Capítulo 11

FATORES ASSOCIADOS ÀS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DIANTE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM 10 MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Elizângela Gonçalves de Souza
Fabrícia Soares Freire Pugedo
Flávia Furtado Calixto
Marcelo Ribeiro da Silva
Merce Mara Ferreira Campos
Camilla Duarte Ribeiro
Breno Gontijo de Camargos
Daisy Silva Reis
Ricardo Tavares
Victor Hugo de Melo
Elza Machado de Melo

Resumo

Trata-se de pesquisa sobre os fatores ligados à gestão estadual e municipal de saúde, associados às atitudes profissionais frente às mulheres em situação de violência. Estudo transversal de natureza quantitativa, realizado com profissionais da rede de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. Os resultados foram analisados com base na construção de indicadores e na análise de suas distribuições. Observou-se que a garantia de recursos por parte das gestões estaduais e municipais de saúde; a articulação entre os dispositivos da rede de serviços e apoio institucional e fortalecimento dos profissionais são aspectos que potencializam as atitudes adotadas pelos profissionais frente às mulheres em situação de violência.

Palavras-chave: *Violência contra a mulher. Gestor de saúde. Atitude do pessoal de saúde. Saúde da mulher.*

Introdução

A violência contra a mulher, além de uma violação aos direitos humanos, é um importante problema de saúde pública, pois ocasiona elevados custos econômicos e sociais, podendo resultar em graves consequências para a saúde das mulheres, que vão desde danos físicos graves, incapacidades físicas permanentes e até mesmo óbitos como expressão máxima da violência, além de problemas causados indiretamente pela agressão, como transtornos mentais. Estudo conduzido pela Organização Mundial de Saúde, que compilou dados da população de todo o mundo de forma sistemática, revela estimativa global de 35% de mulheres que sofreram violência física e/ou sexual, sendo a maior parte (30%) perpetrada por parceiro íntimo. A estimativa global de violência sexual praticada por alguém que não seja parceiro foi de 7%.[1]

No Brasil, as estatísticas sobre homicídios de mulheres revelam aumento de 252% do número de vítimas no período entre 1980 e 2013, com taxa de 4,8 vítimas por 100 mil mulheres em 2013, trazendo o país para a 5ª posição num grupo de 83 países com dados homogêneos. Apenas El Salvador, Colômbia, Guatemala e Federação Russa exibiram taxas superiores às do Brasil.[2]

Esses dados determinam a violência contra a mulher como um problema global de saúde pública e salientam a necessidade de articulação intersetorial no empenho, tanto da prevenção da ocorrência, quanto no provimento de serviços adequados ao atendimento de mulheres em situação de violência, destacando a importância do papel que o setor saúde tem a desempenhar nesse cenário. [1] Além disso, por ser um fenômeno histórico, social e de saúde de grande magnitude, esse agravo necessita de intervenções direcionadas para a equidade de direitos, proteção e segurança das mulheres que vivenciam situações de violência. Dessa forma, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) são de que a oferta da atenção à saúde ocorra em diversos locais/pontos da rede de atenção e os profissionais estejam preparados para atender com respostas intersetoriais.[1,3]

Apesar disso, alguns autores sinalizam ser comum o fato de profissionais, sobretudo os da saúde, apresentarem inúmeras dificuldades na identificação e abordagem dos casos de violência contra a mulher.[4-9] Isso exerce influência negativa na atenção às mulheres em situação de violência e vários fatores guardam relação direta com as atitudes dos profissionais diante dessa problemática. Conhecer os fatores ligados à gestão estadual e municipal de saúde que atuam como condições restritivas a uma prática profissional em saúde moldada a partir das demandas produzidas por esse fenômeno e que são passíveis de abordagem pelo setor saúde pode contribuir para a reflexão e elaboração de estratégias locais e regionais que superem o desafio de incorporar na prática dos profissionais de saúde o atendimento aos casos de violência, em consonância com programas e políticas de saúde nacionais e internacionais. Nesse sentido,

o presente capítulo objetivou conhecer os fatores que influenciam o desempenho dos profissionais na abordagem da violência contra a mulher em 10 municípios brasileiros.

Material e Métodos

Trata-se de estudo transversal de natureza quantitativa, realizado em 10 municípios brasileiros, conforme listados a seguir: Igarapé-Miri (Pará); Cruzeiro do Sul (Acre); Augustinópolis (Tocantins); Irecê (Bahia); Quixadá (Ceará); Santana do Matos (Rio Grande do Norte); Posse (Goiás); São Mateus (Espírito Santo); Registro (São Paulo) e São Lourenço do Sul (Rio Grande do Sul). Os referidos municípios são sede de territórios de cidadania e foram eleitos pelo Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do campo e da floresta e pela Secretaria de Política para as Mulheres (SPM), em 2011, como prioritários para a implantação de políticas públicas.

O estudo é recorte de um projeto mais amplo, de âmbito nacional, denominado Projeto Para Elas. Por elas, por eles, por nós. Os participantes foram profissionais de diferentes setores e níveis de atenção envolvidos na assistência à mulher em situação de violência, nos 10 municípios estudados, totalizando 438 sujeitos. Estes foram convidados a participar das oficinas promovidas, em cada município, pelas Secretarias Municipais de Saúde, Ministério da Saúde e equipe do projeto Para Elas, com os quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas, por meio de questionários autoaplicáveis.

Adotaram-se como critérios de exclusão: questionários em branco ou com taxa de resposta inferior a 70%; estudantes não vinculados à rede de atenção à mulher em situação de violência; questionários sem identificação e/ou sem termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); questionário duplicado (o profissional respondeu em mais de um seminário, sendo mantido o mais antigo).

A coleta de dados foi efetuada durante as oficinas realizadas nos 10 municípios em estudo, utilizando-se como instrumento um questionário semiestruturado, autoaplicável, com 47 questões, subdivididas em cinco sessões contendo dados sociodemográficos, de formação profissional, trabalho, sobre a rede de atenção e enfrentamento da violência contra a mulher e relativas à percepção dos profissionais acerca das relações de sexo. O referido questionário foi desenvolvido pela equipe do projeto Para Elas, avaliado por especialistas (professores do mestrado profissional) e profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Estudo-piloto realizado com mestrandos de outros grupos de pesquisa do mestrado profissional direcionou a realização de ajustes do questionário. O período de coleta de dados estendeu-se de maio de 2013 a julho de 2014.

As variáveis utilizadas nesse estudo foram: a) atitudes dos profissionais diante de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra a mulher (já teve casos em que se suspeitou de violência e qual foi a conduta tomada? Já atendeu mulheres em situação

de violência e qual foi a conduta tomada?); b) a garantia de recursos (estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.) por parte da gestão municipal/ estadual de saúde para as ações de combate à violência contra a mulher nas unidades de atenção à saúde; c) a preocupação das autoridades municipais/ estaduais em combater e prevenir a violência contra a mulher; e d) a opinião dos profissionais sobre a atenção à mulher em situação de violência no município/ estado. Os dados foram armazenados em banco de dados e posteriormente analisados a partir da utilização do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. A análise estatística foi baseada na construção de indicadores e na análise de suas distribuições, conforme descrito a seguir:

Construção do Indicador

Com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas qualitativas referentes às atitudes dos profissionais diante da suspeita e/ou do atendimento de uma mulher em situação de violência, foram construídos dois indicadores para representar esses graus de atitudes. As categorias (ou níveis) dessas variáveis foram assim codificadas: (1) sim e (-1) não. A Tabela 11.1 apresenta as variáveis de composição de cada indicador.

Tabela 11.1. Composição dos indicadores a partir das variáveis

Indicador	Variáveis (Xis)	Descrição
Atitudes em caso de suspeita de violência	X1	Em caso de suspeita, você abordou a situação de violência?
	X2	Em caso de suspeita, você notificou?
	X3	Em caso de suspeita, você discutiu o caso com a equipe?
	X4	Em caso de suspeita, você agendou retorno?
	X5	Em caso de suspeita, você fez seguimento da mulher?
	X6	Em caso de suspeita, você fez seguimento da família?
	X7	Em caso de suspeita, você encaminhou?
	X8	Em caso de suspeita, você teve alguma outra atitude?
Atitudes em caso de atendimento de uma situação de violência	X9	Em caso de mulher em situação de violência você abordou a situação?
	X10	Em caso de mulher em situação de violência você notificou?
	X11	Em caso de mulher em situação de violência você discutiu o caso com a equipe?

Continua…

… continuação

Tabela 11.1. Composição dos indicadores a partir das variáveis

Indicador	Variáveis (Xis)	Descrição
Atitudes em caso de atendimento de uma situação de violência	X12	Em caso de mulher em situação de violência você agendou retorno?
	X13	Em caso de mulher em situação de violência você fez seguimento da mulher?
	X14	Em caso de mulher em situação de violência você fez seguimento da família?
	X15	Em caso de mulher em situação de violência você encaminhou?
	X16	Em caso de mulher em situação de violência você teve alguma outra atitude?

A distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis qualitativas. Os resultados foram apresentados em gráficos do tipo *boxplot*.[10]

Para o desenvolvimento deste estudo, foram observadas todas as orientações contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no dia 05 de junho de 2013, com emissão do Parecer nº 14187513.0.0000.5149. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como do direito à confidencialidade e do caráter voluntário da participação, tendo sido assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue juntamente com o questionário.

Resultados

Ao analisar o indicador padronizado, pode-se observar que quanto mais próximo de 1 estiver o resultado, maior será o indicativo de que, na opinião dos entrevistados, os profissionais desenvolvem mais atitudes em caso de suspeita e de atendimento a uma mulher em situação de violência.

A Figura 11.1 apresenta a distribuição dos indicadores de atitudes diante da suspeita (IAFS) e dos indicadores de atitudes diante do atendimento (IAFA) segundo a garantia ou não de recursos pelo município/estado; a preocupação das autoridades e a concepção dos profissionais.

Na Figura 11.1A, observa-se que, apesar dos indicadores possuírem valores medianos similares para gestões que garantem recursos e aquelas que não garantem, é possível notar que as primeiras tiveram, para o conjunto, indicadores maiores, ou seja, os profissionais, no conjunto, mostraram adotar mais atitudes diante da suspeita e do

atendimento. Em termos de dispersão, percebe-se que a distribuição desses indicadores para aqueles que garantem recursos é mais heterogênea em relação à dos que não garantem recursos. Outro aspecto que pode ser destacado é quanto à forma e que as quatro distribuições se apresentaram como assimétrica à direita, ou seja, maior concentração nos valores baixos dos indicadores.

Na Figura 11.1B, percebe-se que os profissionais que consideraram haver preocupação das autoridades tiveram mais atitudes em relação à suspeita e ao atendimento. A distribuição desses indicadores para aqueles que consideram haver preocupação se apresenta mais heterogênea e também tem forma assimétrica à direita, com maior concentração nos valores menores.

Na Figura 11.1C, nota-se que os profissionais que manifestaram opiniões positivas tiveram mais atitudes em caso de suspeita e no atendimento. A distribuição desses indicadores para aqueles que possuem concepções positivas é mais heterogênea e também tem forma assimétrica à direita, com maior concentração nos valores menores.

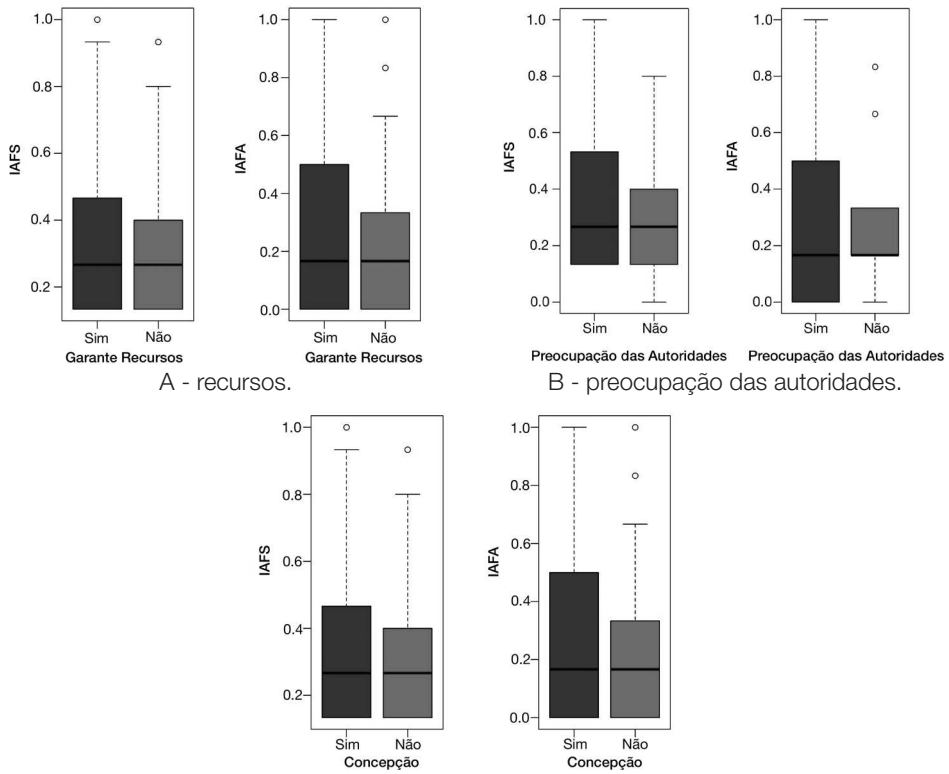

Figura 11.1. Distribuição dos indicadores de atitudes diante da suspeita (IAFS) e dos indicadores de atitudes diante do atendimento (IAFA) segundo a garantia ou não de recursos pelo município/estado (A); a preocupação das autoridades (B); e a concepção dos profissionais (C).

Discussão

A gestão garante recursos?

Diversos estudos têm demonstrado que os profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência, em grande medida os profissionais de saúde, apresentam dificuldades tanto na identificação de situações de vivência de violência, bem como na condução dos casos identificados.[11-13] Isso se dá muitas vezes pela postura dos profissionais de não interrogarem as mulheres sobre violência, pelo simples fato de não saberem como lidar adequadamente com o problema.[4-9]

A literatura atual sobre o tema sinaliza a importância e a necessidade de investimentos no preparo dos profissionais que lidam com essa problemática para melhorar a atenção dispensada às mulheres em situação de violência, tanto por meio de processos de capacitação profissional, como também pela inclusão do tema violência nos currículos de graduação dos profissionais.[1,3-5,14-16] Entretanto, é importante observar que, apesar da ênfase dada aos processos de capacitação profissional como estratégia efetiva para melhorar a atenção a mulheres em situação de violência, estudo de revisão sistemática que avaliou a eficácia das intervenções para a prevenção da violência contra mulheres e meninas identificou que a formação do pessoal da segurança e da polícia e a capacitação de profissionais de saúde, de forma isolada, não constituem caminho adequado para o investimento de recursos, não havendo evidência científica suficiente para recomendá-las. Ao contrário disso, a evidência indica que ações multicomponentes podem ser mais eficazes do que ação isolada.[17]

Reforçando os achados desse estudo, outra pesquisa realizada na Alemanha, que avaliou a eficácia da implantação de projeto-piloto para melhorar a abordagem de médicos a mulheres em situação de violência, identificou que a combinação de abordagem pessoal (sensibilização) desses profissionais, formação específica e trabalho em rede produziu melhorias na condução desse problema.[18] Tais formulações evidenciam a necessidade de investimentos em recursos necessários à garantia de uma atenção de qualidade, não só em recursos humanos qualificados, mas também o investimento por parte dos gestores em estrutura física, insumos e equipamentos, além da promoção de uma articulação entre os diversos serviços da rede para que ocorra uma comunicação eficaz entre os setores e uma atenção resolutiva à mulher em situação de violência.

Os resultados de nosso estudo permitem inferir que a garantia de recursos por parte dos gestores municipais e estaduais de saúde representa importante diferencial para a implantação e implementação de ações para o combate à violência contra a mulher nas unidades de atenção à saúde. Isso porque fica evidenciado que, entre os entrevistados que julgavam disporem de tais recursos, as atitudes nos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher foram mais satisfatórias.

Há no seu município/estado preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência contra a mulher?

A violência contra a mulher, apesar de sua elevada complexidade, é passível de ser prevenida e necessita ser enfrentada e combatida. Tem-se observado nos últimos anos uma crescente preocupação das autoridades do mundo todo em combater e prevenir esse problema, tomando como exemplo o Plano Global de Ação desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em reunião com estados-membros realizada em 2015. O referido plano tem por objetivo reforçar o papel do sistema de saúde em todos os contextos, dentro de uma resposta multissetorial nacional para desenvolver e implementar políticas, programas e prestar serviços que promovam e protejam a saúde e o bem-estar de todos e, em particular, de mulheres, meninas e crianças em situação de violência ou em risco de serem afetados por esse agravo.[19] Para alcançar tal objetivo, o plano de ação propõe quatro orientações estratégicas. Uma delas diz respeito ao fortalecimento da liderança do sistema de saúde e governança, que compreende, entre outras ações, a definição e implementação de políticas; financiamento, incluindo as dotações orçamentárias; regulamento; fiscalização e responsabilização pela política e implementação do programa; e o fortalecimento da articulação intersetorial.[19]

No Brasil, desde a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres em 2003, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres têm sido fortalecidas e ampliadas. As iniciativas de enfrentamento que até então consistiam em ações isoladas, representadas basicamente pela capacitação de profissionais da rede de atendimento e a criação de serviços especializados, passaram a incluir ações integradas, como, por exemplo, a criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública.[20]

Em 2007, foi firmado um acordo federativo entre o governo federal e governos estaduais e municipais com o objetivo de planejar ações que consolidassem a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo o território nacional. Esse acordo recebeu o nome de Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e se apoia em três princípios: a transversalidade de sexo, que atenta para a garantia de inclusão da violência contra a mulher, e de sexo nas diversas políticas públicas setoriais; a intersetorialidade, que compreende ações em duas vertentes, sendo a primeira o envolvimento de parcerias entre organismos setoriais e atores em cada esfera de governo (ministérios, secretarias, coordenadorias e outros) e a segunda que pressupõe mais articulação entre políticas nacionais e locais em diferentes áreas (saúde, justiça, edu-

cação, trabalho, segurança pública). Dessa articulação deriva o terceiro princípio, que é a promoção da capilaridade do acesso aos serviços e a informações, que consiste em levar a proposta de execução de uma política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres até os níveis locais de governo. [20]

Este último princípio, no entanto, se impõe como um grande desafio no campo das políticas públicas, com propostas de enfrentamento da violência contra a mulher pelo setor saúde. Isso porque, em que pesem os avanços alcançados no Brasil até aqui, na elaboração de tais políticas o que se observa na prática é uma incongruência entre o que é estabelecido no nível federal e o que de fato é efetivado em nível local, fato constatado no Rio Grande do Sul(5) e em 15 municípios do estado de São Paulo.[21] Como elemento que suscita essa situação, o Ministério da Saúde identifica a dificuldade de mexer com a agenda política dos executivos municipais e estaduais no tocante a políticas para as mulheres, que estaria associada, entre outros fatores, a barreiras culturais, à concepção do caráter privado da violência contra a mulher, à falta de dados estatísticos nacionais sobre esse fenômeno e à resistência de instituições, órgãos e serviços especializados em trabalhar de forma integrada e articulado.[22]

Estudo identificou ainda dois aspectos que incrementam o desafio dos gestores de incorporar a violência contra a mulher nas agendas locais de saúde.[5] O primeiro está relacionado à verticalização das políticas, que ao terem suas origens na esfera federal não abre espaço a um relacionamento de cooperação e participação das demais esferas e menos ainda à participação da sociedade. O outro aspecto é o não reconhecimento da violência como objeto de intervenção da saúde.

Evidencia-se, então, em nosso estudo, que esses obstáculos se refletem profundamente nas práticas profissionais e dificultam a adoção de atitudes positivas dos profissionais em relação às mulheres em situação de violência. Identificou-se que, entre os participantes que indicaram haver preocupação das autoridades estaduais e/ou municipais em combater e prevenir a violência contra a mulher, o desempenho nos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher foi mais satisfatório. Diante do exposto, é possível inferir que a sensação de amparo dos profissionais em relação à gestão tem o potencial de fortalecer a resposta desses profissionais e do setor saúde em nível local, diante do fenômeno da violência contra a mulher.

Nesse sentido, salienta-se a necessidade de mais apoio e incentivo dos gestores dos setores locais aos profissionais para trabalharem em rede e para que as políticas nacionais, estaduais e regionais, que orientam e financiam políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, estejam disponíveis e possam ser acessadas por esses profissionais.[23]

Concepção dos profissionais sobre a qualidade da atenção à mulher em situação de violência em seu município/estado

A violência contra a mulher é considerado um problema de saúde pública global, sendo necessária a interface entre os saberes técnico-científicos e a vivência dos agentes sociais para seu enfrentamento.[8]

A política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher[20] mostra a necessidade de políticas amplas e articuladas, reconhecendo a complexidade do problema e a implementação de ações conjuntas de diversos setores como saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros. Essa política possui quatro eixos estruturantes: a) a prevenção, que buscará interferir em padrões sexistas a partir de ações educativas e culturais; b) o enfrentamento e combate que atuarão por meio de ações punitivas e no cumprimento da Lei Maria da Penha; c) o acesso e garantia de direitos pelo cumprimento da legislação nacional/internacional e iniciativas para o empoderamento das mulheres; d) o eixo da assistência que atua no fortalecimento da rede de atendimento e capacitação de agentes públicos.

Quanto à assistência, especificamente o foco de nosso interesse neste trabalho, essas diretrizes buscarão garantir o atendimento humanizado e qualificado às mulheres, por meio de formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados (casas-abrigo, centros de referência, serviços de responsabilização e educação do agressor, juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, defensorias da mulher); e da constituição/fortalecimento da rede de atendimento (articulação dos governos federal, estadual/distrital, municipal e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento). Contudo, verifica-se na práxis cotidiana que a realidade vivenciada pelos profissionais ainda está distante da proposta pelas políticas públicas.

Há barreiras dos profissionais para a implementação das políticas públicas propostas, sendo algumas dessas barreiras a falta de conhecimento e preparo do profissional sobre o tema, a falta de tempo, o desconhecimento ou a efetiva ausência de redes de atendimento, a invisibilidade da violência, a concepção da violência como um problema único da mulher, retirando do profissional a sua responsabilidade, a omissão perante a perpetuação da violência, o medo em realizar a denúncia e a racionalidade técnica científica que suprime de imediato a sociabilidade, a cultura e o emocional-afetivo.[8] A atenção acaba por se resumir ao tratamento das lesões e sintomas e a causa do problema permanece negligenciada, ocasionando a persistência de danos físicos, psicológicos e sociais e a busca reiterada dos serviços. [8]

Em alguns casos, isso ocorre devido à persistência de crenças sociais que se conformam com a desigualdade de sexo, arraigadas em práticas cotidianas de profissionais de

diversos setores. Profissionais de saúde participantes de estudo que avaliou a percepção acerca da violência contra a mulher afirmaram que nas relações socioafetivas a mulher adere a uma postura submissa ao homem e se conforma em cuidar das tarefas domésticas, da criação dos filhos e ainda admitem vivências violentas por parte do seu parceiro.[3]

Assim, ao avaliar a percepção dos profissionais quanto à garantia de recurso, a preocupação com combate e prevenção e a atenção à mulher em situação de violência, pode-se compreender a interferência dessas variáveis nas atitudes dos profissionais. Observou-se, neste estudo, que os profissionais que relataram concepção positiva sobre a qualidade da atenção à mulher em situação de violência em seu município/estado apresentaram mais atitudes diante da suspeita e do atendimento a essas mulheres. Por serem derivadas de crenças, as atitudes são poderosas influências sobre o comportamento e se definem como a combinação entre conceitos, informações e emoções, resultando em uma resposta favorável ou desfavorável com respeito a uma pessoa em particular, grupo, ideia, evento ou objeto.[24] Dessa forma, caracterizar atitudes como disposições para agir, decorrentes de conceitos, leva a compreender a importância de o profissional se perceber amparado pelo município/estado, para ser ele também ativo no processo de enfrentamento, como revela o estudo sobre percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher, que identificou elementos que contribuem para o enfrentamento da violência contra a mulher.[25] Esses profissionais também são frutos dessa formação social que inclui a diferenciação de sexos, podendo haver lacunas históricas em sua formação.

No cotidiano de seu trabalho, há valores internalizados pela construção de suas identidades, de maneira a dificultar por vezes a prática profissional como um instrumento de emancipação individual e social. A proximidade dos profissionais e usuários da rede de saúde diante dessa problemática pode acabar por resultar em uma abertura para falar de questões socialmente invisíveis ou não reconhecidas como objeto de intervenções, de maneira a promover a reorientação de ações de forma integral e contínua, favorecendo a abordagem de temas mais complexos, como no caso da violência.

Assim, na percepção dos profissionais entrevistados, o enfrentamento da violência contra mulher perpassa pela articulação do serviço com outros, a fim de garantir o atendimento às diversas demandas da mulher; pela dinâmica de trabalho institucional com recursos humanos conhecedores de outros serviços e do papel da rede, e não sobrecarregados, o que viabiliza o processo de comunicação intersetorial para o delineamento da rede.

Considerações Finais

Com tais resultados, pode-se corroborar o papel da articulação entre os dispositivos que compõem a rede de serviços, o investimento dos municípios/estados em recursos, o apoio institucional e o fortalecimento dos profissionais como aspectos fun-

damentais que potencializam as atitudes tomadas pelos profissionais, nos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher.

Assim, quanto mais coesa for a articulação entre todos os âmbitos citados anteriormente, ocorrerá o maior desenvolvimento de ações assertivas com vistas à promoção de saúde e prevenção da violência. Além disso, contribuirá para o empoderamento da mulher, fator que auxiliará na transformação da realidade vivenciada.

Referências

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Waiselfisz J J. Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. Brasília: FLACSO; 2013.
3. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Women in situations of violence: limits of assistance. Cien Saude Colet. ABRASCO. 2015;20(1):249–58.
4. Almeida LR, Da Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. Interface - Comun Saúde, Educ.; 2014;18(48):47–60.
5. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Public health agendas addressing violence against rural women - an analysis of local level health services in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. Cien Saude Colet. ABRASCO. 2015;20(5):1379–87.
6. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. Rev Med. 2014; 92(2):134.
7. Hanada H, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. Rev Estud Fem. 2010; 18(1): 33–60.
8. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Cien Saude Colet. ABRASCO. 2011; 16(3): 1943–52.
9. Schraiber LB, Pires Lucas d'Oliveira AF, Hanada H, Kiss L, Kiss L. Assistance to women in situations of violence - the plot of the services to the intersectorial network. Athenea Digit Rev Pensam e Investig Soc. 2012; 12(3): 237.
10. Wittkowski KM, Lee E, Nussbaum R, Chamian FN, Krueger JG. Combining several ordinal measures in clinical studies. Stat Med. 2004; 23(10): 1579–92.
11. Alcaraz CL, Roche FP, Hernández MT, Meseguer CB, Rodríguez JDP, Esparza AO. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Rev Enferm da UFSM. 2014; 4(1): 217-26.
12. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Rev Esp Salud Publica. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2012; 86(1):85–99.
13. Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. Cad Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 30(6): 1229–38.
14. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. Saúde e Soc. Saúde e Sociedade. 2014; 23(3): 778–86.

15. Stewart DE, Aviles R, Guedes A, Riazantseva E, MacMillan H, Stewart D, et al. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. BioMed Central. 2015; 15(1): 1–15.
16. Visentin F, Becker Vieira L, Trevisan I, Lorenzini E, Franco E, Silva D. Women's primary care nursing in situations of gender violence. Invest Educ Enferm. 2013; 31(333): 556–64.
17. Jewkers R, Hilker LM, Khan S, Fulu E, Busiello F, Fraser E. What works to prevent violence against women and girls - Evidence Reviews: Response mechanisms to prevent violence against women and girls. What Work to Prev Violence. 2015; 3: 63.
18. Graß H, Berendes L, Mützel E, Preuss R, Ritz-Timme S. Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen". Rechtsmedizin. Springer-Verlag. 2013; 23(3): 180–5.
19. WHO. Draft global plan of action on violence Report by the Director-General. World Health Organization. Geneva; 2016.
20. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da Republica. Política Nacional de enfrentamento à Violência contra as mulheres. Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011.
21. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev Saude Publica. 2012; 46(2): 351–8.
22. Brasil. Presidênia da República. Secretaria Nacional de Enfretamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Políticas para Mulheres. Mulheres do Campo e da Floresta: Diretrizes e Ações Nacionais. p. 50. Brasília; 2011
23. Bastos E, Silva D, Padoin SMM, Amaral L, Vianna C, Correspondente A. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. Acta Paul Enferm. 2013; 26(6): 608–13.
24. Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Psicol Soc do Trab. 2003; 6:59–78.
25. Gomes NP, Bomfim ANA, Diniz NMF, Souza SS, Couto TM. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. Rev enferm UERJ. 2012; 20(2): 173-8.