento. Em especial, a colega **Bruna Zanon**, que se tornou uma grande amiga, e me auxiliou incondicionalmente durante o mestrado!

Ao **NEPESC - Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, obrigada por permitirem com que eu desse os primeiros passos dentro do mundo da pesquisa. Em especial a prof. **Enf. Dra. Marta Cocco da Costa**, que me proporcionou diferentes oportunidades na pesquisa, e que foi a grande responsável pela paixão em estudar a violência contra as mulheres.

Ao **Programa de Educação Tutorial**, em especial às **professoras Enf. Dra. Marinês Tambara Leite e Enf. Dra. Leila Mariza Hildebrandt**, por possibilitar desde o início da graduação a minha inserção em atividades de ensino, pesquisa e extensão. Participar do PET me tornou sem dúvidas uma acadêmica, profissional e ser humano melhor.

A **Direção do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município de Saúde de Santa Maria (NEPeS/SMS)** e às **equipes das Unidades Básicas de Saúde e de Estratégia de Saúde da Família**, obrigada pela receptividade e auxílio. Vocês permitiram que este trabalho pudesse ser concretizado.

À **UFSM** pela oportunidade de aprimorar meu conhecimento, é com orgulho que trago comigo o nome e a marca desta renomada universidade.

O meu agradecimento sincero aos **professores e funcionários do PPGEnf da UFSM** pelos conhecimentos compartilhados. Em especial **Enf. Dra. Cristiane Cardoso de Paula** que acompanhou e contribuiu muito com o meu trabalho.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES)** pela concessão da bolsa de Mestrado.

Às **demais pessoas envolvidas nesse processo**, que embora não tenham sido citadas, mas que de forma indireta contribuíram para minha conquista.

**Obrigada!**

## A Idade de Ser Feliz

Existe somente uma idade para a gente ser feliz  
somente uma época na vida de cada pessoa  
em que é possível sonhar e fazer planos  
e ter energia bastante para realizá-los  
a despeito de todas as dificuldades e obstáculos

Uma só idade para a gente se encantar com a vida  
e viver apaixonadamente  
e desfrutar tudo com toda intensidade  
sem medo nem culpa de sentir prazer

Fase dourada em que a gente pode criar e recriar a vida  
à nossa própria imagem e semelhança  
e sorrir e cantar e brincar e dançar  
e vestir-se com todas as cores  
e entregar-se a todos os amores  
experimentando a vida em todos os seus sabores  
sem preconceito ou pudor

Tempo de entusiasmo e de coragem  
em que todo desafio é mais um convite à luta  
que a gente enfrenta com toda a disposição de tentar algo novo,  
de novo e de novo, e quantas vezes for preciso

Essa idade, tão fugaz na vida da gente,  
chama-se **presente**,  
e tem apenas a duração do instante que passa ...  
... doce pássaro do aqui e agora  
que quando se dá por ele já partiu para nunca mais!

*Mário Quintana*



## RESUMO

### CONCEPÇÕES E AÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA ATENÇÃO EM REDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

AUTORA: Jaqueline Arboit  
ORIENTADORA: Stela Maris de Mello Padoin  
CO-ORIENTADORA: Letícia Becker Vieira

A presente pesquisa inseriu-se na discussão da rede de atenção à saúde das mulheres em situação de violência. Teve como objetivo conhecer as concepções e ações de profissionais de serviços da Atenção Primária à Saúde para a atenção em rede às mulheres em situação de violência. Tratou-se de pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida em três Estratégias de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Os participantes foram vinte e um profissionais de saúde trabalhadores desses locais. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a julho de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas. Para apreciação dos dados obtidos foi empregada a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo. Foram seguidas as recomendações previstas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. A análise dos depoimentos dos participantes foi organizada em três categorias temáticas: aspectos facilitadores para a identificação de situações de violência contra as mulheres na APS; aspectos dificultadores para a identificação de situações de violência contra as mulheres na APS e rede de atenção às mulheres em situação de violência. Os profissionais de saúde devem entender que a atenção à saúde das mulheres em situação de violência não se encerra nos serviços de saúde, e por isso precisam ser capazes de conhecer as atribuições dos diferentes serviços que compõe a rede intersetorial, para poder realizar encaminhamentos adequados. Nesta perspectiva, os serviços de saúde também se tornam estratégicos para o desenvolvimento de ações junto às mulheres em situação de violência, tendo em vista que os profissionais de saúde, muitas vezes, estão inseridos no território onde essas mulheres vivem. Assim, precisam estar preparados para ofertar a estas mulheres uma assistência qualificada, com foco na integralidade das ações em saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher. Violência contra a mulher. Assistência à saúde. Enfermagem.



## ABSTRACT

### CONCEPTS AND ACTIONS FROM THE PROFESSIONALS FOR ATTENTION NETWORK TO WOMEN IN VIOLENCE SITUATION

AUTHOR: Jaqueline Arboit  
ADVISOR: Stela Maris de Mello Padoin  
CO-ADVISOR: Letícia Becker Vieira

This research was part of the discussion of the care network to women in situations of violence. Aimed to know the conceptions and actions of primary health care services of professionals for the care network for women in situations of violence. This research was exploratory and descriptive with a qualitative approach, developed in three Strategies of Family Healthcare and a Basic Health Unit from the city Santa Maria, Rio Grande do Sul. The participants were twenty and one health professional in these locations. The data collection occurred during the months from April to July 2015, through semi-structured interviews. For assessment of the data obtained, it was used the Thematic Content Analysis proposed by Minayo. Some recommendations were followed, as fixed by the Resolution 466/2012 of the National Health Council, respecting the regulatory standards for research involving human subjects. On the total study participants, fifteen are women. As for labor characteristics and professional training of health professionals, it is emphasized that seven are Community Health Workers; and the majority of the working time is less than one year. The statements of the participants were organized into three themes: facilitating factors to identify situations of violence against women in the Primary Health Care; hindering aspects for the identification of situations of violence against women in the Primary Health Care and care network to women in situations of violence. Health professionals should understand that the health care of women victims of violence does not end in the health services, and therefore they need to be able to meet the responsibilities from the different departments that set the inter-sectoral network in order to make appropriate referrals. In this perspective, health services also become strategic for the development of actions with women in situations of violence, knowing that health professionals often are included in the environment in which these women live. So they need to be prepared to offer these women a qualified assistance, focusing on integrality of health actions.

**Keywords:** Women health. Violence against women. Health care. Nursing.





## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama de seleção das publicações. LILACS, 2014.....	46
Figura 2 – Diagrama de seleção das publicações. PubMed, 2014.....	47
Figura 3 – Síntese da categoria 1 .....	72
Figura 4 – Síntese da categoria 2 .....	81
Figura 5 – Síntese da categoria 3 .....	87
Figura 6 – Síntese das categorias temáticas, subcategorias e núcleos de .....	95



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos artigos analisados. LILACS, PubMed. 2014 .....	48
Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas relacionadas aos profissionais de saúde participantes do estudo. Santa Maria/RS, 2015 .....	69
Tabela 3 – Distribuição das características laborais e de formação profissional relacionadas aos profissionais de saúde participantes do estudo. Santa Maria/RS, 2015 .....	70



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BR</b>	Brasil
<b>CAEE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CCS</b>	Centro de Ciências da Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CNDM</b>	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CRAS</b>	Centro de Referência de Assistência Social
<b>CREAS</b>	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
<b>DDM</b>	Delegacia de Defesa da Mulher
<b>DEAM</b>	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
<b>DECS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GAP</b>	Gabinete de Projetos
<b>GP-PEFAS</b>	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MESH TERMS</b>	Medical Subject Headings
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NEPES</b>	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
<b>NEPESC</b>	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PPGENf</b>	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>PUBMED</b>	Public Medline
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SIE</b>	Sistema de Informações de Ensino
<b>SMS</b>	Secretaria de Município de Saúde
<b>SPM</b>	Secretaria Especial de Política para as Mulheres
<b>SSP</b>	Secretaria de Segurança Pública
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFSM</b>	Universidade Federal de Santa Maria
<b>VCM</b>	Violência contra a Mulher
<b>WAST</b>	Woman Abuse Screening Tool



## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro da Entrevista Semiestruturada .....	137
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	139
Apêndice C – Termo de Confidencialidade .....	142
Apêndice D – Corpus da revisão integrativa. Lilacs, Pubmed. 2014 .....	143





## LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Autorização Institucional .....	163
Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP .....	165



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	27
1.1	OBJETIVO GERAL	35
1.1.1	<b>Objetivos específicos</b>	35
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	37
3.1	A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO CENÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA: ASPECTOS CONCEITUAIS, HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS	39
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: PERSPECTIVAS E DIRETRIZES	43
3.3	ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: POTENCIALIDADES E LIMITES	45
3.3.1	<b>Fatores potencializadores da atenção qualificada às mulheres em situação de violência</b>	49
3.3.2	<b>Fatores limitadores da atenção qualificada às mulheres em situação de violência</b>	52
3.4	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	54
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>	57
4.1	TIPO DE ESTUDO	59
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	59
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	60
4.4	GERAÇÃO DE DADOS	60
4.5	ANÁLISE DE DADOS	62
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
4.7	DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO	65
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	67
5.1	ASPECTOS FACILITADORES PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	71
5.1.1	<b>Aspectos objetivos, inerentes ao trabalho da equipe de saúde</b>	72
5.1.2	<b>Aspectos subjetivos, inerentes ao trabalho da equipe de saúde</b>	79
5.2	ASPECTOS DIFICULTADORES PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	80
5.2.1	<b>Aspectos relacionados ao ocultamento que dificultam a identificação da violência contra as mulheres</b>	81
5.2.2	<b>Aspectos relacionados ao contexto do trabalho dos profissionais de saúde</b>	84
5.3	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	86
5.3.1	<b>Concepções acerca da rede de atenção à saúde das mulheres em situação de violência por profissionais da Atenção Primária à Saúde</b>	88
5.3.2	<b>Ações em rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde junto às mulheres em situação de violência</b>	90

<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	97
6.1	ASPECTOS FACILITADORES PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	99
6.2	ASPECTOS DIFICULTADORES PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	105
6.3	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	110
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	117
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	123
	<b>APÊNDICES</b> .....	135
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	137
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	138
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	142
	<b>APÊNDICE D – Quadro 1 - Corpus da revisão integrativa. LILACS, PubMed. 2014</b> .....	143
	<b>ANEXOS</b> .....	161
	<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL</b> .....	163
	<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	165

# 1 INTRODUÇÃO

---

“Quem não se movimenta, não sente as correntes que o aprisionam”.

(Rosa de Luxemburgo)



## 1 INTRODUÇÃO

A presente proposta de pesquisa insere-se na discussão da rede de atenção as mulheres em situação de violência no município de Santa Maria – Rio Grande do Sul (RS). Está vinculada ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades (GP-PEFAS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM.

A violência em todas as suas formas tem se configurado como um problema social e de saúde, colocando em risco o desenvolvimento das sociedades, prejudicando a qualidade de vida e saúde dos sujeitos e deteriorando o tecido social. Compreende um fenômeno mundial, que possivelmente sempre tenha participado da experiência humana, sendo que seus impactos podem se apresentar de formas distintas, em diferentes partes do mundo (OMS, 2002; OPAS, OMS, 2003).

Nessa direção, adota-se neste estudo, o conceito de violência contra as mulheres proposto pela Lei Maria da Penha, a qual é reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma das três melhores legislações a nível mundial, para o enfrentamento da violência contra as mulheres (BRASIL, 2012a). De acordo com esta lei, constituem formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2012a).

A violência doméstica pode ser psicológica, sexual, física, moral e patrimonial, sendo aquela que ocorre no espaço doméstico, familiar, ou a partir de qualquer relação íntima de afeto, podendo o agressor conviver ou ter convivido com a mulher, independentemente de coabitação (BRASIL, 2012a). A violência física, por sua vez, se caracteriza por qualquer ação que ocasione dano à saúde corporal das mulheres. A violência psicológica se refere a qualquer comportamento que provoque dano emocional, redução da autoestima ou que dificulte o desenvolvimento adequado das mulheres (BRASIL, 2012a).

No que se relaciona a violência sexual, esta é qualquer conduta que obrigue as mulheres a vivenciar, manter, ou compartilhar de ato sexual não consentido. Quanto à violência patrimonial, a mesma se trata de qualquer ação que se configure como retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus bens, objetos de trabalho, documentos, e outros. A violência moral, por fim, é compreendida como qualquer ato que caracterize calúnia ou injúria (BRASIL, 2012a).

No presente estudo emprega-se a expressão *mulheres em situação de violência* em substituição à *vítima de violência*, visto que a posição de vítima tende a acentuar a representação da mulher como ser passivo e subordinado. Desse modo, estar *em situação de* concede a possibilidade de transformações em seu cotidiano. A expressão violência contra as mulheres, por sua vez, é utilizada objetivando proporcionar visibilidade às heterogeneidades de natureza étnica, geracional, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional presentes entre as mulheres. Tais termos serão empregados no estudo em questão, haja vista que convergem com as considerações da Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres da Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SPM) (BRASIL, 2011a).

Quantos aos dados sobre a violência contra as mulheres, de acordo com uma pesquisa em que foram entrevistadas mulheres brasileiras acima de 15 anos, distribuídas geograficamente em 187 municípios do país, revelou que 33% das pesquisadas relataram já ter vivenciado em determinado momento de sua vida, alguma forma de violência física (24% ameaças com armas ao cerceamento do direito de ir e vir, de 22% agressões propriamente ditas e 13% estupro conjugal ou abuso); 27% sofreram violência psíquica e 11% afirmaram já ter sofrido assédio sexual (BRASIL, 2013a).

Os dados da violência contra a mulher no estado do Rio Grande do Sul apontam que este ocupa o 19º lugar no *ranking* em assassinatos de mulheres, com taxa de 4,1 homicídios femininos a cada 100 mil mulheres (WAISELFISZ, 2012).

No que se refere ao município de Santa Maria, no ano de 2011, o registro de ocorrências na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) totalizou 3.792 casos, os quais abrangeram crimes, contravenções e outras situações (BRASIL, 2013a).

Diante destes dados, afirma-se que a violência contra a mulher é considerada mundialmente como uma problemática inerente ao meio social, retratando uma questão de saúde pública e de violação aos direitos humanos das mulheres (RODRIGUEZ-BORREGO; VAQUERO-ABELLAN; ROSA, 2012). De acordo com Fowle e Austoker (1997), um fenômeno passa a ser reconhecido como um problema de saúde pública mediante duas amplas características: o impacto ao usuário no que tange aos anos potenciais de vida perdidos, gastos financeiros com tratamentos de agravos, e o impacto na família deste usuário; e o impacto na sociedade, em



termos de mortalidade, morbidade e despesas com tratamento, impactos estes que atingem mulheres que vivenciam a violência.

Estudos apontam que, no tocante as consequências para a qualidade de vida e saúde das mulheres em situação de violência, estas refletem negativamente quanto aos aspectos físicos das mulheres que podem apresentar, por exemplo, danos corporais, contusões, queimaduras, arranhaduras, lesões oculares, fadiga crônica e doenças gastrointestinais (VIEIRA, 2010). Ainda, como consequências para a saúde mental das mulheres, encontram-se distúrbios de ansiedade, depressão, fobias, baixa autoestima, entre outras manifestações (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Com base neste contexto, entende-se que o setor saúde, mediante a atuação dos profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) se torna estratégico para o reconhecimento das situações de violência contra estas usuárias, da realização do acolhimento, da escuta e do seu acompanhamento (HESLER, et al., 2013).

Contudo, este setor isoladamente, não consegue responder adequadamente as demandas das mulheres em situação de violência para a sua resolução (HESLER, et al., 2013). Deste modo, a APS tem papel de destaque na articulação dos diferentes serviços e organizações, que atendem direta ou indiretamente tais situações (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012).

Assim, torna-se fundamental que o trabalho de seus profissionais se dê no âmbito da rede de atenção à saúde, a qual é definida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2010) como:

“uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”.

A APS encontra-se inserida nas redes de atenção à saúde, tendo papel importante como reorientadora do sistema de saúde (OPAS, 2011). No Brasil, a utilização do termo APS expressa, em geral, o entendimento de uma atenção à saúde ofertada por Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Estratégias de Saúde da Família (ESF). Esses serviços de saúde devem ser capazes de desempenhar atividades de baixa densidade tecnológica, sendo ainda o contato prioritário dos usuários ao acessarem o sistema de saúde e, assim, ser capaz de responder as demandas em saúde desses (LAVRAS, 2011).

Seu papel dentro das redes de atenção à saúde é constituir o centro de comunicação destas, ou seja, ordenar e reorganizar fluxos, contrafluxos de usuários, produtos e informações, ao longo de todos os pontos de atenção que formam estas redes, de modo a promover uma atenção qualificada, integral e que contemple as necessidades de saúde dos usuários (OPAS, 2010), dentre eles mulheres em situação de violência.

Assim, tendo em vista a inexistência da rede de atenção à saúde as mulheres em situação de violência no município de Santa Maria (RS) torna-se importante ouvir os profissionais da Atenção Primária à Saúde que desenvolvem ações junto a essas mulheres. Pois estes profissionais em geral, são os primeiros a serem procurados pelas mulheres, por se situarem muitas vezes no território em que estas vivem.

Neste contexto, investigou-se na literatura científica nacional e internacional as evidências científicas em relação às potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência. Os resultados apontaram os fatores potencializadores da atenção, os quais remetem à organização dos serviços, concepções e atuação dos profissionais pautadas em estratégias de comunicação e identificação da violência. Os fatores limitadores, por sua vez, consistem nas concepções dos profissionais alicerçadas em papéis tradicionais de gênero, inexistência de treinamento, de protocolos para o atendimento e registro dos casos, atitudes de cunho pessoal e assistência focada nos sintomas físicos (CORTES et al., 2015).

Assim, uma das justificativas para a realização deste estudo deve-se aos resultados desta revisão integrativa, pois se entende que embora a temática da violência contra as mulheres constitua uma importante preocupação por parte dos pesquisadores, ainda existem inúmeras novas perspectivas de estudos a serem realizados, especialmente no que se refere à rede de atenção à saúde às mulheres em situação de violência, visto que há uma lacuna no conhecimento científico quanto a este aspecto (CORTES et al., 2015).

Também se destaca que a temática da violência contra as mulheres está descrita entre os temas de pesquisa da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, ratificando a importância de desenvolver investigações na temática (BRASIL, 2008).

Cabe destacar que as motivações para o estudo da temática da violência contra as mulheres surgiram de um processo que vem sendo construído desde a

graduação em Enfermagem na UFSM/Campus Palmeira das Missões, a partir da participação em atividades relacionadas à área da Saúde Coletiva, em que se problematizou esta temática. Ainda, intensificaram-se com a participação no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC), da UFSM/Campus Palmeira das Missões, cuja linha de pesquisa compreende estudos direcionados à educação em saúde, políticas públicas, práticas e processos de produção de cuidado em Saúde Coletiva.

No âmbito deste Grupo de Pesquisa destaca-se a participação na elaboração e desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Situações de vulnerabilidade à violência contra as mulheres profissionais do sexo: discutindo à luz do referencial de gênero”. Os resultados deste projeto revelaram inúmeras situações de vulnerabilidade à violência a que as mulheres profissionais do sexo estão expostas, além de evidenciar a invisibilidade destas mulheres nas ações de cuidado (ARBOIT et al., 2014).

Em continuidade aos estudos na temática, no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) analisaram-se as concepções da violência doméstica contra mulheres rurais, na expressão de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em municípios da região Noroeste do Rio Grande do Sul<sup>1</sup>. Os resultados deste estudo apontaram que as mulheres que residem no meio rural estão permanentemente sujeitas as mais diversas formas de violência doméstica, desde a agressão física e psicológica até a sobrecarga de trabalho e privação da liberdade.

Neste sentido, diante da trajetória acadêmica e com base em resultados de estudos acerca da temática, elencam-se algumas inquietações: quais as concepções de profissionais de saúde da APS acerca da rede de atenção as mulheres em situação de violência? Quais as ações em rede com foco na violência desenvolvidas por estes profissionais direcionadas as mulheres?

Diante de tais inquietações, aponta-se a necessidade de estudar as concepções e ações de profissionais de saúde sobre a rede de atenção as mulheres em situação de violência, o que pode contribuir com subsídios para o planejamento e inclusão de práticas de intervenção, de políticas públicas para o enfrentamento e prevenção da violência contra as mulheres, além da estruturação dos serviços de

---

<sup>1</sup> ARBOIT, J. Violência doméstica contra mulheres rurais na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde. 2014. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

forma a compor a rede de atenção a essa população de mulheres do município de Santa Maria. Além disso, pode fomentar momentos e espaços de reflexão para os profissionais de saúde participantes do estudo, os quais poderão repensar sobre suas práticas cotidianas no que se refere à assistência às mulheres em situação de violência.

A importância de investigar a atuação dos profissionais da Atenção Primária a Saúde se deve ao fato de que o trabalho das equipes de Saúde da Família (ESF) é um elemento-chave na identificação de casos de violência, na criação de vínculo com mulheres que são acometidas por desses eventos, a estruturação de estratégias de enfrentamento e de ações de prevenção e promoção, por meio do conhecimento das famílias do território de abrangência, identificação dos problemas agravos à saúde e as situações de vulnerabilidade existentes na comunidade (HESLER et al., 2013).

A Atenção Básica merece destaque quando se trata de ações referentes à violência contra as mulheres, pois é neste âmbito da atenção à saúde que se tem grande ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde. Neste ponto da rede de atenção à saúde se enseja um acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, uma relação mais próxima com a comunidade e é dirigida a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica e sexual contra a mulher (D'OLIVEIRA et al., 2009) .

Desta forma, é de extrema relevância que os profissionais de saúde, dentre eles a equipe de Enfermagem, discutam a problemática da violência contra as mulheres, buscando dentre outros aspectos desconstruir a cultura violenta que impera na sociedade. Além disso, destaca-se a necessidade de desenvolver ações vinculadas à prevenção de tal problema, através de intervenções de cunho individual e coletivo, bem como esforços conjuntos de serviços de saúde, segurança pública, assistência social, entre outros, haja vista que se trata de uma questão de abordagem intersetorial.

Considerando a problemática, formula-se como **questão orientadora** deste estudo: Quais as concepções e ações de profissionais de serviços da Atenção Primária à Saúde para a atenção em rede às mulheres em situação de violência?

Para tanto, tem-se como **objeto de estudo**: as concepções e ações de profissionais de serviços da Atenção Primária à Saúde para a atenção em rede às mulheres em situação de violência.

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as concepções e ações de profissionais de serviços da Atenção Primária à Saúde para a atenção em rede às mulheres em situação de violência.

### 1.1.1 Objetivos específicos

- Conhecer os aspectos facilitadores e limitadores para a identificação de situações de violência contra as mulheres por profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde;
- Descrever as concepções acerca da rede de atenção às mulheres em situação de violência por estes profissionais;
- Identificar as ações em rede desenvolvidas por estes profissionais junto às mulheres em situação de violência.



## 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

(Albert Einstein)





### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta elementos teóricos que permitem a construção da problemática de investigação, sendo elaborados os seguintes eixos: A violência contra as mulheres no cenário da Saúde Pública: aspectos conceituais, históricos e epidemiológicos; Políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres: perspectivas e diretrizes; Atenção à saúde das mulheres em situação de violência: potencialidades e limites e Rede de atenção à saúde de mulheres em situação de violência.

#### 3.1 A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO CENÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA: ASPECTOS CONCEITUAIS, HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Esse capítulo apresenta autores diversos, que permitem depreender a dimensão da violência no âmbito da Saúde Pública. Inicia-se destacando que o vocábulo violência, do latim *vis*, significa força e descreve as noções de constrangimento e utilização da força de ordem física sobre outrem (MINAYO, 2006).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), a violência enquadrava-se entre as “causas externas” de morbidade e mortalidade, conjuntamente aos acidentes, levando em consideração os extensos agravos sociais, econômicos e de saúde que desencadeiam (MINAYO, 2006; AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

A partir de 1980, contudo, tem início um processo de transição com relação à abordagem da violência, em que a rubrica “causas externas” deixa de ser utilizada para se referir à violência, a qual aos poucos se estrutura como um campo específico de intervenção na ótica da saúde pública (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008). Para Schraiber et al. (2009), na área da Saúde Coletiva mais especificamente, a preocupação em discutir a problemática da violência, surgiu no ano de 1995, a partir da elaboração de políticas públicas de saúde, e propostas de intervenção.

Neste sentido, a violência não é em si, um tema da área da Saúde Pública. Contudo, torna-se um problema para esta, uma vez que acomete individual e coletivamente a saúde, provocando danos, traumatismos e mortes (MINAYO, 2006). A Organização Mundial da Saúde (2002, p. 3) define violência como:

O uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesões, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações.

Para Penhal et al. (2012), a violência se caracteriza pela utilização de expressões ou atos que provoquem danos aos sujeitos ou que levem a interrupção de quaisquer condições de integridade na situação de vida destes.

Em relação à violência contra as mulheres, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará em seu capítulo I, art. 1.º a define como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 2011a, p. 7).

O conceito de violência apresentado pela Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres, por sua vez, é abrangente e agrega diferentes tipologias, as quais são: violência doméstica, física, psicológica, sexual, moral, e patrimonial, abuso e exploração sexual mulheres adolescentes/jovens, o assédio sexual no trabalho, o assédio moral, o tráfico de mulheres e a violência institucional (BRASIL, 2011a).

A violência atinge mulheres de todas as parcelas da população, de diferentes credos, estados civis, níveis de escolaridade, em nações que se encontram em processos distintos de desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2005; BRASIL 2011a). Conformam-se como um dos mais importantes meios de violação dos direitos humanos inerentes às mulheres, impactando-as no que tange aos direitos à vida, à saúde e a integridade física (BRASIL, 2011a). Segundo Schraiber, D’Oliveira (1999), diz respeito aos sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres. Para Schraiber, D’Oliveira e Falcão (2005), consistem em agressões de natureza física ou ameaças, maus tratos de cunho psicológico e abusos direcionados as mulheres em cenários diferenciados.

As estimativas apontam que pelo menos um quinto da população de mulheres no mundo já vivenciou situações de violência física ou sexual, em algum momento de sua vida (JORNAL DA REDE SAÚDE, 1999; BRASIL, 2002; SCHRAIBER et al., 2002). Ainda, estudos a nível mundial indicam que entre um quarto e mais da metade das mulheres, já vivenciou situações de violência física pelo parceiro íntimo, atual ou anterior (MINAYO, 2006).

Dados da Organização Mundial a Saúde (OMS) (2002) apontam que no ano de 2002, a violência foi fator responsável por cerca de 7% das mortes de mulheres na faixa etária entre 15 a 44 anos no mundo, em que a metade dos homicídios teve como algoz alguém com quem as mulheres sustentavam relações íntimas de afeto, atual ou anteriormente. Em determinadas nações, o percentual de mulheres que vivenciaram situação de agressão física atinge 69%, sendo que 47% relataram que sua primeira relação sexual foi forçada (OMS, 2002).

Salienta-se que a problemática da violência afeta homens e mulheres de modo desigual, haja vista que os homens são mais suscetíveis a sofrer violência no âmbito público, ao passo que as mulheres vivenciam situações de violência de forma recorrente em seu dia-a-dia, dentro de suas próprias casas, sendo geralmente vitimadas pelos companheiros e membros da família (BRASIL, 2011a).

Nesta direção, a OPAS, a partir de uma revisão acerca de estudos realizados em diferentes países, verificou que 10 a 69% das mulheres referiram ter vivenciado situações de violência perpetrada pelo companheiro ao menos uma vez em sua vida (KRUG et al., 2003). Tais dados revelam que a violência cometida contra as mulheres se configura como um problema de alta regularidade em diferentes sociedades, sendo em geral não notificado, ou referido a outras causas, o que confere ao fenômeno grande invisibilidade (MENEGHEL; VIAL, 2008).

As consequências das situações de violência para as mulheres são inúmeras, e repercutem claramente em sua saúde física, mental e social (SCHRAIBER et al., 2005). As mulheres que vivenciam a violência quando comparadas àquelas que não vivenciam tal experiência, buscam assistência nos serviços de saúde de modo mais assíduo, relatando sintomas agudos e crônicos devido à ocorrência de agressões físicas, psicológicas e morais (SCHRAIBER et al., 2005). As consequências físicas podem se manifestar sob a forma de doenças sexualmente transmissíveis, infecções ginecológicas e traumatismos, enquanto as de natureza psicológica se expressam como estresse pós-traumático, distúrbios sexuais e sintomas depressivos (BRASIL, 2005).

Discutir a violência contra as mulheres implica necessariamente na realização de um resgate histórico da abordagem de gênero, o qual se conforma enquanto parte das relações sociais pautadas em divergências entre os sexos, sendo uma maneira de representar as relações de poder (SCOTT, 1995) e as diferenças de papéis entre homens e mulheres no meio social.

A concepção de natureza social e cultural acerca da identidade feminina e a significação da mulher como ser subalterno e dependente em relação ao homem, foram primordiais para a constituição de um cenário no qual o poder masculino pode se refletir em situações de violência contra as mulheres (GUEDES; SILVA; COELHO, 2007). Desta forma, a violência consiste em uma das formas mais concretas de controle da vida das mulheres, um dos meios universais de exercício do poder do homem sobre a mulher, e componente primordial da dominação de gênero (MENEGHEL; VIAL, 2008).

A noção de gênero e a ideia de sexo feminino são frequentemente confundidas, entretanto, ela surge para destacar essa distinção. Nessa direção, Schraiber e D'Oliveira (1999, p. 14) apontam que “enquanto o sexo indica uma diferença anatômica inscrita no corpo, gênero indica a construção social, material e simbólica, a partir desta diferença, que transforma bebês em homens e mulheres, em cada época e lugar de distintas maneiras”.

O termo gênero surgiu no final do século XX, como um novo modo de refletir criticamente acerca do arranjo social entre os sexos, sob a orientação metodológica de que “[...] o próprio sexo não se inscreve puramente no terreno biológico, mas sofre elaboração social, que não se pode negligenciar sob pena de naturalizar processos de caráter histórico” (SAFFIOTI, 1992, p. 183). Surge como uma possibilidade para transformar e (re) construir a história de vida das mulheres, a partir de um olhar amplo, o qual não vislumbrava somente as diferenças orgânicas entre homens e mulheres, como forma de destituir a crença que pautava a divergência acerca das funções biológicas humanas (OLIVEIRA, 2012).

Ainda, as raízes da violência, nas relações de gênero, situam-se nas próprias relações entre homens e mulheres, em que a violência determina um aspecto extraordinariamente negativo dessas relações, revogando-se, desse modo a “relação entre dois”, e limitando uma das figuras dessa a posição de objeto (COSTA, 2012).

Nesse sentido, discute-se a seguir, a problemática da violência contra as mulheres, adotando uma abordagem direcionada às políticas públicas de enfrentamento.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: PERSPECTIVAS E DIRETRIZES

Recentemente o tema da violência passou a receber maior atenção por parte do campo da saúde, o qual se limitava a desempenhar os papéis de observador, relator de situações, e reparador de danos decorrentes de conflitos de cunho social, tanto cotidianamente quanto de forma emergencial (MINAYO, 2004).

A partir da década de 1970, contudo, o campo da saúde passou a ser influenciado por diferentes processos, dentre os quais pode se citar o movimento feminista. Este, mediante filosofia e abordagens específicas, sensibilizou as mulheres e as nações no que tange aos abusos e desigualdades estabelecidos nas relações entre homens e mulheres, desencadeando mudanças significativas na abordagem do setor saúde quanto às questões de violência, a qual foi incorporada na agenda pública dos serviços de saúde em muitas nações (MINAYO, 2004).

Com o decorrer dos anos, diante da necessidade de desenvolver ações resolutivas com relação à problemática da violência contra as mulheres, o Estado inicia a implantação de políticas públicas sob a ótica de gênero, partindo do pressuposto de que são inúmeros os agravos ao pleno desenvolvimento pessoal e social de mulheres em situação de violência, as quais se encontram em iminente risco de vida (BRASIL, 2003).

Neste sentido, um dos primeiros avanços quanto às políticas públicas de enfrentamento a violência contra as mulheres ocorreu em 1985, quando é criada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) em São Paulo/BR e criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), através da lei 7353/85 (BRASIL, 2011a). Este conselho tinha como objetivo principal a promoção e monitoramento de políticas públicas de combate à violência contra as mulheres, buscando condições de igualdade para as mesmas (BRASIL, 2011a).

Um ano depois, em 1986, também no estado de São Paulo, é inaugurada pela Secretaria de Segurança Pública (SSP) a primeira Casa-Abrigo do país para mulheres em situação de risco de morte (BRASIL, 2011a).

Sendo assim, um dos avanços nesta área foi a criação do Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher, o qual tem como eixo central a integração de serviços e recursos das diferentes esferas de governo, profissionais de áreas diversas, bem como a sociedade civil e movimentos sociais de

mulheres, para a construção de uma rede de assistência as mulheres em situação de violência (BRASIL, 2003).

A SPM fundada em 2003 foi fundamental no que tange ao enfrentamento de situações de violência contra as mulheres, identificando tal problema como concernente ao âmbito da saúde pública, buscando a garantia e oferta de uma assistência qualificada e integral a essas mulheres e isenta de discriminação (BRASIL, 2003).

A SPM foi a responsável pela criação e implementação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a qual apresenta aspectos teórico-conceituais e políticos para o enfrentamento do problema (BRASIL, 2011a). Além disso, aborda ações vinculadas à prevenção, assistência e garantia dos direitos das mulheres em diferentes espaços, a partir da integração entre serviços de saúde, segurança, educação, justiça e outros (BRASIL, 2011a).

Com a criação da SPM as ações para o enfrentamento à violência contra as mulheres passam a ter maior visibilidade e, portanto investimento. A política é ampliada visando à criação de serviços diferenciados, tais como Centro de Referência, as Defensorias da Mulher, recomendando ainda a construção de Redes de Atendimento para o atendimento de mulheres que vivenciam situações de violência (BRASIL, 2011a).

Outro aspecto relevante se refere à promulgação da Lei 10.778/2003 a qual estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres assistidas em serviços de saúde, sejam estes públicos ou privados (BRASIL, 2011a).

Dentre as políticas públicas direcionadas à prevenção e ao enfrentamento de todos os tipos de violência contra as mulheres, em nosso país, foi criado o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em agosto de 2007, o qual contempla ações que se norteiam na diminuição das taxas de violência contra as mulheres, promoção de transformações culturais mediante a igualdade de gênero e garantia de proteção e direitos às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011b).

Um dos marcos históricos brasileiros no combate a violência doméstica contra a mulher se refere à Lei Maria da Penha. Esta lei, em vigor desde o dia 22 de setembro de 2006, concebe mecanismos para reprimir a violência de caráter doméstico e familiar contra a mulher, sendo consequência da mobilização de

movimentos de mulheres, de órgãos públicos e da sociedade em geral (BRASIL, 2012a). Por meio desta legislação, prevê-se a criação de serviços específicos de atendimento às mulheres que sofrem violência doméstica, dentre eles delegacias e centros de referência (BRASIL, 2012a).

As políticas citadas tem buscado superar a visão tecnicista e fragmentada de abordagem às mulheres, considerando outros condicionantes da vida e saúde destas (CORTES, et al., 2010). Contudo, muitas mudanças ainda se fazem necessárias de modo a assistir as mulheres em situação de violência sob a perspectiva da integralidade, sendo uma dessas mudanças o trabalho em rede, objeto de estudo desta investigação.

### 3.3 ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: POTENCIALIDADES E LIMITES<sup>2</sup>

Considerando a necessidade de conhecer como está sendo desenvolvida a atenção à saúde das mulheres que sofrem violência, desenvolveu-se uma revisão integrativa de literatura. Para tanto, objetivou-se conhecer as evidências científicas em relação às potencialidades e limites da atenção.

O estudo de revisão integrativa da literatura tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas acerca de tema ou questão específica de modo sistemático e ordenado. Esse tipo de revisão contempla a análise e síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a operacionalização desta revisão foram seguidas as seguintes etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008): 1) identificação do tema: atenção à saúde das mulheres em situação de violência; 2) seleção da questão de pesquisa: “quais as evidências de potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência?”; 3) estabelecimento de critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa na temática disponível online, na íntegra e gratuitamente, em inglês, português ou espanhol; e no recorte temporal de 1994 a 2013, uma vez que o marco inicial está sustentado na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994); e exclusão: artigos sem resumo na base de dados

---

<sup>2</sup> Artigo Publicado: CORTES, L. F.; ARBOIT, J.; PADOIN, S. M. M; PAULA, C. C. Evidências acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência. Rev Rene, v. 16, n. 6, p.1006-15, 2015.

ou incompletos; 4) definição das informações a serem extraídas dos estudos: referência, ano, procedência, objetivo, abordagem, participantes, principais resultados, e nível de evidência; 5) avaliação das evidências e análise (categorização): a análise dos dados extraídos foi realizada na forma descritiva, possibilitando a avaliação das evidências de acordo com os sete níveis (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005); 6) discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases eletrônicas de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “violência doméstica” or “mulheres maltratadas” and “serviços de saúde” or “serviços de saúde para mulheres” e, na base de dados Public Medline (PubMed) utilizando os Medical Subject Headings (MeSH Terms), “battered women” and “health services”. A busca dos estudos foi realizada no mês de junho de 2014 por duas pesquisadoras de forma independente. De acordo com a Figura 1 e Figura 2, inicialmente foram encontrados 734 estudos, dos quais 28 foram selecionados por atenderem aos critérios de inclusão.

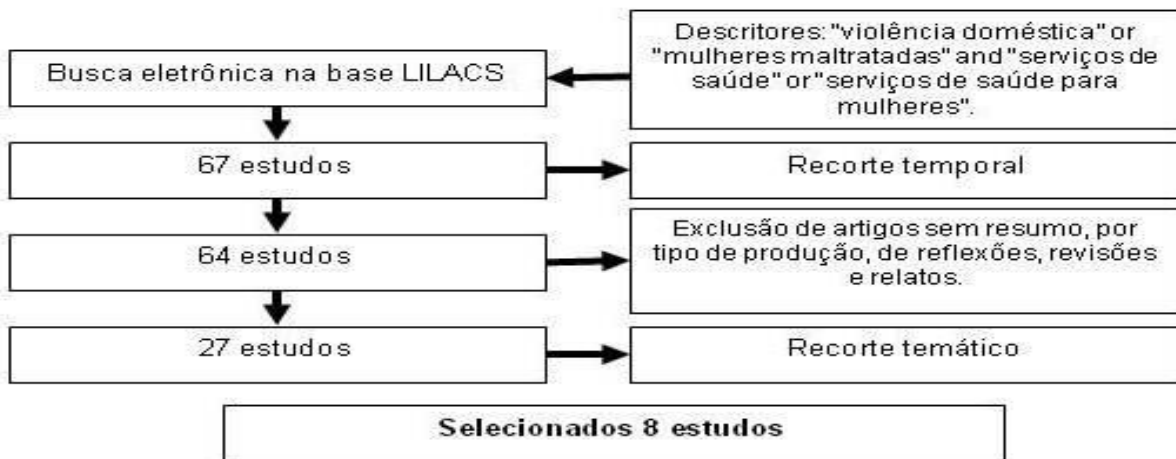


Figura 1 – Diagrama de seleção das publicações. LILACS, 2014.



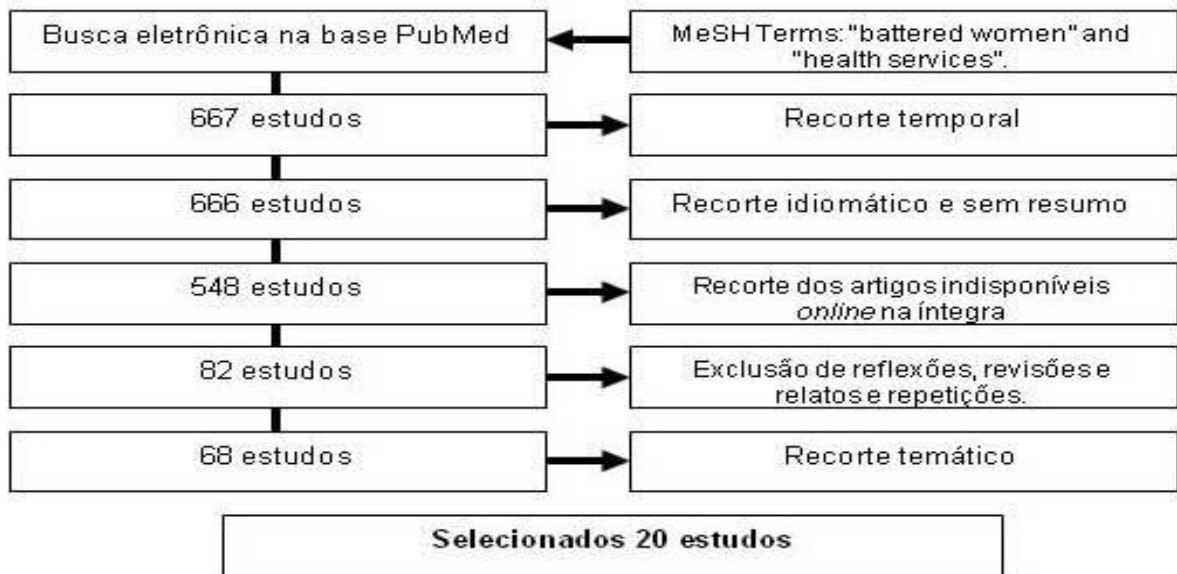


Figura 2 – Diagrama de seleção das publicações. PubMed, 2014.

Para minimizar possível viés de aferição dos estudos (de dados, de forma independente, os quais posteriormente foram comparados erro de interpretação dos resultados e do delineamento), duas pesquisadoras realizaram a leitura criteriosa dos artigos e o preenchimento do instrumento de extração. Nos casos de divergências em relação à avaliação do estudo, as pesquisadoras discutiam sobre a inclusão ou não das publicações até chegarem a um consenso.

Quanto à caracterização dos artigos analisados (Tabela 1), verificou-se que o predomínio de estudos desenvolvidos no Brasil 35,7% (n=10). A distribuição temporal da produção científica foi agrupada de modo quadrienal e o período de 2006-2009 apresentou o maior índice de produção com 42,8% (n=12). Na abordagem metodológica predominaram estudos quantitativos com 60,7 % (n=17). Predominaram estudos de nível de evidência 6, com 92,8% (n=26).

Tabela 1 – Caracterização dos artigos analisados. LILACS, PubMed. 2014.

	N	%
<b>Local do Estudo</b>		
Brasil	10	35,7
EUA	5	17,8
Espanha	2	7,1
Bélgica	1	3,6
Chile	1	3,6
Argentina	1	3,6
Etiópia	1	3,6
Líbano	1	3,6
Índia	1	3,6
Israel	1	3,6
África do Sul	1	3,6
Bangladesh	1	3,6
Colômbia	1	3,6
Não informado	1	3,6
<b>Ano de publicação</b>		
1998-2001	2	7,1
2002-2005	5	17,8
2006-2009	12	42,8
2010-2013	9	32,1
<b>Abordagem metodológica da pesquisa</b>		
Quantitativo	17	60,7
Qualitativo	7	25
Quanti-qualitativa	4	14,3
<b>Participantes dos Estudos</b>		
Mulheres	16	57,1
Profissionais de saúde	3	10,7
Profissionais de centros de atenção e documentos (registros, fichas de atendimento e prontuários)	2	7,1
Profissionais de saúde e mulheres	2	7,1
Homens e mulheres	1	3,6
<b>Nível de evidência</b>		
2	1	3,6
4	1	3,6
6	26	92,8
<b>Total:</b>	28	100

Os estudos (n=28) foram classificados por referência, objetivo, delineamento e principais resultados (APÊNDICE D). A análise dos dados possibilitou a identificação de fatores potencializadores e limitadores para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência nos serviços de saúde.

### **3.3.1 Fatores potencializadores da atenção qualificada às mulheres em situação de violência**

Dentre os fatores considerados potencializadores para a atenção à saúde das mulheres destacam-se os relacionados com a organização dos serviços o que é observado nas evidências pelo encaminhamento com maior brevidade aos serviços de referência, conformando um atendimento em rede integrada e bem articulada (VERTAMATTI et al., 2013), ou seja, a continuidade do cuidado (USTA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2005; RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009), quando a definição das altas é compartilhada entre a equipe e as usuárias, ou seja, o serviço permanece aberto para a possibilidade de retorno, o que se traduz em resolutividade na atenção às mulheres (OLIVEIRA et al., 2005).

Alguns estudos demonstram que o vínculo com a equipe, permeado pelo acolhimento e acompanhamento após o término do tratamento (OLIVEIRA et al., 2005; REIS et al., 2010), bem como a capacidade dos profissionais se engajarem em mudanças na estruturação e na oferta do serviço, permeado pelo trabalho em equipe multiprofissional, que foge ao modelo médico centrado e à consulta individual (KISS; SCHRAIBER, 2011) e articulado com profissionais da área jurídica (OLIVEIRA et al., 2005) e da assistência social (OLIVEIRA et al., 2005; RHODES et al., 2007), o que qualifica o acesso dessas mulheres (OLIVEIRA et al., 2005).

Há potencialidade quando os órgãos especializados são equipados com conhecimentos e competências adequadas (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2012) e quando existem especialistas em questões de família (CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011). Além disso, programas abrangentes que englobem a participação em encontros grupais (AGUIRRE et al., 2010; SIKKEMA et al., 2010) são importantes, uma vez que quando as mulheres compartilham entre si suas experiências sobre violência há maior possibilidade de sentirem-se apoiadas o que facilita o desenvolvimento de habilidades de comunicação e resolução de problemas (SIKKEMA et al., 2010). Estudo realizado com consultoras de serviços que atendem mulheres em situação de violência no Chile (AGUIRRE et al., 2010) sugere melhorias nos programas de assistência no que diz respeito à oferecerem oportunidades de capacitação e desenvolvimento de um ofício, englobando a ajuda em necessidades legais, de assistência social, habitação ou emprego (USTA et al., 2012; AGUIRRE et al., 2010).

Os potencializadores também estão relacionados às concepções dos profissionais, pautadas no entendimento que a violência deve ser tratada como objeto de assistência à saúde (USTA et al., 2012; SOARES, 2003) e a sua atuação, alicerçada no desejo dos profissionais de serem úteis e solidários às mulheres em sofrimento (SOARES, 2003) e não as julgando atendimento (NAVED et al., 2009). Estudos mostram que as estratégias de comunicação dos profissionais podem impactar positivamente quando permeadas pela empatia, sensibilidade (REIS et al., 2010; RHODES et al., 2007; RABIN et al., 2000), pelo acolhimento (REIS et al., 2010), aconselhamento, escuta, garantia de segurança e quando são disponibilizadas informações sobre os recursos legais (USTA et al., 2012; RHODES et al., 2007; CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011; ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2012), respeitando-se os direitos e escolhas das mulheres (CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011). Também quando é permeada por confidencialidade, apoio emocional e boa relação entre profissional e mulher atendida (USTA et al., 2012; NAVED et al., 2009); quando as explicações são compreensíveis (RODRIGUEZ; SHOULTZ; RICHARDSON, 2009) e quando há respeito à história de vida das mulheres, trazida como sofrimento intenso e credibilizando suas falas sobre a violência (OLIVEIRA et al., 2005) e, sua autonomia o que possibilita que as mulheres realizem mudanças em sua vida (USTA et al., 2012).

As possibilidades de identificar uma mulher que sofreu violência é maior quando o profissional de saúde cria oportunidades abertas para discussão facilitando que as mulheres relatem suas vivências e mencionem questões psicossociais, como o estresse, por exemplo (RHODES et al., 2007). Foi considerada positiva a adoção de estratégias de intervenção ao nível da comunidade, proporcionando mudanças sociais, a exemplo de campanhas comunitárias e nos meios de comunicação, em especial nas áreas rurais, onde a privacidade e a confidencialidade são muito valorizadas na família (USTA et al., 2012). Além disso, a atenção é potencializada quando a mulher revela a violência ao prestador de cuidados, o que possibilita o acesso a intervenções de serviços especializados. Estudo evidencia que mulheres que receberam intervenções de serviços de saúde específicos para esses casos tiveram quase três vezes mais probabilidade de ter relatado a ruptura do relacionamento em comparação com as mulheres que não receberam esse atendimento. Fato que está atrelado com a melhoria da saúde dessas mulheres (MCCLOSKEY et al., 2006). Igualmente são

importantes serviços de apoio que enfatizem o empoderamento (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2012) compromisso dos profissionais para a promoção dos direitos das mulheres e seu bem-estar (CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011).

Estudo mostrou que médicos da atenção primária demonstram maior autoeficácia e altas expectativas de sucesso sobre o atendimento às mulheres, o que sugere maior sensibilidade e consciência pessoal desses profissionais, fato que poderia ser atribuído ao maior envolvimento com a situação por conhecerem as mulheres há mais tempo (RABIN et al., 2000). Para trabalhadores de enfermagem o plantão noturno se mostrou positivo, possibilitando que a enfermeira dedicasse maior tempo de acolhimento e à consulta de enfermagem (REIS et al., 2010). A associação com a assistência pré-natal de qualidade também é um fator positivo (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2012; VIELLAS et al., 2013).

Evidenciam-se ainda outros fatores que potencializam a identificação da violência e conseqüentemente a atenção à saúde: a realização de triagem (USTA et al., 2012; CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011; RODRIGUEZ; SHOULTZ; RICHARDSON, 2009; COKER et al., 2007a; COKER et al. 2007b; ROELENIS et al., 2006); triagem universal para violência em ambientes clínicos, em especial sendo realizada por profissionais de enfermagem (COKER et al., 2007a); realização de triagem direcionada (CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011; ROELENIS et al., 2006); realização de triagem e intervenções para mulheres em situação de violência psicológica, uma vez que essa precede ao abuso físico o que pode contribuir na prevenção primária de agressões físicas (COKER et al. 2007b). Estudo destaca que as conseqüências da violência cometida pelo parceiro, sobre a saúde física das mulheres permitem que os profissionais de saúde obtenham uma melhor visão sobre o problema, facilitando a identificação das diferentes áreas de saúde, onde as mulheres poderão ser assistidas para o tratamento. Conforme essa evidência, as mulheres que sofreram três tipos de violência, física, psicológica e sexual, são mais propensas a sofrer de uma doença crônica, o que facilita identificação dos casos (RUIZ-PÉREZ; PLAZAOLA-CASTAÑO; DEL RÍO-LOZANO, 2007).

Além disso, profissionais médicos da atenção primária referem que para identificarem a situação observam sintomas imprecisos, como dor no corpo, abdominal, cefaleia, dor nas costas, tontura, insônia, perda de apetite e até mesmo pequenas mudanças na linguagem corporal de uma usuária podem indicar que ela deseja revelar algo que exige mais privacidade. Para identificar, utilizam estratégias

como questões sobre a vida e as relações pessoais da mulher, a partir disso, avaliam a situação e, em alguns casos, realizam questionamentos diretos sobre a violência (CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011). Destaca-se em estudo que o uso do instrumento espanhol Woman Abuse Screening Tool (WAST) se mostrou altamente confiável, uma vez que foi capaz de discriminar mulheres abusadas e não abusadas (FOGARTY; BROWN, 2002). Além disso, para identificar os casos o profissional de saúde deve ter tempo suficiente para abordar o assunto e este precisa estar presente na formação profissional (RODRIGUEZ; SHOULTZ; RICHARDSON, 2009), em especial ginecologistas apontam que há necessidade de incorporar a educação sobre violência por parceiro íntimo durante a formação médica (ROELENS et al., 2006).

Assim, as evidências indicam que há possibilidades de atuar junto às comunidades no âmbito da prevenção da violência a partir do reconhecimento desta como um abuso aos direitos humanos. Nesse sentido, o agir em saúde torna-se potente uma vez que, os profissionais, muitas vezes, estão inseridos in loco no território onde essas mulheres, meninas e população estão alocadas, sendo possível desenvolver estratégias de comunicação e abordagem que contribuam com à promoção de relações equânimes entre mulheres e homens.

### **3.3.2 Fatores limitadores da atenção qualificada às mulheres em situação de violência**

Os fatores limitadores para a atenção à saúde das mulheres estão relacionados aos componentes da própria violência vinculados a pouca percepção da mulher sobre a violência sofrida (SCHRAIBER et al., 2007); e à natureza doméstica e privada da Violência contra a Mulher (VCM) que contribui para recusá-la como alvo assistencial (KISS; SCHRAIBER, 2011; SILVA, 2003). Profissionais referem que há dificuldades de compreensão das orientações fornecidas às mulheres (KISS; SCHRAIBER, 2011).

As concepções e atuação dos profissionais limitam a atenção quando sustentadas em culpabilização e julgamento da mulher pelos profissionais (USTA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2005; KISS; SCHRAIBER, 2011; CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011; NAVED et al., 2009); bem como sentimentos negativos dos profissionais para lidar com o tema (OLIVEIRA et al., 2005; KISS; SCHRAIBER,

2011; CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011; SOARES, 2003; RABIN et al., 2000); inabilidade para abordar às mulheres, discutir, gerenciar e encaminhar casos de violência doméstica cometidos pelo parceiro (ROELENIS et al., 2006). Há desinformação da existência de serviços de saúde especializados (OLIVEIRA et al., 2005), tempo limitado dos profissionais e consultas pontuais (KISS; SCHRAIBER, 2011; RHODES et al., 2007; CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011; ROELENIS et al., 2006), restritas à detecção clínica da violência, que depende principalmente da presença de trauma físico e psicológico (ROELENIS et al., 2006), o que implica em falta de registro dos casos repercutindo na invisibilidade da violência nos serviços de saúde (KISS; SCHRAIBER, 2011; RODRIGUEZ; SHOULTZ; RICHARDSON, 2009; RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009; SCHRAIBER et al., 2007; MUSLERA-CANCLINI et al., 2009; PALLITTO; O'CAMPO, 2004; YNOUB, 1998).

Alguns profissionais, sobretudo da atenção primária, dizem ter conhecimento de situações de violência em suas comunidades. No entanto, segundo eles, há distância entre tomar conhecimento das situações e reconhecê-las como referentes à assistência e intervir. O silêncio é visto como um problema só da mulher e não remetido para a responsabilidade também do profissional. A causa do problema, muitas vezes, permanece negligenciada pelas equipes, o que ocasiona persistência de danos físicos, psicológicos e sociais e a busca reiterada pelos serviços. Ou, a situação pode ser reconhecida como violência, mas pode não ser como objeto da intervenção em saúde. Em muitos dos casos em que o profissional optou por intervir, vê sua ação como pessoal e não profissional. Não reconhecendo nenhuma qualidade técnico-científica nesse agir; consideram tais ações deslocadas e ineficazes, ainda que os tenham ocupado. Sua atuação é vista não como uma orientação do tipo técnico-científica, mas como um conselho pessoal ou, até mesmo, uma demonstração afetiva (KISS; SCHRAIBER, 2011). Assim, muitas vezes, a busca por vias mais rápidas, como a medicalização e recursos religiosos, faz com que os profissionais evitem o envolvimento com problemas tão dolorosos para as mulheres e tão complexos para a atuação profissional (ALMEIDA et al., 2008) e embora percebam a situação, limitam-se à abordagem clínica (SILVA, 2003).

Outro fator que limita a atenção é a própria organização dos serviços evidenciada pelo tempo elevado de espera para o atendimento em serviços de saúde (NAVED et al., 2009), pela ausência de instalações de atendimento especializadas (ROELENIS et al., 2006), inexistência de treinamento específico

sobre violência (KISS; SCHRAIBER, 2011), aliada à falta de orientação durante a graduação (OLIVEIRA et al., 2005), o que resulta em dificuldades na abordagem sobre o tema (KISS; SCHRAIBER, 2011; RHODES et al., 2007; ROELENS et al., 2006). Em serviços de saúde profissionais referem perda de motivação profissional e muitos limites para sua atuação, o que associam ao grande volume de atendimento e ao perfil dos usuários uma vez que há incompatibilidade entre ofertas do serviço e demandas dos mesmos, pois buscam o atendimento com expectativa de resolução rápida de seus problemas, enquanto a equipe buscaria efetivar uma rotina não só curativa, mas também de prevenção e promoção à saúde. Isso dificultaria a implantação de novos protocolos, inclusive o de atendimento a casos de violência (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Assim, as dificuldades estruturais no serviço e a demanda essencialmente curativa gerariam entraves para que os profissionais promovessem mudanças no modelo de atenção; sendo que a assistência recebida via de regra se resume ao tratamento de sintomas e lesões (KISS; SCHRAIBER, 2011; SILVA, 2003); além de ausências de profissionais de saúde nos serviços (ALMEIDA et al., 2008); dificuldades para sensibilizar os demais profissionais (não vinculados a serviços especializados); e realizar o acompanhamento das mulheres, especialmente nos prontos-socorros e unidades básicas de saúde, o que resulta em peregrinações das mulheres por diferentes serviços de saúde, bem como em serviços policiais e judiciais na busca por atendimento (OLIVEIRA et al., 2005).

Dessa forma, a eficácia das instituições que trabalham com VCM tem sido reduzida devido a uma série de fatores: capacidade limitada das instituições e pouca institucionalização das políticas e programas oficiais, as atitudes pessoais dos profissionais, acessibilidade e disponibilidade dos serviços incluindo a qualidade dos serviços prestados à comunidade e falta de conhecimento das mulheres sobre a existência das instituições (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2012; YNOUB, 1998).

### 3.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A violência contra as mulheres não pode ser encarada como uma questão de domínio privado. Trata-se de uma questão intersetorial, que requer esforços de toda a sociedade para o seu enfrentamento. Partindo deste pressuposto, e considerando



a violência como um problema complexo e multifacetado, a rede é o modelo mais aceito pela literatura (D'OLIVEIRA et al., 2009) e preconizado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2011a) para assistir os sujeitos que vivenciam tal problemática.

A partir deste modelo, o acesso das mulheres a rede pode ocorrer a partir de qualquer ponto desta, em que a circulação dos casos é considerada um trançamento entre os diversos pontos (serviços), entre os quais não se apresenta nenhuma relação de hierarquia, mas sim de horizontalidade (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Pensar na rede de atenção às mulheres em situação de violência exige a revisão acerca de alguns conceitos. Neste sentido, a 'rede' conforma-se mediante a interligação entre as atividades específicas de cada serviço, seja ele de saúde, assistência social, jurídica ou policial. Tal conexão só poderá se concretizar quando ocorrer uma produção em termos assistenciais que seja partilhada minimamente por tais serviços, mediante encaminhamentos, diálogo e um trabalho multiprofissional e interdisciplinar (SCHRAIBER et al., 2012).

Partindo desses pressupostos, o modo de operar da rede não é dado unicamente pela presença de um conjunto de serviços, haja vista que este conjunto tem a possibilidade de representar apenas um aglomerado de intervenções, com serviços sobrepostos, e cuja atuação não necessariamente institui alguma integração em se tratando da assistência (SCHRAIBER et al., 2012).

No presente estudo, o foco será a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a qual compreende um conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele distrito sanitário, município ou regional de saúde (BRASIL, 2009). A portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010 define RAS como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

As características da RAS compreendem: missão e objetivos comuns; modo de funcionamento pautado na cooperação e interdependência; troca frequente de seus recursos; inexistência de hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; além de que se focam na integralidade da atenção (MENDES, 2011).

A implementação da RAS é imprescindível para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, possibilitando a superação das lacunas no que tange a assistência à saúde e o emprego racional dos recursos assistências existentes (SILVA, 2011).

Apesar da importância da RAS no atendimento as mulheres em situação de violência, é visível e inquestionável a relevância de articulação em rede dos serviços que ofertam assistência a estas (DUTRA et al., 2013). No entanto, apesar de ser preconizada, esta rede intersetorial apresenta inúmeros fatores que limitam a sua eficiência, dentre os quais se podem citar a hierarquização e fragmentação do cuidado em saúde (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Na mesma direção, outro fator que dificulta o trabalho em rede se refere à segregação dos serviços e a falta de articulação entre os diferentes níveis governamentais no que tange à prevenção e combate da violência contra as mulheres (BRASIL, 2011a).

Desse modo, a rede de atendimento se conforma como uma possibilidade para a superação de uma assistência fragmentada, pautada em aspectos tecnicistas e na desarticulação entre os serviços (BRASIL, 2011a). É definida pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres como:

atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (BRASIL, 2011a, p.14).

A Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência é formada pelos serviços: Centros de Referência, Casas-Abrigo, DEAM, Defensorias da Mulher, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), Ouvidorias, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Educação e Reabilitação do Agressor, Polícia Civil e Militar, Instituto Médico Legal, bem como serviços de saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual (BRASIL, 2011a).

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

---

“Descobrir consiste em olhar para o que todo mundo está vendo e pensar uma coisa diferente”.

(Roger Von Oech)



## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo é apresentado o caminho metodológico utilizado para o desenvolvimento da presente pesquisa, sendo descritos o tipo de estudo, cenário, participantes, geração e análise de dados, considerações éticas e devolução dos resultados.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando a coerência com o objeto de estudo, foi desenvolvido um estudo do tipo exploratório – descritivo fundamentado na abordagem qualitativa. Esta é empregada ao se abordar o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, as quais resultam da interpretação humana acerca de suas vivências e sentimentos (MINAYO, 2014).

A abordagem qualitativa permite ainda a elaboração de enfoques inovadores, análise e desenvolvimento de novas conceituações (MINAYO, 2014). A utilização desta também se aplica em “investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos” (MINAYO, 2014, p. 57). Turato (2003) complementa que a abordagem qualitativa se caracteriza por buscar compreender as experiências humanas vividas pelos participantes, o que é possível a partir da descrição da experiência, tal qual ela é definida pelos mesmos.

A pesquisa exploratória em sua essência busca uma maior familiaridade com o objeto do estudo, visando o esclarecimento ou a constituição de hipóteses (GIL, 2010). Segundo o mesmo autor, no que diz respeito à pesquisa do tipo descritiva, esta tem como objetivo a descrição de características de determinada população ou fenômeno, ou ainda, visa estabelecer relações entre variáveis (GIL, 2010).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Santa Maria, localizado geograficamente na região central do estado do Rio Grande do Sul, a 300 km de distância da Capital, com uma população de 274.838 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2015). O cenário de

desenvolvimento da investigação correspondeu a três Estratégias de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde deste município.

A Atenção Primária a Saúde do município, é constituída por 12 UBS e 14 USF (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2015). Considerando o objeto de estudo e a viabilidade para o desenvolvimento do mesmo, inicialmente foram escolhidas como cenário, três UBS e três USF, as quais pertencem às regiões do município cujo índice de violência contra as mulheres é mais alto, segundo informações verbais da Secretaria de Município de Saúde. No entanto, destaca-se que em duas Unidades Básicas de Saúde não foi possível desenvolver o estudo haja vista as demandas dos profissionais da unidade, os quais não puderam atender a pesquisadora e auxiliar de pesquisa.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do estudo foram vinte e um profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde) integrantes das equipes de UBS e ESF.

A escolha por incluir profissionais de saúde integrantes de UBS e USF se deve ao fato de que poderiam ocorrer diferenças no que tange aos limites e possibilidades para a identificação de situações de violência contra as mulheres. Contudo, a análise dos dados não permitiu identificar diferenças com base na modalidade das equipes. Optou-se por estes participantes, uma vez que a APS do município se configura como uma das portas de entrada para os casos de violência contra as mulheres.

Foi estabelecido como critério de inclusão: ser profissional de saúde trabalhador desses locais. Como critério de exclusão elencou-se: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza (gestante, doença, adotante), no período estabelecido para a geração de dados.

#### 4.4 GERAÇÃO DE DADOS

Para a geração de dados foi empregada a entrevista semiestruturada, a qual consiste em uma combinação de perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado

tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se limitar ao questionamento enunciado (MINAYO, 2014).

Para tanto, foi elaborado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), o qual foi dividido em duas partes: a primeira relacionada aos dados sociodemográficos e de formação dos profissionais de saúde contendo questões fechadas, e a segunda parte composta por questões abertas referentes às ações em rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde junto às mulheres que vivenciam a violência.

Também foi empregado um diário de campo, em que a pesquisadora e auxiliar de pesquisa anotaram as informações que consideraram relevantes para o estudo. Neste sentido, o diário de campo compreende um recurso fundamental para a pesquisa, possibilitando o registro de observações, sentimentos e vivências, que poderão subsidiar a análise dos dados coletados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A pesquisadora responsável juntamente com uma auxiliar de pesquisa foram a cada uma das unidades cenário do estudo, e realizaram o contato com a coordenação das mesmas, sendo construída uma lista dos profissionais que poderiam participar do estudo com base nos critérios de inclusão e exclusão. Desta forma, após este contato, iniciaram-se as entrevistas ou o agendamento prévio das mesmas conforme a disponibilidade de cada participante.

As entrevistas tiveram caráter individual, e foram realizadas no serviço em que o participante trabalhava, em um espaço que garantiu a privacidade deste. Foram gravadas (áudio) com o consentimento do mesmo de modo a registrar integralmente a fala, assegurando material autêntico para a análise. Para Minayo, Deslandes e Gomes (2007), o registro fidedigno, das entrevistas e outras modalidades de coleta de dados cuja matéria prima é a fala, torna-se crucial para uma boa compressão da lógica interna do grupo ou coletividade estudada.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a julho de 2015. E obedeceu ao critério de saturação temática, a qual consiste em uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada em investigações qualitativas, em diferentes áreas no campo da saúde (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). De acordo com os mesmos autores esta é empregada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa

redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para apreciação dos dados obtidos foi utilizada a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo. Esta corresponde a um conjunto de técnicas de pesquisa e procedimentos especializados e científicos que permitem inferir dados de um determinado contexto, mediante a organização, leitura e discussão dos dados coletados (MINAYO, 2014).

Este tipo de análise encontra-se operacionalmente dividido em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014), as quais serão detalhadas a seguir.

Primeiramente, foi realizada a transcrição dos dados obtidos por meio das gravações das entrevistas semiestruturadas, de forma literal em um editor de textos, constituindo o corpus da pesquisa. Após, este foi impresso de modo a facilitar o manuseio por parte da pesquisadora.

A pré-análise correspondeu à organização do material para posterior análise, com base na questão orientadora e objetivos do estudo. Esta etapa foi realizada mediante a escuta das gravações e a leitura flutuante, que consistiu no primeiro contato do pesquisador com o material oriundo das entrevistas semiestruturadas, a partir do qual emergiram as impressões iniciais da pesquisadora. Após, através de uma sequência de leituras exaustivas, os trechos das falas dos participantes foram pintados por cores diferentes com pincel marca texto, segundo as ideias semelhantes. A aplicação da técnica cromática possibilitou compor o material que foi submetido a uma análise mais aprofundada.

Posteriormente, teve início a fase de exploração do material. Nesta, foi realizado o recorte de informações comuns encontradas no conteúdo das falas transcritas, o qual subsidiou a constituição de categorias. Neste sentido, foram enumeradas as unidades de registro, que se referem a palavras, frases e expressões que dão sentido ao conteúdo das falas e sustentam a definição das categorias (MINAYO, 2014).

Nessa fase, o primeiro passo compreendeu a busca dos temas que compuseram as unidades de registro. Após encontrar estas unidades, tornou-se



possível definir as quatro categorias temáticas. Para Minayo (2014) a categorização, consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões mais significativas dentro do *corpus* de análise.

A última fase constitui-se no Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Nesta, a pesquisadora busca propor inferências e interpretações acerca dos resultados, sempre retornando aos objetivos do estudo. Desta forma, recortes realizados anteriormente, foram analisados de acordo com a fundamentação teórica.

Os dados sócio-demográficos e de formação dos profissionais de saúde foram agrupados e descritos, utilizando-se as técnicas de estatística descritiva simples, a partir da apresentação dos mesmos com frequência e percentual.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao se referir à ética, a mesma não deve ser reduzida a procedimentos, haja vista o contexto abrangente em que se insere, o qual compreende diferentes particularidades, tais como a responsabilidade do investigador enquanto estudioso, cidadão e como próprio membro da comunidade científica (GUERRIERO; DALLARI, 2008).

Deste modo, este estudo foi desenvolvido seguindo as recomendações previstas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando assim, as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, no Sistema de Informações de Ensino (SIE). Posteriormente, foi submetido à apreciação da Direção do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município de Saúde de Santa Maria (NEPeS/SMS) a fim de obter o aceite para o desenvolvimento da mesma. Após, foi registrado na Plataforma Brasil para ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM, sendo aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº 39432114.1.0000.5346. Desta forma, a geração de dados apenas teve início após aprovação da pesquisa nas instâncias acima citadas.

Após estas tramitações e aprovação do projeto no CEP, a pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa entraram em contato com os participantes do estudo em seus locais de trabalho de modo a realizar o agendamento das entrevistas.

Antes do procedimento de coleta de dados, os participantes foram esclarecidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Para tanto, através do emprego de uma linguagem acessível, os participantes receberam informações acerca da justificativa, objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa, além do destino dos dados coletados (BRASIL, 2012b). Também foi informado aos participantes que estes poderiam suspender a sua participação na pesquisa a qualquer momento sem possibilidade de retomá-la em outro momento, e que neste caso, as informações seriam excluídas e inutilizadas.

A participação dos profissionais de saúde não envolveu qualquer tipo de remuneração, sendo que as pesquisadoras se dispuseram a esclarecer dúvidas que eventualmente poderiam aparecer no transcorrer da pesquisa. Quanto aos riscos, a participação nesse estudo não apresentou nenhum risco físico. No entanto as questões da entrevista poderiam mobilizar sentimentos ou desconfortos, como lembranças, questionamentos e/ou conflitos de dimensão emocional, pelo fato de que foi realizada uma entrevista na qual o participante refletiu sobre o seu cotidiano. Neste sentido em caso de desconforto, seria sugerido que o participante interrompesse sua participação no estudo.

Os benefícios desta investigação foram diretos, e consistiram em dar maior visibilidade ao tema contribuindo para a compreensão das concepções e ações dos profissionais de saúde sobre a rede de atenção as mulheres em situação de violência. Ainda, os dados gerados forneceram subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, e Saúde bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

O TCLE foi assinado em duas vias pelos participantes após os devidos esclarecimentos acerca da pesquisa, ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora. Também será destacado o caráter voluntário de participação, bem como garantia de anonimato e sigilo das informações coletadas.

Para isso, os participantes do estudo foram identificados pelo a partir da letra E, referente a entrevistado, seguido do número ordinal (ex. E1, E2...E21). O Termo

de Confidencialidade (APÊNDICE C) resguardou o sigilo e a privacidade dos participantes.

Os materiais oriundos da coleta de dados constituíram um banco de dados, que foi arquivado e será mantido sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa, Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin, em armário chaveado do GP-PEFAS por um período de 5 anos, na sala nº. 1336, prédio 26, no Centro de Ciências da Saúde da UFSM.

#### 4.7 DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

A apresentação dos resultados do estudo aos serviços que constituíram o cenário deste será desenvolvida, logo após a defesa da dissertação, mediante metodologia a ser combinada com os responsáveis por cada serviço, bem como a partir da entrega de uma versão impressa da dissertação. Em um segundo momento, será realizada através da construção de artigos para a publicação em periódicos e apresentação dos resultados em eventos como Congressos e Seminários, dentre outros.



## 5 RESULTADOS

---

“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que  
você faz com aquilo que você sabe”.

(Aldous Huxley)



## 5 RESULTADOS

Inicialmente, serão apresentados dados relativos à caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo (Tabela 1 e Tabela 2). Participaram da pesquisa 21 profissionais de saúde atuantes em três Estratégias de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde do município de Santa Maria.

Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas relacionadas aos profissionais de saúde participantes do estudo. Santa Maria/RS, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n (21)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	15	71,43
Masculino	6	28,57
<b>Cor</b>		
Branco	13	61,91
Pardo	6	28,57
Negro	2	9,52
<b>Idade (anos)</b>		
Média de idade		
26 à 39	11	52,38
39 à 52	8	38,1
53 à 66	2	9,52
<b>Situação Conjugal</b>		
Casado	12	57,14
União estável	5	23,81
Solteiro	3	14,29
Divorciado	1	4,76

Tabela 3 – Distribuição das características laborais e de formação profissional relacionadas aos profissionais de saúde participantes do estudo. Santa Maria/RS, 2015

<b>Variáveis</b>	<b>n (21)</b>	<b>%</b>
<b>Função exercida no serviço</b>		
Agente Comunitário de Saúde	7	33,33
Técnico em Enfermagem	6	28,57
Enfermeiro	5	23,81
Médico	3	14,29
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Ensino Médio Completo	7	33,33
Curso Técnico	5	23,81
Ensino Superior Completo	3	14,29
Pós-Graduação	6	28,57
<b>Tempo de exercício na profissão</b>		
< 1 ano	4	19,05
> 1 ano	5	23,81
> 5 anos	5	23,81
> 10 anos	5	23,81
> 20 anos	1	4,76
> 30 anos	1	4,76
<b>Vínculo</b>		
Estatutário	19	90,48
Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica	2	9,52
<b>Tempo de trabalho no serviço</b>		
< 1 ano	6	28,57
> 1 ano	5	23,81
> 5 anos	5	23,81
> 10 anos	5	23,81
<b>Turno de Trabalho</b>		
Integral (manhã e tarde)	17	80,95
Turno único (manhã ou tarde)	4	19,05
<b>Trabalha em outro serviço de saúde (público ou privado)</b>		
Não	18	85,71
Sim	3	14,29

A análise dos depoimentos dos participantes foi organizada em três categorias temáticas. São elas: *Aspectos facilitadores para a identificação de*



*situações de violência contra as mulheres na Atenção Primária à Saúde; Aspectos dificultadores para a identificação de situações de violência contra as mulheres na Atenção Primária à Saúde e Rede de atenção as mulheres em situação de violência.*

## 5.1 ASPECTOS FACILITADORES PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A primeira categoria temática apresenta os aspectos facilitadores para a identificação de situações de violência contra as mulheres pelos profissionais de saúde que atuam em serviços de Atenção Primária à Saúde. Esta categoria está organizada em duas subcategorias: *Aspectos objetivos, inerentes ao trabalho da equipe de saúde e Aspectos subjetivos, inerentes ao trabalho da equipe de saúde.*

A subcategoria *Aspectos objetivos, inerentes ao trabalho da equipe de saúde* é composta por sete núcleos de sentido: a) acolhimento, escuta ativa e vínculo; b) relato das mulheres; c) relato de vizinhos e/ou familiares; d) experiência profissional e capacitações; e) observação das lesões f) consultas pré-natal, exame físico, e curativos g) visitas domiciliares.

A subcategoria *Aspectos subjetivos, inerentes ao trabalho da equipe de saúde* é composta por dois núcleos de sentido: a) observação do comportamento das mulheres; b) observação do comportamento dos filhos e maridos ou companheiros das mulheres. A Figura 3 ilustra a organização desta categoria, com suas respectivas subcategorias e núcleos de sentido.

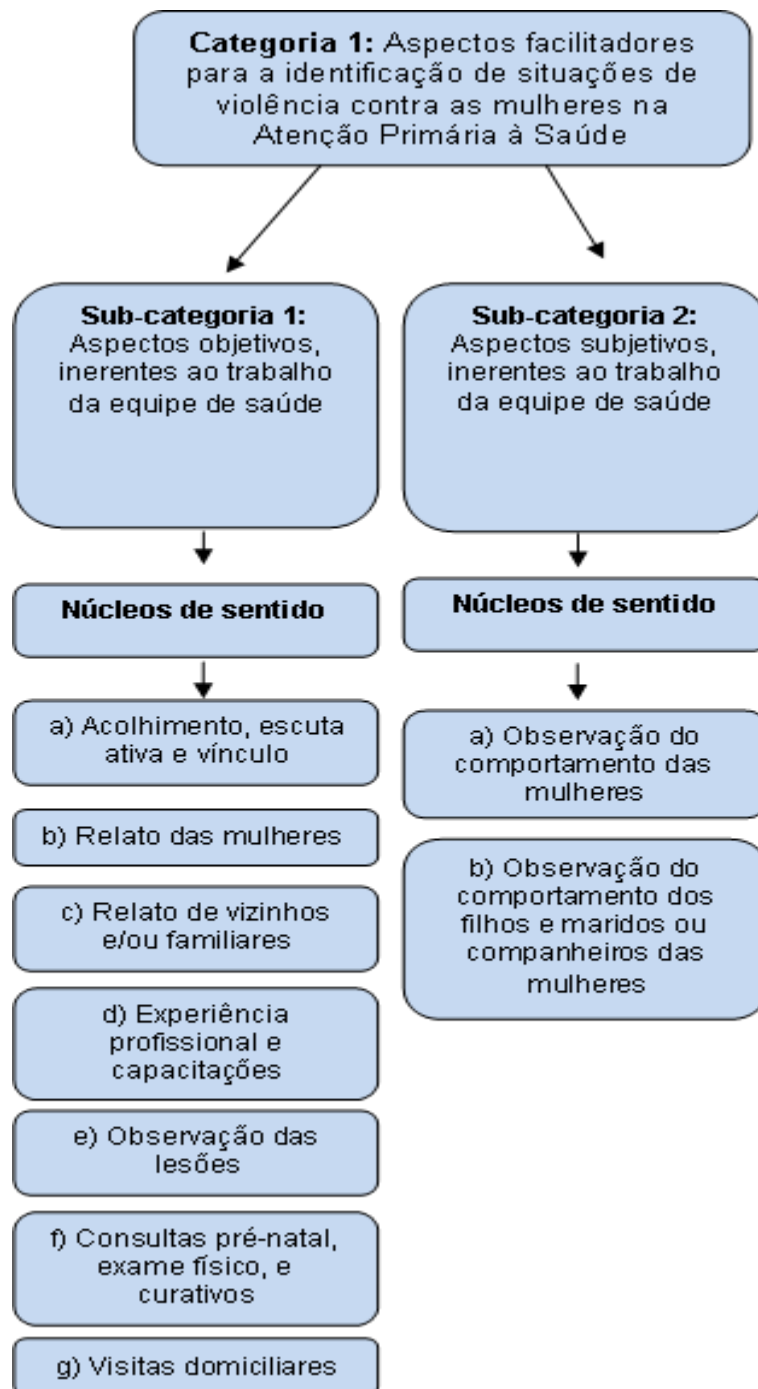


Figura 3 – Síntese da categoria 1

### 5.1.1 Aspectos objetivos, inerentes ao trabalho da equipe de saúde

Na primeira subcategoria, identificaram-se aspectos objetivos referentes a prática dos profissionais de saúde para a identificação de situações de violência contra as mulheres.

De acordo com a fala a seguir, o acolhimento é apontado como a principal forma de identificação da violência contra as mulheres.

*[...] A gente identifica mais é no acolhimento mesmo [...]. (E1)*

A escuta ativa, é destacada pelos profissionais de saúde como uma conduta que permeia diferentes momentos do processo de cuidado, como a aferição da pressão arterial e realização de curativos. Estes são momentos importantes para a identificação de situações de violência contra as mulheres, haja vista que as mulheres muitas vezes chegam ao serviço de saúde apresentando-se nervosas e angustiadas, porém não revelam ao profissional o que desencadeou essa situação.

Desta forma, os profissionais de saúde, por meio da escuta ativa, na qual ouvem com atenção as mulheres, analisando também as informações não-verbais manifestadas por estas, proporcionam com que as mulheres relatem a situação de violência vivenciada:

*A gente conversa, ouve essa mulher, porque na verdade elas chegam para fazer curativo. Às vezes a gente pergunta: o que aconteceu? O que houve? (E4)*

*Aqui no posto aparecem as que psicologicamente chegam bem abaladas, bem nervosas, chorosas. Daí você tira um tempinho ali da tua rotina, da tua correria e tenta identificar. Eu particularmente gosto de identificar nas pessoas, geralmente quando chegam com a pressão alta. A gente nunca descarta o fator psicológico. O estresse, o nervosismo desencadeiam a pressão alta. Então, elas chegam e você conversa: você toma os seus remédios? Tomo, eu tomo meus remédios. Daí já começa a ficar com a voz embargada [...] daí você tenta fazer com que ela te dê uma abertura [...] daí começa: ah, porque o meu marido bebe, ele me incomoda bastante. Essa noite eu já não dormi com ele me incomodando. (E5)*

Os profissionais relatam que escutar ativamente as mulheres em situação de violência requer que mostrem a estas mulheres que estão realmente preocupados e comprometidos com a situação. E que podem conversar com estas a qualquer tempo, quando se sentirem preparadas para expor o vivido.

*Às vezes chega para nós situações que você tem que chamar e tentar conversar. Tentar pelo menos mostrar para elas que você viu que aquilo ali é uma queimadura sim. Que está acontecendo alguma coisa. Pelo menos pra ela ver que tem alguém que está se “atenando” nisso. Porque às vezes elas acham que vai passar despercebido, que ninguém vai ver. Pelo menos esse toque, eu mesma e as gurias tentamos dar. Olha isso aí não é o normal, a hora que você quiser conversar, vamos conversar. Porque às vezes elas tentam tapar, não é, é outra coisa. Então a gente deixa claro para elas que quando elas quiserem elas vão ter o acesso (se referindo à conversa). (E6)*

*Eu sempre vou pelo diálogo, eu sempre tento deixar a pessoa mais tranquila possível [...]. (E19)*

*Você tem a oportunidade de questionar como aconteceu (se referindo à violência) [...] como se bateu? como caiu? Se está acontecendo alguma coisa que a pessoa gostaria de te falar. É importante que a pessoa sinta que ela pode desabafar. E às vezes a pessoa está tão sofrida com aquilo ali que uma perguntinha é suficiente para vir à tona muita coisa. Então você tem que fazer a pessoa sentir que naquele momento você está só para ela, não importa quantas pessoas eu tenha para atender. Naquele momento eu estou com ela, ouvindo e ela precisa sentir que a gente pode fazer alguma coisa. (E16)*

Os participantes mencionam que quando não observam nenhuma lesão física no corpo das mulheres e suspeitam de uma situação de violência, questionam as mesmas acerca de seu cotidiano e relacionamentos, para buscar informações que possam comprovar tal suspeita.

*Quando a gente suspeita de alguma coisa, se a gente acha que não está bem contada a história, a gente pergunta o que aconteceu. (E8)*

*A gente sempre conversa como é o relacionamento. Como é aqui? Como você vive? [...] pela conversa, porque se não tem nada físico, não tem como identificar. Tem que ser pela conversa. (E12)*

No que se refere ao vínculo, este é indicado pelos profissionais de saúde como condição primordial para o estabelecimento de uma relação de confiança junto às mulheres, visando com que estas relatem a situação de violência que podem estar vivendo.

*[...] Eu acho que ter um vínculo. Porque quando você cria um vínculo, daí elas chegam abertamente [...] vão te falar que estão sofrendo algum tipo de agressão. Um vínculo eu acho que é o principal. (E9)*

*Quando elas se sentem à vontade para contar o que está acontecendo. Quando elas realmente confiam na gente, elas acabam falando. Mas às vezes isso acontece só quando elas estão no limite, quando elas não aguentam mais. Daí acabam admitindo que está acontecendo aquilo (violência) e pedindo socorro. E esse vínculo é com qualquer um da equipe, não só com o ACS. Às vezes eles procuram pela médica, enfermeira ou alguém da equipe. (E11)*

Para os participantes do estudo, o vínculo permite com que os profissionais de saúde conheçam além das mulheres, as suas famílias e o relacionamento que se estabelece no contexto destas.

*Conhecer a paciente, conhecer a família. Porque se você não conhece, você não sabe se aquilo pode ocorrer ou não. (E1)*

*Com o tempo tem umas famílias que você já sabe. Como a gente mora ali, tem aquelas famílias que sempre tiveram questão de briga, de álcool e drogas. E como é uma região que tem questão de drogas junto então você já conhece mais ou menos os vizinhos e as famílias que são propensas a ter aquela problemática. Então tem famílias que a gente já chegava sabendo que a mulher apanhou. Então mal ou bem você já sabia identificar aquelas famílias. Daí você sabe que existe violência e tenta conversar sobre isso. (E6)*

*A gente cria um vínculo e elas confiam na gente [...] é a base de tudo. Daí você sabe se a pessoa não é assim. Então tem alguma coisa errada. E na conversa, no diálogo que a gente consegue separar ou você agenda um outro horário aqui na unidade. (E17)*

*A proximidade com a comunidade [...] quanto mais próximo, mais confiança. Acho que fica mais fácil no momento que elas começam a conhecer, vem conversar [...]. (E12)*

De acordo com os profissionais de saúde, algumas mulheres chegam ao serviço e relatam as situações de violência abertamente, aspecto que contribui para a sua identificação.

*É a mulher falar, o principal. (E7)*

*[...] elas falam alguma coisa [...] a maioria chega e fala. (E1)*

*Geralmente parte da mulher. Ela chega contando. (E7)-*

*Esses tempos teve um caso aqui de uma senhora. Ela disse que tinha sido agredida pelo marido. (E2)*

Durante o relato, as mulheres mencionam situações de violência presentes no relacionamento com o marido ou companheiro, dentre as quais se podem citar as brigas frequentes, e agressões de natureza física, psicológica e sexual direcionadas tanto as mulheres quanto aos filhos do casal. Citam ainda, a ingestão de bebidas alcoólicas e o uso de drogas pelo marido ou companheiro, que segundo as mulheres é fator desencadeador ou agravante para a violência vivenciada por estas.

*Tem casos que elas chegam aqui e comentam que não estão bem em casa, que querem sair de casa. [...] meu marido bebe, ele briga muito comigo, briga muito com as crianças, ele bate nas crianças. Querem que o marido vá embora só que eles não vão [...]. (E3)*

*Tinha uma moça que era bem nova da minha área que o marido sempre agredia ela. Agressão tanto psicológica quanto física. Sexual inclusive. Ela disse que muitas vezes ele violentava ela. Ela não queria e ele fazia ela fazer sexo a força. Ela engravidava daí começavam as brigas e então ele agredia ela. (E17)*

*Tem o caso de uma senhora que tem problemas psiquiátricos e o marido é usuário de crack. De vez em quando ele dá umas “loqueadas” e de uns tempos para cá ele tem se tornado mais agressivo. Ela vem aqui e conta, chega com alguns hematomas. (E16)*

O relato de familiares e/ou vizinhos é considerado pelos participantes como aspecto facilitador para o reconhecimento da violência contra as mulheres, haja vista que em muitos casos estas usuárias escondem do profissional a situação que estão vivendo.

*De vez em quando acontece. Mas queixa assim de que foi em casa não. Muito difícil. Eu só vi uma de um namorado. Que a mãe trouxe a guria e disse que o namorado “furou” de faca porque ela não queria mais. A mãe já tinha ido à delegacia dar parte. Ela só veio fazer os curativos e contou que foi por causa do namorado. (E3)*

*Muitas vezes em uma comunidade você vai fazer visita em uma casa e a outra vizinha diz: olha, naquela casa o homem bate nela. Às vezes tem grito. Então tem muita denuncia também por parte da comunidade. É mais fácil a vizinha denunciar do que a mulher falar. (E12)*

*De vez em quando você fica sabendo por algum vizinho. O vizinho vem aqui e te diz: fulana não teve aqui? Pois é o marido fez isso e aquilo com ela. Sofre agressão em casa com as crianças. (E3)*

*[...] alguns (se referindo aos casos) foram os vizinhos que contavam sobre a violência. Mas a mulher não se abria para mim [...]. (E13)*

*Vou lá no vizinho e pergunto “como é?”, embora a grande maioria eu já conheça sabe. Então “você sabe alguma coisa? O que aconteceu? Fulana está casada? O marido, o que ele faz?” Dai uns já dizem “esse não presta, passa batendo na mulher, bate nos filhos. (E19)*

*Eu identifiquei porque uma das crianças disse: né mãe que o pai pegou a faca para te matar? (E11)*

*Às vezes os filhos dão algumas dicas: dizer papai é bravo. (E12)*

Identificou-se que a experiência profissional é compreendida como um fator que facilita o reconhecimento de situações de violência contra as mulheres. Os profissionais referem que pelo fato de trabalharem há algum tempo no serviço, estes conhecem o cotidiano das mulheres e suas famílias.

*A gente identifica pelo costume, pelo tempo de trabalho. Às vezes assim: eu caí. Caiu e ficou com o olho roxo? Eu pelo menos identifico assim, pela história mal contada, pela prática, pelo tempo de trabalho. (E2)*

*Você já conhece há bastante tempo. Você conhece elas [...] vê que elas não estão bem em casa. Com o tempo que você tá aqui já sabe mais ou menos quem é o marido, quem é que pode fazer isso. Já sabe o que elas podem passar em casa [...]. (E3)*

*Como faz muito tempo que eu trabalho, elas contam. Pela proximidade [...] (E15)*

*[...] pela história dela na população do bairro, pelas pessoas que trabalham aqui no posto conhecerem. Já sabiam de outros episódios que ele batia nela. Foi isso que nos levou a pensar que pudesse ser uma agressão. (E10)*

Os profissionais mencionam que obter conhecimento científico acerca da violência contra as mulheres, por meio de capacitações e do processo de educação permanente em saúde pode contribuir para que estes consigam reconhecer com maior facilidade tais situações.

*Uma capacitação, educação permanente neste sentido seria importante tanto pra mulher, quanto para o idoso e para a criança (se referindo à identificação de situações de violência). (E4)*

*O que mais facilita é você estar embasado no conhecimento, em alguma lei específica que facilite a identificação. Que você tenha o mínimo de conhecimento que aquilo é uma agressão contra a mulher. (E19)*

Outro aspecto presente nos depoimentos dos profissionais de saúde se refere à observação de lesões no corpo destas. Tais lesões apresentam particularidades, uma vez fazem parte de um contexto cujo relato não se adequa ao tipo de lesão, conforme consta nos relatos a seguir.

*Eu acho que a própria característica da lesão. (E10)*

*Tem aquelas pessoas que a gente sabe que não é verdade. [...] uma mordida onde não tinha a mordida inferior. Tu já descarta [...]. (E5)*

*Aqui no posto eu me deparei com uma senhora que chegou, 60 e poucos anos. Ela chegou com umas pintas. Só que não era uma pinta de pele. Você via que era queimado de cigarro. Mas eu digo: que alergia é essa? Parece uma queimadura. E ela: não. Daí ela já se retraiu, não me deu mais conversa. Então você nota que pelas lesões não era uma alergia. Era questão de uma queimadura. E às vezes ela aparece com uma queimadura de cigarro [...] um hematoma aqui, outro ali [...]. (E6)*

*O único caso que eu sei de violência contra a mulher é de um olho todo roxo. Ela veio pegar uns atestados para não ir trabalhar. Ela disse que tinha caído de moto. Mas a ACS que conhece o pessoal daqui disse que o marido agredia ela até na rua. [...] eles sempre vem aqui com uma desculpa, mas dava pra ver nitidamente que ela tinha sido agredida. (E9)*

*Aqui a gente recebe casos, que você vê que é violência. Só que poucas se abrem para dizer que é uma violência. Elas chegam aqui e dizem que se machucaram em casa, que caíram [...] fui assaltada, fui isso, fui aquilo. E você vê que não foi. Você sabe que não é normal [...] é difícil tirar delas que é [...] é difícil, poucas te dizem. Poucas se abrem pra dizer que é violência. Mas olhando você vê. Machucado, corte [...] você vê que é violência. (E3)*

*Eu vi alguns, não muitos (se referindo aos casos de violência), mas eu vejo que as mulheres não querem dizer que foram agredidas pelo marido, pelo companheiro ou por outra pessoa. Elas escondem, falam que se bateram, caíram, mas o profissional vê que aquele hematoma ou aquela lesão não pode ter sido causada por aquele fator que ela relatou e sim por uma agressão. [...] às vezes vem as mulheres com um hematoma. A gente pergunta ali na frente porque eu tenho meio que dar uma reciclada no pessoal que passa para a consulta. Dai eu pergunto “ah, do que tu precisa?” [...] “ah eu bati meu olho”. Às vezes o companheiro está junto com aquela cara “invocada”. A gente tem bastante violência domiciliar contra a mulher. Eu percebo. Elas falarem “oh o meu marido me bateu” não. Às vezes eu desconfio muito da mulher. Às vezes tá edemaciado, hematoma. (E19)*

*Acho que o que facilita é uma coisa que você enxerga (se referindo as lesões), porque às vezes é uma coisa escondida que não tem como descobrir se não foi denunciado por alguém. (E8)*

Destacam-se também os diferentes momentos do processo de cuidado em que os profissionais de saúde têm a possibilidade de identificar as situações de violência, dentre os quais podem ser citados, a consulta pré-natal, exame físico e avaliação de lesões (curativos).

*Na consulta de pré-natal é até mais fácil. Eu não pergunto sobre a violência em si. Eu pergunto assim: como está a alimentação? Como você dorme? Come é o sono e repouso? Como é a relação com o teu marido? Como é a tua relação com os filhos? É esse tipo de pergunta que eu faço. A relação em si. Não em relação à violência [...]. (E4)*

*A enfermagem é uma profissão que permite tocar a pessoa. Então tem o exame físico que você deve fazer, cefalocaudal. Tem aspectos que você deve observar desde o couro cabeludo até o dedinho do pé. É uma oportunidade que você tem de fazer uma avaliação e procurar sinais de violência: um corte, uma cicatriz, um hematoma. Ou múltiplos hematomas com diferentes fases de cicatrização [...]. (E16)*

*Teve uma senhora que a gente fez o curativo que ela contou que foi agredida pelo genro. (E2)*

As falas dos profissionais de saúde revelam que a visita domiciliar compreende um espaço privilegiado para reconhecer a violência contra as mulheres. Neste espaço a consolidação de relações de vínculo e confiança entre os profissionais de saúde e as mulheres tende a ser potencializada.

Além disso, ao adentrar os lares das famílias, os profissionais podem conhecer como é o relacionamento intrafamiliar, o que possibilita detectar sinais e manifestações de diferentes tipos de violência, e abordar a mulher para que esta relate a violência vivenciada.

*[...] tem algumas casas até que a gente já foi visitar. Daí você vê pela casa, pelo jeito das pessoas [...]. (E3)*



*A gente vê nas visitas que a gente faz bastante, principalmente a questão do psicológico delas, porque elas tinham medo. Você via até que já tinha acontecido a agressão, só que elas acabavam não dizendo [...]. (E6)*

*A gente faz visita domiciliária. Daí às vezes chega lá, a mulher está com uma lesão no rosto, alguma coisa [...]. (E12)*

*A gente sempre tem um segundo olhar, a gente olha o todo em uma visita, toda família [...]. (E17)*

### **5.1.2 Aspectos subjetivos, inerentes ao trabalho da equipe de saúde**

Na segunda subcategoria, identificaram-se aspectos subjetivos relacionados à prática dos profissionais de saúde para a identificação de situações de violência contra as mulheres.

Tem-se que a observação do comportamento das usuárias é um fator potencializador para essa identificação, uma vez que a maioria das mulheres nestas situações se comporta de modo diferenciado, com destaque para a pouca verbalização.

*O trabalho da enfermagem é um trabalho privilegiado porque você não precisa que a pessoa fale, que ela verbalize que está sofrendo um tipo de violência. A vítima de violência tem uma postura própria. É uma pessoa sofrida, às vezes é uma pessoa que não olha no teu olho. É uma pessoa cabisbaixa, que tem uma postura mais defensiva. (E16)*

*Mais é na observação, porque na verdade a gente tem aquele outro olhar. Você já conhece aquela família, já viu aquela realidade ali uma outra vez, você viu porque ela está diferente ou porque ela não está conversando muito. Na verdade é a maneira como a pessoa se porta, porque a gente cria um vínculo que a gente então conhece um a um aqui. Então a gente tem que ter esse olhar diferenciado. Então quando não tem uma lesão aparente mais é pelo jeito mesmo da família, da pessoa. E porque a gente conhece a realidade, se tem usuário de droga, se o marido é alcoólatra. Quando a gente faz o cadastramento a gente já tem os dados de todo mundo, acompanha aquela família. Você sabe tudo e qualquer coisa. (E17)*

*Às vezes a mulher muito calada, você pergunta “não sei tem que perguntar pro meu marido”, “ah não sei meu marido é que sabe”. “Você pode deixar teu telefone?” “ai não tenho, só posso deixar do meu marido”. Por que a mulher está assim tão submissa, tão isolada, por que tudo se direciona ao homem? Isso causa desconfiança. Não sei se porque eu sou da comunidade é mais fácil de perceber, a gente já conhece as pessoas [...]. (E19)*

*Só no conversar a gente começa a observar o comportamento dela. Se o companheiro está junto, se é filho, ou seja quem for, a gente percebe o jeito que eles se tratam, que se comunicam, como se relacionam e o comportamento da mulher. Às vezes ela fica mais agressiva ou mais agitada ou aborrecida. Dai você vai conversando, tenta ver se ela comenta alguma coisa. Tem pessoas que falam, tem pessoas que se resguardam, se reservam. (E21)*

*A gente percebe que a mulher está tentando se esconder, fica meio “acuada”. Alguma coisa houve. Ela não quer te falar o que aconteceu, mas ela demonstra nas atitudes dela que alguma coisa aconteceu. E daí você começa, aconteceu alguma coisa? Não nada [...] Mas você está vendo que ela está te escondendo algo. (E13)*

A análise das falas dos participantes permite depreender que a observação do comportamento dos filhos e dos maridos ou companheiros também auxilia no reconhecimento da violência cometida as mulheres.

Em geral, os homens que praticam a violência, buscam exercer o controle sob as ações de suas companheiras, inclusive participando de consultas do pré-natal, por exemplo. As crianças por sua vez, demonstram medo ao interagir com o profissional de saúde, o que pode indicar que vivencia a violência dentro de casa.

*Às vezes o homem vem junto no pré-natal e você nota que ele não deixa a mulher falar. Então a gente já fica meio assim: uma gestante que o homem não deixa falar. A gente já vê que é uma situação de impor as coisas, ela se sujeita. Então é uma que a gente já fica de olho, tem uma atenção maior. Vai ter uma criança no meio. Uma gestante que não levanta a voz. Que o marido diz que não entende nada, que não sabe de nada. Então são essas coisas que a gente fica observando. (E12)*

*A gente vê os filhos. Geralmente a criança que vê a mãe apanhar tem medo. (E12)*

## 5.2 ASPECTOS DIFICULTADORES PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Esta categoria temática aponta os aspectos que dificultam a identificação de situações de violência contra as mulheres pelos profissionais de saúde que atuam em serviços de Atenção Primária à Saúde. Encontra-se dividida em duas subcategorias: *Aspectos relacionados ao ocultamento das situações de violência e Aspectos relacionados ao contexto do trabalho dos profissionais de saúde.*

A subcategoria *Aspectos relacionados ao ocultamento das situações de violência* é composta por três núcleos de sentido: a) Negação da situação de violência; b) medo e /ou vergonha para relatar a situação de violência e denunciar o agressor; c) não reconhecimento da situação de violência pela mulher.

A subcategoria *Aspectos relacionados ao contexto do trabalho dos profissionais de saúde que dificultam a identificação da violência contra as mulheres* é composta por cinco núcleos de sentido: a) déficit de profissionais; b) medo dos

profissionais de saúde; c) despreparo da equipe de saúde; d) falta de vínculo; e) presença do agressor.

A Figura 4 ilustra a organização desta categoria, com suas respectivas subcategorias e núcleos de sentido.

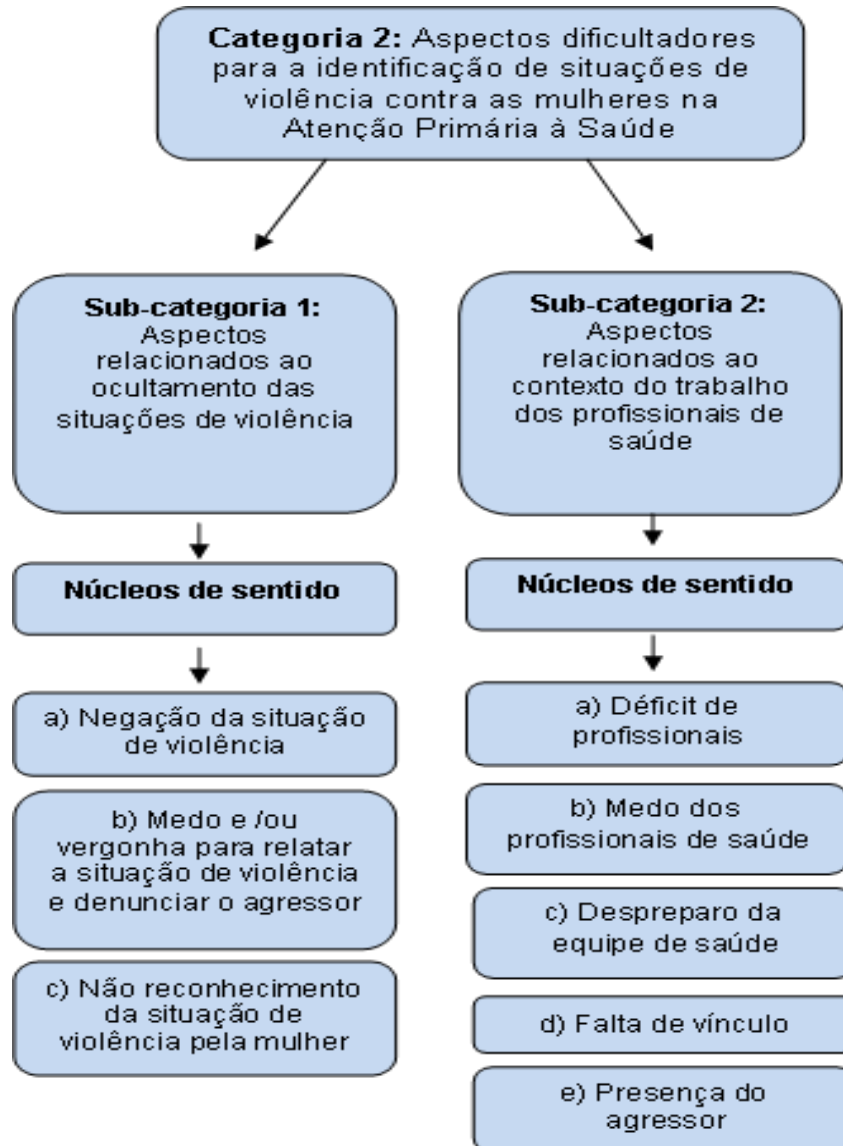


Figura 4 – Síntese da categoria 2

### 5.2.1 Aspectos relacionados ao ocultamento que dificultam a identificação da violência contra as mulheres

Na primeira subcategoria, são identificados os aspectos relacionados ao ocultamento, os quais dificultam a identificação da violência contra as mulheres.

Os profissionais de saúde relatam que o fato da mulher esconder e negar que vivencia situações de violência prejudica o reconhecimento destas, uma vez que a violência contra as mulheres, ainda é uma questão bastante velada, em que as mulheres não falam de si mesmas, não admitem e tem vergonha da situação.

*Os que dificultam realmente é essa coisa velada: não, não é. Eu não quero que apareça. Não quero que os vizinhos saibam. (E1)*

*Quando chega neste assunto (violência) as pessoas não falam muito de si mesmas, elas ficam mais na delas. Porque vivenciam, porque é bastante violenta aqui a região. Então elas sempre sabem a história de alguém, mas nunca falam delas, é sempre da vizinha. (E1)*

*O que dificulta é a negação, o fato da pessoa não querer falar, querer esconder que foi vítima. Se a pessoa vem querendo esconder e não te dá margens pra tentar abordar isso, pelo fato de não querer mesmo que descubram que ela foi agredida, também dificulta. (E10)*

*Casos de violência é muito difícil a gente identificar porque elas escondem. (E11)*

*Elas não admitem, por mais que você tenha desconfiança, se a pessoa chegar e não se abrir para você oferecer uma ajuda, não tem como você tomar uma atitude. Porque como é que você vai denunciar o marido? Mesmo que seja uma denúncia anônima. Chega lá na hora e ela nega, e daí? É muito difícil mesmo identificar o que acontece entre quatro paredes, porque na frente da gente, elas tratam a gente bem, conversam, elas conseguem disfarçar bem a situação. Mas quando a gente vira as costas e sai dali a casa cai. Eles brigam, eles fazem de tudo. (E11)*

*Elas escondem muito aqui. Por mais que eu chegue lá e veja que ela apanhou ela não vai dizer que ela apanhou. (E14)*

*Essa mesmo que veio, a gente sabe que ela apanha, sabe que, segundo os vizinhos ele arrasta ela na rua pelos cabelos e ela disse que não. Dai como é que você vai dizer que sim? Quando eu era agente de saúde uma vez uma senhora aqui, o marido atirou café quente nela e queimou toda ela. No rosto, no corpo. Dai eu ia fazer visita, ela vinha aqui fazer curativo, em momento nenhum ela disse que foi ele. Mas a gente sabia. (E18)*

Os profissionais de saúde acreditam que o medo e /ou vergonha da mulher em relatar a situação de violência e de denunciar o agressor se trata de uma dificuldade para reconhecer tal situação, como demonstram as falas a seguir:

*Muitas mulheres não dão queixa por medo, por não ter aonde ir, ou por ter filhos [...]. (E2)*

*Elas (mulheres) não falam por medo de chegar em casa e apanhar mais. [...] eu disse vai lá e denuncia porque ele bebe muito e bate nas crianças. E ela disse: não, se eu fizer isso é capaz de ele vir pra casa e me matar. A maioria tem medo de denunciar [...] acho que elas tem medo dos maridos. (E3)*

*Quando é em relação ao parceiro eu acho que elas não relatam (a situação de violência) por medo. A gente ouve falar que mulheres foram mortas mesmo com ordem judicial de distância [...] eu acho que é mais por medo. (E4)*

*O medo das mulheres é o que dificulta, a vergonha [...] porque eu acredito que geralmente as mulheres que sofrem agressões físicas e psicológicas também são mulheres que dependem financeiramente do companheiro. Onde elas não conseguem se livrar, se libertar mesmo para fazer uma denúncia. Daí então elas se submetem a tentar, a tentar, e acabam sempre sofrendo essas agressões. E daí elas não querem abrir pra ninguém, por medo e por vergonha. (E5)*

*Eu acho que às vezes é a pessoa mesmo assim por medo do agressor ou da pessoa que está causando a situação de violência. Por medo do agressor a pessoa às vezes disfarça, esconde. Por falta eu acho dela ter segurança de denunciar, de pedir ajuda e ter um lugar que receba ela, que ela não voltar a conviver. No caso se é o marido, se é alguém da família que está agredindo ela, se ela abrir o jogo que está sendo agredida, ela tem que voltar para ali. Ela tem medo disso porque ela vai voltar pro mesmo lugar que estava e pode sofrer mais. É uma situação bem deliciada que ela não deveria voltar pra casa daquele agressor. Isso acaba dificultando que a própria pessoa busque ajuda, que venha até nós os casos. (E8)*

*Eu acho que falta nelas a coragem de denunciar. Só que eu não tiro a razão delas. Elas vão lá, dão queixa no boletim de ocorrência. Olha o que a gente vê aí [...] elas enxergam: os caras fazem, batem. Elas vão lá, denunciam. Os caras vão lá e matam. A mídia nos mostra isso. E a maioria tem filhos. (E14)*

*Elas sentem vergonha de dizer. Às vezes elas tem medo de dizer porque dependem do parceiro pra se sustentar. (E11)*

*A questão da violência tem todo aquele tabu. É horrível para elas [...] a mulher se sente muito culpada. Esse é o problema. A mulher se culpa muito. Aqui a maioria das mulheres tem muitos filhos, vivem em uma condição precária, tem pouco estudo [...] muita droga, muita violência. (E12)*

As falas dos profissionais de saúde permitiram compreender que estes acreditam que outra dificuldade enfrentada para a identificação de situações de violência contra as mulheres se refere ao não reconhecimento pela própria mulher da situação que está vivenciando, o que pode ser evidenciado pelas falas a seguir:

*Acredito que muitas mulheres sejam violentadas diariamente, verbal, moralmente e não saibam detectar essa violência. E assim não exercem o seu direito enquanto mulher de se proteger da violência. Por não reconhecer. Porque eu acredito que a maior parte da população quando fala em violência, pensa que é a agressão física. (E4)*

*É um assunto bem complexo porque a gente é mulher. E quando a gente fala em violência a primeira coisa que a gente pensa é a violência física e muitas vezes a gente esquece que às vezes muito mais judia, machuca a mulher a violência psicológica, a emocional. (E5)*

*Aqui é uma região bem violenta. Então, esporadicamente pode ter sido uma briga entre mulheres mesmo. Mas a gente não consegue identificar porque*

*elas são mais fechadas naquele mundo de super-mulheres que de repente levar um tapa, um soco do marido é a mesma coisa. Não foi uma agressão que perturbou ela, foi corriqueiro. E tem umas que são acostumadas. Porque tem também as que sofrem agressão e as que agridem. (E5)*

*Eu acho que a mulher se acostuma com esse tratamento [...] é submissa. (E19)*

## **5.2.2 Aspectos relacionados ao contexto do trabalho dos profissionais de saúde**

Na segunda subcategoria, são destacados aspectos relacionados ao contexto do trabalho dos profissionais de saúde que dificultam a identificação da violência contra as mulheres.

Os participantes apontam que o déficit de profissionais que compõe as equipes compreende um desses aspectos dificultadores, uma vez que a equipe é pequena, e a população da área de abrangência das ESF e UBS gera uma grande demanda para atendimento.

*[...] é muita coisa. A nossa equipe é pequena, apesar de ter residentes aqui que ajudam bastante. A nossa equipe é a equipe básica: médico, a enfermeira, a técnica e os agentes. Agora que está vindo uma dentista. As equipes são pequenas, então às vezes a gente tem muita coisa para fazer. Daí não tem como focar. Quando vê a gente passa por algumas coisas que não estão assim gritantes na comunidade (se referindo a violência contra as mulheres). (E1)*

*Em uma unidade básica de saúde a gente fica envolvida o dia todo dentro da unidade. Fazendo consulta de enfermagem, acolhimento, atendimento a gestante. E não sobra muito tempo para a gente sair. Porque se a gente sair a unidade fica descoberta. Por isso que fica mais complicado da gente sair (se referindo às visitas domiciliares). Em uma unidade básica que atende mais de 30 mil habitantes, a gente encontra recursos humanos aquém do que deveriam. É difícil, você não tem como andar até a comunidade. Como conhecer a realidade dessas pessoas. Você conhece o que as pessoas nos trazem. Você conhece a gestante, conhece a mãe, conhece o filho, o idoso, o hipertenso, o diabético. Mas o que você conhece é o que ele te relata. (E4)*

*Dificulta que não temos tempo, não temos tempo, são muitas consultas. [...] é muita coisa, é uma atrás da outra, são 30, 35 consultas por turno. Eu tenho que fazer as coisas rápido então não tenho esse tempo para identificar se o paciente não me fala, vejo os olhos e examino. Mas não é porque eu não tenha vontade, é pelo tempo. Isso dificulta. O tempo que temos entre atendimento e atendimento, isso dificulta. (E20)*

As falas revelaram que o medo dos profissionais de saúde dificulta a identificação de situações de violência contra as mulheres. Esse medo deve-se

principalmente ao fato de que as UBS e ESF se situam em regiões extremamente violentas.

*Aqui é muito perigoso. [...] a gente tem que levar por esse lado. Porque de repente ela (se referindo a mulher) fala para o marido: fulano (profissional de saúde) me falou e o cara se incomoda. Não só aqui, como em várias outras vilas em Santa Maria. Porque você trabalha no meio. É uma coisa que interfere. (E2)*

*A gente profissional fica muito vulnerável porque aqui não tem nem guarda. E se a gente notifica e suspeitam que foi a gente? Eles podem muito bem vir aqui e nos dar um tiro. Eu não estou exagerando não. Porque muitas vezes, não pelo fato de ser mulher, mas nós sofremos violência também. Física não. Mas moral e verbal muita vezes. Só que nós não notificamos. (E4)*

Outra dificuldade relatada por um dos profissionais de saúde está relacionada ao despreparo da equipe de saúde para realizar o manejo das situações de violência contra as mulheres em suas respectivas áreas de atuação.

*Essas questões de violência acabam ficando em segundo plano porque outras questões nos são mais cobradas. Vai lá faz a consulta de pré-natal, consulta com a criança. Daí essas questões de violência, questões que são da saúde, mas são mais sociais, acabam ficando de pano de fundo. Daí você lembra de fazer uma educação em saúde sobre aleitamento materno, o pé diabético. Mas essas outras questões ficam. Até porque são questões difíceis de se trabalhar. Na maioria das vezes essa violência ocorre dentro do lar por um familiar, seja o parceiro, ou um familiar. E essas questões assim sociais na verdade a gente não tem nem preparo para intervir [...] fica muito nesta questão biomédica, curativista. Vai lá, faz o procedimento. Trata a lesão, trata a dor. (E4)*

Os profissionais de saúde destacam que a falta de vínculo com as mulheres também dificulta a identificação de situações de violência contra estas:

*Talvez falte um vínculo pra elas se abrirem [...] A gente atende mais de 30 mil pessoas. Fica difícil. (E4)*

*[...] demora para a gente ter uma boa relação com eles. Não é uma coisa assim que tu chega e vai conquistar uma pessoa. Porque tu entra na casa deles como enfermeira, uma pessoa desconhecida. Então pra ti ter uma relação é demorado [...]. (E12)*

Destaca-se também que a presença do agressor junto à mulher também torna mais difícil a identificação de situações de violência pelos profissionais, haja vista que esta inibe o relato das mulheres.

*Aqui eu só presenciei um caso que a moça chegou aqui com ele (se referindo ao companheiro) junto, de óculos, e queria um atestado para não*

*ir trabalhar. Ela disse que caiu, só que a gente sabe que não até pelos vizinhos que contam[...]* (E18)

*Por exemplo, o acompanhante. A pessoa tem direito a um acompanhante e eu acho bom que tenha um acompanhante. Mas no caso da vítima de agressão com certeza ela não irá falar se ela estiver na companhia do acompanhante, se ela estiver na consulta com o acompanhante. Então sempre que possível, eu dou a pessoa a liberdade de ficar sozinha comigo no consultório. E se eu sentir assim que a pessoa não disse; não não quero mas eu sinto que ela gostaria, eu mesma peço para que o acompanhante fique aguardando no salão. Quando eu percebo que eu estou conversando com a pessoa e quem responde é o acompanhante eu peço para o acompanhante: deixar ela falar, eu quero ouvir o que ela está dizendo. Porque aí eu cuido o tom da voz, se a pessoa está gaguejando. Eu sinto se a pessoa está mentindo, mas o olhar dela está me dizendo outra coisa. Então às vezes eu peço até um telefone de contato e anoto no SIASUS para dar um retorno mais tarde. Sempre tem um caminho para a gente seguir. Dificulta quando o acompanhante tenta esconder a pessoa. Quando o acompanhante quer falar pela pessoa. Quando ele quer assumir o quadro clínico da pessoa...não deixar ela verbalizar às vezes atrapalha um pouco.* (E16)

*De repente o marido agressor está ali. Ninguém vai falar. Está vendo que está acontecendo uma violência ali e você não tem como falar naquele momento. Tem que esperar uma ocasião para estar sozinho, ou marcar aqui na unidade para vir conversar.* (E17)

*Eu tive dois casos que eu percebi que elas tinham algo para me falar, mas só não falavam porque o esposo ou companheiro estava perto [...]* (E13)

### 5.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A terceira categoria temática apresenta as concepções e ações dos profissionais de saúde no que se refere à rede de atenção à saúde das mulheres em situação de violência. Está organizada em duas subcategorias: *Concepções acerca da rede de atenção as mulheres em situação de violência por profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde* e *Ações em rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde junto às mulheres em situação de violência*.

A subcategoria *Concepções acerca da rede de atenção as mulheres em situação de violência por profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde* é composta pelos seguintes núcleos de sentido: a) conjunto de serviços e locais para atendimento e encaminhamento de mulheres em situação de violência; b) dificuldades para a atenção em rede.

A subcategoria *Ações em rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde junto às mulheres em situação de violência* é



composta pelos seguintes núcleos de sentido: a) acolhimento, monitoramento e notificação; b) orientações para as mulheres em situação de violência; c) relato e encaminhamento para outros serviços e profissionais; d) trabalho em equipe.

A Figura 5 ilustra a organização desta categoria, com suas respectivas subcategorias e núcleos de sentido.

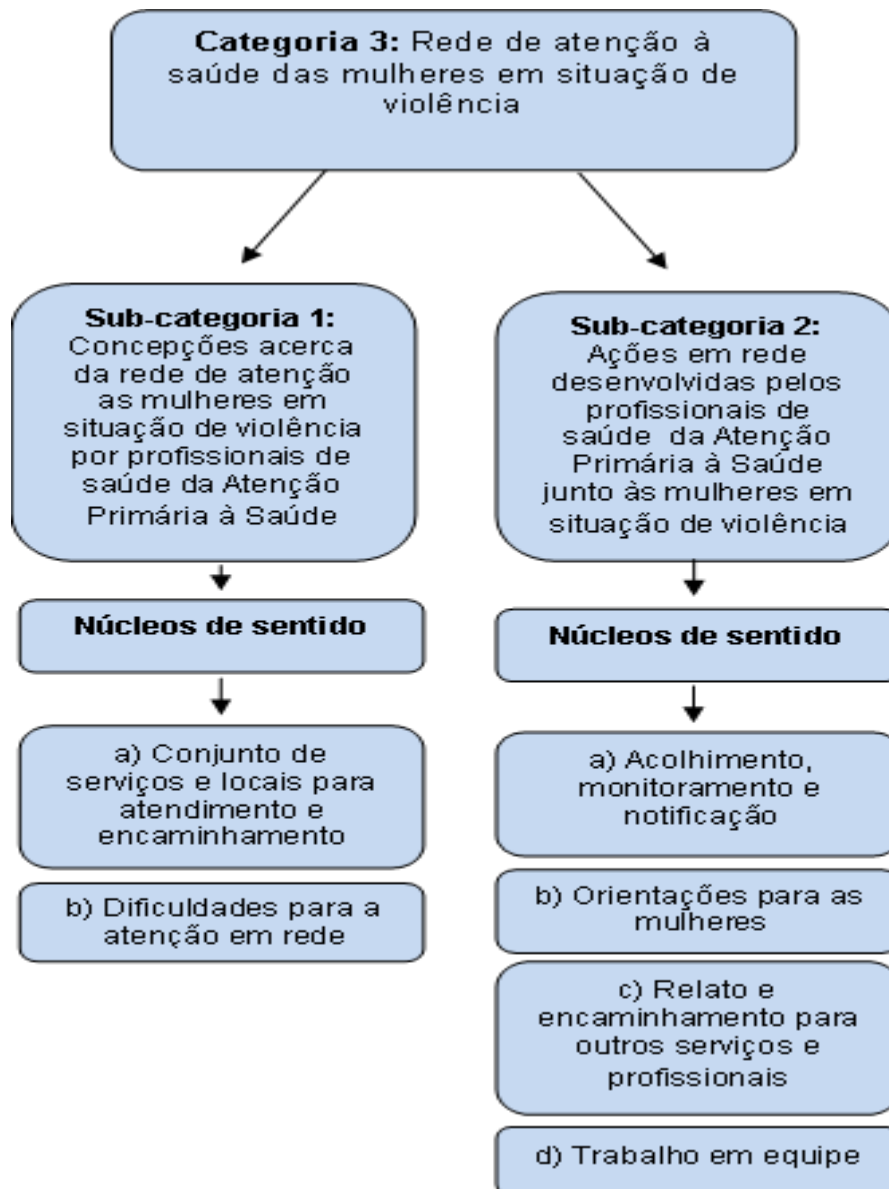


Figura 5 – Síntese da categoria 3

### 5.3.1 Concepções acerca da rede de atenção à saúde das mulheres em situação de violência por profissionais da Atenção Primária à Saúde

Esta subcategoria destaca as concepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde acerca da rede de atenção as mulheres que vivenciam situações de violência.

Para os participantes desta pesquisa o atendimento as mulheres em situação de violência deve ser realizado por um conjunto de serviços, que compõe a rede de atenção, a qual de acordo com relatos é bastante ampla. Dentre esses serviços se podem citar a secretaria de saúde, assistência social, polícia, unidades básicas de saúde, Centros de Atenção Psicossocial, delegacia da mulher, Centro de Referência de Assistência Social e casa de passagem.

*Seria a secretaria de saúde, a de assistência que eu acho que é sempre importante. A assistência social deveria estar nesta rede. Até para poder ver uma solução, e os órgãos competentes, tipo a polícia. É uma rede bem ampla. (E1)*

*Seriam os locais onde oferecem atendimento para essa mulher. A unidade básica é uma porta de entrada [...] a própria delegacia da mulher, os próprios pronto- atendimentos que são porta de entrada, a parte da vigilância em saúde. Tem os CAPS também que fazem parte. Que eu tenho de noção são esses. (E4)*

*Rede de atenção deve ser vários órgãos unidos em prol da violência contra a mulher: a delegacia da mulher, a própria unidade, os CRAS que dão o atendimento, alguma casa de passagem pra mulher em situação de risco. (E15)*

*É um conjunto de suporte que o município oferece para esses casos (se referindo as situações de violência contra as mulheres). Ajuda da assistente social [...] Não tenho muito conhecimento se existe uma rede maior a não ser nos CRAS, CAPS e a notificação do caso. (E8)*

*Acho que entra a delegacia da mulher, CRAS, as unidades de saúde, casa de acolhimento para a mulher em situação de risco. São vários [...]. (E13)*

O relato a seguir revela a concepção de um dos profissionais de saúde sobre a rede de atenção as mulheres em situação de violência, a qual compreende além de serviços de saúde e assistência social que assistem essas mulheres, locais que complementam a rede de apoio. Dentre os quais se encontram a igreja, a família e o emprego destas mulheres.

*Quando a gente fala de rede de atenção a gente tem que trabalhar com aquele conceito de rede ampliada [...] que o meu mundo como profissional de saúde não é só a unidade de saúde onde eu trabalho. São todas as*

*redes por onde a pessoa circula. Qualquer lugar pode ser minha rede de atenção. Não só o CAPS, como a delegacia, a escola, o lugar onde essa mulher trabalha, a família a que ela pertence, uma igreja que ela vai, academia de ginástica, qualquer delegacia independente de ser da mulher ou não, um policial que está ali na frente da escola que eu poderia chamar, todos os CAPS, qualquer unidade de saúde, a secretaria municipal de saúde, a prefeitura, o CEREST (porque se ela for uma mulher trabalhadora vítima de violência provavelmente isso vai ter um impacto no trabalho dela). Então sempre vai haver algum lugar, alguma instituição que eu possa usar como apoio para aquela mulher. Isso é rede. Eu vou construir a minha rede de apoio de acordo com o perfil daquela pessoa. (E16)*

Quanto ao encaminhamento, este é percebido pelos profissionais de saúde como uma forma de qualificar a assistência prestada inicialmente as mulheres nos serviços em que atuam.

*Eu acho que seria o ideal, tu poder encaminhar para um lugar onde existam pessoas capacitadas e habilitadas pra lidar com esse tipo de situação. (E10)*

*Rede de atenção seria um lugar onde elas pudessem ser acolhidas, ser ouvidas, ser encaminhadas. Acredito que ter essa rede que possa dar esse suporte pra ela. Chega aqui na unidade. Pra onde eu vou encaminhar? Vou encaminhar lá para o CREAS, para a promotoria [...] pra onde vou encaminhar? Para a delegacia da mulher?. (E6)*

*Pelo que entendi seria dar toda a assistência que seria necessária. Se a mulher precisasse de um psicólogo, de um encaminhamento com uma assistente social, se precisasse por alguma doença algum tratamento. Um acompanhamento. Não só o que tiver no momento, mas a sequência que eu me preocupo entende. Por exemplo: a pessoa chegou aqui, está machucada [...] vou encaminhar, vai para a psicóloga. Se for violência sexual vai fazer todos os testes, tratamento. Mas e depois? Essa sequência que me preocupa. Para ali e quem vai dar sequência depois? [...]. (E12)*

O depoimento a seguir indica que o profissional de saúde desconhece os serviços que constituem a rede de atenção às mulheres em situação de violência, o que dificulta o trabalho no âmbito desta rede.

*Não entendo nada (se referindo a rede de atenção) [...] porque a gente nunca teve ninguém que dissesse. Existe essa rede? Porque ninguém nunca veio aqui e disse: gente tem isso, isso e isso. (E14)*

Além disso, revelam que apesar da existência da rede de atenção, alguns serviços que a integram não conseguem atender as demandas destas usuárias, o que é demonstrado pelas falas a seguir.

*Todo mundo fala em rede mas a rede tem vários buracos, tu sai daqui e cai num ali então o nosso trabalho diz que é em rede mas não funciona como rede ainda, a gente está tentando. Que a coisa funcione, flua como um sistema. Existe a rede, mas nem todo serviço funciona. Pode funcionar o nosso aqui, chega lá na outra ponta não funciona. (E17)*

*Na real é muito bonito você vir aqui me falar sobre violência, só que nós não temos nada que proteja essa mulher. A gente não tem. [...] No papel é uma coisa mas a realidade é outra (E14).*

### **5.3.2 Ações em rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde junto às mulheres em situação de violência**

A segunda subcategoria descreve as ações em rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde junto às mulheres que vivenciam situações de violência. Apresenta os seguintes núcleos de sentido: a) acolhimento, monitoramento e notificação; b) orientações para as mulheres em situação de violência; c) relato e encaminhamento para outros serviços e profissionais; d) trabalho em equipe.

Os profissionais de saúde relatam que dentre as ações em rede direcionadas ao cuidado de mulheres em situação de violência se encontram o acolhimento, o monitoramento e a notificação de tal situação.

Quanto ao acolhimento, os participantes do estudo sinalizam que este é desenvolvido quando as mulheres procuram atendimento desde a entrada desta no serviço. Mediante o diálogo, os profissionais de saúde buscam compreender o contexto da situação de violência que estas mulheres estão vivendo, a partir do relato das motivações desta, agressor e dos sentimentos experimentados pelas mulheres.

*Conversar com ela, acolher ela primeiro. Porque se ela veio até nós ela quer ajuda. Então você tem que ajudar. (E14)*

*Em primeiro lugar, eu acolho ela, converso, tento saber o motivo pelo qual ela não consegue se desvincular disso (violência). A gente pode tentar identificar qual é o nível de estresse, o que está incomodando aquela mulher, como está o psicológico dela. E perguntar se ela quer que a gente ajude de alguma forma. (E5)*

*Eu iria acolher essa mulher, ouvi-la [...] Depende, por exemplo, foi uma agressão verbal. Eu iria conversar com ela, ver o quanto isso a afetou. Ver quem foi o agressor [...] Perguntaria se ela gostaria de falar comigo de novo amanhã, semana que vem. Me propor [...] se acontecer de novo pode voltar aqui. Seria mais neste sentido, de escuta mesmo. Porque às vezes não tem muito o que fazer. A gente escuta, dá um encaminhamento. Tu pode amparar na questão de saúde. Marcar novamente outras consultas de enfermagem para ouvir. (E4).*

*A primeira coisa eu pergunto para ela como é que ela se sentiu, se foi a primeira vez. [...] porque às vezes ela está apanhando desde muito e nunca quis denunciar, já acostumou. Eu não posso dar meios pra ela sem saber como ela se sentiu. O que você pensa, o que você tem vontade? (E15)*

*Eu ia tentar conversar, entender o porquê. Avisar que não tem o porquê da violência. Eu acho que eu iria na realidade escutar se ela quisesse me falar porque não tem justificativa no meu ponto de vista. Para violência não tem justificativa. (E18)*

O depoimento a seguir destaca que no que se refere ao monitoramento, este se baseia em informações colhidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, haja vista que estes são os profissionais que estão mais próximos das mulheres em situação de violência e de suas famílias. Os profissionais de saúde buscam investigar se as mulheres realizaram as condutas sugeridas e como ficará a situação das mulheres após estas.

*A gente monitora, vê com a agente de saúde, como é aquela família [...] A gente conversa com o ACS, vê realmente se ela (mulher) fez as condutas, tipo boletim de ocorrência. E vê como é que vai ficar a situação depois. Se aquele companheiro vai continuar na casa, ou não vai?. (E1)*

Quanto à notificação compulsória, os profissionais de saúde mencionam que esta é realizada tanto em casos confirmados quanto em casos de suspeita de violência contra as mulheres. Para estes profissionais, notificar os casos citados é relevante uma vez que possibilita a construção do quadro epidemiológico das regiões.

*Notificar o caso, porque mesmo caso de suspeita a gente notifica. (E8)*

*Primeiro eu chamo a minha enfermeira, e eu peço o formulário de notificação da violência. Porque esse formulário vai cair no setor de epidemiologia do município, vai ajudar a construir o quadro epidemiológico real da região e vai chamar a atenção dos gestores para a necessidade de fazer campanhas, programas, políticas que abordem a questão da violência. Eu informo a pessoa da notificação, da importância da notificação. Deixo ela tranquila, de que aquilo não vai ser levado à polícia. Não é uma denúncia. Isso só vai contribuir para construir a realidade da região em que a gente mora. (E16)*

Os participantes do estudo mencionam algumas orientações direcionadas as mulheres diante de situações de violência, como a denúncia ao agressor. Segundo os profissionais, estes buscam empoderar as mulheres para que estas reconheçam que a violência não é algo banal e que a denúncia se faz necessária.

*A gente orienta a fazer (boletim de ocorrência), mas a gente não tem como fazer por ela. A gente orienta que ela deveria fazer com este companheiro que a maltrata. A gente tenta conscientizar a mulher que não é uma coisa normal o companheiro bater todos os dias nela. (E1)*

*Se for da vontade dela, se ela pedir ajuda, tentar convencer ela que teria que fazer um registro policial, a denúncia [...] porque não tem como um terceiro fazer isso. (E5)*

*Em primeiro lugar eu sempre procuro orientar a mulher para que ela tome a atitude que tem que ser tomada: olha, ninguém é obrigado a viver com ninguém. Se não der certo vai cada um para o seu lado, tem lei para tudo. Mas tu tem que procurar teus direitos. Você está esperando o que pra tomar uma atitude? Eu oriento sobre a Lei Maria da Penha e que procure a delegacia da mulher e vai fazer uma queixa, para tu ter uma medida protetiva. Porque daí tem todo aquele contexto [...] o agressor tanto pode só bater, como pode matar também. Hoje é um tapa, amanhã ele dá um soco. Depois ele pode dar um tiro ou uma facada. Ninguém sabe o que tem na mente de uma pessoa perturbada. Então eu sempre oriento, resalto os riscos. Mostro exemplos que a gente vê no dia-a-dia de mulheres que são mortas pelo ex-marido ou pelo marido. Falo sobre a medida protetiva, que muitas nem sabem que tem. Mas mais orientação mesmo, não me envolvo diretamente. (E11)*

De acordo com os depoimentos, os profissionais de saúde esclarecem as usuárias quanto aos direitos que estas possuem, com destaque para a Lei Maria da Penha. Ainda, orientam as mulheres a procurar atendimento nos serviços que compõe a rede de atenção.

*A gente aconselha elas fazer o melhor para elas. Explica os direitos delas, fala sobre a Lei Maria da Penha. Porque hoje em dia tem recurso. Não pode estar sofrendo violência. (E3)*

*Falar que existe a delegacia da mulher para que ela fosse lá. (E4)*

*A gente vai ofertando o serviço. Tu vê que a família está passando por necessidade: tem o CRAS, o CREAS. Tu oferta [...] tu pode ir lá qualquer coisa que acontecer [...] vai lá no CREAS, nem que não vá fazer denúncia, mas tu vai lá e conversa. Tem psicólogo, assistente social no CREAS. Você oferta possibilidades. (E6)*

*A primeira coisa é tentar conversar com a pessoa, tentar orientar ela, dizer que tem coisas para fazer. A gente fala que pode fazer a notificação. Que a gente tem a possibilidade de encaminhar, desde que ela procure. Falo da lei, que a mulher tem o direito de se defender. Que tem como se defender. Mas a gente diz que quando começa com uma agressão leve geralmente cada vez vai ficando pior e é um risco pra ela e para os filhos. E que dá pra se tratar de repente. Ir na psicóloga, fazer um acompanhamento. (E12)*

*Eu falei para ela ir na delegacia da mulher. Expliquei para ela os direitos que as mulheres tem. Que ela tinha o direito de não ser agredida, que ela poderia procurar a delegacia que ia proteger ela, procurar a promotoria pública, denunciar o caso. A gente também trabalha com a lei Maria da Penha. Expliquei como é que ela poderia proceder, procurar alguém, uma orientação. (E17)*

A fala a seguir demonstra que apesar de orientar as mulheres que vivenciam situações de violência a procurar assistência, alguns profissionais de saúde se sentem receosos em realizar a notificação dos casos.

*Eu oriento, coloco da importância do que ela deve procurar dou até o endereço, mas não notifico [...] o atendimento mesmo eu procuro encaminhar, porque isso aí envolve polícia. (E7)*

*Eu não posso chegar e dizer "ai vai lá e denuncia teu marido". Não, eu vou passar a orientação: "procura a delegacia da mulher, chama a brigada, alguma coisa". Eu não posso chegar e dizer faz isso e aquilo [...] eu falo por cima o que ela pode procurar porque o momento em que eu fizer isso daí eu não posso mais voltar na casa porque aí o cara vai dizer "ô malandro, tu vem aqui e tu orientou minha mulher isso e aquilo ou disse pra ela fazer tal coisa" então eu falo por cima assim. Mas deixo na escolha dela. (E19)*

As falas dos profissionais de saúde revelam que estes realizam o relato e encaminhamento da situação de violência para outros serviços e profissionais que compõe a rede de atenção.

*A gente tenta encaminhar para onde está o fluxo. A gente encaminha elas com a referência. Se é violência sexual tem que encaminhar direto para o HUSM ou para o PA. (E1)*

*Comunicar a assistente social ou comunicar a enfermeira da unidade ou a diretora da unidade. Daí elas vão comunicar a assistente social. Se a gente vê isso a gente tem que falar pra elas e elas vão comunicar. Ou a gente mesmo pode pegar o telefone e ligar pra comunicar ela (assistente social). Daí ela que resolve. Se precisar ela vem até a unidade. Já aconteceu muitas vezes de vir até a unidade. Vem, vai com alguém até a casa. Depois ela vai sozinha fazer os outros trabalhos com as outras pessoas. Daí aqui a gente só encaminha. Depois lá eles que trabalham isso. (E3)*

*Dar os encaminhamentos necessários (se referindo a violência sexual). Levar até o médico, pedir o encaminhamento para um psicólogo ou para um psiquiatra. Trabalhar em conjunto com o médico clínico-geral ou com o médico ginecologista. (E4)*

*O caso chega a nós, a gente avalia [...] vai para a enfermeira e a enfermeira fala com a coordenadora [...] é aquela hierarquia. Tem como tu encaminhar para uma assistente social, grupos de apoio, tentar marcar uma consulta psicológica. (E5)*

*A violência sexual eu procuro encaminhar para o IML, medicina legal, pra fazer o exame de corpo de delito. (E7)*

*Eu já encaminhei para serviços [...] algumas direto para a delegacia da mulher porque a gente tinha um contato bem direto com as gurias. Algumas eu levava a unidade até elas porque elas não podiam vir até a unidade por risco. Daí a própria unidade fazia os encaminhamentos. (E15)*

De acordo com os depoimentos de participantes do estudo, estes buscam no trabalho em equipe, a resolução de situações de violência contra as mulheres no território em que atuam. Em geral, este processo inicia com o relato da situação a enfermeira coordenadora da ESF ou UBS, a qual repassa as informações à equipe, que determina quais as ações a serem adotadas.

*Geralmente a gente fala com a enfermeira da unidade. Passa para a equipe. A gente não pode tomar nenhuma decisão sozinha. Tudo tem que ser em equipe. (E11)*

*Eu chamo sempre uma enfermeira e resolvo com ela. Eu nunca resolvo sozinho esse tema específico [...] sempre se resolve melhor em equipe. (E20)*

Destaca-se o relato de um dos Agentes Comunitários de Saúde, o qual acredita que sozinho não pode tomar nenhuma atitude com relação as situações de violência contra as mulheres. A fala a seguir, também revela o medo que este profissional tem pelo fato de desenvolver grande parte de suas atividades na rua.

*Eu não vou fazer nada. Eu vou chamar a enfermeira, vou conversar com a equipe e a equipe vai resolver o que vai fazer. Porque eu como trabalho na rua, nem tenho como fazer nada. O que vai acontecer é que a equipe vai tentar ajudar da forma legal, da forma que tem que ser. Mas isso é a equipe, eu e a equipe. Mas eu tomar uma atitude não. Primeiro vou falar com a equipe. Com a enfermeira que é minha supervisora e com o médico pra gente ver no que pode ajudar. Tudo que é problema que tem a gente não pode resolver nada sozinha. É a equipe que tem que resolver. A gente tem que passar os casos pra equipe em reunião. A equipe conversa, a equipe tenta resolver da melhor forma possível. (E14)*

A seguir, a Figura 6 apresenta a síntese das categorias temáticas, sub-categorias e respectivos núcleos de sentido a fim de facilitar a compreensão das mesmas.



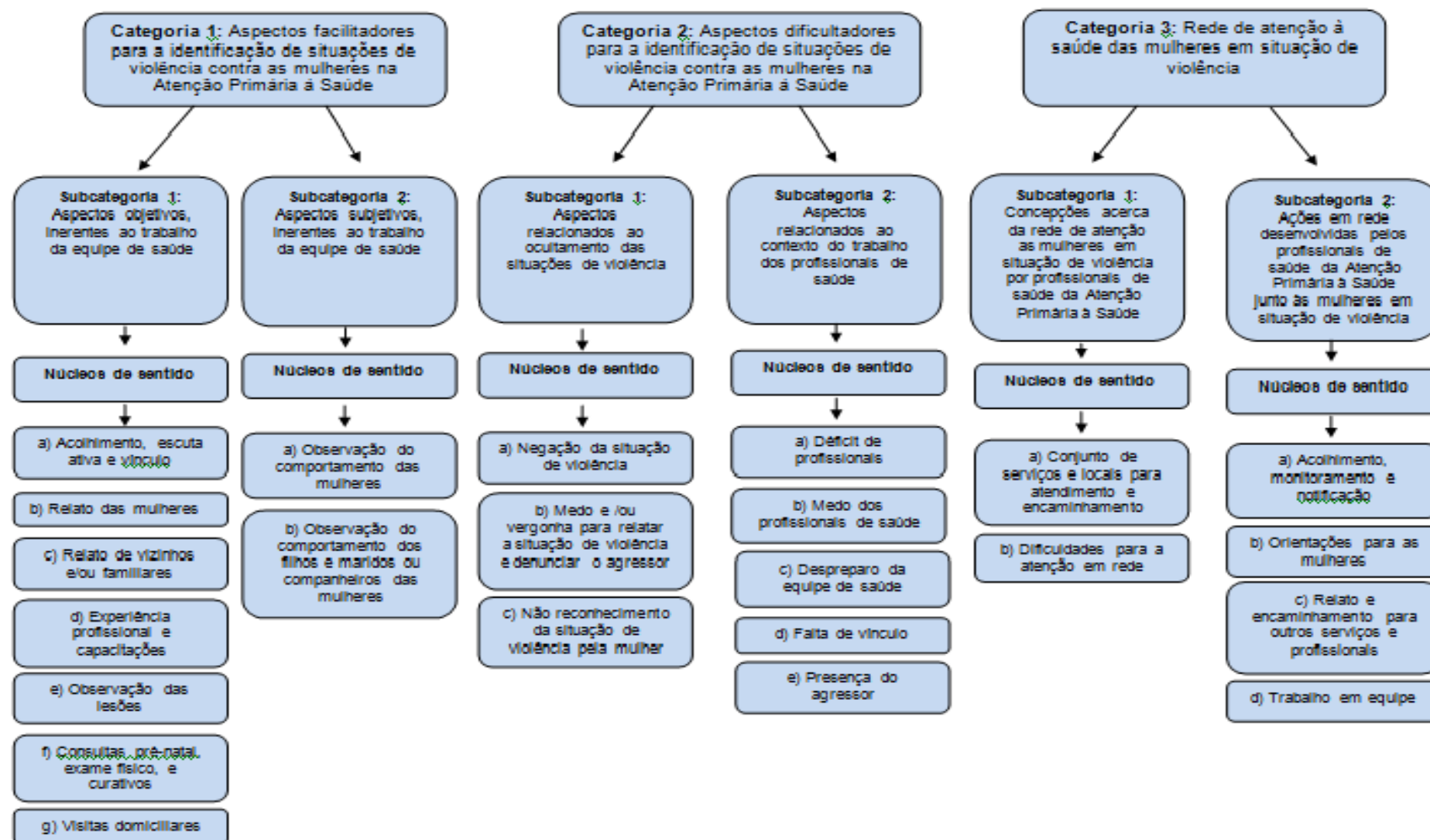


Figura 6 – Síntese das categorias temáticas, subcategorias e núcleos de sentido



## 6 DISCUSSÃO

---

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Tereza de Calcutá)



## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 ASPECTOS FACILITADORES PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os aspectos facilitadores para a identificação de situações de violência contra as mulheres foram objetivos e subjetivos e estiveram relacionados ao trabalho da equipe de saúde. Quanto aos aspectos objetivos, os profissionais indicaram o acolhimento, escuta ativa e vínculo; o relato das mulheres; o relato de vizinhos e/ou familiares; a experiência profissional e capacitações; a observação das lesões; as consultas pré-natal, exame físico, e curativos; e as visitas domiciliares.

No que se refere ao acolhimento, o Ministério da Saúde (MS) orienta que este seja realizado por qualquer membro da equipe de saúde, tendo início com a entrada do usuário no serviço e prolongando-se ao longo de todo o cuidado (BRASIL, 2012c). O acolhimento, portanto, deve ser entendido como um processo contínuo, permeado pela escuta ativa e o vínculo. Tal processo deve ser realizado desde que o momento em que a mulher acessa o serviço de saúde, até que suas necessidades em saúde sejam atendidas de modo integral neste serviço, ou que seja encaminhada para outro local dentro da rede de atenção.

O acolhimento de uma mulher em situação de violência no serviço de saúde implica na oferta de um ambiente favorável para o relato desta situação. Neste sentido, o profissional de saúde deve buscar compreender este relato, sem culpabilização e julgamentos (BRASIL, 2012c).

Neste sentido, os profissionais de saúde relataram que ao atender uma mulher que não possua lesões de natureza física, supondo que esta vivencia uma situação de violência, procuram no acolhimento e na escuta compreender como são os relacionamentos que esta mulher estabelece em seu dia-a-dia. Assim, a suspeita de violência pode ser confirmada ou não.

Este achado vai ao encontro dos resultados de uma pesquisa que buscou conhecer as percepções e práticas de profissionais de saúde da Angola acerca da violência contra as mulheres. Estes, principalmente ao observarem lesões físicas, como queimaduras e fraturas, suspeitam da violência e buscam a sua confirmação (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Esta conduta pode revelar uma

assistência tradicional e fragmentada. Nesta direção, o acolhimento pode ser uma das possibilidades encontradas para superar esse modelo de assistência à saúde, visando torná-la mais receptiva e eficiente (DE CARLI et al., 2014).

Destaca-se que os profissionais de saúde devem considerar que cada usuário é único, e está inserido em um contexto social, cultural e histórico distinto, com crenças e valores singulares (BRASIL, 2012c), os quais necessitam ser contextualizados e compreendidos durante o atendimento, que pode desencadear o relato da situação de violência.

O acolhimento está vinculado aos conceitos de escuta, do toque e da recepção, exercendo papel ímpar na reorganização dos processos de trabalho dos profissionais dos serviços de saúde, e contribuindo para a humanização das suas ações (MORAES; ROCHA, 2010). Em se tratando da enfermagem, acolher as mulheres em situação de violência se refere a enxergá-las com sensibilidade e humanidade, buscando a integralidade das ações em saúde (MORAES; ROCHA, 2010).

A humanização, portanto, requer que os profissionais de saúde se solidarizem com a situação vivenciada pelas mulheres, tendo como objetivo final, um cuidado para além do tratamento de lesões, ou seja, que proporcione a construção de uma relação baseada no respeito e confiança junto a estas mulheres (GOMES et al., 2012).

É neste sentido que os profissionais de saúde devem ser capazes de estabelecer uma relação de vínculo com as mulheres, que possibilite com que estas confiem individual e institucionalmente nestes profissionais. Assim, poderão se sentir mais seguras para relatar a situação de violência vivenciada, ao passo que os profissionais poderão conhecer em que circunstâncias esta situação se deu, quais os possíveis agravantes, assim como as possibilidades de apoio social e familiar que estas mulheres possuem para o enfrentamento da situação (BRASIL, 2012c). Reiterando a importância do vínculo na assistência as mulheres em situação de violência, resultados de um estudo apontam que este favorece o diálogo entre as usuárias e os profissionais, tornando o atendimento e acompanhamento mais rápidos e efetivos (GUERRERO et al., 2013).

O vínculo permite ainda com que seja constituída entre profissional de saúde e usuárias, uma relação pautada na confiança. Esta é elemento fundamental dessa relação e, para que ocorra, torna-se necessário que os profissionais adotem uma

postura empática, de respeito à privacidade das mulheres, bem como ofertem explicações compreensíveis a estas, o que também tende a favorecer o relato da situação de violência (REIS et al., 2010; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Ainda, os profissionais podem empregar diferentes estratégias de comunicação para a discussão da questão da violência junto às mulheres: criando oportunidades abertas para discussão, sendo empáticos, sensíveis, o que amplia a possibilidade de a mulher revelar a violência sofrida (RHODES et al., 2007). As usuárias nesta situação esperam serem ouvidas e aconselhadas (USTA et al., 2012), ou seja, esperam receber orientações sobre como proceder diante da situação que estão vivenciando.

Os resultados deste estudo indicaram que a escuta ativa perpassa vários momentos do processo de cuidado às mulheres nos serviços de saúde cenário deste estudo, como a aferição da pressão arterial, por exemplo. Durante esse procedimento, os profissionais de saúde podem criar um espaço propício para o relato da situação de violência pelas mulheres, ao ouvir atentamente estas, demonstrando respeito as suas especificidades e interesse em ouvir e auxiliar as mulheres no enfrentamento da situação.

A escuta qualificada tende a favorecer o relato da situação de violência (REIS et al., 2010). Esta é apontada pelo MS como a estratégia primordial a ser empregada pelas pessoas que assistem usuários que vivenciam a violência, sejam eles homens ou mulheres (BRASIL, 2005).

Estudo apontou que para a identificação de situações de violência contra as mulheres por profissionais de ESF, não foram empregados instrumentos específicos, nem consideradas as necessidades com as quais as mulheres chegam até o serviço. A identificação ocorreu principalmente pela observação de sinais, pelo relato das mulheres ou de pessoas próximas a estas (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013), questões também encontradas no estudo em tela.

Quanto ao relato das mulheres sobre a violência vivenciada, estudo aponta que este se torna fundamental, pois favorece as intervenções e encaminhamentos dos profissionais de saúde (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Quando as mulheres não revelam a situação, os profissionais necessitam avaliar com maior cautela as lesões apresentadas por estas usuárias, por exemplo (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Neste sentido, o relato de familiares e/ou vizinhos também foi apontado pelos profissionais de saúde, como um aspecto que facilita com que estes identifiquem a violência vivenciada pelas mulheres. Muitas vezes os familiares presenciam as situações de violência, e acabam relatando esta aos profissionais, ao levar as mulheres até o serviço de saúde para receber atendimento, ou também durante uma visita domiciliar. Quanto aos vizinhos, estes são atores estratégicos para esta identificação, uma vez que podem presenciar e ouvir algo que possa se caracterizar como uma situação de violência contra a mulher.

Ao longo das entrevistas, muitos profissionais de saúde indicaram que, grande parte das situações de violência contra as mulheres são reconhecidas mediante a observação de lesões físicas. Apesar de não constituir a única forma de violência vivenciada pelas mulheres, o destaque para lesões como queimaduras e hematomas no rosto, por exemplo, está associado à visibilidade da violência na percepção dos profissionais.

Este achado vai ao encontro de um estudo que objetivou conhecer os aspectos que contribuem para a identificação da violência contra as mulheres pelos profissionais de saúde, o qual apontou que o reconhecimento desta pode ser realizado mediante manifestações físicas, problemas psicológicos e por agravos à saúde reprodutiva (GOMES, et al, 2012). Os profissionais relataram que os aspectos citados são identificados por se tratarem de marcas visíveis que as mulheres apresentam, as quais são sugestivas de violência, concepção vinculada diretamente a uma formação de cunho tecnicista (GOMES, et al, 2012).

Outro aspecto que auxilia os participantes do estudo a identificarem a violência contra as mulheres é a experiência profissional, compreendida pelos profissionais como o tempo de trabalho no serviço de saúde. Para Gomes et al (2012), a experiência proporciona respaldo aos profissionais para o reconhecimento das situações de violência, e permitem com que se tornem atores fundamentais para averiguar as suspeitas de violência contra as mulheres, mesmo que os indícios sejam pouco claros.

As consultas pré-natal e as visitas domiciliares foram apontadas pelos profissionais de saúde como lócus para o reconhecimento da violência vivenciada pelas mulheres. O que converge com os resultados de uma investigação que buscou compreender os limites e as possibilidades avaliativas da ESF para identificar e enfrentar as necessidades em saúde das mulheres em situação de violência, que



indicou estes espaços como potencializadores da identificação da violência (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Pesquisa realizada com 30 profissionais de equipes ESF, com o objetivo de analisar os limites e potencialidades relacionados à assistência direcionada a mulheres em situação de violência, revelou que a visita domiciliar se constitui como uma importante ferramenta para a sua identificação. Neste espaço, os profissionais são capazes de detectar sinais e manifestações de diferentes tipos de violência, e abordar as usuárias para que estas realizem o relato da situação de violência (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

Destaca-se neste contexto o papel dos Agentes Comunitários de Saúde. Estes profissionais realizam as visitas domiciliares de modo sistemático em seu processo de trabalho, o que permite com que estabeleçam uma relação pautada em uma maior espontaneidade e horizontalidade em comparação com outros profissionais (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Mediante tal relação, estes profissionais tem a oportunidade de conhecer a situação saúde-doença das mulheres (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013), podendo identificar também possíveis situações de violência direcionadas a estas usuárias.

A visita domiciliária foi outro aspecto objetivo do trabalho da equipe de saúde que neste estudo foi considerado facilitador da identificação da violência contra as mulheres. Permite que o profissional de saúde, ao adentrar o domicílio das mulheres, perceba possíveis manifestações da violência, seja mediante a observação de lesões físicas, ou do comportamento da mulher, dos filhos e/ou de companheiros e outros familiares. Tal observação pode levar a suspeita da ocorrência de situações de violência, as quais posteriormente poderão ser confirmadas.

Entretanto, para que essa confirmação se torne possível, se faz necessário entre o profissional e a usuária que se constitua uma relação permeada por laços de confiança (CRUZ; BOURGET, 2010). Ainda, que haja uma interação e diálogo horizontais entre esses atores, que permita com que a visita domiciliária se consolide enquanto facilitadora das ações de saúde (CRUZ; BOURGET, 2010), nelas compreendida a prevenção e enfrentamento da violência contra as mulheres.

No que se referem às consultas pré-natal, os profissionais de saúde relatam que estas compreendem espaços em que é possível identificar a violência vivenciada pelas mulheres. Nas consultas, apesar de os profissionais não as

questionarem sobre a violência em si, abordam a relação que estas possuem com o marido e/ou companheiro e com os filhos, os quais podem ser possíveis agressores.

Por outro lado, um estudo que analisou os registros de atendimentos pré-natal na Atenção Básica, buscando identificar as condutas adotadas por profissionais de saúde diante da suspeita ou confirmação de situações de violência doméstica, revelou que o pré-natal não foi considerado um espaço para o relato da violência vivenciada pelas mulheres (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010).

Para os autores, a assistência prestada as gestantes durante as consultas, tinha como base as questões biológicas, sendo que as de natureza sociocultural e econômica inerentes a vida das mulheres não eram julgadas como relevantes no contexto da violência, e por tal motivo não eram investigadas e registradas no pré-natal (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010). Assim, o espaço do pré-natal acaba por não ser usufruído de maneira proveitosa (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010), o que demonstra que esta forma de assistência acaba deixando inúmeras lacunas para a identificação da violência contra as mulheres.

Quanto aos aspectos subjetivos, inerentes ao trabalho da equipe de saúde que facilitam a identificação das situações de violência, os profissionais indicaram a observação do comportamento das mulheres; e a observação do comportamento dos filhos e maridos ou companheiros das mulheres. Grande parte destas quando vivenciam a violência passam a apresentar um comportamento singular, que leva os profissionais a suspeitarem da violência. Nesta direção, destaca-se uma postura cabisbaixa, que retrata sofrimento advindo da violência; a pouca verbalização. Por outro lado, algumas adotam uma postura agressiva e defensiva, pois quer esconder a situação.

No que se refere à observação do comportamento dos filhos das mulheres, esta também auxilia os profissionais de saúde no reconhecimento da violência contra as mulheres, porque em geral, as crianças que presenciam a violência dentro do lar, se mostram receosas ao interagir com os profissionais. Os maridos e/ou companheiros, por sua vez, apresentam um comportamento controlador em relação às mulheres, não permitindo que esta verbalize em uma consulta pré-natal, e na visita domiciliar, por exemplo.

## 6.2 ASPECTOS DIFICULTADORES PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os aspectos dificultadores para a identificação de situações de violência contra as mulheres estão relacionados ao ocultamento das situações de violência pelas mulheres e ao contexto de trabalho da equipe de saúde. Quanto aos aspectos de ocultamento, os profissionais indicaram a negação da situação de violência; medo e /ou vergonha para relatar a situação de violência e denunciar o agressor e o não reconhecimento da situação de violência pela mulher.

Estudo de Moraes e Rocha (2010) revela que as situações de violência contra as mulheres podem estar escondidas atrás do silêncio, medo e vergonhas das mulheres, quando estas procuram os serviços de saúde com queixas diversas. Assim, recomendam ouvi-las atentamente, pois se trata de uma oportunidade de rastreio de possíveis situações de violência (MORAES; ROCHA, 2010).

Estudo realizado pela OMS (2002) concluiu que do total de mulheres que sofreram violência física no Brasil, aproximadamente 20% se mantiveram em silêncio, não mencionando a situação vivida nem mesmo a amigos ou familiares.

Nesta direção, outro estudo destaca que este silêncio, se deve muito a aspectos culturais, em que predomina a superioridade do homem sob a mulher, sendo que esta é tratada em uma condição de subalternidade (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Ainda, deve-se a falta de apoio da família para a realização da denúncia da violência cometida pelo homem/companheiro, a qual acredita que o casal possa se reconciliar, além do temor de ficar sem um lar ou de vir a sofrer outros abusos (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Destaca-se que a condição de subalternidade feminina diante do homem vem sendo construída historicamente, em que o homem é visto como o detentor do saber e poder dentro da relação. Assim, a mulher acaba muitas vezes aceitando o que lhe é imposto, incluindo a violência. Diante deste contexto, revelar a violência vivenciada é algo complexo, pois muitas mulheres acabam naturalizando o emprego da violência na resolução de conflitos em relacionamentos pessoais e familiares.

Quanto ao medo das mulheres, muitas permanecem em uma situação de subjugação e de violência, por serem dependentes financeiramente em relação a seus maridos ou companheiros, o que as deixa receosas em abandonar o lar e buscar outros meios para sustentar a si e aos filhos (ARBOIT et al., 2015).

Diante deste contexto, uma das consequências do silêncio da mulher pode ser a reincidência das agressões (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014), o que constituiu uma das grandes barreiras para o reconhecimento e enfrentamento da violência contra essa população.

Por outro lado, uma pesquisa que buscou traçar a trajetória de mulheres em que vivenciam a violência de gênero na cidade de Porto Alegre, Brasil, apontou que frequentemente estas revelam a situação a pessoas próximas, membros da família, amigos ou colegas de trabalho (MENEGHEL et al., 2011). No entanto, muitas vezes estes não se solidarizam com a situação, sobretudo, devido às questões de gênero (MENEGHEL et al., 2011).

Quanto aos aspectos relacionados ao contexto do trabalho dos profissionais de saúde dificultam a identificação de situações de violência contra as mulheres, os profissionais indicaram o déficit de profissionais; o medo dos profissionais de saúde; o despreparo da equipe de saúde; a falta de vínculo; e a presença do agressor.

O déficit de profissionais de saúde para compor as equipes é outro aspecto que dificulta a identificação das situações de violência contra as mulheres. Esse déficit tem como consequência, dentre outras, a realização de consultas superficiais, nas quais os profissionais não acompanham as mulheres ou limitam as possibilidades de diálogo acerca do problema vivenciado (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Neste sentido, um estudo qualitativo desenvolvido com 72 mulheres, visando conhecer as percepções destas acerca do atendimento prestado no âmbito do sistema de saúde no que se refere à violência doméstica, revelou que o profissional de saúde deve disponibilizar um espaço de adequado para a abordagem do tema junto à usuária (USTA et al., 2012), o que é fundamental em uma consulta, seja ela médica ou de enfermagem.

Outro limite apontado pelos profissionais participantes do estudo está relacionado ao medo em abordar a mulher em situação de violência e em contrapartida também sofrer algum tipo de agressão, tendo em vista o contexto em que as UBS e ESF cenário do estudo se localizam. Como consequência, a violência contra as mulheres, muitas vezes não é tratada como foco da assistência, considerando a sua natureza doméstica e privada (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Assim, nos casos em que os profissionais suspeitam que o agressor seja o próprio marido ou companheiro da mulher, estes se sentem receosos para

questionar as mulheres acerca da violência, acreditando que estariam invadindo a privacidade do casal (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

O despreparo da equipe de saúde para abordar a questão da violência contra, em especial para a sua identificação, pode ser explicado por uma formação profissional que priorizou aspectos curativos e biomédicos. Devido a esse despreparo, algumas vezes as suspeitas de violência se misturam e acabam tornando-se habituais no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, tendo como consequência a sua naturalização (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012).

Compartilhando estes resultados, uma pesquisa cujo cenário foi uma unidade básica de saúde revelou que grande parte dos profissionais de saúde não tiveram contato com a temática durante a graduação, ou esta foi abordada exclusivamente de modo expositivo (OLIVEIRA; ALMEIDA; MORITA, 2011). Esse fato se deve a uma estrutura curricular que deu ênfase a intervenções de cunho técnico e curativista, em detrimento da abordagem de temas como a violência (OLIVEIRA; ALMEIDA; MORITA, 2011).

Outro estudo buscou conhecer a percepção e representações dos profissionais de saúde acerca da problemática da violência contra as mulheres, bem como os limites encontrados para acolher estas (KISS; SCHRAIBER, 2011). Nele identificou-se nenhum profissional de saúde que participou do estudo recebeu treinamento específico para atuar diante de situações de violência (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Resultados de estudo apontaram que a inexistência de capacitação profissional caracteriza-se como o maior limite para o exercício de suas atividades profissionais diante da violência contra as mulheres (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Neste sentido, uma pesquisa cujo objeto de estudo foi a conduta adotada por ACS diante de situações de violência contra as mulheres, revelou que muitos destes profissionais não possuem conhecimento acerca das ferramentas legais que podem utilizar no enfrentamento da problemática em questão (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012). A maior parte dos participantes declarou que conhecem a Lei Maria da Penha, por exemplo, mas que nunca realizaram a leitura desta em sua totalidade, assim como ignoram a existência de outras legislações sobre a violência contra as mulheres (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012).

Os cursos da área da saúde, não podem estar isentos de apresentar em seus currículos a violência, problemática presente em nossa sociedade sob diversas

formas (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012). Neste sentido, reflete-se sobre a necessidade premente de incorporar o tema da violência como componente curricular de cursos técnicos e de graduação na área da saúde. Assim, os profissionais irão estar mais bem preparados para reconhecer situações de violência e intervir junto aos usuários que as vivenciam.

Entende-se que todos os órgãos e profissionais que tem a possibilidade de desenvolver atividades junto às mulheres que vivenciam a violência, como a polícia, especialistas em assuntos da mulher, Ministério Público e juízes, por exemplo, devem possuir conhecimentos apropriados para realizar o manejo desse tipo de situação (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2012).

A capacitação profissional torna-se indispensável, visto que possibilita com que os profissionais estejam aptos para dar orientações adequadas às mulheres em situação de violência (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Além disso, os autores apontam que esta capacitação é uma das formas de impedir a revitimização das mulheres, pois a partir dela poderão ofertar uma assistência de qualidade, entendendo a problemática da violência em toda a sua complexidade (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Diante deste contexto de despreparo dos profissionais de saúde para atuar junto a mulheres em situação de violência torna-se imperativo repensar acerca do seu processo formativo, visando adotar um currículo diferenciado. Este deve proporcionar uma formação direcionada às necessidades em saúde da população, buscando uma assistência qualificada (GOMES et al., 2012).

Os resultados do estudo apontaram que os profissionais de saúde acabam deixando a violência contra as mulheres em segundo plano, acreditando que se trata também de uma questão social, para a qual não estão preparados para intervir. Tais resultados vão ao encontro dos achados de um estudo que apontou que os profissionais que trabalham em serviços de saúde apresentam limitações para abordar problemas como a violência, por considerá-la uma questão vinculada ao social ou a comportamentos pessoais (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER; 2013). Nesta dimensão, outra pesquisa traz que a violência dificilmente surge nos serviços de saúde como uma necessidade imediata, sendo significativa como uma necessidade implícita (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Neste contexto, a ESF, por exemplo, como reorientadora do modelo de atenção à saúde tem a oportunidade de ampliar seu objeto de trabalho, ao

incorporar a prevenção e enfrentamento da violência ao escopo de suas atividades. Esta perspectiva é fundamental, haja vista que a violência está intimamente relacionada ao processo saúde-doença das mulheres, alvo do cuidado em saúde (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

O enfoque biomédico também é referido pelos profissionais de saúde, a partir do qual muitos restringem a atenção à saúde ao tratamento de lesões físicas, em detrimento de um atendimento integral às mulheres em situação de violência. Neste sentido, reconhecê-la como um problema de saúde ainda é um grande desafio, permeado por lacunas que a abordagem biomédica sozinha não consegue preencher, haja vista que a doença é o objeto de suas ações (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Outro limite para a identificação da violência contra as mulheres consiste na presença de uma terceira pessoa na visita domiciliar, ou em consultas de enfermagem ou médicas, com destaque para o agressor. Na presença deste, a usuária dificilmente irá relatar a situação de violência (KISS; SCHRAIBER, 2011).

O medo de denunciar o agressor também limita a identificação da violência contra as mulheres. Nesta perspectiva, a pesquisa DataSenado, em sua sexta edição, a partir do relato de 1.102 brasileiras, revelou que 74% destas não realizam a denúncia por medo do agressor (BRASIL, 2015). Os motivos atribuídos pelas mulheres foram: preocupação com os filhos (24%), o medo de represália por parte do agressor (21%), crer que a agressão não iria mais se repetir (16%), acreditar na impunidade do agressor (10%) e vergonha da agressão (7%) (BRASIL, 2015).

Ainda sobre a denúncia ao agressor, pesquisa revelou que está relacionada à situação-limite, ou seja, ao momento em que as mulheres percebem que se não tomarem uma atitude frente à violência que vivenciam, a situação permaneceria a mesma. Essa decisão está diretamente relacionada ao tipo de violência, que a torna intolerável para a mulher que a vivencia (SANTOS; MORÉ, 2011).

Diante dos diferentes fatores que facilitam e limitam a identificação das situações de violência contra as mulheres, reflete-se acerca de estratégias que possam melhorar essa identificação, como a capacitação dos profissionais dos profissionais de saúde.

### 6.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Quanto à rede de atenção à saúde das mulheres em situação de violência, os profissionais de saúde apontaram suas as concepções e ações em relação a esta rede. No que se refere às concepções acerca da rede de atenção, os profissionais indicaram um conjunto de serviços e locais para atendimento e encaminhamento de mulheres em situação de violência e dificuldades para a atenção em rede.

As concepções de grande parte dos profissionais de saúde acerca da rede de atenção à saúde de mulheres que vivenciam situações de violência estão relacionadas à existência de um amplo conjunto de serviços com caráter intersetorial.

Tais concepções estão de acordo com Mendes (2011) que preconiza em seu livro *As Redes de Atenção à Saúde*, que a atenção à saúde seja prestada de modo intersetorial e multiprofissional, mediante os esforços coletivos dos serviços de saúde, unidos em prol de um objetivo em comum, que neste caso se trata da assistência às mulheres que sofrem violência.

Alguns profissionais também entendem que fazem parte da rede de atenção à saúde a estas mulheres locais e pessoas que atuam na perspectiva do apoio, como a igreja, e o emprego destas. Isso revela uma concepção ampliada da rede de atenção à saúde, mediante a qual os profissionais buscam assistir de forma integral as mulheres que sofrem violência.

Essa concepção ampliada se refere à rede de atendimento, a qual se configura como uma alternativa para vencer as dificuldades relacionadas a uma assistência à saúde caracterizada pela fragmentação das ações e desarticulação entre os serviços (BRASIL, 2011a). Esta, segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres se refere à atuação conjunta de instituições e serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, os quais juntos buscam qualificar a identificação da violência contra as mulheres, bem como o atendimento e encaminhamento direcionados a estas usuárias (BRASIL, 2011a).

Outros profissionais de saúde, porém, tem uma concepção limitada sobre a rede de atenção à saúde, revelando desconhecimento da existência desta no município de Santa Maria, cenário este estudo. Esse desconhecimento tende a levar



a desarticulação entre os serviços da rede de atenção, pois os profissionais não saberão com quais serviços podem contar para o enfrentamento da violência contra a mulher.

Esse desconhecimento pode ser decorrente de uma formação profissional restrita, da falta de capacitação durante o exercício da profissão e de articulação da gestão com os serviços. Neste sentido, os profissionais devem buscar conhecer as atribuições dos profissionais e serviços que compõe a rede de atenção, assim como em um estudo qualitativo realizado com 30 médicos da Índia, o qual revelou que antes de encaminhar mulheres que sofrem violência, estes médicos procuram aprender sobre os serviços que podem prestar atendimentos a estas em suas comunidades (CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011).

Alguns profissionais revelaram em seus depoimentos que embora estes acreditem que exista a rede de atenção à saúde de mulheres em situação de violência em Santa Maria, alguns dos serviços que a compõe não assistem de modo adequado estas mulheres. Isso aponta que existem dificuldades para a atenção em rede, as quais necessitam ser superadas a fim de proporcionar um atendimento adequado a estas mulheres.

Tais dados vão ao encontro dos resultados de estudo que revelou que da forma como os serviços estão organizados atualmente para assistir as mulheres que sofrem violência de gênero, pode-se falar mais acerca da existência de uma gama de serviços que operam isoladamente, e não de uma rede (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013), o que leva a revitimização das mulheres.

Nesta mesma direção, Schraiber et al. (2012) aponta que no que se refere a assistência as mulheres que vivenciam situações de violência, para que se possa atribuir a qualificação de trabalho em rede a um conjunto de serviços, deve existir não apenas dentro de um mesmo serviço, mas entre serviços do mesmo setor, bem como entre setores diversos uma atuação integrada.

Outro estudo descreve que embora tenham ocorrido diversos avanços no que se referem às legislações, políticas públicas e constituição de serviços direcionados especialmente a assistência de mulheres em situação de violência (como Delegacias de Defesa da Mulher, casas abrigos, defensorias da mulher, por exemplo), ainda existe uma série de obstáculos a serem vencidos. Estes se relacionam a qualidade da assistência que os serviços prestam as mulheres que

vivenciam a violência, e principalmente à articulação destes serviços, os quais fazem parte de diversos setores da assistência (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER; 2013).

Quanto às ações em rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde, estes apontaram o acolhimento, monitoramento e notificação; as orientações para as mulheres em situação de violência; o relato e encaminhamento para outros serviços e profissionais; e o trabalho em equipe.

Os profissionais de saúde destacam em seus depoimentos que uma das ações desenvolvidas junto às mulheres que vivenciam situações de violência se refere ao acolhimento, desenvolvido a partir do momento que a mulher ingressa no serviço de saúde. Durante este processo, empregam a escuta como estratégia para compreender o contexto da situação de violência, ou seja, o que pode estar causando, quais os sentimentos desencadeados nas mulheres, bem como as perspectivas que estas têm para sair desta situação.

Ao encontro destes resultados, outros estudos trazem que a potencialização do acolhimento ocorre mediante uma escuta qualificada, na qual são respeitadas as decisões das mulheres e o contexto em que esta se insere (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; BRASIL, 2010b).

O monitoramento é desenvolvido pelos profissionais de saúde mediante a coleta de informações junto aos ACS, pois são os profissionais que estão mais próximos das mulheres que vivenciam a violência. Esses dados vão ao encontro de um estudo que buscou compreender a violência contra as mulheres na perspectiva dos ACS, o qual revelou que estes são os principais atores envolvidos na identificação e enfrentamento de situações de violência contra as mulheres (HESLER et al., 2013).

Isso se deve, dentre outros aspectos, à regularidade com que os ACS visitam as famílias das mulheres adstritas no território da ESF, assim como ao diálogo que estabelecem com estas, o que permite com que estabeleçam uma relação pautada na confiança. Além disso, por possuírem uma formação direcionada a promoção à saúde, tem competência para identificar e acolher as mulheres em situação de violência (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Assim, o papel do ACS é fundamental na criação de estratégias que visem modificar as situações de violência vivenciadas pelas mulheres em suas áreas de atuação (ARBOIT et al., 2015). Contudo, para que isso se torne possível, os ACS precisam receber o apoio de outros membros da equipe, como o enfermeiro, por

exemplo, o qual pode capacitá-los para realizar a identificação e encaminhamentos de usuárias que vivenciam a violência (ARBOIT et al., 2015).

Outra ação realizada pelos profissionais de saúde é a notificação compulsória da violência contra as mulheres, realizada não só em casos confirmados, como também de suspeita. Tal conduta vai ao encontro do que o Ministério da Saúde regulamenta na portaria que define a notificação compulsória de doenças, agravos e outros eventos em todo o país (BRASIL, 2011c; WAISELFISZ, 2015).

Destaca-se que a notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências teve sua implantação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no ano de 2009, por meio do preenchimento de uma ficha específica para tal (WAISELFISZ, 2015). Sua realização deve ser universal, permanente e obrigatória, em situações de confirmação ou suspeita de violências direcionadas a crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo às Leis 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e Lei 10.778/2003 (notificação compulsória de violência contra a mulher) (WAISELFISZ, 2015; BRASIL, 2010c; BRASIL, 2013; BRASIL, 2012a).

Ao notificar a violência contra as mulheres os profissionais de saúde demonstram comprometimento com a problemática, compreendendo sua relevância para a construção do quadro epidemiológico da região em que as UBS e ESF se encontram. A análise deste quadro possibilitará com que os gestores repensem sobre as políticas e programas relacionados à violência contra as mulheres, tendo em vistas qualificá-los para uma melhor atenção à saúde destas.

Por outro lado, estudos revelam que alguns serviços não notificam nem registram situações de violência contra as mulheres, o que caracteriza um dos determinantes da invisibilidade desta no cenário dos serviços de saúde (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; KISS; SCHRAIBER, 2011; RODRIGUEZ; SHOULTZ; RICHARDSON, 2009; RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009; SCHRAIBER et al., 2007; MUSLERA-CANCLINI et al., 2009; PALLITTO; O'CAMPO, 2004; YNOUB, 1998).

As orientações dos profissionais de saúde às mulheres estão relacionadas à denúncia do agressor, a busca de apoio em serviços como a Delegacia da Mulher, CRAS e CREAS, a legislação que protege mulheres em situação de violência, como a Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha (BRASIL, 2012a). Além disso, as orientações visam o empoderamento dessas mulheres para que consigam

desnaturalizar a violência presente em suas vidas, enfocando que é direito destas viver sem violência.

Nesta direção, estudos apontam a importância de orientar as mulheres sobre seus direitos, ofertando também opções de serviços para assistência e suporte, aos quais estas podem recorrer em situações de violência (CHIBBER; KRISHNAN; MINKLER, 2011; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Neste sentido, destaca-se que a eficácia das instituições que assistem mulheres em situação de violência tem sido reduzida por uma série de fatores dentro os quais se pode citar a falta de falta de conhecimento das mulheres sobre a existência de tais instituições. (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2012). Daí a importância de orientá-las sobre a existência e papel dos diferentes serviços da rede de atenção às mulheres que vivenciam a violência, bem como dos direitos que estas possuem.

Em se tratando especificamente da Lei Maria da Penha, criada para reprimir a violência de caráter doméstico e familiar contra a mulher (BRASIL, 2012a), pesquisa revelou que esta é conhecida por 100% das mulheres no Brasil (BRASIL, 2015). Neste sentido, um estudo objetivou apresentar os discursos sobre a Lei Maria da Penha, de uma amostra de mulheres em situação de violência e outra de operadores que atendem estas mulheres na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (MENEGHEL et al., 2013). Este revelou que a Lei Maria da Penha foi sendo apropriada pela população, compreendida como um direito das mulheres e um instrumento legal a ser empregado por estas no enfrentamento das situações de violência (MENEGHEL et al., 2013). Assim, torna-se relevante que os profissionais de saúde reforcem a importância da Lei Maria da Penha no atendimento às mulheres, seja no serviço de saúde ou no domicílio, as empoderando sobre seus direitos.

Quanto ao encaminhamento este é apontado como uma forma de qualificar a atenção prestada inicialmente no serviço de saúde às mulheres que sofrem violência. Ao encaminhar estas usuárias, o profissional também tem a possibilidade de conseguir acompanhar a assistência direcionada a ela dentro da rede atenção.

Neste sentido, estudo indica que alguns profissionais de equipes de ESF relataram que procuram escutar e orientar as usuárias que vivenciam a violência e, somente após, os encaminham a outros órgãos. No entanto, uma das grandes dificuldades é a falta de retorno dos órgãos aos quais estas usuárias foram encaminhadas, no que se refere aos desdobramentos para a resolução da situação

(MACHADO et al., 2014). Isso dificulta com que os profissionais acompanhem como está sendo desenvolvida a assistência as mulheres dentro da rede de atenção após realizarem algum encaminhamento.

Os profissionais de saúde relatam que encaminham as mulheres para outros profissionais e serviços que compõe a rede de atenção, dentre os quais se podem citar: enfermeira ou diretora da unidade, assistente social, o HUSM, Pronto Atendimento, médico clínico-geral, ginecologista e psicólogo, o que varia conforme o tipo de violência, de acordo com relatos dos profissionais.

Esses procedimentos estão de acordo com o estudo de Guedes, Fonseca e Egry (2013) que apontou que ao reconhecer a violência com uma questão psicológica ou social, os profissionais encaminham as mulheres para outros serviços, os quais possivelmente darão conta das demandas dessas usuárias.

De acordo com o Mapa da Violência, em 2014 mulheres jovens e adultas em situação de violência, após serem atendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foram encaminhadas em 46,2% e 46,1% dos casos, respectivamente (WAISELFISZ, 2015). Os encaminhamentos foram realizados principalmente para os seguintes serviços: Delegacias de Polícia gerais, Delegacias da Mulher, Ministério Público, e CREAS (WAISELFISZ, 2015).

Neste sentido, foi realizado um estudo com médicos e enfermeiros para analisar seus conhecimentos acerca de características da violência contra as mulheres, bem como as condutas e encaminhamentos realizados na rede pública de Ribeirão Preto, São Paulo (HASSE; VIEIRA, 2014). Dos 122 profissionais que relataram terem realizado encaminhamentos as mulheres que vivenciaram a violência, 109 (89,3%) fizeram encaminhamentos considerados adequados, 9 (7,3%) entrevistados encaminhamentos inadequados e 4 (3,2%) encaminhamentos adequados e inadequados (HASSE; VIEIRA, 2014).

Dos 109 profissionais que realizaram encaminhamentos adequados, 23,8% (26) encaminharam as mulheres para mais de um serviço e/ou profissional. Já 76,2% (83) encaminharam as mulheres para apenas um serviço ou profissional, em especial a Delegacia da Mulher, o é insuficiente considerando a complexidade e as demandas das mulheres, além de que sugere um entendimento de que esta é uma problemática exclusiva do setor de segurança pública (HASSE; VIEIRA, 2014).

O trabalho em equipe é apontado pelos profissionais de saúde como um meio para solucionar mais facilmente as situações de violência vivenciadas pelas

mulheres. Neste sentido, Navarro, Guimarães e Garanhani (2013), em estudo acerca do significado atribuído por profissionais da ESF ao trabalho em equipe, apontaram que este é entendido pelos profissionais como uma forma coletiva de trabalho mediante a qual a equipe tem a possibilidade de alcançar objetivos comuns, considerando sempre a interdependência entre os seus integrantes e a hierarquia pré-determinada (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Um dos ACS apontou que sozinho não pode desenvolver nenhuma ação frente à problemática da violência contra as mulheres, buscando na equipe o apoio necessário para a resolução desta. Neste sentido, uma pesquisa traz que a primeira ação dos ACS, ao identificarem ou serem informados sobre uma situação de violência, é explaná-la à equipe para que esta tome conhecimento, com o propósito de debater coletivamente estratégias assistências a serem desenvolvidas para a resolução da situação (HESLER et al., 2013; LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012).

Este profissional também relatou o medo de agir frente a situações de violência, uma vez que trabalha na rua, especialmente com a realização de visitas domiciliares. O fato de residirem na área em que a equipe de ESF atua, e permanecerem nesta área após o encerramento do turno de trabalho, faz com que os ACS vivenciem muitas situações de violência (GARBIN et al., 2014). Isso os deixa vulneráveis para sofrerem ameaças por parte dos agressores, o que faz com que se sintam inseguros em relação a sua vida e dos membros de seu grupo familiar (GARBIN et al., 2014).

Diante do exposto, reflete-se sobre a importância de os profissionais de saúde conhecerem os serviços que possam constituir a rede de atenção à saúde às mulheres em situação de violência no município. Assim, estes poderão realizar encaminhamentos adequados com as reais necessidades destas mulheres.

## 7 CONCLUSÃO

---

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo o dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos”.

(Paulo Beleki)





## 7 CONCLUSÃO

Esta dissertação buscou conhecer os aspectos facilitadores e limitadores para a identificação de situações de violência contra as mulheres por profissionais da Atenção Primária a Saúde, compreender as concepções acerca da rede de atenção às mulheres em situação de violência por estes profissionais e identificar as ações em rede desenvolvidas junto a estas mulheres. Para o alcance destes objetivos, destaca-se o emprego da abordagem qualitativa, mediante o desenvolvimento de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde.

A análise das falas dos participantes resultou em três categorias temáticas. Na primeira categoria os profissionais de saúde revelaram aspectos objetivos que facilitam a identificação de situações de violência contra as mulheres. Ao acolher e escutar ativamente as mulheres favorecem o estabelecimento de uma relação de vínculo e confiança e possibilitam a criação de um espaço para o relato das mulheres. Neste sentido, para a prática assistencial, reiterasse a necessidade dos profissionais manterem e qualificarem o acolhimento. O fato de possuir experiência profissional e capacitações acerca da temática da violência contra as mulheres também é apontado como aspecto facilitador para a identificação desta. Assim, conseguem reconhecer situações de violência ao realizar um curativo, por exemplo, em que a lesão não está de acordo com o relato das mulheres. Deste modo, recomenda-se a ampliação da capacitação dos profissionais de saúde, por meio da educação permanente em saúde. A consulta pré-natal e as visitas domiciliares também são espaços potentes para essa identificação. Na consulta, deve-se buscar aprofundar as questões de violência contra as mulheres, mediante um exame físico cefalocaudal buscando possíveis lesões físicas, além de uma anamnese detalhada, que permite com que o profissional saiba como são os relacionamentos das mulheres em seu cotidiano. A visita domiciliar, por sua vez, é um espaço que permite conhecer como é o relacionamento intrafamiliar, bem como abordar a mulher para que esta relate a violência vivenciada.

Os aspectos subjetivos relatados pelos profissionais de saúde que facilitam a identificação de situações de violência foram a observação do comportamento das mulheres e dos filhos e maridos ou companheiros destas, o que permite suspeitar que existam conflitos no relacionamento, e identificar situações de violência. No que

se refere a um possível companheiro agressor, tem-se o silêncio das mulheres na presença deste, em consultas pré-natal, por exemplo. Quanto às crianças, nesta situação, demonstram medo e não interagem com os profissionais. Tais questões subjetivas reforçam a necessidade de investigar as relações familiares, visando a confirmação da suspeita da violência.

A segunda categoria permitiu conhecer os aspectos que dificultam a identificação da violência contra as mulheres. Nesta direção, os profissionais de saúde revelaram aspectos relacionados ao ocultamento: o fato de a mulher esconder e negar a situação, o medo e/ou vergonha em relatar a violência e realizar a denúncia ao agressor, bem como o não reconhecimento da situação pelas mulheres.

Quanto aos aspectos relacionados ao contexto do trabalho dos profissionais de saúde destacou-se o déficit de profissionais, o qual impossibilita um atendimento qualificado às mulheres que podem estar vivenciando a violência, em função das inúmeras demandas dos serviços de saúde. Isso implica na ampliação quantitativa das equipes, em uma perspectiva multi e interdisciplinar.

Alguns profissionais revelaram que se sentem despreparados para o manejo dessa questão, por se tratar também de um problema social. Esta concepção de problema social, de âmbito privado deverá ser trabalhada nas equipes com vistas à compreensão de que a amplitude ou complexidade do tema não exime os profissionais de contribuir dentro da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Ressalta-se que a violência contra as mulheres não se trata de um assunto de domínio privado, e sim de um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres. Desse modo, para o seu enfrentamento e prevenção demanda ações de diferentes setores como o de justiça, segurança, assistência social, educação, habitação, trabalho, com destaque para o setor saúde, pois geralmente é o primeiro a ser procurado pelas mulheres em situação de violência.

Neste sentido, os serviços de saúde também se tornam estratégicos para o desenvolvimento de ações junto às mulheres em situação de violência, tendo em vista que os profissionais de saúde, muitas vezes, estão inseridos no território onde essas mulheres vivem. Por isso, estes profissionais precisam estar preparados para ofertar a estas mulheres uma assistência qualificada, com foco na integralidade das ações em saúde. Para tanto, torna-se premente a inclusão do tema na estrutura

curricular dos cursos da área da saúde, sejam eles cursos técnicos ou de graduação, a fim de instrumentalizar estes profissionais para atuar no enfrentamento da violência que muitas mulheres vivenciam cotidianamente.

Outra dificuldade relatada se trata do medo em abordar as mulheres em situação de violência, e após vivenciar alguma forma de violência como represália. A falta de vínculo entre os profissionais de saúde e as mulheres, bem como a presença do agressor, também são apontadas como dificuldades, uma vez que impedem o relato das mulheres. Quanto a estes aspectos seria importante criar estratégias que garantam a privacidade das mulheres em situação de violência: quando na unidade, solicitar que o possível agressor deixe a mulher e o profissional a sós no consultório; quando no domicílio, agendar uma consulta na unidade para se possível aprofundar a questão.

Na terceira categoria foi possível conhecer as concepções e ações dos profissionais de saúde acerca da rede de atenção às mulheres em situação de violência. No que se refere às concepções acerca da rede de atenção às mulheres em situação de violência, estas são diversas. Alguns participantes indicam que se trata de uma rede ampla, composta por serviços de diferentes setores; outros revelam uma concepção ampliada de rede, que inclui inclusive o trabalho das mulheres. No entanto, alguns profissionais desconhecem a existência dos serviços que deveriam compor a rede de atenção às mulheres que vivenciam a violência. Nesta perspectiva, os profissionais de saúde devem entender que a atenção à saúde a estas mulheres não se encerra nos serviços de saúde, e por isso precisam ser capazes de conhecer as atribuições dos diferentes serviços que compõe a rede intersetorial, para poder realizar encaminhamentos adequados e que realmente sejam coerentes com as demandas apresentadas pelas mulheres.

No que se referem às ações em rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde destaca-se o monitoramento das situações de violência contra as mulheres, o qual se trata de buscar informações a partir dos Agentes Comunitários de Saúde, pois estão mais próximos das mulheres. Outra ação desenvolvida pelos profissionais é a notificação compulsória da violência contra as mulheres, realizada tanto em casos confirmados quanto em casos de suspeita. Ainda, são ofertadas orientações às mulheres como a importância da denúncia ao agressor, existência da Lei Maria da Penha e busca por atendimento nos serviços da rede de atenção à saúde.

Os profissionais realizam o relato e encaminhamento das mulheres em situação de violência para outros serviços e profissionais da rede, e acreditam no trabalho em equipe para atender as necessidades das mulheres em situação de violência no cenário em que atuam. Recomenda-se a continuidade dos encaminhamentos com contrarreferência, assim como do trabalho em equipe de modo a assistir adequadamente as mulheres que vivenciam a violência no município.

A apresentação dos resultados para os profissionais de saúde e gestão dos serviços permitirá com que estes repensem as suas ações, o que poderá resultar na reorganização das práticas de trabalho dos profissionais e em melhorias na atenção a saúde das mulheres que vivenciam a violência no município de Santa Maria, cenário deste estudo, na perspectiva da rede de atenção à saúde.

A apresentação dos resultados para os profissionais de saúde e gestão dos serviços permitirá com que estes repensem as suas ações, o que poderá resultar na reorganização das práticas de trabalho, dos profissionais e em melhorias na atenção a saúde das mulheres que vivenciam a violência no município de Santa Maria, cenário deste estudo. Como implicações para novas pesquisas, está à ampliação do estudo para outros cenários, bem como para os gestores em saúde do município.

Este estudo possui limitações inerentes a estudos qualitativos, como ter tido como cenário apenas a Atenção Primária a Saúde, bem como o período de tempo em que foi desenvolvido, o que impossibilita a generalização dos resultados. No entanto, contribuiu para a construção do conhecimento no âmbito da assistência às mulheres em situação de violência.

## REFERÊNCIAS

---



## REFERÊNCIAS

- ABEYA, S. G.; AFEWORK, M. F.; YALEW, A. W. Intimate partner violence against women in west Ethiopia: a qualitative study on attitudes, woman's response, and suggested measures as perceived by community members. **Reprod Health**, v. 20, p. 9-14, 2012.
- ABREU, N. R.; BALDANZA, R. F.; GONDIM, S. M. G. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **Journal of Information Systems and Technology Management**, v. 6, n. 1, p. 5-24, 2009.
- AGUIRRE, P. D. et al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. **Rev. chil. neuro-psiquiatr**, v. 48, n. 2, p. 114-122, 2010.
- ALMEIDA, A. P. F. et al. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 8, n. 1, p. 83-91, 2008.
- ARBOIT, J. et al. Domestic violence against rural women: gender interface in community health agents' conception. **Ciênc Cuid Saude**, v. 14, n. 2, p. 1067-1074, 2015.
- ARBOIT, J. et al. Situações de vulnerabilidade à violência de mulheres profissionais do sexo: interfaces no campo da saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, sup. 2, p. 3784-3789, 2014.
- AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à Violência Contra as Mulheres como um Problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008.
- 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. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2010c.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Política para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo nacional e estabelece fluxo, critérios e responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra Mulher- Plano Nacional: Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução, n.66/2012 - Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Comissões. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Estatuto do idoso**. Legislação sobre o idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do idoso) e legislação correlata. 3. ed. Brasília : Câmara dos Deputados, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.



BRASIL. Senado Federal/DataSenado. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, 2015.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violence against women: theoretical reflections. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 950-956, 2006.

CHIBBER, K. S.; KRISHNAN, S.; MINKLER, M. Physician practices in response to intimate partner violence in southern India: insights from a qualitative study. **Women's Health**, v. 51, n. 2, p. 168-185, 2011.

COKER, A. L. et al. Partner violence screening in rural health care clinics. **Am J Public Health**, v. 97, n. 7, p. 1319-1325, 2007a.

COKER, A. L. et al. Intimate partner violence incidence and continuation in a primary care screening program. **Am J Epidemiol**, v. 165, n. 7, p. 821-827, 2007b.

CORTES, L. F. et al. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde. **Rev. Rene**, v. 11, n. 4, p. 143-153, 2010.

CORTES, L. F. et al. Evidências acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência. **Rev Rene**, v. 16, n. 6, p. 1006-1015, 2015.

COSTA, M. C. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio**. 2012. 317 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2012.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.

DE CARLI, R. et al. Welcoming and bonding in the conceptions and practices of community health workers. **Texto context. Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 626-632, 2014.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. L.; SCHARAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev. Med**, v. 92, n. 2, p. 134-140, 2013.

DUTRA, M. L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, 2013.

FOGARTY, C. T.; BROWN, J. B. Screening for abuse in Spanish-speaking women. **J Am Board Fam Pract**, v. 15, n. 2, p. 101-111, 2002.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas, **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOWLER, G.; AUSTOKER J. SCREENING. In: DETELS, R.; HOLLAND, W. W.; McEWEN, J.; OMENN, G. S. **Oxford Textbook of Public Health**. New York: Oxford University Press; 1997. p. 1583-1599.

GARBIN, C. A. S., et al. Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde. **J Health Sci Inst.**, v. 32, n. 4, p. 385-389, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, N. P. et al. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. **Saúde debate.**, v. 36, n. 95, p. 514-522, 2012.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; COELHO, E. A. C. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. **Rev. Eletr. Enferm**, v. 9, n. 2, p. 362-378, 2007.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. da; EGRY, E. Y. The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 47, n. 2, p. 304-311, 2013.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

GUERRIERO, I. C. Z.; DALLARI, S. G. The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research. **Cien. Saude Colet.**, v. 13, n. 2, p. 303-311, 2008.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014.

HESLER, L. Z. et al. Violence against women in the perspective of community health agents. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 180-186, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Informações Completas. 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431690&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 30 Nov. 2015.

JORNAL REDESAÚDE. **Protocolo: considerações para atendimento à mulher em situação de violência**. *Jornal da Redesaúde*, v. 19, p. 10-16, 1999.

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

KRUG, E. et. al. **Informe Mundial sobre la violencia y la salud**. Washington: OPAS/OMS, 2003.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-874, 2011.

LIRA, C. E. P. R. de; SILVA, P. P. A. C. da; TRINDADE, R. F. C. da. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 4, p. 928-936, 2012.

MACHADO, et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família: **Saúde Soc.**, v. 23, n. 3, p.828-840, 2014.

MCCLOSKEY, L. A. et al. Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. **Public Health Rep**, v. 121, n. 4, p. 435-444, 2006.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005. p. 3-24

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENEGHEL, S. N.; VIAL, S. R. M. Rotas críticas: mulheres enfrentando as violências. **Athenea Digital - Revista de pensamento e investigación social**, n.14, p. 199-213, 2008.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 743-752, 2011.

MENEGHEL, S. N. et. al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 3, p. 691-700, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. D. R.; GOMES, R. **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. S. C. Violência: um velho-novo desafio para a atenção á saúde. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 1-9, 2004.

MORAES, S. C. R. V; ROCHA, S. S. da. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 1, p.155-160, 2010.

MUSLERA-CANCLINI, E. et al. Description of registration of episodes of gender violence in medical records in the Principality of Asturias, Spain. **Gac Sanit.**, v. 23, n. 6, p. 558-561, 2009.

NASCIMENTO, E. F. G. A. do; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1229-1238, 2014.

NAVARRO, A. S. S. de; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013.

NAVED, R. T. et al. Paramedic-conducted mental health counselling for abused women in rural Bangladesh: an evaluation from the perspective of participants. **J Health Popul Nutr**, v. 27, n. 4, p. 477-491, 2009.

OLIVEIRA, C. C.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 35, n. 3, p. 412-420, 2011. .

OLIVEIRA, E. M. et al. The services for women victims of sexual violence: a qualitativ study. **Rev. Saúde Públi**, v. 39, n. 3, p. 376-382, 2005.

OLIVEIRA, E. R. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. **Revista LEVS**, v. 9, p. 150-165, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Repercussão da violência na saúde das populações americanas**. 44<sup>o</sup> CONSELHO DIRETOR, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OPAS; 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília : OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PALLITTO, C. C.; O'CAMPO, P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. **Int Fam Plan Perspect**, v. 30, n. 4, p. 165-173, 2004.

PENHAI, J. C. et al. Caracterização da violência física sofrida por prostitutas do interior piauiense. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 6, p. 984-990, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA/SMS-SM. Postos de Saúde. 2015. Disponível em: <<http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>>. Acesso em: 02 Dez. 2015.

RABIN, S. et al. Primary care physicians' attitudes to battered women and feelings of self-competence regarding their care. **Isr Med Assoc J**, v. 2, n. 10, p. 753-757, 2000.

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. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n. 1, p. 22-27, 2009.

REIS, M.J. et al. Nursing care of women who suffered sexual violence. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 740-747, 2010.

RHODES, K.V. et al. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. **Ann Intern Med.**, v. 147, n. 9, p. 620-627, 2007.

RODRIGUEZ-BORREGO, M. A.; VAQUERO-ABELLAN, M.; ROSA, L.B. A cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses' suffering abuse by their partners. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 11-18, 2012.

ROELENS, K. et al. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. **BMC Public Health**, v. 6, n. 238, p. 1-10, 2006.

RODRIGUEZ, M.; SHOULTZ, J.; RICHARDSON E. Intimate partner violence screening and pregnant Latinas. **Violence Vict.**, v. 24, n. 4, p. 520-532, 2009.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; DEL RÍO-LOZANO, M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. **Eur J Public Health**, v. 17, n. 5, p. 437-443, 2007.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O; BRUSCHINI, C. (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p. 183-215.

SANTOS, A. C. W.; MORÉ, C. L. O. O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Paidéia**, v. 21, n. 49, p. 227-235, 2011.

SCHARAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F.P.L.; FALCÃO, M.T.C.F. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p.1019-1027, 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. **Rev. Saúde Públ**, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007.

SCHRAIBER, L. B. et. al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulher: interfaces com a saúde. **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, n. 5, p. 11-26, 1999.

SCHRAIBER, L. et. al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital - Revista de pensamento e investigación social**, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educ. e Realid.** v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SIGNORELLI, M.; AUAD, C. D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violence against women: the limits and potentialities of care practice. **Acta paul. enferm.**, v. 26, n. 6, p. 608-613, 2013.

SILVA, I. V. Violence against woman: clients of emergency care units in Salvador. **Cad Saúde Pública**, v. 19, (Supl 2), p. 263-272, 2003.

SIKKEMA, K. J. et al. Integrating HIV prevention into services for abused women in South Africa. **AIDS Behav**, v. 14, n. 2, p. 431-439, 2010.

SOARES, G. S. Health professionals and legal abortion in Brazil: challenges, conflicts, and Meanings. **Cad Saúde Pública**, v. 19, (Supl 2), p. 399-406, 2003.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

USTA, J. et al. Involving the health care system in domestic violence: what women want. **Ann Fam Med**, v. 10, n. 3, p. 213-220, 2012.

VERTAMATTI, M. A. F. et al. Time lapsed between sexual aggression and arrival at the brazilian health service. **J. Hum. Growth Dev**, v. 23, n. 1, p. 46-51, 2013.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. 1. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIELLAS, E. F. et al. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. **J Pediatr**, v. 89, n. 1, p. 83-90, 2013.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: Homicídios de Mulheres. CEBELA. FLASCO/Brasil. 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015**. Atualização: Homicídios de Mulheres no Brasil. CEBELA. FLASCO/Brasil. 2015.

YNOUB, R. C. Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 71-83, 1998.





## APÊNDICES

---



## APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### A. Dados Sócio-Demográficos e de Formação Profissional

1. Qual a sua idade: \_\_\_\_\_
2. Qual o seu sexo: ( ) masculino ( ) feminino
3. Qual a sua escolaridade: ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Curso Técnico Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo
4. Você se considera: ( ) Branca (o) ( ) Amarela (o) ( ) Parda (o) ( ) Negra (o) ( ) Indígena
5. Qual a sua situação conjugal: ( ) Casada (o) ( ) Divorciada (o) ( ) União estável ( ) Viúva (o) ( ) Solteira (o)
6. Função exercida no serviço: ( ) Clínico geral ( ) Ginecologista ( ) Obstetra ( ) Enfermeiro ( ) Odontólogo ( ) Técnico em Enfermagem ( ) Auxiliar em Enfermagem ( ) Agente Comunitário de Saúde ( ) outro: \_\_\_\_\_
7. Há quanto tempo concluiu o Curso Técnico ou de Graduação? \_\_\_\_\_
8. Possui pós-graduação? ( ) Não possui ( ) Residência ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
9. Tempo de exercício na profissão: ( ) Menos de 1 ano ( ) Mais de 1 ano ( ) Mais de 5 anos ( ) Mais de 10 anos ( ) Mais de 20 anos ( ) Mais de 30 anos
10. Possui formação complementar (cursos, capacitações, etc.)? ( ) Sim ( ) Não
11. Se sim, cite alguma: \_\_\_\_\_
12. Você participou nos últimos 5 anos de curso(s), palestra(s), seminário(s), reunião(ões) abordando a temática da violência contra a mulher?
13. Qual o vínculo que você tem com o serviço em que atua? ( ) Celetista ( ) Estatutário ( ) Terceirizados
14. Há quanto tempo você trabalha neste serviço de saúde? \_\_\_\_\_meses  
\_\_\_\_\_anos
15. Qual seu turno de trabalho? ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( ) Misto
16. Você tem algum cargo neste serviço? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_
16. Você trabalha em algum outro serviço, público ou privado: ( ) Sim ( ) Não Qual?  
\_\_\_\_\_

**B. Questões Norteadoras**

1. Como você identifica uma situação de violência no atendimento a uma mulher?
2. Que fatores você considera facilitadores para a identificação da violência contra as mulheres?
3. Para você, quais os fatores que dificultam a identificação de situações de violência contra as mulheres?
4. Qual foi ou seria a sua conduta ao identificar um caso de violência contra a mulher?
5. Fale sobre suas experiências profissionais no tocante a questão da violência contra a mulher.
6. Você conhece algum protocolo específico para o atendimento de uma mulher em situação de violência?
7. Você notificou ou notifica casos de violência contra a mulher?
8. Você encaminha algum caso de violência contra a mulher?
9. Se sim, você recebe algum retorno/contra-referência?
10. De que forma você já encaminhou ou encaminharia situações de violência contra a mulher?
11. Em caso negativo, por quê não encaminhou ou encaminharia?
12. O que você entende por rede de atenção as mulheres em situação de violência?
13. Você gostaria de comentar ou falar mais alguma coisa referente à temática?
14. No serviço ao qual se agrega é desenvolvida alguma prática para prevenção de violência contra as mulheres?

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Pesquisa:** Rede de atenção às mulheres em situação de violência: concepções e ações de profissionais de saúde.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

**Pesquisador responsável:** Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin

**Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo:** (55) 3220-8938; Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

**Pesquisadora mestrand:** Enf<sup>a</sup>. Jaqueline Arboit

**Telefones para contato:** (55) 99241965

Eu, Jaqueline Arboit, mestrand do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin, o convidamos para participar como voluntário do estudo intitulado **Rede de atenção as mulheres em situação de violência: concepções e ações de profissionais de saúde.**

Esta pesquisa pretende identificar as ações em rede desenvolvidas por profissionais de saúde junto às mulheres em situação de violência e discutir a constituição da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Para sua realização você será entrevistada/o e participará de uma sessão de grupo focal sobre as ações em rede desenvolvidas por profissionais de saúde junto às mulheres em situação de violência. Ambos serão gravados e o que você disser será registrado para posterior estudo.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: você poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de lembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento.

Caso isto venha acontecer, sugere-se que o participante interrompa sua participação no estudo.

Os benefícios esperados com o estudo serão indiretos, pois produção das informações fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens.

Você não terá nenhum gasto relacionado à sua participação na pesquisa. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Após ser esclarecida(o) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada(o) de forma alguma.

- É importante que você compreenda que assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra 'E' (E1, E2, E3, E4...), por ser a letra inicial da palavra Entrevistado, seguida de um número que corresponde à sequência de sua participação na pesquisa.

Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na forma de artigos científicos. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável pela pesquisa intitulada **Rede de atenção à saúde de mulheres em situação de violência: concepções e ações de profissionais de saúde**, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Nome e Assinatura do participante voluntário

\_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin

\_\_\_\_\_

Md<sup>a</sup>. Pesquisadora

Enf<sup>a</sup>. Jaqueline Arboit

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

**APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE****TERMO DE CONFIDENCIALIDADE****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pesquisa: Rede de atenção as mulheres em situação de violência: concepções e ações de profissionais de saúde

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisador responsável: Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin

E-mail: stelamaris\_padoin@hotmail.com

Telefone para contato e endereço postal completo: (55) 3220-8938; Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336. Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Pesquisadora mestranda: Enf<sup>a</sup>. Jaqueline Arboit

Telefones para contato: (55) 99241965

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio de entrevista semiestruturada e grupo focal, os quais serão gravados em uma sala previamente reservada no serviço em que o participante atua. As informações serão utilizadas para execução do presente projeto, para a construção de um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais de análise e para desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal e chaveado por um período de cinco anos, na UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala nº 1336, localizada no terceiro andar do Centro de Ciências da Saúde, CEP: 97105-900, Santa Maria – RS. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, ..... de .....de 2014.



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin



**APÊNDICE D – Quadro 1 - Corpus da revisão integrativa. LILACS, PubMed. 2014**

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
Vertamatti MAF, Abreu LC de, Drezett J, Valenti VE, Barbosa CP. Time lapsed between sexual aggression and arrival at the brazilian health service.	Descrever as características sócio-demográficas e clínicas de vítimas de violência sexual e sua associação com o tempo decorrido entre a agressão sexual e a chegada ao serviço de saúde.	Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo. P: 439 mulheres atendidas em um Programa de Atenção à Violência e Abuso Sexual.	Potencialidades: Os profissionais em delegacias e prontos-socorros têm encaminhado os casos pós-agressão sexual com maior brevidade ao serviço de referência, o que demonstra uma rede municipal integrada e bem articulada para assistência às vítimas deste tipo de crime.
Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: violência contra mulheres no discurso dos profissionais.	Pesquisar ante as prevalências de violência contra mulheres entre usuárias de serviços de saúde, a percepção e representações de seus profissionais acerca desse problema, bem como os obstáculos ao acolhimento de casos nas atuais condições do trabalho e diante das posturas derivadas de sua representações.	Estudo quanti-qualitativo, etnográfico. P: usuárias que sofreram violência e seus prontuários e 50 de profissionais de saúde (15 médicos, 13 gerentes, 11 enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários.)	Limites: Nenhum profissional de saúde do estudo teve treinamento específico sobre a questão da violência. Os profissionais reconhecem os problemas na estruturação dos serviços e nos recursos disponibilizados: incompatibilidade entre ofertas do serviço e demanda dos usuários cuja essência é curativa, falta de compreensão dos usuários sobre a proposta do serviço, dificuldades de implantação de uma racionalidade de trabalho que escape ao convencional, seja incorporando mais ações de prevenção e promoção à saúde, seja acolhendo temas como a violência. Os médicos indicam como obstáculos perda de motivação profissional, grande volume de atendimento e perfil dos usuários. Para os profissionais há uma grande distância entre tomar conhecimento das situações e reconhecê-las como atinentes à assistência e, ainda mais, intervir. O silêncio é visto como um problema só da mulher e não remetido para a responsabilidade também do profissional. Ademais, a natureza doméstica e privada da violência contra mulheres contribui para recusá-la como alvo assistencial. A assistência prestada se resume ao tratamento de sintomas e lesões. Dessa forma, em muitos dos casos em que o profissional optou por intervir, vê sua ação como pessoal e não profissional. De forma geral, os entrevistados afirmam que as mulheres são responsáveis

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
			<p>pela situação que vivem, fruto de suas escolhas pessoais. A violência é também um problema que os profissionais remetem às esferas sociais e econômicas ou a comportamentos como o abuso de álcool e drogas.</p> <p>Potencialidades: Os profissionais valorizam a necessidade de mudança na estruturação e na oferta do serviço. Os gerentes são os únicos profissionais que valorizam o trabalho em equipe, fugindo um pouco do modelo centrado no médico e na consulta individual.</p>
<p>Aguirre PD, Félix CS, Ma. PDG, Garrido CC, Mundaca LI, Rincón PG, Troncoso PV, Vidal PS. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica.</p>	<p>Quantificar a extensão da presença de estresse pós-traumático que apareceu como uma questão relevante em um grupo de mulheres consultoras que participam em programas de intervenção quanto a violência doméstica no Chile. Além disso, é estudada a percepção das consultoras quanto ao atendimento recebido nos programas e sua avaliação a medida que respondem às suas necessidades.</p>	<p>Estudo quanti-qualitativo. P: 42 mulheres consultoras de vítimas de violência doméstica, em instituições e programas criados para ajudar em tais situações.</p>	<p>Potencialidades: 40,5% das consultoras sugerem melhoras para os programas de assistência às mulheres vítimas de violência doméstica, destacando a importância de programas mais abrangentes, ou seja, que abarquem a participação em encontros grupais, a oportunidade de capacitação e desenvolvimento de um ofício, ajuda no que se refere às necessidades de assistência social, habitação e emprego, entre outros.</p>
<p>Ramos CRA, Medicci VPG, Puccia MIR. Mulheres vitimadas sexualmente –</p>	<p>Traçar o perfil sociodemográfico das mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência no</p>	<p>Estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e exploratório. P: Os prontuários das mulheres atendidas por um serviço de saúde</p>	<p>Limites: Apenas 64,4% das mulheres receberam o primeiro atendimento no serviço de saúde, antes de completar 24 horas em relação à ocorrência da violência sexual. Existem falhas no preenchimento dos formulários de atendimento, registros inconsistentes nos prontuários, o que dificulta e compromete a análise do perfil das mulheres vitimadas. Há deficiências quanto a</p>

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência.	município de Santo André; analisar o atendimento prestado à luz dos procedimentos indicados pela norma técnica do Ministério da Saúde; além de identificar a características da ocorrência da violência sexual e do período de tempo transcorrido entre a agressão e atendimento hospitalar e/ou ambulatorial.	pública do município de Santo André entre 2005 e 2006.	continuidade do tratamento a nível ambulatorial, haja vista que 78% dos casos não fizeram o acompanhamento sorológico de DST's e AIDS por seis meses.
Almeida APF de, Sousa ER de, Fortes S, Minayo MCS. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde.	Investigar a existência de história de violência na vida de mulheres com queixa de dor crônica.	Estudo qualitativo por meio da história de Vida. P: 11 mulheres usuárias de um serviço especializado no atendimento à dor enfatizando suas histórias de violência e vivência da dor.	Limites: A atuação dos profissionais de saúde na assistência e prevenção da violência é deficiente. A busca por vias mais fáceis e rápidas para a cura, como o remédio e a religião, por exemplo, evita a necessidade de olhar para problemas tão dolorosos para as pacientes e tão complexos para a atuação do profissional.
Rhodes KV, Frankel RM, Levinthal N, Prenoveau E,	Descrever a comunicação sobre a violência doméstica entre os profissionais de saúde	Estudo quantitativo, randomizado e controlado. P: 1281 mulheres de	Limites: As consultas realizadas com mulheres são muitas vezes superficiais, não incluem acompanhamento ou oferecem oportunidades abertas para conversar. Além disso, poucas mulheres são encaminhadas para aconselhamento. As pacientes não são

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
Bailey J, Levinson W. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence.	de serviços de emergência e pacientes do sexo feminino.	língua inglesa com idades entre os 16 a 69 anos e 90 profissionais de saúde (40 médicos assistentes, 46 residentes, e 4 enfermeiros).	suscetíveis de revelar situação de violência doméstica na presença de uma terceira parte, por exemplo, um parceiro abusivo. Potencialidades: Existem estratégias de comunicação que os profissionais de saúde do serviço de emergência podem empregar para discutir a violência doméstica: quando o profissional de saúde cria oportunidades para discussão, sendo empático, sensível, aumenta a possibilidade da mulher revelar a violência e de realizar mudanças na sua vida. Vários profissionais de saúde do serviço de emergência oferecem assistência as pacientes, possibilitando a verificação de segurança; aconselhamento e explicações sobre recursos legais disponíveis.
Coker AL, Flerx VC, Smith PH, Whitaker DJ, Fadden MK, Williams M. Partner violence screening in rural health care clinics.	Determinar a frequência de violência por parceiro íntimo de acordo com o tipo, triagem e serviços administrados por enfermeiros.	Estudo quantitativo. P: Mulheres com 18 anos ou mais de idade para as quais foram oferecidas triagem de violência por parceiro íntimo por uma enfermeira.	Potencialidades: A triagem para violência por parceiro íntimo baseada na clínica é viável metodologicamente e logisticamente para rastrear as mulheres para vários tipos de violência perpetrada pelo parceiro íntimo, mesmo em pequenas clínicas nas quais há escassez de pessoal. As pacientes reconhecem que esse tipo de rastreio é uma parte importante do processo de clínica.
Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violence against women attending public health services in the metropolitan area	Estimar a prevalência de violência (física, psicológica e sexual) contra mulheres por parceiro íntimo ou outro agressor, entre usuárias de serviços públicos de saúde e contrastá-la com a percepção de ter sofrido violência e com o registro das ocorrências nos	Estudo quantitativo. P: 3.193 usuárias que tinham entre 15 e 49 anos e se dirigiam aos serviços à procura de atendimento clínico ou gineco-obstétrico, apresentando condições físicas e mentais para serem entrevistadas.	Limites: É baixa a percepção de sofrer violência entre as entrevistadas. Essa taxa aumenta quando entre as agressões vividas o tipo sexual está presente, mostrando-se significantes as diferenças gradualmente crescentes entre os tipos psicológico (menor percepção), físico e sexual (maior percepção). Em todos os tipos de violência, foram baixas as taxas de registro em prontuário.

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
of São Paulo, Brazil.	serviços estudados.		
Coker AL, Flerx VC, Smith PH, Whitaker DJ, Fadden MK, Williams M. Intimate partner violence incidence and continuation in a primary care screening program.	Fornecer estimativas da incidência da violência por parceiro íntimo e continuidade entre as mulheres atualmente em um relacionamento íntimo que receberam atendimento em uma clínica de atenção primária à saúde e explorar correlatos de incidência IPV e continuação.	Estudo quantitativo, prospectivo de curto prazo. P: Mulheres que procuraram atendimento em clínicas de saúde rurais.	Potencialidades: Considerando que o abuso psicológico precede agressões físicas, a triagem e intervenções entre as mulheres experimentando abuso psicológico podem resultar em prevenção primária das agressões físicas. Além disso, a triagem para ambas as agressões físicas e psicológicas poderia fornecer prevenção secundária.
Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women.	Analisar a associação entre os diferentes tipos de violência contra as mulheres e a saúde física; examinar se o impacto sobre a saúde física aumenta com maior intensidade e duração do abuso, e como este impacto varia conforme o tempo em que esse abuso ocorreu.	Estudo quantitativo, transversal. P: Pacientes do sexo feminino com idade entre 18-65 anos e buscando consulta médica.	Potencialidades: Mulheres que sofreram os três tipos de violência (física, psicológica e sexual) são mais propensas a sofrer de uma doença crônica. Por isso, destacam-se as consequências da violência por parceiro íntimo na saúde física das vítimas o que permite que os profissionais de saúde obtenham uma melhor visão sobre o problema, facilitando sua identificação.
Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. A knowledge,	Identificar possíveis barreiras à triagem da violência por parceiro íntimo.	Estudo quantitativo. P: 249 médicos ginecologistas-obstetras.	Limites: Apenas 6,8% dos entrevistados afirmou ter recebido ou perseguido qualquer tipo de educação ou informações sobre a violência por parceiro íntimo (VPI). As principais barreiras intrínsecas para rastreio da violência incluíram a falta de consciência e uma percepção de falta de auto-eficácia, em particular a incapacidade de

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium.			discutir habilmente, gerenciar e encaminhar casos de violência doméstica. Já as barreiras extrínsecas incluíram uma percepção de falta de tempo e inadequação de questionar as pacientes sobre o abuso pelo parceiro. Os médicos revelam que a detecção clínica da violência depende principalmente da presença de trauma físico, psicológico. Cerca de metade dos entrevistados refere que faltam serviços de encaminhamento e instalações de atendimento especializadas para essas mulheres. Potencialidades: Dois terços dos ginecologistas reconhece que há necessidade de incorporar educação sobre VPI durante a formação. Consideram a triagem direcionada embora não seja a triagem universal como uma questão de responsabilidade médica.
McCloskey LA, Lichter E, Williams C, Gerber M, Wittenberg E, Ganz M. Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health.	Investigar se a divulgação da violência para os prestadores de cuidados de saúde e se o recebimento de intervenções estiveram relacionadas com a saída das mulheres de uma relação abusiva e à melhoria de sua saúde.	Estudo quantitativo. P: 132 mulheres que foram vítimas de violência por parceiro íntimo durante os 12 meses anteriores à entrevista.	Potencialidades: A revelação do abuso pela mulher ao prestador de cuidados faz a diferença e possibilita o acesso a intervenções, o qual se configurou como o único indicador significativo da saída da mulher do relacionamento abusivo. As mulheres que receberam atendimento em serviços devido VPI tinham quase três vezes mais probabilidade de ter relatado sair do relacionamento em comparação com as mulheres que não receberam tais serviços.
Pallitto CC, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended	Explorar a relação entre violência por parceiro íntimo e indesejada na gestação em uma amostra de base populacional de mulheres	Estudo quantitativo. P: 3.431 mulheres que já tinham sido casadas alguma vez com idades entre os 15-49 anos que deram à luz nos últimos	Limites: Existe um grande potencial para a subnotificação, uma preocupação importante nas pesquisas sobre a violência por parceiro íntimo considerando a sensibilidade do assunto, o estigma social, as questões de privacidade e segurança.

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
pregnancy: analysis of a national sample from Colombia.	colombianas.	cinco anos ou estavam atualmente grávida.	
Soares GS. Health professionals and legal abortion in Brazil: challenges, conflicts, and meanings.	Compartilhar as representações de assistentes sociais, psicólogas, enfermeiras e médicos sobre o abortamento, com base em suas atuações nos programas de assistência às mulheres em situação de violência, considerando a interface com a violência sexual.	Estudo qualitativo. P: 12 profissionais diretamente envolvidos com os Programas de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Paraíba e no Distrito Federal.	Potencialidades: Existe a concepção de que a violência sexual deve ser tratada no âmbito da assistência à saúde e que pode minimizar as consequências para a mulher. Participar do Programa de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual fez parte do desejo de ser útil, de ser solidário com pessoas que estão em sofrimento.
Silva, IV. Violence against woman: clients of emergency care units in Salvador.	Investigar a ocorrência de violência – física, sexual e psicológica entre usuárias de um serviço de urgência e emergência e a sua distribuição segundo características sócio-demográficas.	Estudo quantitativo, descritivo. P: 701 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, que foram atendidas em um hospital de urgência e emergência de Salvador, no período de 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001.	Limites: De 270 mulheres que sofreram algum tipo de violência, apenas 22,5% procuraram a Delegacia da Mulher e 12,5% outras delegacias para prestar queixa. A maioria buscou a unidade em decorrência de problemas clínicos e nenhuma delas mencionou ao profissional responsável pelo atendimento viver ou ter vivido situação de violência na vida, até porque a distância que existe na relação médico paciente tornava-se mais aguçada no atendimento de emergência. Observou-se que embora alguns profissionais percebessem a existência de tais situações suas práticas não iam além da abordagem clínica. Pelo fato de os eventos acontecerem no espaço doméstico, a vítima acaba inibida em falar.
Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women.	Avaliar a capacidade do instrumento, Ferramenta de Triagem para o Abuso da Mulher (WAST), para discriminar mulheres	Estudo quantitativo. P: Um grupo de 27 mulheres vítimas de abuso de um abrigo para mulheres urbanas e de	Potencialidades: O instrumento espanhol WAST foi considerado altamente confiável, uma vez que foi capaz de discriminar entre mulheres abusadas e não abusadas que participaram do estudo.

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
	abusadas e mulheres não abusadas.	trabalhadoras agrícolas de um programa de extensão rural em um centro comunitário de saúde.	
Rabin S, Kahan E, Zalewsky S, Rabin B, Herz M, Mehudar O, Kitai E. Primary care physicians' attitudes to battered women and feelings of self-competence regarding their care.	Comparar a abordagem e os sentimentos de competência em relação ao cuidado de mulheres agredidas entre cuidados médicos primários e cuidados não primários.	Estudo quantitativo. P: 300 médicos de atenção primária (140 médicos de clínica geral, 160 especialistas em medicina de família), e 100 especialistas (50 ginecologistas, 50 ortopedistas).	Limites: O estado de humor mais prevalente em ambos os grupos foi de raiva. Os médicos de atenção primária relataram significativamente mais tensão e confusão ao cuidar de mulheres agredidas que os médicos de cuidados não primários. Médicos de atenção primária fornecem cuidado abrangente e integrado aos pacientes ao longo do ciclo de vida, portanto, às vezes hesitam em intervir ativamente na situação de violência a fim de evitar a criação de um desequilíbrio no cuidado holístico do sistema familiar. Potencialidades: Ambos os grupos tiveram um sentido relativamente elevado de auto-eficácia e médias a altas expectativas quanto ao sucesso do atendimento, o que demonstra provavelmente maior sensibilidade e consciência pessoal dos médicos da atenção primária, ou que poderia ser devido ao maior envolvimento com a situação dos pacientes que eles conhecem há muito tempo.
Oliveira EM de, Barbosa RM, Moura AAVM de Von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, Stoianov M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo.	Avaliar o funcionamento de serviços públicos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.	Estudo Qualitativo P: 13 mulheres e 29 profissionais que trabalhavam nas equipes.	Potencialidades: A maioria das mulheres mantêm o vínculo com a equipe após o término do tratamento referente a violência sexual, revelando a qualidade do acolhimento e respeito à história de vida das mulheres, trazida como sofrimento intenso e credibilizando as suas falas. Há acompanhamento das mulheres, sendo que a porta do serviço permanece aberta para a possibilidade de retorno. O serviço encontra-se organizado a partir de uma equipe multiprofissional o que qualifica o acesso e se traduz em resolutividade. Limites: Quanto ao acompanhamento das mulheres, ele existe nesses serviços especializados, mas é deficiente nos pronto-socorros e unidades básicas de saúde. Existem dificuldades relacionadas aos valores morais e culturais para sensibilizar os



Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
			demais profissionais (não vinculados ao serviço de violência sexual) no acolhimento dessa violência, como também a necessidade de romper preconceitos para a aceitação da fala das mulheres. Outras dificuldades compreendem: receio dos profissionais de saúde em lidar com o tema, falta de orientação durante a graduação, falta de acesso e deficiência na referência e contra-referência em razão da desinformação da existência de serviços de saúde especializados pela maioria dos profissionais da rede; atendimento deficitário das mulheres no IML e delegacias, onde são culpabilizadas pela agressão sofrida; desconhecimento das mulheres sobre os direitos que lhes garantem o serviço especializado; peregrinações por diferentes serviços de saúde (pronto-socorro, posto de saúde) e serviços policiais e judiciais (delegacia, fórum) em busca de atendimento.
Ynoub RC. Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina.	Produzir uma avaliação da disponibilidade institucional existente na região metropolitana de Buenos Aires	Estudo quali-quantitativo. P: 13 informantes, selecionados por áreas de intervenção: ONGs, área da "mulher", área "mulher" provincial, área hospitalar, polícia e departamento jurídico.	Limites: Há escassez de estatísticas, dados sistemáticos e confiáveis para monitorar as atividades dos serviços, recursos financeiros, lugares para albergar as mulheres, o que torna difícil romper o ciclo da violência; segunda vitimização, que corresponde à violência institucional, por parte dos profissionais; pouca institucionalização das políticas e programas oficiais, sujeitos às vontades de funcionários/as de turno, o que conduz a descontinuar os programas em cada troca de gestão; falta de redes que facilitem o acesso à informação, bibliografia e referenciais sobre recursos disponíveis e de campanhas conscientizar as pessoas.
Viellas EF, Gama SG, Carvalho ML, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women	Analisar os fatores socioeconômicos, demográficos e reprodutivos associados com agressão física durante a gravidez, e os resultados negativos para o recém-nascido em dois	Estudo quantitativo P: 8.961 puérperas, divididas em dois grupos distintos: um com idade entre 10 e 19 anos (adolescentes); e outro de 20 a 34 anos (adultas jovens).	<b>Potencialidades:</b> A boa qualidade assistência pré-natal reduziu a chance de agressão física durante a gravidez. Limites: A ocorrência de agressão física na gestação foi indicada como um fator significativo associado a um pré-natal de pior qualidade, pois as adultas jovens que apresentaram uma assistência mais adequada apresentaram uma chance 33% menor de sofrer essa forma de violência do que àquelas não envolvidas com o problema.

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
and adverse outcomes for the newborn.	grupos de mulheres: adolescentes e jovens adultos.		
Abeya SG, Afework MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in west Ethiopia: a qualitative study on attitudes, woman's response, and suggested measures as perceived by community members.	Explorar as atitudes da comunidade sobre violência por parceiro íntimo contra a mulher, as estratégias que as mulheres estão usando após o ato de violência, e sugerir medidas para parar ou reduzir o ato em East Zona Wollega.	Estudo qualitativo P: 55 homens e 60 mulheres	<p><b>Potencialidades:</b> Os participantes relatam a importância da contratação de especialistas em questões familiares. Recomendam que os órgãos envolvidos, como os policiais, especialistas em assuntos da mulher, o Ministério Público e os juizes devam ser equipados com conhecimentos e competências adequadas para lidar com esses casos. Além disso, deve haver proteção legal para a mulher. A maioria dos participantes sugeriu que o tribunal estabeleça um centro especial que funcione para a Violência Baseada em Gênero (VBG) e enfatize o empoderamento das mulheres.</p> <p><b>Limites:</b> A eficácia das instituições que lidam com a violência baseada em gênero para prevenir a violência por parceiro íntimo contra a mulher tem sido reduzida devido a uma série de fatores: capacidade limitada das instituições, as atitudes do pessoal, acessibilidade e disponibilidade dos serviços incluindo a qualidade dos serviços prestados à comunidade e à falta de conhecimento das mulheres sobre a existência de tais instituições.</p>
Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Envolvendo o sistema de saúde na violência doméstica: o que as mulheres querem.	Extraír percepções das mulheres sobre atitudes do envolvimento do sistema de saúde na violência doméstica; explorar as expectativas das mulheres sobre a forma como o sistema de saúde pode atender às necessidades das vítimas de violência doméstica.	Estudo qualitativo. P: 72 Mulheres	<p><b>Potencialidades:</b> Quando há o envolvimento do sistema de saúde em situações de violência doméstica, as participantes se sentem encorajadas, apoiadas e aliviadas, considerando o posto de saúde o melhor lugar para falar confidencialmente sobre os problemas com a família ou em sua vizinhança. As participantes recomendaram abordagem sobre violência doméstica por médicos de família, ginecologistas, ou psicólogos.</p> <p><b>Limites:</b> A maioria das mulheres enfatizou que os médicos devem garantir a confidencialidade e estabelecer uma boa relação médico-paciente e o profissional de saúde deve ter tempo suficiente para discutir o assunto. Alguns participantes esperavam que: os</p>

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
			<p>profissionais fossem se comunicar com a polícia ou falar com o homem sobre ser violento, respeitassem a autonomia da mulher, deixando-a decidir por si mesma; esperavam serem ouvidas e aconselhadas. Valorizaram a continuidade do cuidado. Algumas mulheres recomendam que qualquer novo programa para combater a violência doméstica nos centros de saúde deve ser precedido de uma campanha nos meios de comunicação e conscientização da comunidade, em especial no meio rural. Identificaram várias barreiras para a criação de uma resposta eficaz de cuidados de saúde à violência doméstica: custo de serviços, falhas de confidencialidade, e os temores de retaliação e aumento da violência.</p>
<p>Chibber KS, Krishnan S, Minkler M. Physician practices in response to intimate partner violence in southern India: insights from a qualitative study.</p>	<p>Examinar as práticas dos médicos de cuidados primários em resposta a violência por parceiro íntimo.</p>	<p>Estudo qualitativo P: 30 médicos que atendem mulheres de baixa renda com idades entre 18-30, no sul da Índia.</p>	<p><b>Potencialidades:</b> Destacam-se quatro práticas fundamentais dos médicos em resposta à violência doméstica: identificação da violência (intercalada com procedimentos clínicos de rotina); triagem e avaliação sobre a vida e as relações pessoais); aconselhamento e encaminhamentos. Alguns médicos relataram realizar triagem mais rotineiramente, informando as mulheres dos seus direitos e escolhas, e facilitando a sua utilização dos serviços de apoio. Outros relataram ter treinado o pessoal de apoio para responder a IPV, e rotineiramente em rede com organizações de apoio. Estes médicos atribuíram seu compromisso profundo para a promoção dos direitos das mulheres e bem-estar para treinamento sobre como responder a IPV e / ou modelos influentes, incluindo professores, alunos seniores, e ex-colegas. Todos os selecionados realizaram triagem quando observaram lesões físicas ou divulgações dos pacientes e em resposta a "sintomas vagos" e sinais de sofrimento psicológico. Ocasionalmente até visitas posteriores para estabelecer uma melhor relação médico-paciente e obter familiaridade a padrões de comportamento ou sintomas do paciente. Quase 80% relataram aconselhamento dos pacientes que foram identificados como experimentando IPV. Abrangeu uma gama de atividades, incluindo a escuta ativa, consolando, validando a injustiça do IPV, encorajando</p>

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
			<p>as mulheres a ter esperança, aconselhando contra o suicídio, e divulgar outras mensagens de redução de danos. A maioria das mensagens de de alguns médicos reflete sua crença na igualdade de gênero e humano direitos. Eles acreditam que as mulheres e os homens merecem direitos iguais, e que era dever dos médicos como seres humanos validar a injustiça que as mulheres estavam experimentando, e informá-los dos seus direitos, escolhas e opções de serviços de suporte; aconselhar aos maridos. Em relação aos encaminhamentos, 10 médicos realizam encaminhamentos para serviços de apoio. Para isso tomam iniciativa de aprender sobre as organizações que prestam serviços em suas comunidades e tomam medidas pessoais para facilitar o acesso das mulheres a esses serviços.</p> <p><b>Limites:</b> Cerca de 50% acreditam que o conflito interno ocorre em todas as famílias, e profissionais da área médica não devem rastrear "pequenos" problemas, dado conhecimento limitado dos médicos sobre a família e incapacidade de julgar o certo e o errado em uma determinada situação. Outros acham que muitas vezes as mulheres merecem a agressão devido ao seu comportamento, seu estilo de vida, ou por ser bastante agressiva. Muitos médicos (n=15) pautam suas orientações em suas crenças em normas tradicionais de gênero prevalente na sociedade indiana. Em relação aos encaminhamentos vinte médicos não referiam pacientes para serviços de apoio. Eles atribuíram os baixos níveis de referência à sua falta de consciência sobre e a limitada disponibilidade de serviços de apoio. Tempo limitado e múltiplas responsabilidades clínicas ainda foram citados como impedindo-os de investigar os serviços sociais e de apoio aos esforços do paciente para prosseguir esses serviços.</p>
Reis MJ dos, Lopes MH, Higa R, Bedone AJ. Nursing care of women who	Caracterizar a assistência de enfermagem prestada pelo enfermeiro às mulheres que sofreram violência sexual,	Estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo. P: 146 fichas de atendimento de enfermagem a mulheres	<b>Potencialidades:</b> Observou-se que de 70,8 a 83,9% das mulheres, que compareceram à consulta de enfermagem ambulatorial, referiram recebimento de orientações segundo o protocolo de enfermagem. O tempo de consulta de enfermagem foi maior no período noturno e que as mulheres atendidas nesse período mais

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
suffered sexual violence.	atendidas no Hospital da Mulher -CAISM/Unicamp.	que sofreram violência sexual.	<p>frequentemente conheciam os riscos de saúde decorrentes da violência sexual, faziam uso dos medicamentos ARVs em horários adequados às suas atividades diárias e estavam mais orientadas quanto à finalidade das sorologias para DST e HIV, colhidas no atendimento imediato. Pelo menos, 84,9% das mulheres atendidas retornaram ao serviço para a primeira consulta no seguimento ambulatorial, com a equipe multidisciplinar, o que sugere ter havido ligeiro aumento na adesão ao serviço, ou pelo menos a manutenção do seu índice.</p> <p>A confiança é o elemento chave dessa relação e, para que ela ocorra, é necessário o estabelecimento de empatia, de credibilidade no profissional, do respeito à privacidade e, principalmente, da compreensão das informações e no comportamento do cliente. Para caracterizar a qualidade da assistência prestada é importante levar em conta os passos do processo de enfermagem. Assim, quando o atendimento é sistematizado, individualizado permite que o enfermeiro preste cuidados diretos, com base em evidências científicas.</p> <p><b>Limites:</b> Há necessidade, no entanto, de olhar atento dos profissionais a fim de perceber condições que implicarão no aumento do risco da não compreensão das informações oferecidas, o que pode levar à não adesão ao tratamento. A maioria dos enfermeiros do plantão noturno demora 60 minutos ou mais para realizar um atendimento. É provável que esse tempo dispensado esteja diretamente relacionado ao fato de a equipe multidisciplinar não estar completa durante a noite e os enfermeiros necessitarem realizar intervenções imediatas, frente à identificação dos diagnósticos de enfermagem, relacionados às alterações psicológicas e sociais, na tentativa de minimizar os sentimentos e/ou dificuldades psicossociais para, posteriormente, receberem assistência especializada.</p>
Sikkema KJ, Neufeld SA,	Examinar a viabilidade de uma intervenção para	Estudo qualitativo. P: 97 mulheres.	<b>Potencialidades:</b> As mulheres de ambos os grupos relataram reduções nos sintomas de trauma, e aumentos de conhecimento

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
Hansen NB, Mohlahlane R, Van Rensburg MJ, Watt MH, Fox AM, Crewe M. Integrating HIV prevention into services for abused women in South Africa.	reduzir os comportamentos de risco de HIV entre 97 mulheres que procuram os serviços de IPV de uma ONG baseada na comunidade em Joanesburgo, África do Sul.		sobre o HIV, e auto-eficácia para uso de preservativo. Um aumento no apoio social foi um resultado importante da intervenção. Alguns grupos se sentiam tão apoiados que passaram a formar grupos de apoio próprios que continuaram após a intervenção. Um aumento no apoio social foi um resultado importante da intervenção. Participantes expressaram que se sentiram consoladas de estar em um ambiente de grupo com outras sobreviventes de abuso que foram procurar ajuda. Alguns grupos se sentiam tão apoiadas que passaram a formar grupos de apoio próprios que continuaram após a intervenção. Além disso, a intervenção fornecida facilitou o desenvolvimento de habilidades relacionadas com a comunicação e resolução de problemas. A intervenção explicitamente dirigiu-se à possibilidade de que a implementação de estratégias de redução de risco, como o uso do preservativo, assertividade sexual ou comunicação sobre HIV / AIDS pode colocar as mulheres em maior risco para a violência de um parceiro. Exemplos disso incluem decidir se deve ou não negociar sexo seguro, a disponibilidade de soluções alternativas para proporcionar segurança, identificação de situações inseguras que podem levar à coerção ou abuso, e estratégias de empoderamento mais propensas a acabar, em vez de aumentar a violência. Comparando-se os dois formatos de intervenção, os facilitadores preferiu a intervenção de 6 semanas, uma vez que forneceu mais tempo para abordar questões e preocupações dos participantes e teve um sentido de continuidade. Ambas as versões da intervenção de grupo sugeriram um impacto positivo sobre resultados psicossociais. A intervenção em grupo pode ajudar a combater o estigma e vergonha e pode ajudar as mulheres a desenvolver apoio social para lidar de forma construtiva com os suas situações. Os dados do processo indicaram que o apoio social é um importante subproduto da intervenção. É importante que as mulheres em relacionamentos violentos desenvolvam habilidades de prevenção ao HIV que possam ser aplicadas com eficácia e segurança; e que elas tenham opções estruturais e institucionais à

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
			<p>sua disposição para apoiá-las a deixarem o relacionamento se eles escolherem. Integrar a prevenção do HIV em andamento serviços prestados às mulheres vítimas de abuso aborda estas preocupações e resultados deste estudo confirma a viabilidade de tal abordagem.</p> <p><b>Limites:</b> As mulheres reconheceram interna (baixa auto-estima, vergonha, depressão) e externo (o estigma, a revitimização no sistema de justiça criminal) fatores como barreiras para o enfrentamento adaptativo.</p>
<p>Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P. Description of registration of episodes of gender violence in medical records in the principality of Asturias, Spain.</p>	<p>Descrever como se registram nos documentos clínico-assistenciais de uma área sanitária de Astúrias os casos notificados no Registro de Atenção Sanitária de Violência contra as Mulheres do Principado de Astúrias (VIMPA).</p>	<p>Estudo quantitativo descritivo transversal P: conjunto de casos notificados, documentos clínico assistenciais de uma área sanitária de Astúrias.</p>	<p><b>Limites:</b> Existe a falta de registros específicos dos profissionais no que se refere aos casos de violência, sendo que estes são identificados de forma diferente em documentos clínicos, o que impede o uso combinado de fontes de informação distintas. Neste sentido, as bases de dados estão descentralizadas dos centros de atenção, o que não permite o acesso remoto e impede qualquer anotação sobre a paciente se esta estiver fora do seu centro de saúde.</p>
<p>Naved RT, Rimi NA, Jahan S, Lindmark G. Paramedic-conducted mental health counselling for abused women in rural Bangladesh: an evaluation from the perspective of</p>	<p>Avaliar uma iniciativa de usar os paramédicos como o primeiro nível de conselheiros de saúde mental de mulheres abusadas em área rural de Bangladesh (2003-2004).</p>	<p>Estudo quali-quantitativo, descritivo exploratório. P: 372 mulheres abusadas que participaram de uma ou mais sessões de aconselhamento.</p>	<p><b>Potencialidades:</b> Utilidade da sessão foi expressa principalmente em termos de alívio alcançado depois de falar sobre o assunto. A maioria (87%) das mulheres relataram a ser encorajados a ser auto-confiante.</p> <p>Sobre a duração do atendimento: Cerca de 61% das mulheres sentiram que a duração deve ser um horas ou mais, enquanto 30% pensou que deve ser meia hora ou menos. Quanto à abordagem: cerca de 98% das mulheres relataram que os paramédicos realizaram a sessão muito bem ou bem e ouviram com atenção ou com muita atenção. Todas as participantes do estudo consideraram que o comportamento dos paramédicos era bom o suficiente e não</p>

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
participants.			<p>requer qualquer melhoria. Vinte e oito mulheres entrevistadas em profundidade relataram que para tratar bem o médico precisa contar com linguagem corporal, sorriso no rosto, voz doce e igualdade no tratamento. A Privacidade é positiva. Cerca de 99% das mulheres relataram que, durante a sessão, o paramédico teve uma atitude de não-julgamento. Os paramédicos incentivaram cerca de 57% das mulheres a explorar uma saída para a situação. Em geral, 74% das mulheres relataram que a sessão foi um pouco útil, e 16% relataram que foi muito útil. 85% das mulheres consideraram úteis as sessões e que ajudou a ter uma luz. Cerca de 22% das mulheres disseram que era útil e ajudou a compreender a violência contra elas não foi culpa sua. Profundidade do paramédico de compreensão e sua empatia foram mencionados como sendo considerado útil por 19% das mulheres. Cerca de 8% dessas mulheres disseram que encontraram uma nova fonte de ajuda, e 6% relataram que descobriram uma nova forma de lidar com a violência.</p> <p><b>Limites:</b> Cerca de 16% das mulheres consideraram o horário marcado para a sessão impróprio. A média relatada à espera de tempo foi de 48 minutos. Cerca de 16% tinha de esperar mais de uma hora para a sessão enquanto 52% tinham de esperar meia hora ou menos. Cerca de 55% das mulheres estavam felizes com o à espera de tempo, cerca de 38% estavam descontentes. 23% das mulheres que foram incentivadas a explorar uma saída para a sua situação atual em termos da violência considera essa discussão fútil enquanto 52% relataram ficar com a ideia de que pode haver alguma solução para seu problema. Cerca de 11% das mulheres entrevistadas não consideraram a sessão útil. Uma mulher disse que a sessão foi prejudicial como a violência pelo marido aumentado devido a divulgação da violência nesta sessão.</p>
Rodriguez M, Shoultz J, Richardson E. Intimate partner	Explorar os efeitos longitudinais da violência por parceiro íntimo sobre a saúde mental de latinas	Estudo quantitativo, de coorte longitudinal. P: 210 mulheres Latinas grávidas	<b>Potencialidades:</b> O fato de o profissional de saúde ter usado explicações compreensíveis e escutado a paciente favoreceram a mulher a relatar a situação de violência. O aumento da formação IPV para profissionais de saúde nesta área poderia aumentar a



Referência	Objetivo	Delineamento	Principais resultados
violence screening and pregnant Latinas.	grávidas; investigar se as mulheres grávidas latinas são selecionadas para IPV de acordo com as recomendações feitas pela ACOG e pela Comissão dos Cuidados de Saúde para Mulheres; investigar se características daqueles selecionados para IPV são congruentes com características de quem realmente tem história de IPV.		probabilidade de mais mulheres serem rastreadas. Limites: Apesar da recomendação do ACOG que todas as mulheres serem rastreadas para IPV, dois terços das mulheres latinas que participaram deste estudo nunca tinham sido selecionados para IPV. Em sistemas que dependem na identificação de casos com base em fatores de risco isso representa perda de oportunidades para a seleção e identificação.



**ANEXOS**

---



## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



*Prefeitura Municipal de Santa Maria*  
*Secretaria de Município da Saúde*  
*Núcleo de Educação Permanente*  
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

### AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de mestrado intitulado "**Rede de Atenção as mulheres em situação de violência : concepções e ações de profissionais de saúde**" de autoria da acadêmica **Jaqueline Arboit**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo conhecer as concepções e ações de profissionais de saúde acerca de atenção as mulheres em situações de violência em um município da região central, caracterizar o perfil sócio-demográfico e de formação dos profissionais de saúde, identificar as ações em rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde junto às mulheres em situação de violência. Salientamos que os sujeitos de estudo serão os profissionais de saúde incluindo médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, ACS no PAM, UBS Floriano Rocha, Kennedy e CSU e ESF Alto Boa Vista, Lídia e Bela União.

**Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.**

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 14 de outubro de 2014.

Sociólogo Rodrigo Silva Jardim  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
e-mail: [nepessantamaria@gmail.com](mailto:nepessantamaria@gmail.com) – Fone (55) 3921-7201

OFÍCIO N.º. 381/2014/SMS/NEPeS

Santa Maria, 14 de outubro de 2014.

Vimos por meio deste informar que esta Secretaria apresenta parecer favorável para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa da acadêmica **Jaqueline Arboit** sob o título **“Rede de atenção as mulheres em situação de violência : concepções e ações de profissionais de saúde”**, do Centro de Ciências da Saúde , Programa de Pós – Graduação em Enfermagem Mestrado/UNIFRA.

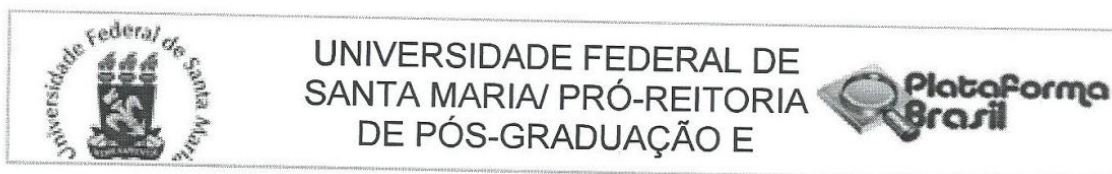
Salientamos a necessidade de emissão de relatório final das atividades desenvolvidas às Unidades pesquisadas.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, desde já agradecemos.

*Roberto Silva Jardim*  
Núcleo de Educação Permanente

Prefeitura Municipal de Santa Maria  
Secretaria do Município da Saúde  
Núcleo De Educação Permanente da Saúde  
Portaria Nº 0946/2014

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Rede de atenção as mulheres em situação de violência: concepções e ações de profissionais de saúde

**Pesquisador:** Stela Maris de Mello Padoin

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39432114.1.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 928.490

**Data da Relatoria:** 12/01/2015

#### Apresentação do Projeto:

A violência contra a mulher é considerada mundialmente como uma problemática inerente ao meio social, retratando uma questão de saúde pública e de violação aos direitos humanos das mulheres. A presente proposta de pesquisa insere-se na discussão da rede de atenção as mulheres em situação de violência no município de Santa Maria - RS. Para tanto tem como objetivos: identificar as ações em rede desenvolvidas por profissionais de saúde junto às mulheres em situação de violência e discutir a constituição da rede de atenção às mulheres em situação de violência. O estudo delinea-se como exploratório - descritivo, de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas primordialmente, e a técnica de grupo focal complementarmente. Os participantes serão profissionais de saúde que integram as equipes do Centro Obstétrico e do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria; do Pronto Atendimento Municipal, além de três Unidades Básicas de Saúde e três Estratégias de Saúde da Família do município em estudo. A análise dos dados será realizada mediante a Análise de Conteúdo do Tipo Temática. Serão seguidas as recomendações previstas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando desta forma, as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Espera-se com os resultados deste estudo contribuir com subsídios para o planejamento e inclusão de práticas de intervenção, de

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

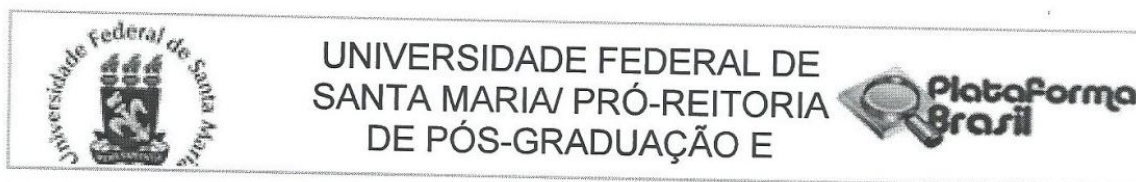
**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 928.490

políticas públicas para o enfrentamento e prevenção da violência contra as mulheres.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Identificar as ações em rede desenvolvidas por profissionais de saúde junto às mulheres em situação de violência;

- discutir a constituição da rede de atenção às mulheres em situação de violência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Descritos adequadamente no projeto, no TCLE e na Plataforma.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Orçamento: Ok;

Cronograma: Ok;

TCLE: foi ajustado e atende às exigências do CEP;

Termo de confidencialidade: Ok;

Autorização Institucional: Ok;

Registro na GEP: Ok;

Registro no GAP: Ok;

Folha de rosto: Ok.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram atendidas de modo suficiente.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

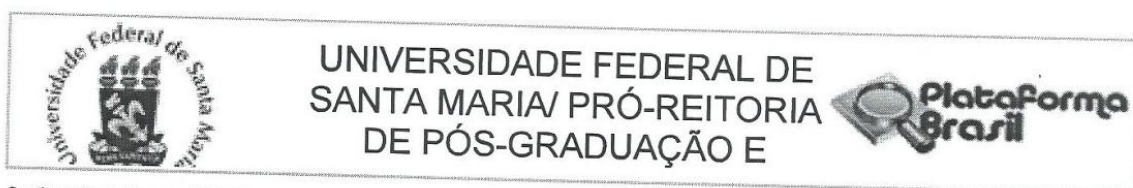
**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com





Continuação do Parecer: 928.490

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 05 de Janeiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com