

Capítulo 16

O CUIDADO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE DAS MACRORREGIÕES BRASILEIRAS

Renata Mascarenhas Bernardes

Elza Machado de Melo

Ricardo Tavares

Cléia Elidamar da Silva Almeida

Filipe Fagundes Cardoso

Robenilson Moura Barreto

Harley Francisco de Assis

Luciene oliveira Rocha Lopes

Naim Issa Kassab

Regimara S. Chaves Oliveira

Victor Hugo de Melo

Resumo

Objetivos: descrever como se dá o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência, na percepção de profissionais e gestores das macrorregiões brasileiras; traçar o perfil desses profissionais, os tipos e o âmbito da violência que mais acomete as mulheres; identificar a articulação do setor saúde com outros serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência e se os municípios/estados estão desenvolvendo estratégias de enfrentamento. **Métodos:** estudo transversal exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa em âmbito nacional, cuja metodologia consistiu de realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e gestores da saúde e profissionais da rede de enfrentamento à violência contra a mulher que participaram de cinco seminários macrorregionais. Foram utilizados questionários autoaplicáveis. **Resultados:** 301 profissionais responderam o questionário. A maior prevalência de atendimentos de casos de

*violência foi a física e o âmbito doméstico é o local de mais ocorrência. Verificou-se que o setor saúde se articula com outros serviços da rede de atenção à mulher em situação de violência. Em relação ao cuidado/atendimento, 69,7% dos profissionais abordaram a situação de violência, 41% fizeram a notificação, 75,9% agendaram retorno e/ou fizeram seguimento da mulher e 50% realizaram encaminhamento para outros setores. Aproximadamente 50% dos respondentes avaliaram que estados e municípios realizam estratégias de enfrentamento a partir de: previsão de acesso aos serviços de saúde, estratégias de referência e contrarreferência, recursos e insumos para o atendimento, ações de vigilância, capacitação de profissionais, notificação dos casos, além da preocupação das autoridades em prevenir e combater a violência por meio do estabelecimento de diretrizes. **Conclusões:** o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência por macrorregião brasileira precisa avançar e se fortalecer, para que garanta de fato o atendimento integral à mulher em situação de violência. Qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional.*

Palavras-chave: *Violência contra a mulher. Assistência integral à saúde. Serviços de saúde da mulher.*

Introdução

A violência causa grande impacto nos indicadores de saúde e interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas, família e comunidade, elevando custos sociais, entre outras consequências, sendo, portanto, um problema de saúde pública e que necessita ser enfrentado. Para isso, são necessárias ações integradas e articuladas de todos os setores da sociedade.¹

A violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha a humanidade desde seus primórdios. Abordar a violência requer políticas públicas e ações específicas, pois a violência afeta tanto a saúde individual quanto coletiva e traz consequências drásticas: quando não causa a morte, gera atendimento em todos os níveis de atenção da rede de saúde para o tratamento das sequelas.²

A violência contra a mulher não escolhe raça, classes sociais, origens e escolaridade e se apresenta de variadas formas: doméstica, psicológica, física, moral, sexual, patrimonial, institucional e tráfico de mulheres.³ O enfrentamento da violência não é tarefa fácil, tornando-se um grande desafio no território nacional. Profissionais da saúde e de outras políticas públicas que atendem casos de violência ainda trabalham de forma desarticulada.⁴

Apesar de todos os esforços na criação de leis, pactos e políticas, há um longo caminho a ser percorrido para combater a violência contra a mulher. É um grande desafio conseguir o efetivo trabalho com os diversos setores envolvidos no atendimento às mulheres em situação de violência, garantindo o cuidado integral. Fatores como preconceitos, falta de conhecimento sobre o tema, despreparo profissional, falta de tempo ou a

efetiva ausência de redes de atendimento, entre outros, são obstáculos ao desempenho dessas políticas no cotidiano dos serviços de saúde. ⁵ Nesse contexto, este estudo objetivou descrever como se dá o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência, na percepção de profissionais e gestores das macrorregiões brasileiras.

Material e Métodos

Trata-se de estudo transversal exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa em âmbito nacional, a partir da utilização de questionários semiestruturados respondidos por participantes dos cinco Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, no período de fevereiro de 2013 a abril de 2014. O estudo tem como eixo temático o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência e está vinculado ao referido projeto, que tem a coordenação de docente do Departamento de Medicina e Preventiva Social da Faculdade de Medicina da UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde. O primeiro seminário a se realizar foi o da região Sudeste, que configurou a abertura oficial do projeto e contou com representantes de todas as outras macrorregiões. A escolha pela aplicação do questionário e coleta de dados nos seminários se deu pela possibilidade de mais concentração de pessoas estratégicas e, ao mesmo tempo, atuantes na rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

Os participantes eram gestores e gerentes das áreas técnicas de saúde da mulher dos 26 estados, Distrito Federal e 26 capitais brasileiras ou profissionais por eles indicados, especificamente convidados para esse fim, sendo dois ou três profissionais da área técnica da saúde da mulher. Também participaram gestores de 10 municípios de territórios da cidadania, do campo e da floresta, de diferentes macrorregiões brasileiras, além de profissionais de setores das capitais e do interior dos estados, que lidam com o enfrentamento da violência contra a mulher e que sediaram o evento, além de profissionais da saúde que atuam em diversos pontos da rede de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).

De acordo com a lista de presença, 766 pessoas participaram dos seminários macrorregionais. Os questionários foram aplicados no primeiro dia de trabalho, em cada um dos cinco seminários, logo após a abertura do evento. O total de questionários respondidos foi 396. Não responderam ao questionário: os membros do Para Elas, que organizaram e participaram de todos os seminários; pessoas que chegaram atrasadas no primeiro dia ou somente participaram no segundo dia; autoridades da região que estiveram presentes; palestrantes; pessoas que participaram de mais de um seminário. Para as pessoas que responderam o questionário mais de uma vez foi considerado o primeiro questionário respondido.

Do total de 54 perguntas que compuseram o questionário integral, foram utilizadas para o presente estudo os seguintes assuntos:

- I. identificação e formação: sexo; faixa etária; estado civil; cor da pele; grau de instrução; área de formação e níveis de atenção;
- II. rede de atenção e enfrentamento da violência: se já atendeu uma mulher em situação de violência e o que foi feito: abordou; notificou; discutiu o caso com a equipe; agendou retorno e/ou fez seguimento; encaminhou;
- III. tipos de violência e âmbito da violência;
- IV. políticas de enfrentamento da violência pela gestão municipal e estadual;
- V. articulação do setor saúde com a rede de enfrentamento.

Dos respondentes, 301 foram validados para a pesquisa, respeitando o critério de inclusão: assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser profissional ou gestor da área da saúde e de setores da rede de enfrentamento da violência contra a mulher. Foram excluídos 95 questionários. Os critérios de exclusão foram: questionários respondidos e entregues fora da data determinada (três); participantes não profissionais de saúde e também sem atuação na rede de enfrentamento da violência (22); respondentes que não assinaram o TCLE e/ou sem identificação (17); estudantes (13); questionários duplicados (36); questionários em branco e/ou taxa de resposta inferior a 70%. Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Foi realizada análise estatística com distribuição de frequência simples das variáveis estudadas, construção de indicador de enfrentamento da violência (IEV) e confecção de gráficos do tipo de *boxplot*. O IEV foi construído a partir das variáveis relativas à organização da rede de atenção (Quadro 16.1), às quais foi atribuído valor 1 ou -1, na dependência do seu significado positivo ou negativo, respectivamente, para o tema estudado. A expressão para o cálculo do indicador de enfrentamento da violência (IEV) ficou definida pela fórmula (1) e o indicador foi padronizado na fórmula (2) (IEVpad), para que assumissem valores na escala 0-1. Quanto mais próximo de 1 o IEVpad, mais políticas de enfrentamento da violência. Detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis podem ser encontrados em Wittkowski.⁶

$$IEV = \sum_{i=1}^5 V_i \quad (1)$$

$$IEVpad_i = \frac{IEV_i - \min(IEV)}{\max(IEV) - \min(IEV)} \quad (2)$$

Quadro 16.1. Composição do indicador de enfrentamento da violência

V1: O município prevê acesso na atenção primária à mulher em situação de violência?

V2: O município prevê acesso em serviço especializado à mulher em situação de violência?

V3: O município prevê acesso ao cuidado hospitalar à mulher em situação de violência?

V4: A gestão municipal/estadual de saúde estabelece estratégias de referência e contrarreferência para a atenção à mulher em situação de violência?

V5: A gestão municipal/estadual de saúde garante os recursos necessários (estrutura física, recursos humanos, insumos, equipamentos, etc.) para as ações no combate à violência contra a mulher nas unidades de atenção à saúde?

V6: O Plano Municipal define diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher nos diferentes níveis de atenção à saúde.

V7: O município desenvolve ações de vigilância de saúde referente à violência contra a mulher.

V8: O município notifica os casos de violência contra a mulher.

V9: A gestão municipal/estadual oferece programas de capacitação para os profissionais, referente à abordagem da mulher em situação de violência.

V10: Há no seu município/estado preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência contra a mulher?

Fonte: questionários aplicados aos participantes dos cinco seminários macrorregionais/projeto Para Elas.

Resultados

De acordo com a lista de presença, 766 pessoas participaram dos seminários macrorregionais. O total de questionários respondidos foi de 396, entre os quais 301 foram validados. A Tabela 16.1 mostra o perfil dos participantes da pesquisa.

Os participantes dos seminários destacaram que os principais setores com os quais o setor saúde se articula são a Secretaria de Assistência Social (64,5%), seguida da Delegacia de Mulheres (58,3%) e Entidades de Proteção à Mulher (40,1%). A Secretaria de Defesa Social foi a menos citada nesse processo de articulação, ao se comparar as regiões, conforme descrito na Tabela 16.2.

Do ponto de vista da amplitude da articulação da saúde com outros setores, verificou-se que 30,6% dos entrevistados acharam que a saúde se articula somente com um setor. A articulação com um a três setores apareceu em 65,1% das respostas e 33,7% de quatro ou mais serviços da rede.

Tabela 16.1. Descrição da amostra por regiões brasileiras

Variável	Regiões brasileiras						
	Centro-Oeste	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Total	
	n	n	n	n	n	n	%
Sexo							
Masculino	7	6	2	2	15	32	10,6
Feminino	50	49	37	50	82	268	89,3
Não informaram	1					1	0,1
Faixa etária (anos)							
20-39	28	31	17	23	47	146	48,5
40-59	21	18	21	27	40	127	42,2
60 ou mais	2	0	1	1	5	9	2,9
Não informaram	7	6	0	1	5	19	6,4
Estado Civil							
Solteiro	12	20	16	12	35	95	31,6
Casado	31	31	19	32	50	163	54,2
Outros	15	4	4	8	12	43	14,3
Raça/Cor							
Preta	7	4	6	4	10	31	10,5
Branca	26	18	11	38	33	126	42,6
Amarela	0	1	1	0	2	4	1,3
Parda	17	21	16	4	34	92	30,3
Indígena	1	2	0	0	0	3	1,1
Não informaram	7	9	5	6	18	45	14,3
Grau de Instrução							
Graduação completa	24	16	11	11	14	76	25,2
Especialização	29	38	28	41	82	218	72,5

Continua...

... continuação

Tabela 16.1. Descrição da amostra por regiões brasileiras

Variável	Regiões brasileiras						
	Centro-Oeste	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Total	
	n	n	n	n	n	n	%
Grau de Instrução							
Outros ^a	5	1	0	0	0	6	2
Não informaram	1					1	0,3
Área de formação							
Enfermagem	11	17	16	20	15	79	24,3
Serviço Social	12	15	8	18	13	66	19
Psicologia	7	9	4	7	14	41	13,4
Medicina	1	0	1	1	9	12	4,5
Outras áreas da Saúde ^b	2	1	4	2	6	15	5,5
Outras áreas da rede enfrentamento ^c	18	9	6	2	6	41	15
Não informaram	7	4	0	2	34	47	17,7
Feminino	50	49	37	50	82	268	89,3
Não informaram	1					1	0,1
Grau de Instrução							
Atenção Primária	2	0	5	1	3	11	4,3
Atenção Secundária	0	1	0	1	0	2	0,7
Atenção Terciária	5	9	5	3	16	38	12
Gestão	19	27	20	33	55	154	50,7
Outros níveis rede enfrentamento ^d	31	17	9	14	20	91	31
Não informaram	1	1	0	0	3	5	1,3

Fonte: questionários aplicados aos participantes dos cinco seminários macrorregionais/projeto Para Elas. ^aEnsino fundamental completo, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior incompleto e graduação incompleta; ^bFisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Nutrição; ^cEducação, Segurança, Judiciário; ^dJudiciário, Segurança, Assistência Social.

Tabela 16.2. Articulação do setor saúde com a rede de enfrentamento à violência contra a mulher

Articulação com:	Regiões brasileiras											
	Centro-Oeste		Norte		Nordeste		Sul		Sudeste		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Delegacia de Mulheres												
Sim	22	41,5	38	77,6	19	50	31	62	56	60,9	166	58,9
Secretaria de Defesa Social												
Sim	5	9,4	7	14,3	8	21,1	8	16	27	29,3	55	19,5
Secretaria de Justiça												
Sim	10	18,9	10	20,4	14	36,8	21	42	26	28,3	81	28,7
Secretaria de Assistência Social												
Sim	34	64,2	28	57,1	20	52,6	43	86	57	62	182	64,5
Entidades de Proteção à Mulher												
Sim	13	24,5	20	40,8	22	57,9	19	38	39	42,4	113	40,1
Secretaria de Direitos Humanos												
Sim	9	17	12	24,5	13	34,2	13	26	21	22,8	68	24,1
Movimento Feminista												
Sim	6	11,3	11	22,4	9	23,7	12	24	22	23,9	60	21,3
Outros												
Sim	4	7,5	5	10,2	3	7,9	13	26	14	15,4	39	13,9

Fonte: questionários aplicados aos participantes dos cinco seminários macrorregionais/projeto Para elas.

A Figura 16.1 mostra o IEV de acordo com as regiões brasileiras e com os níveis de atenção onde trabalham os entrevistados, respectivamente. Pode-se verificar que, em relação às macrorregiões, as regiões Centro-Oeste e Sudeste alcançam valores maiores em relação às demais, sendo menor o valor para a região Nordeste. Pode-se afirmar que existem estratégias de gestão que atendem 40 a 60% das necessidades para enfrentar a violência contra a mulher (Figura 16.1-A). No tocante aos níveis de atenção, verifica-se que o IEV alcança valor mediano maior para a gestão (0,6) do que em outros níveis de atenção (Figura 16.1-B).

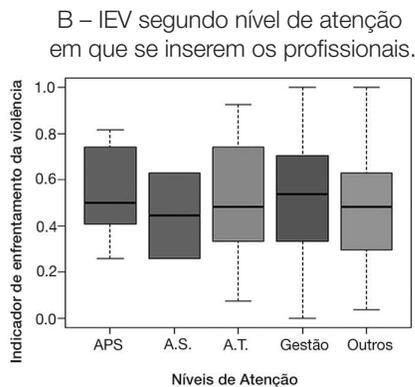
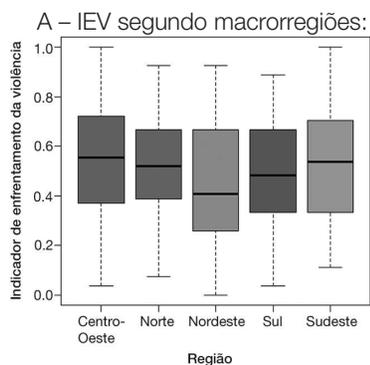


Figura 16.1. Distribuição do IEV segundo as regiões brasileiras e os níveis de atenção onde se inserem os profissionais. Fonte: questionários aplicados aos participantes dos cinco seminários macrorregionais/projeto Para Elas.

Para finalizar, do total dos participantes, 178 pessoas responderam que já atenderam alguma mulher em situação de violência, correspondendo a 59% da população estudada. A Tabela 16.3 mostra as atitudes dos profissionais diante da mulher em situação de violência, segundo a macrorregião a que pertencem.

Tabela 16.3. Atitude dos profissionais frente aos casos confirmados de violência contra a mulher, por regiões brasileiras

Atitude	Regiões brasileiras											
	Centro-Oeste		Norte		Nordeste		Sul		Sudeste		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abordou												
Sim	27	62,8	8	33,3	17	77,3	29	93,5	43	74,1	124	69,7
Notificou												
Sim	16	37,2	10	41,7	4	18,2	19	61,3	24	41,4	73	41
Discutiu c/ equipe												
Sim	28	65,1	13	54,2	16	72,7	18	58,1	29	49,2	104	58,1
Agendou retorno / fez seguimento												
Sim	28	15,8	16	0,8	17	0,9	27	1,5	47	2,6	135	75,8
Encaminhou												
Sim	20	46,5	13	54,2	15	68,2	20	64,5	21	36,2	89	50

Fonte: Questionários aplicados aos participantes dos cinco Seminários Macrorregionais/Projeto Para Elas.

Discussão

A violência contra as mulheres é um problema complexo e que não pode ser abordado apenas por uma vertente. Trata-se de uma realidade do cotidiano dos serviços de saúde, não só da atenção primária, mas também da secundária e terciária. Sendo assim, é imperativo que se efetivem práticas de promoção e combate à violência, não apenas para sensibilizar os profissionais da saúde sobre como abordar e conduzir os casos, mas também a sociedade em geral.

A pesquisa apresentou 92,5% de participantes com pós-graduação, o que demonstra a busca pelos profissionais em se capacitar e especializar, para melhorar seu desempenho para lidar com um tema tão complexo como o da violência. Um viés que há de se considerar é o fato de os respondentes estarem participando de um seminário sobre violência contra a mulher, o que facilita encontrar nessa população indivíduos mais sensíveis ao assunto ou que tenham algum grau de conhecimento mais específico em relação à temática.

Abordar o tema da violência contra a mulher é sempre um desafio. Vários autores que trabalham o tema da atitude dos profissionais diante da mulher em situação de violência destacam que o serviço de saúde é um dos principais locais de abordagem desse problema. Entretanto, o setor saúde muitas vezes não é resolutivo e acolhedor, centralizando o cuidado nos sinais e sintomas, voltado para um modelo biomédico.^{7,8} Alguns autores relatam que a Estratégia de Saúde da Família é um modelo que favorece a abordagem da violência.^{9,10}

Outros estudos desenvolvidos no Brasil demonstraram que os trabalhadores da saúde da família conhecem as suas atribuições no tratamento das consequências sofridas pela violência. Contudo, é notória a dificuldade que o tema traz, pelo fato de ser multifatorial e complexo e pelo vínculo construído com os indivíduos e familiares, trazendo muitas vezes medo e insegurança.^{11,12}

Nosso estudo apresentou baixa frequência de notificação, o que corrobora a literatura atual que, mesmo após a instituição da Lei nº 10.778/2003¹³ – que regulamenta a obrigatoriedade de todos os serviços de atenção à saúde, públicos ou privados a notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência¹⁴ –, a violência contra a mulher ainda é um fenômeno invisível na rotina dos profissionais de saúde.¹² Vários estudos registraram não ser a notificação uma prática de rotina no cenário das equipes de saúde da família e também nos serviços de alta complexidade, reforçando que os números registrados não representam a verdadeira realidade.¹⁵⁻¹⁶ Pesquisas realizadas em vários locais do Brasil revelam as dificuldades encontradas pelos profissionais para efetuar a notificação. Muitas vezes a notificação não é realizada por desconhecimento e receio de sofrer represálias, pois os profissionais pensam que, ao fazer a notificação, estão também fazendo a denúncia.^{17,18}

A discussão de casos no dia a dia dos serviços é um grande desafio. Metade dos profissionais do estudo relatou que já atenderam a mulher em situação de violência e não discutiram o caso com a equipe. A discussão em equipe tem como objetivo ajudar na tomada de decisão em relação à abordagem que será necessária, além de esclarecer as competências profissionais para aquele caso.¹⁹ Avaliação feita em município da região metropolitana de São Paulo mostrou que são poucos os espaços de troca entre os profissionais das instituições que compõem a rede, demonstrando uma desarticulação. Os autores reforçam que a discussão em equipe e o planejamento do atendimento a partir das condições concretas de cada mulher são inexistentes.²⁰

O contato permanente entre as instituições que compõem a rede de atenção por meio de fóruns e reuniões com discussão ajuda e fortalece os setores a direcionarem as práticas de garantia de direito das mulheres.²¹ É necessário melhorar o diálogo entre profissionais e os setores, ampliando os espaços de discussão, com o objetivo de elaborar um processo de trabalho com fluxos e protocolos que orientem uma prática assistencial conjunta e que crie oportunidades de proteger a vida e a saúde das mulheres que vivem em situação de violência.²²

Muitas vezes a mulher procura determinado serviço que não consegue atender à demanda. O profissional que está na linha de frente precisa entender a necessidade de oferecer a atenção adequada em cada caso, com foco na necessidade de seguimento, devido à complexidade dos casos e da inserção dos equipamentos que atendem aos casos de violência.¹⁹

A Lei Maria da Penha proporcionou avanços nas ações para coibir a violência, mas ainda apresenta desafios em todas as áreas para garantir o seguimento da mulher na rede de apoio. Acompanhar a paciente ao longo do seu percurso é um problema vivenciado não somente na abordagem da violência. Muitas vezes ocorre o atendimento, o encaminhamento é realizado, entendendo-se que o problema foi resolvido, mas de fato a situação se repete sem mudança muitas vezes por falta de seguimento.²² Estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) evidenciou que o desconhecimento dos serviços da rede e de suas competências e ações geram uma assistência desarticulada, sem fluxo e fragmentada, impedindo o seguimento da mulher em situação de violência. A rede de atendimento precisa ser fortalecida e o acesso deve ser garantido com seguimento de forma articulada e com comprometimento dos envolvidos.²²

Há dificuldade por parte dos profissionais em realizar encaminhamentos, muitas vezes por desconhecimento de serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência. Há dúvida a respeito de qual o melhor lugar para acolher as demandas e necessidades relacionadas à violência sexual contra a mulher.²³

A respeito de outros serviços, o setor saúde é a porta de entrada para os casos de violência contra a mulher e exerce um importante papel articulador. Estudos reve-

lam dificuldade de articulação entre os serviços, muitas vezes por falta de espaços de discussão e integração, sendo fundamental a organização no nível regional do poder público e instituições organizadas.²⁴ Alguns autores explicam que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede e precisa ser ampliada. Para isso, é necessário um trabalho interdisciplinar e uma articulação entre profissionais e gestores.^{3,25} Essa assertiva está de acordo com os achados de outro estudo, que demonstrou que o setor saúde se articula com a delegacia de mulheres na medida em que prevalecem depoimentos vinculando a articulação em rede, principalmente aos encaminhamentos policiais, para realização de Boletim de Ocorrência Policial (BO), colocando-os como prioritários no contexto da atenção.²⁶

Pode-se verificar que ao analisar o indicador de enfrentamento da violência, 40 a 60% avaliaram que existem estratégias de gestão, não apresentando destaque importante entre uma região e outra. Isso mostra que há um grande percurso a ser trilhado em relação a estratégias de enfrentamento, por meio de: previsão de acesso aos serviços de saúde; estratégias de referência e contrarreferência; recursos e insumos para o atendimento; ações de vigilância; capacitação de profissionais; notificação dos casos e estabelecimento de diretrizes para prevenir e combater a violência.

Os gestores presentes no estudo avaliaram mais positivamente as estratégias de enfrentamento da violência por municípios e estados do que os profissionais da atenção primária e terciária.

Pesquisa realizada no sudoeste goiano com o objetivo de investigar a implementação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra a mulher acusou divergência de percepções entre os participantes. Alguns discursos indicavam que as políticas existem somente no papel; outros sinalizavam que o sudoeste goiano se encontra em processo de implementação das políticas; e outros ainda ressaltavam que as políticas estão implantadas adequadamente.²⁷

No Brasil, o aumento do número de mulheres vítimas de violência acompanha a ampliação de políticas públicas e serviços de atendimento. É recomendado o apoio dos serviços de saúde no enfrentamento da violência, uma vez que esta traz como consequência danos físicos e psíquicos às mulheres, que irão procurar os próprios serviços de saúde.^{28, 29}

Considerações Finais

A violência contra as mulheres é um problema complexo e que não pode ser abordado apenas por uma vertente. Trata-se de uma realidade do cotidiano dos serviços de saúde, não só da atenção primária, mas também da secundária e terciária. Sendo assim, é imperativo que se efetivem práticas de promoção e combate à violência, não

apenas para sensibilizar os profissionais da saúde sobre como abordar e conduzir os casos, mas também a sociedade em geral.

A atitude diante da mulher em situação de violência precisa ser resolutiva e acolhedora. Os profissionais precisam saber identificar a mulher em situação de violência e realizar a notificação, realizando seguimento e encaminhamentos sempre que necessário. A discussão de caso com a equipe é de extrema importância, por se tratar de um tema multifatorial e complexo.

Os resultados sugerem que o setor saúde articula e encaminha para os outros serviços da rede, mas ainda de forma fragmentada, de acordo com os autores analisados. Para superar a violência, é necessária articulação intersetorial e da sociedade civil, pois é uma ferramenta potente e eficaz.

As estratégias de gestão para o enfrentamento da violência contra a mulher precisam ser ampliadas e fortalecidas. É essencial o envolvimento e compromisso dos estados e municípios na implantação de diretrizes efetivas de acesso nos diversos níveis assistenciais e da rede de apoio, desenvolvendo ações de vigilância, com garantia de recursos humanos capacitados, áreas físicas adequadas e insumos e equipamentos suficientes.

O presente estudo explora um tema relevante e atual para a área da saúde pública, visto sob a ótica dos profissionais participantes dos seminários macrorregionais do projeto Para Elas. Diante dos resultados obtidos, pode-se concluir que o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência por macrorregião brasileira precisa avançar e se fortalecer, para que garanta de fato o atendimento integral às mulheres em situação de violência em todas as regiões brasileiras.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências [Internet]. Diário Oficial da União Nº 96. 2001 mai. 18; Seção 1E. p.3 [acesso em 2016 jul 27]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/portaria737_1254487650.pdf
2. Minayo, MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros [Internet]. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.9-41. [acesso em 2015 nov 04]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0199.pdf>
3. 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. [Internet]. Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011. [acesso em 2016 jun 17]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
4. Moraes J. Violência Doméstica: fragmentos de uma caminhada [Internet]. Brasília: Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações; 2012. [acesso em 2016 set 5]. Disponível em: <http://pt.calameo.com/read/002116944a6f4303cb614>

5. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(3):1943-1952. [Acesso em: 23/04/2016]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/28.pdf>>.
6. Wittkowski *et al.* Combining several ordinal measures in clinical studies. *Statistics in medicine*. 2004; 23:1579-1592.
7. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra a mulher: interfaces com a saúde. *Interface – Comunic. Saúde, Educ.* 1999;3(5):11-26. [Acesso em: 02/07/2016] Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>>.
8. Porto JRR, Luz AMH. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. *Rev Gaúcha Enfer.* 2004;25(2):207-18. [Acesso em: 24/04/2016]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4508>.
9. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):595-603. [Acesso em: 31/05/2016]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/ao-5342>>.
10. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egly EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(2):304-11. [Acesso em: 10/10/2016]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>>.
11. Gomes NP, Yasminie MS, Diniz NMF, Paixao GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto – enferm.* 2013;22(3):789-796.
12. Gabin JIA, Dias IA, Rovida TAS. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc. saúde coletiva* 2015;20(6).
13. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [Internet]. Brasília, DF; 2003. [acesso em 2016 dez18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm
14. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Goncalves L, Souza GS, Ferreira MFF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(9):1805-1815.
15. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte. Pernambuco. *Rev. bras. epidemiol.* 2012;15(1):166-178.
16. Quadros MEF, Oliveira MM, Ferreira RZ, Alves PF. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. *Rev Enferm UFSM* 2013;3(1):164-174.
17. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Cienc. saúde coletiva* 2012;17(9):2305-2317.
18. Conceição JC, Gusmão MEN, Souza SS, Gomes NP. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. *Rev. baiana enferm.* 2012;26:468-477.
19. Lettiere A, Nakano AMS. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. *Rev Eletr. Enf.* 2015;17(4).
20. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. saúde coletiva* 2013;18(5):1293-1304.

21. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços a rede intersetorial. *Athenea Digital* 2012;12(3):237-254.
22. Silva EB, Padoin SMMP, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Ciênc. saúde coletiva*-2015;20(1):249-248.
23. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(3):1943-1952.
24. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha guia de Atenção À Mulher em Situação de Violência para Área da Saúde-Paraná [Internet]. Paraná, 2011. [acesso em 2016 out 10]. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20/modulo_5/linha_gui_a_vcm_ultima__setembro.pdf
25. Gomes MA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro, Ruben Mattos Kenneth R. Camargo Jr. (org.). UERJ-IMS-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003, 228pp. *Ciênc. saúde coletiva* 2004;9(4):1080.
26. Lima SLL. Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande do Norte [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
27. SOUZA T.M.C, SOUSA Y.L.R.: Políticas públicas e violência contra a mulher: a realidade do sudoeste goiano. Universidade Federal de Goiás, Jataí-GO, *Rev. SPAGESP* 2015; 16(2):59-74 [Acesso em: 29/07/2016] .Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200006>.
28. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'Aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estud psicol. (Campinas)* 2011; 28(2):219-227.
29. Vieira LB, Padoin SM, Landerdahl MC. A Percepção de Profissionais da Saúde de um Hospital sobre a Violência contra as Mulheres. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4):609-616.