

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Medicina  
Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Elizangela Gonçalves de Souza

**PROJETO PARA ELAS**

**POR ELAS, POR ELES, POR NÓS**

**OPINIÕES E ATITUDES DE PROFISSIONAIS ACERCA DA ATENÇÃO À  
MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, EM 10 MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Belo Horizonte  
2016

Elizangela Gonçalves de Souza

**PROJETO PARA ELAS**

**POR ELAS, POR ELES, POR NÓS**

**OPINIÕES E ATITUDES DE PROFISSIONAIS ACERCA DA ATENÇÃO À  
MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, EM 10 MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.**

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

Co-orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares

Belo Horizonte

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência  
Linha de pesquisa: Promoção de Saúde e Suas Bases

**Reitor:** Prof. Jaime Arturo Ramírez

**Vice-Reitora:** Prof<sup>a</sup>. Sandra Goulart Almeida

**Pró-Reitora de Pós-Graduação:** Prof<sup>a</sup>. Denise Maria Trombert de Oliveira

**Pró-Reitor de Pesquisa:** Prof<sup>a</sup>. Adelina Martha dos Reis

**Diretor da Faculdade de Medicina:** Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:** Prof. Humberto José Alves

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação:** Prof. Luiz Armando Cunha De Marco

**Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação:** Prof. Edson Samesiana Tatsuo

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:** Prof. Antonio Thomaz  
Gonzaga da Matta Machado

**Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:** Prof<sup>a</sup> Alaneir de  
Fátima dos Santos

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e  
Prevenção da Violência:** Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e  
Prevenção da Violência:** Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e  
Prevenção da Violência**

Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha - Titular

Prof<sup>a</sup>. Eliane Dias Gontijo - Titular

Prof<sup>a</sup>. Efigênia Ferreira e Ferreira - Titular

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo - Titular

Prof<sup>a</sup>. Soraya Almeida Belisario - Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro - Titular

Prof<sup>a</sup>. Andréa Maria Silveira - Suplente

Prof. Marcelo Grossi Araujo - Suplente

Profa. Eugenia Ribeiro Valadares - Suplente

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi - Suplente

Profa. Stela Maris Aguiar Lemos - Suplente

Profa. Izabel Christina Friche Passos – Suplente

**Representantes discente:**

Maria Beatriz de Oliveira - Titular

Marcos Vinícius da Silva - Suplente

Ao meu esposo **Paulo Roberto**, que de forma tão extraordinária e completa, me encorajava a superar os obstáculos. Seus olhares de reconhecimento e admiração me faziam buscar sempre o melhor.

A **Luiza**, minha filhinha, que fez brotar em mim sentimentos inimagináveis. Sua presença enche a minha vida de alegria.

A todas as mulheres fortes e batalhadoras, que lutam por um mundo mais justo e por uma vida livre de violência.

Dedico.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por sua presença constante em minha vida.

À minha Orientadora, Professora Doutora Elza Machado de Melo, que mesmo vivenciando situações difíceis, conduziu esta orientação com tanta paciência e ternura e me proporcionou o prazer de conviver com uma figura humana maravilhosa. Sua sabedoria, generosidade e entusiasmo me possibilitaram um grande crescimento neste processo.

Ao meu Co-orientador professor Doutor Ricardo Tavares, pela sua disponibilidade e auxílio com o banco de dados e análises estatísticas.

Ao Professor Francisco Viana, pelas sugestões no exame de qualificação e pela disponibilidade em compor a banca da defesa.

Aos colegas de trabalho, Cristiane, Cláudia, Keiler, Yenisley, Vera, Aline e Pollyana, pelo apoio e compreensão durante minha ausência, em especial à Gerente Selma, pela solidariedade e compreensão.

Às colegas do Mestrado que me deram apoio nos momentos de dificuldade, em especial, Ana Cristina, Kênia Zimmerer, Júlia Guimarães, Denise Caixeta, Mirian Alcântara, Rejane e Lucimeire.

Às funcionárias do Núcleo de Promoção da Saúde e Paz, Amanda e Lauriza, sempre disponíveis e solidárias.

À minha comadre e grande amiga Luiza, que mesmo a distância, sempre me fortalece com suas palavras de incentivo.

.

E a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

*“Que nada nos defina.  
Que nada nos sujeite.  
Que a liberdade seja nossa própria substância.”*

*Simone de Beauvoir*

## RESUMO

O Projeto “Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência: Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós”, ou simplesmente “Para Elas”, como tem sido popularmente conhecido, é de âmbito nacional e está sendo executado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde (MS). Esse grande projeto de abordagem da mulher em situação de violência tem como um de seus objetivos contribuir com as ações estratégicas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e com o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher. Uma das metas do Projeto é a organização de serviços e equipes em municípios prioritários, sede de Territórios de Cidadania, distribuídos nas cinco macrorregiões brasileiras, que foram definidos, em 2011, pelo Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à violência Contra as Mulheres do Campo e da Floresta, representado pela Secretaria de Política para as Mulheres (SPM), pelo MS e por Movimentos Sociais de Mulheres, além de outros órgãos. Para cumprir tal meta o Projeto “Para Elas” realizou, além de outras atividades, oficinas locais em cada um dos Municípios, envolvendo os profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Em virtude do meu envolvimento com o projeto, tive maior contato com temas relacionados às políticas públicas em saúde da mulher, as relações de gênero e violência contra a mulher. Desde 2013, participo de reuniões semanais, faço parte da Comissão Organizadora das Oficinas e atuo como colaboradora e pesquisadora das atividades de definição teórico-metodológica, análise de dados e pesquisa de campo. Como aluna do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, meu projeto de pesquisa surge vinculado ao “Para Elas” onde se buscou analisar a atuação dos profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência nos 10 municípios prioritários mencionados. A pesquisa foi realizada com todos os profissionais participantes das oficinas, por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se de questionários autoaplicáveis. Para a análise dos dados utilizaram-se estatísticas descritivas, análise bivariada e, por fim, análise de correspondência. Para a parte qualitativa, primeiramente foi feita a categorização das falas transcritas, a partir das



quais foram geradas variáveis para as quais foi realizada distribuição de frequência e, de modo articulado, categorias para análise de conteúdo. Os resultados apontam que o número de profissionais que atendeu casos suspeitos é maior do que o número que atendeu casos confirmados de violência contra a mulher. No entanto, menos da metade dos profissionais que atendeu casos suspeitos adotou alguma atitude em relação a eles, havendo forte associação entre o atendimento desses casos e as atitudes de encaminhar e discutir o caso com a equipe. A adoção de alguma atitude por parte dos profissionais foi mais comum - embora também abaixo da metade para a maioria das ações - diante dos casos confirmados, havendo forte associação do seu atendimento com as atitudes de seguimento familiar, seguimento e agendamento de retorno da mulher, bem como a abordagem. A subnotificação ocorre tanto nos casos suspeitos quanto nos casos confirmados. As ações que devem ser desenvolvidas pelo setor saúde para a prevenção da violência contra a mulher, referidas com maior frequência pelos entrevistados, foram orientação/informação, capacitação profissional e investimento em infraestrutura dos serviços, havendo pouca menção às ações que envolvem o trabalho com o agressor e com o público masculino, bem como as que visam o empoderamento das mulheres. A maioria dos entrevistados considera que é papel do setor saúde desenvolver ações de prevenção da violência contra a mulher, entretanto, apesar de todos eles estarem em posição de responsabilidade frente a atenção à mulher em situação de violência, houve uma elevada proporção de respostas deixadas em branco ou relatando falta de opinião formada sobre o assunto. Conclui-se que ainda falta muito para que a Atenção à Mulher em Situação de Violência seja devidamente ofertada pela Rede, pois os profissionais rotineiramente encaminham mais do que abordam ou identificam os casos, continuam notificando pouco, não se sentem capacitados e, às vezes, sequer se veem como responsáveis por essa atenção.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher; Violência contra a mulher; Pessoal de saúde; Atitude do pessoal de saúde; Ação intersetorial.

## ABSTRACT

The “*Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência: Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós*”, [*Comprehensive Health (care) Services for Women in Gender Violence Situation: For them (women)*] known, it is nationwide and is being carried out by the Health and Peace Promotion Center of Social and Preventive Medicine Department of School of Medicine of “Universidade Federal de Minas Gerais” [*Federal University of Minas Gerais*] (UFMG), through the Professional Masters in Promotion of Health and Prevention of Violence, with technical and financial support of “Ministério da Saúde” [*Ministry of Health*] (MS). This major woman approach project in violence situations has, as one of its objectives, to contribute to the “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” [*National Policy of Integral Care to Women's Health*], with strategic actions (PNAISM) and to the “Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher” [*National Pact of Violence Against Women*]. One of the Project goals is the organization of services and staff in priority municipalities, headquarters of Citizenship Territories, distributed in the five Brazilian macroregions, which were defined, in 2011, by the Permanent National Forum to Deal with Violence Against the Rural and Forest-based Women, represented by “Secretaria de Política para as Mulheres” [*Secretariat of Policy for Women*] (SPM), the MS and Social Movements of Women, besides other organs. To accomplish this goal for the “Para Elas” Project, in addition to other activities, local workshops in each of the municipalities, involving professionals of the network of care to women in situations of violence were held. Due to my involvement with the project, I had more contact with issues related to public policies of women's health, gender relations and violence against women. Since 2013, I have participated in weekly meetings, I am part of the Organizing Committee of the workshops and I work as a collaborator and researcher of theoretical and methodological definition activities, data analysis and field research. As a Professional Master Degree's student of Health and Violence Prevention Promotion, my research project appears linked to the “*Para Elas*” where we sought to analyze the performance of the professionals involved in care for women in situations of violence in the 10 priority municipalities mentioned. The survey was conducted with all professional participants of the workshops, by means of semi-structured interviews, using self-administered questionnaires. Descriptive statistics, bivariate analysis, and finally,

Correspondence analysis were used for data analysis. For the qualitative part, categorization of the transcribed speeches was first made, from which variables were generated, for which the frequency distribution was performed, and, in an articulated way, categories for content analysis. The results show that the number of professionals that assisted suspected cases is higher than the number of those who assisted confirmed cases of violence against women. However, less than half of the professionals, who assisted suspected cases, adopted some attitude towards them, there being a strong association between the care of these cases and attitudes to direct and discuss the case with the team. The adoption of some action by the professionals was more common - although well below half for most actions - before the confirmed cases, there being a strong association of their care with the family follow-up actions, follow-up and return schedule of women, as well as the approach. The underreporting occurs in both suspected cases and confirmed cases. The actions to be developed by the health sector for the prevention of violence against women, mentioned more frequently by respondents were orientation/information, professional training and investment in infrastructure services, with little mention of the actions that involve working with aggressor and the male public, as well as those aimed at women's empowerment. Most interviewed subjects think that it is the role of the health sector to develop actions to prevent violence against women, however, although all of them were in front position of responsibility to the care to women victims of violence, there was a high proportion of responses left blank or reporting lack of opinion on the matter. We conclude that the Attention to Women in Violence Situations is far from achieving being adequately supplied by the Network, as professionals routinely refer more than they approach or identify cases, continuing notifying little, they do not feel qualified, and, sometimes, they do not even see themselves as responsible for this attention.

**Key words:** Women's health; Violence against women; Health staff; Attitude of health staff; Intersectoral action.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1-** Distribuição das atitudes adotadas pelos profissionais mediante a suspeita/ confirmação de casos de violência contra a mulher em 10 municípios brasileiros, 2016..... **43**
- Figura 2-** Distribuição das ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde para a prevenção da violência contra a mulher segundo a opinião dos profissionais da rede de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros, 2016..... **44**
- Figura 3-** Mapa de correspondência entre as atitudes dos profissionais e as situações de enfrentamento da violência contra a mulher em 10 municípios brasileiros, 2016 ..... **56**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b>	Distribuição das atitudes adotadas pelos profissionais segundo suspeita de casos de violência contra a mulher durante os atendimentos em 10 municípios brasileiros, 2016.....	45
<b>Tabela 2-</b>	Distribuição das atitudes adotadas pelos profissionais segundo casos confirmados de violência contra a mulher durante os atendimentos em 10 municípios brasileiros, 2016.....	48
<b>Tabela 3-</b>	Distribuição percentual das variáveis demográficas, segundo a opinião dos profissionais sobre o papel do setor saúde na prevenção da violência contra a mulher, 2016.....	51
<b>Tabela 4-</b>	Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (atitudes).....	57
<b>Tabela 5-</b>	Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (situações de enfrentamento).....	57

## LISTA DE SIGLAS

ACS-	Agente Comunitário de Saúde
APS-	Atenção Primária à Saúde
ESF-	Estratégia Saúde da Família
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-	Índice de desenvolvimento Humano
IPV-	Violência por Parceiro Íntimo
MS-	Ministério da Saúde
OMS-	Organização Mundial da Saúde
ONU-	Organização das Nações Unidas
PNPM-	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
SPM-	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SPSS-	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG-	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO-	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

### PARTE I – PROJETO DE PESQUISA

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
	1.1 O que é violência .....	17
	1.2 Violência contra a mulher .....	18
	1.3 Atenção à saúde da mulher em situação de violência.....	20
	1.4 Delineando o cenário da pesquisa: os municípios sede dos Territórios de Cidadania.....	24
	1.5 O Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por nós.....	26
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
	2.1 Objetivo geral .....	28
	2.2 Objetivos específicos.....	28
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
	3.1 Tipo de estudo .....	29
	3.2 Local da pesquisa.....	29
	3.3 População de estudo.....	29
	3.4 Coleta de dados.....	29
	3.5 Variáveis do estudo.....	30
	3.6 Tabulação e análise dos dados.....	30
	3.7 Aspectos éticos .....	31
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
	<b>PARTE II- ARTIGO DE RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
	<b>APÊNDICE A- Detalhamento das variáveis.....</b>	<b>75</b>
	<b>ANEXO A – Questionário .....</b>	<b>81</b>
	<b>ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP).....</b>	<b>89</b>
	<b>ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO D – Folha de Aprovação.....</b>	<b>91</b>
	<b>ANEXO E - Ata de Defesa.....</b>	<b>92</b>

## **PARTE I- PROJETO DE PESQUISA**



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O que é violência

A violência é um problema que sempre esteve presente em toda a história da humanidade, sendo sustentada por uma estrutura social marcada por desigualdades e injustiças, as quais se expressam nas relações domésticas, de gênero, de classes e no interior das instituições (Melo, 2010). De acordo com os apontamentos de Minayo e Souza (1999), definir a violência não é tarefa fácil, sobretudo, por ser ela, às vezes, uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural, às vezes, uma resultante das relações pessoais e às vezes ainda, um componente cultural naturalizado. Segundo as autoras, sua permanência nas sociedades e as ambivalentes interpretações atribuídas ao assunto pelos estudiosos desta temática lhe conferem o *status* de fenômeno complexo.

Deste modo, é possível definir a violência de muitas maneiras. A Organização Mundial da Saúde (OMS), no entanto, a define como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, resultando ou que tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p.27 )

Ao incluir a frase “uso da força física” e a palavra “poder”, a definição de violência adotada pela OMS abarca uma ampla gama de consequências decorrentes desta, como a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual, psicológico, da mesma maneira que o suicídio e outros atos de autoabuso, pois associa a intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independente do resultado produzido. E esta definição extrapola o entendimento convencional de violência ao incluir também os atos que não resultam necessariamente em lesão ou morte, mas que, contudo, oprime as pessoas, as comunidades e os sistemas de assistência à saúde no mundo todo (KRUG et al., 2002).

A OMS ainda tipifica as violências, classificando-as em três grandes categorias, conforme a característica de quem comete o ato, são elas: violência dirigida a si mesmo (autoinfligida), que inclui o comportamento suicida e autoabuso; violência interpessoal, que inclui os atos ocorridos tanto no âmbito da família e parceiros íntimos (as), quanto à violência comunitária, que ocorre entre pessoas sem relação de parentesco, geralmente fora de casa; e violência coletiva, que ainda é subdividida em violência social, política e econômica. Em relação à natureza dos atos violentos, eles podem ser de ordem física, sexual, psicológica, e aqueles envolvendo privação ou abandono (KRUG et al., 2002).

## 1.2 Violência contra a mulher

Ao estudarmos o fenômeno da violência com base na ótica da saúde, considerando a relação existente entre as mulheres em situação de violência e os serviços de saúde, bem como as demandas em saúde que esse fenômeno impõe aos profissionais que lidam com esse público, seria desejável que adotássemos aqui um conceito que fosse capaz de definir este tipo específico de violência e que fosse consensual entre a maioria dos estudiosos desta temática.

Ocorre, portanto, que a diversidade de termos encontrados na literatura, nos remete ao fato de que não há um consenso único sobre o modo mais apropriado de nomear este evento (ÂNGULO- TUESTA, 1997; DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005; D'OLIVEIRA, 2000). Entre as inúmeras opções disponíveis é possível destacar *“violência contra a mulher”*, *“violência intra-familiar”*, *“violência conjugal”*, *“violência doméstica”*, *“violência de gênero”*, *“violência por parceiro íntimo (IPV)”*, entre outros.

A Organização das Nações Unidas (ONU) define a violência contra as mulheres como:

Qualquer ato de violência baseado no gênero do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos, a coação ou a privação arbitrária de liberdade, que

ocorra, quer na vida pública, quer na vida privada (ONU, 1993).

Essa definição abarca as mais variadas formas de violência física, sexual e psicológica, considerando tanto a violência ocorrida no âmbito doméstico ou intrafamiliar, perpetrada por parceiros íntimos ou por membros da família, incluindo estupro, maus tratos, violação e abuso sexual, quanto a violência ocorrida na comunidade, cometida por qualquer pessoa, como o assédio sexual no trabalho, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, seqüestro, tortura, violência étnica e racial, a mutilação genital feminina, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, e todas as outras formas de violência cometida contra as mulheres em diversos contextos (ONU, 1993).

Durante todo o desenrolar da história da humanidade a mulher sempre foi considerada inferior ao homem, estabelecendo-se a partir desta concepção uma relação desigual de poder e hegemonia entre homens e mulheres, levando-as, portanto, a assumir uma posição de subordinação ao homem (MÜHLEN; NEVES, 2013).

Assim, por muito tempo houve uma naturalização da dominação masculina, onde a violência sofrida pelas mulheres era explicada pela cultura patriarcal (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013; MORAES, 2012; MÜHLEN; NEVES, 2013). Já no século XX, com a eclosão dos movimentos feministas, a discriminação e a violência impostas às mulheres passam a ser denunciadas e deixam então de ser um assunto do âmbito privado, ganhando visibilidade e passando a ser problematizada na esfera pública (SOUZA, 2012).

Em 2013 foi publicado o relatório de um estudo conduzido pela OMS, que compilou dados da população de todo o mundo de forma sistemática. O estudo aponta uma estimativa global de 35% de mulheres que sofreram violência física e/ou sexual, sendo em maior parte (30%) perpetrada por um parceiro íntimo. A estimativa global de violência sexual praticada por alguém que não seja um parceiro foi de 7% (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013).

Esses dados apontam a violência contra a mulher como um problema global de saúde pública e salientam a necessidade de uma articulação intersetorial no empenho, tanto da prevenção da ocorrência, quanto no provimento de serviços adequados ao atendimento de mulheres vítimas de violência, destacando a importância do papel que o setor saúde tem a desempenhar neste cenário (WHO, 2013).

### **1.3 Atenção à saúde da mulher em situação de violência**

Tem sido amplamente evidenciado na literatura os efeitos nocivos da violência para a saúde das mulheres. Além de abalar a autonomia, destrói a autoestima e diminui a qualidade de vida, afetando diretamente a estruturação pessoal, familiar e social (NETTO et al., 2014).

A violência contra a mulher pode causar danos físicos graves, incapacidades físicas permanentes e óbitos, além de problemas psicológicos causados indiretamente pela agressão, como transtornos mentais. As repercussões da violência na saúde física das mulheres podem variar desde a exposição a infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, infertilidade, dores crônicas, incapacidades físicas e até mesmo a morte, como expressão máxima da violência, havendo um reconhecimento crescente de que este fenômeno além de ter um forte impacto na saúde pública, representa uma grave violação dos direitos humanos das mulheres (WHO, 2013).

As estatísticas brasileiras sobre homicídios de mulheres revelam um aumento de 252% do número de vítimas no período entre 1980 e 2013, com uma taxa de 4,8 vítimas por 100 mil mulheres em 2013, e deste modo, o Brasil ocupa a 5ª posição num grupo de 83 países com dados homogêneos. Apenas El Salvador, Colômbia, Guatemala e Federação Russa exibiram taxas superiores as do Brasil (WAISELFISZ, 2015).

Por se tratar de um fenômeno histórico, social e de saúde, de grande magnitude, esse agravo necessita de intervenções direcionadas à equidade de direitos,

proteção e segurança das mulheres que vivenciam situações de violência. Dessa forma, as recomendações da OMS são de que a oferta da assistência a saúde ocorra em diversos locais/pontos da rede de atenção, e os profissionais devem estar preparados para atender com respostas intersetoriais (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; WHO, 2013).

No Brasil, os serviços mais procurados pelas mulheres em situação de violência comumente são o da polícia/delegacia e as unidades de pronto atendimento, sendo o acesso à rede integrada quase sempre nessas duas instituições e a prática restrita ao domínio do crime e da medicalização (SILVA et al.; 2012; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

A despeito disso, as demandas das mulheres em situação de violência não se limitam ao reconhecimento da ocorrência de um crime ou ao tratamento das lesões sofridas, pois existem necessidades de atenção psicológica, direito civil, trabalho, moradia, creche, escola, saúde, abuso de drogas e álcool, sofrimentos e adoecimentos mentais, enfim, uma ampla gama de outras demandas resultantes do desrespeito sistemático aos direitos humanos e à cidadania e da conseqüente vulnerabilidade destas mulheres a um conjunto grande de agravos (SCHRAIBER et al., 2012).

Deste modo, as autoras chamam a atenção para a necessidade de construção de um novo modelo de organização dos serviços, no qual esteja inserida a concepção de demanda por necessidade como base conceitual para a prática, onde as respostas estejam conjugadas à promoção da qualidade de vida e de acesso a direitos (SCHRAIBER et al., 2012).

O modelo de rede de atenção tem sido apontado por estudiosos da área da violência contra a mulher como o mais recomendado por funcionar em uma lógica de organização onde a relação que se estabelece entre os serviços é horizontal, em que todos têm funções diferentes, essenciais e com o mesmo grau de importância (SCHRAIBER et al., 2012; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

Neste sentido, não só no interior de cada serviço, mas entre os serviços de um mesmo setor de assistência, assim como entre os distintos setores que prestam assistência às mulheres em situação de violência, espera-se que o trabalho se dê de modo interligado, para que a um conjunto dado de serviços se possam atribuir à qualificação de 'rede' (SCHRAIBER et al., 2012).

No campo da saúde, sobretudo no Brasil, as práticas assistenciais limitam-se ao tratamento das conseqüências da violência, sobretudo aos danos físicos e psicológicos, intensificando deste modo a idéia de que seria esta a face do problema que caberia ao setor. Essa perspectiva reforça a tradição biomédica das práticas de recuperação e de prevenção que constituem a base tradicional das atuações profissionais no setor saúde, o que dificulta o desenvolvimento de uma prática social, a qual requer conhecimento e habilidades tecnológicas que não são de domínio de todos os profissionais (KISS; SCHRAIBER, 2011; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

Deste modo, a forma como se organiza a oferta de assistência à população acultura a todos nessa tradição, pois ao buscarem um serviço de saúde, as mulheres já o fazem trazendo demandas próprias dessa cultura de assistência focada na biologia. O mesmo ocorre nas respostas que serão oferecidas pelos profissionais às demandas das mulheres, reproduzindo e conformando o perfil de uso e procura dos serviços de saúde nos padrões dessa oferta (AGUIAR, 2013; SCHRAIBER et al., 2012).

O relatório de uma pesquisa de base populacional realizada pela OMS em diversos países do mundo mostra que a violência contra a mulher é difundida globalmente e os resultados deste estudo evidenciam que este fenômeno não é um pequeno problema que ocorre apenas em alguns bolsões da sociedade, mas sim um problema global de saúde pública de proporções epidêmicas que exige uma ação urgente para sua superação (WHO, 2013).

Entretanto, apesar de sua elevada prevalência e repercussões na saúde, estudos têm demonstrado que a violência contra a mulher é pouco identificada nos serviços

de saúde, uma vez que muitos profissionais não a associam aos problemas de saúde apresentados pelas mulheres (BARALDI et al., 2012; GOMES et al., 2013).

Pesquisadores da temática têm demonstrado que as mulheres que relatam a busca de assistência em algum serviço de saúde não são atendidas em rotinas de atenção por profissionais sensíveis à abordagem da violência doméstica e sexual (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

No entanto, a violência ainda consiste em um fenômeno inviabilizado como demanda nos serviços. Estudo realizado com o objetivo de investigar as práticas profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), direcionadas às mulheres que vivenciam violência, constatou que os profissionais reconhecem a importância de acolher as mulheres que trazem essa demanda, porém se sentem impotentes e temerosos diante das situações. A desinformação e a falta de capacitação profissional específica também são evidenciadas como elementos que alimentam a invisibilidade da violência pelos serviços (ANDRADE, 2009).

Neste sentido, a OMS enfatiza a necessidade urgente de integrar questões relacionadas com a violência em formação clínica, apontando para a necessidade de todos os prestadores de cuidados de saúde compreender a relação entre a exposição à violência e problemas de saúde das mulheres para que sejam capazes de responder de forma apropriada às demandas trazidas por este público (WHO, 2013).

Guedes; Fonseca e Egry, 2013, afirmam que o conhecimento dos limites e das potencialidades da prática assistencial, relativas ao reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde de mulheres que vivenciam situações de violência são questões que subsidiam reflexões para o planejamento de ações capazes de promoverem transformações nas fragilidades identificadas, para que os profissionais possam superar o desafio de incorporar o atendimento dos casos de violência em sua prática assistencial, juntamente com outras demandas da mulher.

#### **1.4 Delineando o cenário da pesquisa: os municípios sede dos Territórios de Cidadania.**

As mulheres **do campo** são assim caracterizadas por terem seus modos de vida, de produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra, são incluídas nesta categoria as camponesas, trabalhadoras rurais ou acampadas, assalariadas e temporárias, que residem ou não no campo e que estão na agricultura familiar. Já as mulheres **da floresta** são as que vivem nas comunidades tradicionais, como as ribeirinhas e quilombolas, habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e, ainda fazem parte de populações atingidas por barragens, e as mulheres **das águas**, são as que utilizam matérias-primas para fazer apetrechos para a pesca, gerando assim a reprodução do pescado e do modo de vida da comunidade pesqueira (BRASIL, 2015, **grifo nosso**).

Estas categorias juntas configuram um grupo de mulheres que têm suas vidas fortemente marcadas pelas características dos lugares em que vivem. Estes são isolados, sem acesso rápido a quaisquer recursos oferecidos pela vida urbana, afastados dos serviços e socorros oferecidos pelos governos Municipais, Estaduais e Federal, favorecendo ainda maiores condições de reprodução do machismo e, portanto, altíssimos índices de violência contra as mulheres, impunidade dos agressores e dificuldades de acesso aos serviços nos quais as mulheres recebem a atenção adequada (BRASIL, 2011).

No tocante a violência contra as mulheres, o Ministério da Saúde afirma que qualquer ação que objetive minimizar ou erradicar este problema deve levar em conta múltiplas dimensões, como, por exemplo, a territorialidade, sendo este um fator que marca fortemente a vida das mulheres, no que tange à desigualdade de gênero e à vivência de violências (BRASIL, 2011). No entanto, o convite a uma reflexão sobre a situação de saúde dessas mulheres torna-se um desafio, ao passo que os dados oficiais não são desagregados pelo local de moradia ou espaço de trabalho (BRASIL, 2015). Em consequência disso, o fenômeno da violência contra esse grupo populacional não adquire reconhecimento e nem lugar no âmbito da pesquisa e da produção de conhecimentos, ao mesmo tempo, que, esta escassez



de dados dificulta a concretude de políticas públicas e representa um dos grandes obstáculos a implementação de políticas de enfrentamento deste problema (BRASIL, 2011).

Segundo informações da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, do total de atendimentos realizados entre janeiro a julho de 2011, apenas 2,4% são de mulheres que se identificam como do campo, floresta e das águas. Desse universo, 19,4% relataram episódios de violência doméstica e familiar– a violência física foi declarada por 69% das mulheres; violência psicológica por 19%, violência moral, 8,6%; violência sexual 2,2%; violência patrimonial 1% e o cárcere privado foi referido por 0,2% das mulheres. Em relação à frequência da ocorrência de violência, cerca de 51% informaram ser diária e situações de risco de morte foram relatadas por 38% (BRASIL, 2011).

Em 2003, com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) ampliou-se a discussão sobre a violência contra a mulher tornando-a questão prioritária para a formulação de políticas para as mulheres. Com isso, o Estado incorporou no rol de prioridades do II Plano Nacional de Políticas para as mulheres (PNPM), ações específicas para as mulheres do campo, da floresta e das águas, incluindo-as como prioridade em diversas áreas de atuação do Governo Federal (BRASIL, 2011).

Ainda na busca de ofertar a estas mulheres um espaço de interlocução com o Governo Federal para atender prioritariamente suas reivindicações, em 2007, por meio da SPM, foi criado o Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do Campo e da Floresta. Em funcionamento desde então, o Fórum tem promovido o debate entre representantes da sociedade civil e do governo, de modo a ampliar o alcance das políticas públicas e adequá-las às realidades locais (BRASIL, 2011). Esse Fórum apresentou como desafios para a implementação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento à violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas: a inexistência de diagnósticos sobre o fenômeno da violência neste grupo; a concentração dos serviços especializados de atendimento à mulher em situação de violência nos

municípios de maior porte; o isolamento geográfico; a dificuldade de acesso destas mulheres à infraestrutura social de enfrentamento da violência (BRASIL, 2011).

Para viabilizar o acesso das mulheres que vivem no campo e na floresta aos serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência, em 2011, a SPM, juntamente com o Fórum Nacional definiu dez municípios prioritários a serem contemplados com Unidades Móveis de Atendimento à Mulher, tendo como critérios de seleção os municípios com demandas prioritárias de ampliação do acesso à rede de atendimento à mulher em situação de violência, menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), existência de Organismos de Políticas para as Mulheres, equipe multidisciplinar especializada, tempo de implantação, além do tamanho e da densidade populacional destes. Tais municípios e suas respectivas microrregiões constituem os 10 Territórios da Cidadania, selecionados de modo a contemplar as cinco regiões do país (BRASIL, 2011). O Ministério da Saúde, com o objetivo de dar maior organicidade às políticas públicas, adota os mesmos municípios como prioritários para a implantação das políticas de saúde afins, especificamente o Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher em situação de violência, no campo, na floresta e nas águas, dentro do qual se insere o projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós.

### **1.5. O Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós**

O Projeto *“Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós”* ou simplesmente *“Para Elas”*, como tem sido rotineiramente chamado, de âmbito nacional e inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência/MS, é executado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e pelo Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional – de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, ambos do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde. O Projeto *“Para Elas”* se estrutura em seis metas, articuladas umas com as outras, de modo a se potencializarem. São elas: realização de seminários – um nacional e cinco macrorregionais – que constituem o ponto de partida do projeto, garantindo dessa maneira, a possibilidade de participação dos profissionais no desenho final das

demais metas; a organização de serviços e de equipes de atenção à mulher em situação de violência, nos 10 municípios prioritários, segundo definição do MS, SPM e Fórum Nacional de Enfrentamento da Violência, o que foi feito por meio da realização de oficinas locais de trabalhos com todos profissionais envolvidos na atenção à mulher, estruturadas segundo orientações do planejamento estratégico, modificado com elementos do planejamento participativo; a capacitação de 1250 profissionais distribuídos em todo Brasil, por meio de curso a distância; a capacitação de multiplicadores, que inclui a parte ministrada a distância, acrescida de carga horária em atividades presenciais, por meio de disciplinas do Mestrado e por meio das capacitações nos municípios prioritários; o mapeamento da rede, realizado por meio de entrevistas com os profissionais envolvidos em todas as atividades do projeto e, finalmente, a produção de material didático-pedagógico. A presente pesquisa se vincula ao Projeto “Para Elas”, especificamente, à sua meta de organização de serviços e equipes, nos 10 municípios prioritários, e busca analisar as opiniões e atitudes de todos os profissionais participantes das oficinas locais aí desenvolvidas. Acreditamos que o conhecimento de tais aspectos configura ferramenta muito útil ao desenvolvimento de ações para o enfrentamento da violência contra as mulheres, bem como ao fortalecimento da rede de atenção.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a atuação de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência, nos 10 municípios brasileiros definidos como prioritários pelo MS.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a. Analisar o perfil sócio-demográfico dos profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência em 10 municípios brasileiros.
- b. Descrever e analisar opiniões e atitudes dos profissionais relativas à atenção às mulheres em situação de violência.
- c. Compreender a concepção dos profissionais acerca do papel do setor saúde na prevenção da violência contra a mulher.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo transversal de natureza quali-quantitativa.

#### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em 10 municípios brasileiros, sede de Territórios de Cidadania, eleitos pelo Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do Campo e da Floresta, e pela SPM em 2011, como prioritários para a implantação de políticas públicas. Os municípios estão listados a seguir: Igarapé-Miri (Pará); Cruzeiro do Sul (Acre); Alagoinhas (Alagoas); 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).

#### **3.3 População de estudo**

O universo de estudo foi composto de 438 sujeitos, que 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. Estiveram presentes os profissionais de diferentes setores e níveis de atenção envolvidos na atenção à mulher em situação de violência, nos 10 municípios estudados. Foram excluídos da pesquisa 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).

#### **3.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados durante as oficinas realizadas nos 10 municípios em estudo. Utilizou-se como instrumento para a coleta dos dados um questionário semiestruturado, autoaplicável, com 47 questões, subdivididas em 5 sessões, contendo dados sócio-demográficos, de formação profissional, trabalho, sobre a rede de atenção e enfrentamento da violência contra a mulher e relativas a percepção dos profissionais acerca das relações de gênero. Do total de 47 perguntas, 19 farão parte deste trabalho. 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. Foi realizado um estudo piloto com mestrandos de outros grupos de pesquisa do mestrado profissional, o que levou a realização de ajustes do questionário. O questionário original encontra-se no anexo A.

O período de coleta de dados estendeu-se de maio de 2013 a julho de 2014.

### **3.5 Variáveis do estudo**

As variáveis independentes foram: idade; sexo; cidade; estado civil; cor/raça; grau de instrução; formação acadêmica; instituição; função atual; tempo na função; horas semanais que trabalha na função; vínculo de trabalho; vínculos adicionais. As variáveis dependentes foram: atitudes dos profissionais diante de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra a mulher (já teve casos em que suspeitou de violência e qual foi a conduta tomada; já atendeu mulheres em situação de violência e qual foi a conduta tomada); opinião dos profissionais sobre o papel do setor saúde na prevenção da violência contra a mulher ( em sua opinião é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência contra a mulher ? - sim ou não), se sim, quais?. O melhor detalhamento das variáveis pode ser visto no apêndice A.

### **3.6 Tabulação e análise de dados**

O material de natureza quantitativa foi armazenado em banco de dados e analisado utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS, versão 17.0.

Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequência, análise bivariada, e análise multivariada utilizando análise de correspondência.

Para a parte qualitativa, constituídas pelas questões abertas do questionário, foram usadas 2 tipos de análises: a) categorização das variáveis e posterior estudo sobre sua distribuição de frequência e b) análise de conteúdo que consiste de análise em profundidade das falas dos entrevistados e os significados nelas contidos, utilizando as mesmas categorias geradas na categorização mencionada no item a, agrupando-as, porém, em número menor.

### **3.7 Aspectos éticos**

O presente estudo obedeceu a todas as disposições 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, no dia 05 de junho de 2013, com emissão do parecer nº14187513.0.0000.5149 ( ANEXO B).

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como do direito a confidencialidade e do caráter voluntário da participação, tendo sido assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C), que foi entregue juntamente com o questionário.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. R. S. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.3, n.2, p.723-731, mai./ago., 2013.
- ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. Jogos para Capacitação de Profissionais de Saúde na Atenção à Violência de Gênero. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.37, n.1, p.110-119, 2013.
- ANDRADE, C. J. M.; **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero**. 2009. 141f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; São Paulo, 2009.
- ÂNGULO- TUESTA, A. J. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. 1997. 151f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Ciências Sociais, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
- BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.12, n.3, p.307-318, jul./set., Recife, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas**: direitos e participação social. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 60p.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para Mulheres. Presidência da República. **Mulheres do campo e da floresta**: Diretrizes e ações nacionais. Brasília, 2011. 50 p.
- DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A. violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.417-425, mar./abr., 2005.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços de saúde em Atenção Primária**. 2000. 286f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- GOMES, N. P. et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (impr.)**, v.17, n.4, p.683-689, out./dez., 2013.
- GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia de Saúde da Família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p.304-11, 2013.



KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1943-52, 2011.

KRUG, E. G. et al. Violência: Um problema mundial de saúde pública. In: Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**, p.23-44, Genebra, 2002.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 p.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, 1999.

MORAES, R. R. Políticas de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres: um olhar na realidade do Estado do Pará. **Gênero na Amazônia**, n.2, jul./dez., Belém, 2012.

MÜHLEN, B. K. von.; NEVES, M. Avanços e retrocessos no combate da violência contra Mulheres. **Athenea Digital**, v.13, n.2, p. 229-237, julho, 2013.

NETTO, L. de A. et al. Violência contra a mulher e suas conseqüências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.5, p.458-64, 2014.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Health family professionals' practices toward women in sexual violence situations. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.4, p.605-12, 2007.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres**. Resolução nº 48/104, 20 de dezembro de 1993.

SCHRAIBER, L. B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços a rede intersectorial. **Athenea Digital**, v.12, n.3, p.237-54, 2012.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. de M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n.6, p.608-13, 2013.

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

SILVA, R. A. et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.6, p.1014-1022, 2012.

SOUZA, L. T. Demanda penal e violência doméstica e familiar cometida contra a mulher no Brasil. **Revista Ártemis**, v.13, p.146-160, jan./jul. 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, 2015. 83p.

WHO. World Health Organization. **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva. WHO, 2013.

**PARTE II – ARTIGO DE RESULTADOS**

**Projeto “PARA ELAS. Por elas, por eles, por nós”: opiniões e atitudes de profissionais acerca da atenção à mulher em situação de violência, em 10 municípios brasileiros**

Elizangela Gonçalves de Souza

Elza Machado de Melo

Ricardo Tavares

Victor Hugo de Melo

**RESUMO:** Este artigo analisa as opiniões e atitudes de profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Trata-se de estudo transversal de natureza quali-quantitativa, realizado mediante entrevistas semiestruturadas com todos os participantes de oficinas realizadas pela equipe do projeto “*Para Elas*” e Ministério da Saúde, em 10 municípios brasileiros. Realizaram-se análise descritiva com distribuição de frequências, análise bivariada, e análise multivariada utilizando análise de correspondência. A parte qualitativa foi analisada por meio de categorização para estudo de frequências das variáveis geradas e posterior análise de conteúdo, utilizando as mesmas categorias. Os resultados apontam que o número de profissionais que atendeu casos suspeitos é maior do que o número que atendeu casos confirmados de violência contra a mulher. No entanto, menos da metade dos profissionais que atendeu casos suspeitos adotou alguma atitude em relação a eles, havendo forte associação entre o atendimento desses casos e as atitudes de encaminhar e discutir o caso com a equipe. A adoção de alguma atitude por parte dos profissionais foi mais comum - embora também abaixo da metade para a maioria das ações - diante dos casos confirmados, havendo forte associação do seu atendimento com as atitudes de seguimento familiar, seguimento e agendamento de retorno da mulher, bem como a abordagem. A subnotificação ocorre tanto nos casos suspeitos quanto nos casos confirmados. As ações que devem ser desenvolvidas pelo setor saúde para a prevenção da violência contra a mulher, referidas com maior frequência pelos entrevistados, foram orientação/informação, capacitação profissional e investimento em infraestrutura dos serviços, havendo pouca menção às ações que envolvem o trabalho com o agressor e com o público masculino, bem como as que visam o empoderamento das mulheres. A

maioria dos entrevistados considera que é papel do setor saúde desenvolver ações de prevenção da violência contra a mulher, entretanto, apesar de todos eles estarem em posição de responsabilidade frente à atenção da mulher em situação de violência, houve uma elevada proporção de respostas deixadas em branco ou relatando falta de opinião formada sobre o assunto. Conclui-se que ainda falta muito para que a Atenção à Mulher em Situação de Violência seja devidamente ofertada pela Rede, pois os profissionais rotineiramente encaminham mais do que abordam ou identificam os casos, continuam notificando pouco, não se sentem capacitados e, às vezes, sequer se veem como responsáveis por essa atenção.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher; Violência contra a mulher; Pessoal de saúde; Atitude do pessoal de saúde; Ação intersetorial.

**ABSTRACT:** This article analyzes the opinions and attitudes of the professionals of the network of care to women in violence situations. This is a cross-sectional study of a quantitative qualitative nature, carried out through semi-structured interviews with all the participants of the workshops held by the “Para Elas” [*For Them (female subjects)*] project team and Ministry of Health, in 10 Brazilian municipalities. Descriptive analysis, bivariate analysis and multivariate analysis using correspondence analysis were carried out with frequencies distribution. The qualitative part was analyzed by means of categorization for frequencies study of generated variables and subsequent content analysis, using the same categories. The results show that the number of professionals who have assisted suspected cases is higher than the number of those who answered to have assisted confirmed cases of violence against women. However, less than half of the professionals who assisted suspected cases adopted some attitude towards them, having a strong association between the assistance care of these cases and the attitudes of directing and discussing the case with the team. The adoption of some action by the professionals was more common - although well below half for most actions - before the confirmed cases, there being a strong association of their care with the family follow-up actions, follow-up and return schedule of women, as well as the approach. The underreporting occurs in both suspected cases and confirmed cases. The actions to be developed by the health sector for the prevention of violence against

women, mentioned more frequently by respondents were orientation/information, professional training and investment in infrastructure services, with little mention of the actions that involve working with aggressor and the male public, as well as those aimed at women's empowerment. Most interviewed subjects think that it is the role of the health sector to develop actions to prevent violence against women, however, although all of them were in front position of responsibility to the care to women victims of violence, there was a high proportion of responses left blank or reporting lack of opinion on the matter. We conclude that the Attention to Women in Violence Situations is far from achieving being adequately supplied by the Network, as professionals routinely refer more than they approach or identify cases, continuing notifying little, they do not feel qualified, and, sometimes, they do not even see themselves as responsible for this attention.

**Key words:** Women's health; Violence against women; Health staff; Attitude of health staff; Intersectoral action.

## INTRODUÇÃO

A violência é um problema que sempre esteve presente em toda a história da humanidade, sendo sustentada por uma estrutura social marcada por desigualdades e injustiças, as quais se expressam nas relações domésticas, de gênero, de classes e no interior das instituições (Melo, 2010).

Especificamente sobre a violência contra a mulher, em 2013 foi publicado o relatório de um estudo conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que compilou dados da população de todo o mundo de forma sistemática. O estudo aponta uma estimativa global de 35% de mulheres que sofreram violência física e/ou sexual, sendo em maior parte (30%) perpetrada por um parceiro íntimo. A estimativa global de violência sexual praticada por alguém que não seja um parceiro foi de 7% (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013). Estes dados apontam a violência contra a mulher como um problema global de saúde pública e salientam a necessidade de uma articulação intersetorial no empenho, tanto da prevenção da ocorrência, quanto no provimento de serviços adequados ao atendimento de

mulheres vítimas de violência, destacando a importância do papel que o setor saúde tem a desempenhar neste cenário (WHO, 2013).

Por se tratar de um fenômeno histórico, social e de saúde, de grande magnitude, esse agravo necessita de intervenções direcionadas à equidade de direitos, proteção e segurança das mulheres que vivenciam situações de violência. Dessa forma, as recomendações da OMS são de que a oferta da assistência a saúde ocorra em diversos locais/pontos da rede de atenção, e os profissionais devem estar preparados para atender com respostas intersetoriais (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015a; WHO, 2013).

No Brasil, os serviços mais procurados pelas mulheres em situação de violência comumente são o da polícia/delegacia e as unidades de pronto atendimento, sendo o acesso à rede integrada quase sempre nessas duas instituições e a prática restrita ao domínio do crime e da medicalização (SILVA, et al.; 2012; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015a). Apesar disso, as demandas das mulheres em situação de violência não se limitam ao reconhecimento da ocorrência de um crime ou ao tratamento das lesões sofridas, pois existem necessidades de várias naturezas, atenção psicológica, direito civil, trabalho, moradia, creche, escola, saúde, abordagem do abuso de drogas e álcool, sofrimentos e adoecimentos mentais, enfim, uma ampla gama de outras demandas resultantes do desrespeito sistemático aos direitos humanos e à cidadania e da conseqüente vulnerabilidade destas mulheres a um conjunto grande de agravos (SCHRAIBER et al., 2012).

No campo da saúde, as práticas assistenciais limitam-se ao tratamento das conseqüências da violência, sobretudo aos danos físicos e psicológicos, intensificando desse modo a ideia de que seria esta a face do problema que caberia ao setor. Essa perspectiva reforça a tradição biomédica das práticas de recuperação e de prevenção que constituem a base tradicional das atuações profissionais no setor saúde, o que dificulta o desenvolvimento de uma prática social, a qual requer conhecimento e habilidades tecnológicas que não são de domínio de todos os profissionais (KISS; SCHRAIBER, 2011; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

Agregado a isso ainda está o fato de que a violência contra a mulher é pouco identificada nos serviços de saúde, uma vez que muitos profissionais não a associam aos problemas de saúde apresentados pelas mulheres (BARALDI et al., 2012; GOMES et al., 2013). Pesquisadores da temática têm demonstrado que as mulheres que relatam a busca de assistência em algum serviço de saúde não são atendidas em rotinas de atenção por profissionais sensíveis à abordagem da violência doméstica e sexual (DANTAS- BERGER; GIFFIN, 2005; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

Neste sentido, a OMS enfatiza a necessidade urgente de integrar questões relacionadas com a violência em formação clínica, apontando para a necessidade de todos os prestadores de cuidados de saúde compreender a relação entre a exposição à violência e problemas de saúde das mulheres para que sejam capazes de responder de forma apropriada às demandas trazidas por este público (WHO, 2013).

O presente estudo buscou analisar as opiniões e atitudes de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. Acreditamos que os resultados da pesquisa possam contribuir para desvelar fragilidades na atenção às mulheres em situação de violência nestes municípios, e deste modo, subsidiar a alocação de recursos e a implantação ou implementação de políticas públicas destinadas ao enfrentamento desta problemática.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal de natureza quali-quantitativa, realizado em 10 municípios brasileiros, sede de Territórios de Cidadania, eleitos pelo Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do Campo e da Floresta, e pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) em 2011, como prioritários para a implantação de políticas públicas. Os municípios estão listados a seguir: Igarapé-Miri (Pará); Cruzeiro do Sul (Acre); Alagoinhas (Alagoas); 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). O presente estudo é recorte de um projeto mais amplo, denominado Projeto *“Para Elas. Por elas, por eles, por nós”*, de âmbito nacional. O universo de estudo foi composto de 438 sujeitos, que 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. Estiveram presentes os profissionais de diferentes setores e níveis de atenção envolvidos na atenção à mulher em situação de violência, nos 10 municípios estudados. Foram excluídos da pesquisa 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). Os dados foram coletados durante as oficinas realizadas nos 10 municípios em estudo. Utilizou-se como instrumento para a coleta dos dados um questionário semiestruturado, autoaplicável, com 47 questões, subdivididas em 5 sessões, contendo dados sócio-demográficos, de formação profissional, trabalho, sobre a rede de atenção e enfrentamento da violência contra a mulher e relativas a percepção dos profissionais acerca das relações de gênero. Do total de 47 perguntas, 19 farão parte deste trabalho. 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. Foi realizado um estudo piloto com mestrandos de outros grupos de pesquisa do mestrado profissional, o que levou a realização de ajustes do questionário. O período de coleta de dados estendeu-se de maio de 2013 a julho de 2014. As variáveis independentes foram: idade; sexo; cidade; estado civil; cor/raça; grau de instrução; formação acadêmica; instituição; função atual; tempo na função; horas semanais que trabalha na função; vínculo de trabalho; vínculos adicionais. As variáveis dependentes foram: atitudes dos profissionais diante de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra a mulher (já teve casos em que suspeitou de violência e qual foi a conduta tomada; já atendeu mulheres em situação de violência e qual foi a conduta tomada); opinião dos profissionais sobre o papel do setor saúde na prevenção da violência contra a mulher ( em sua opinião é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de

ação em relação à prevenção da violência contra a mulher ? - sim ou não), se sim, quais?. O material de natureza quantitativa foi armazenado em banco de dados e analisado utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS, versão 17.0. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequência, análise bivariada, e análise multivariada utilizando análise de correspondência. Para a parte qualitativa, constituída pelas questões abertas do questionário, foram usadas 2 tipos de análises: a) categorização das variáveis e posterior estudo sobre sua distribuição de frequência e b) análise de conteúdo que consiste de análise em profundidade das falas dos entrevistados e os significados nelas contidos, utilizando as mesmas categorias geradas na categorização mencionada no item a, agrupando-as, porém, em número menor. O presente estudo obedeceu a todas as disposições 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, no dia 05 de junho de 2013, com emissão do parecer nº14187513.0.0000.5149. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como do direito a 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**

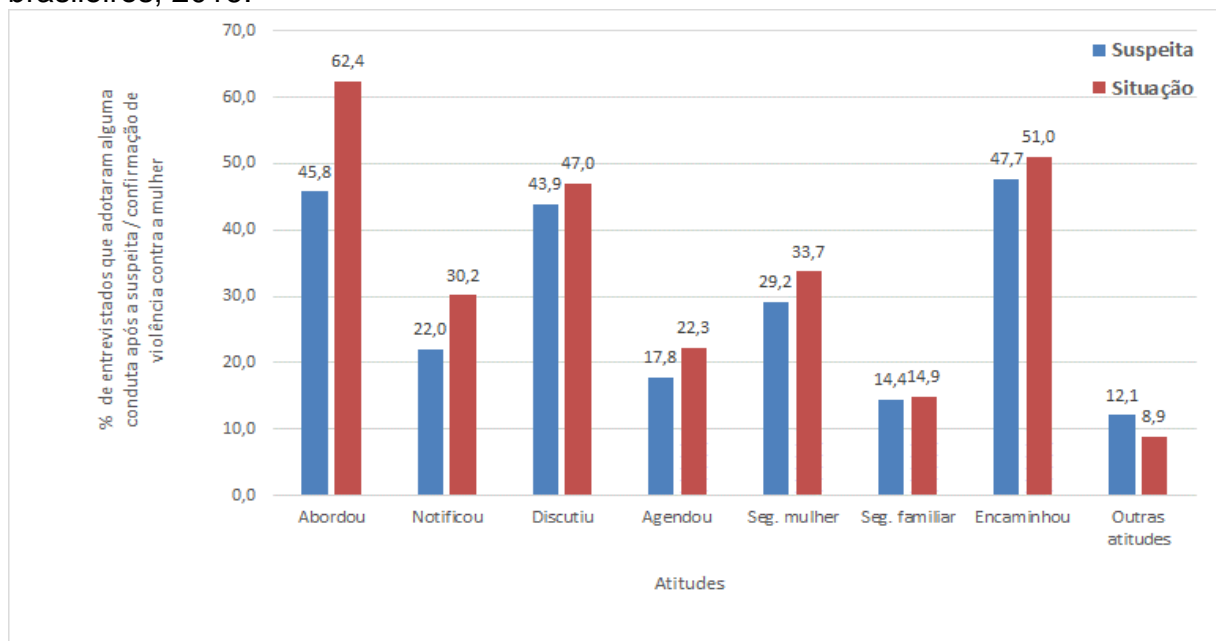
A população em estudo foi composta de 438 sujeitos. Houve uma maioria de indivíduos do sexo feminino (82,4%), com discreto predomínio dos casados (54,1%). A faixa etária de maior frequência (60,5%) foi de indivíduos entre 20 e 40 anos, com maior participação da raça/cor parda (44,1%).

Os dados relativos ao trabalho dos participantes mostram que a maioria ocupava alguma função relacionada à assistência de nível superior (39%), estavam na função há mais de 3 anos (36,8%), trabalhavam de 31 a 40 horas por semana (66,9%), durante dois turnos (72,8%), pertenciam a esfera municipal (84,2%), eram concursados (42%), não possuía outro vínculo de trabalho (70,8%) e eram pertencentes da Atenção Primária à Saúde (APS) (35,6%) e gestão (31,7%).

No que se refere à formação, a grande maioria (79,6%), possui ensino superior e estão representados em maior parte por Enfermeiros (as) (37,2%), seguidos de Assistentes sociais (9,4%), Psicólogos (as) e Médicos (as), que apresentaram o mesmo percentual de representação (3,9%) e graduandos (as) (3,7%).

O percentual de entrevistados que suspeitou de violência cometida contra a mulher em algum atendimento realizado foi de 60,2%. O percentual de profissionais que afirmou já ter atendido alguma mulher em situação de violência foi menor (46,1%). Embora maior número de profissionais relate ter atendido casos suspeitos, menos da metade deles adotou alguma atitude em relação a esses casos, tanto para o conjunto das ações como para cada uma em particular. A adoção de alguma atitude por parte dos profissionais foi mais comum - embora também abaixo da metade para a maioria das ações - diante dos casos confirmados, em todas as categorias analisadas, com exceção da categoria “outras atitudes”, que aparece discretamente mais elevada nos casos suspeitos. Merecem destaque as atitudes “abordou” e “notificou”, que apresentaram diferenças maiores entre os dois tipos de casos, suspeitos e confirmados (Figura 1).

**Figura 1** - Distribuição das atitudes adotadas pelos profissionais mediante a suspeita/confirmação de casos de violência contra a mulher em 10 municípios brasileiros, 2016.

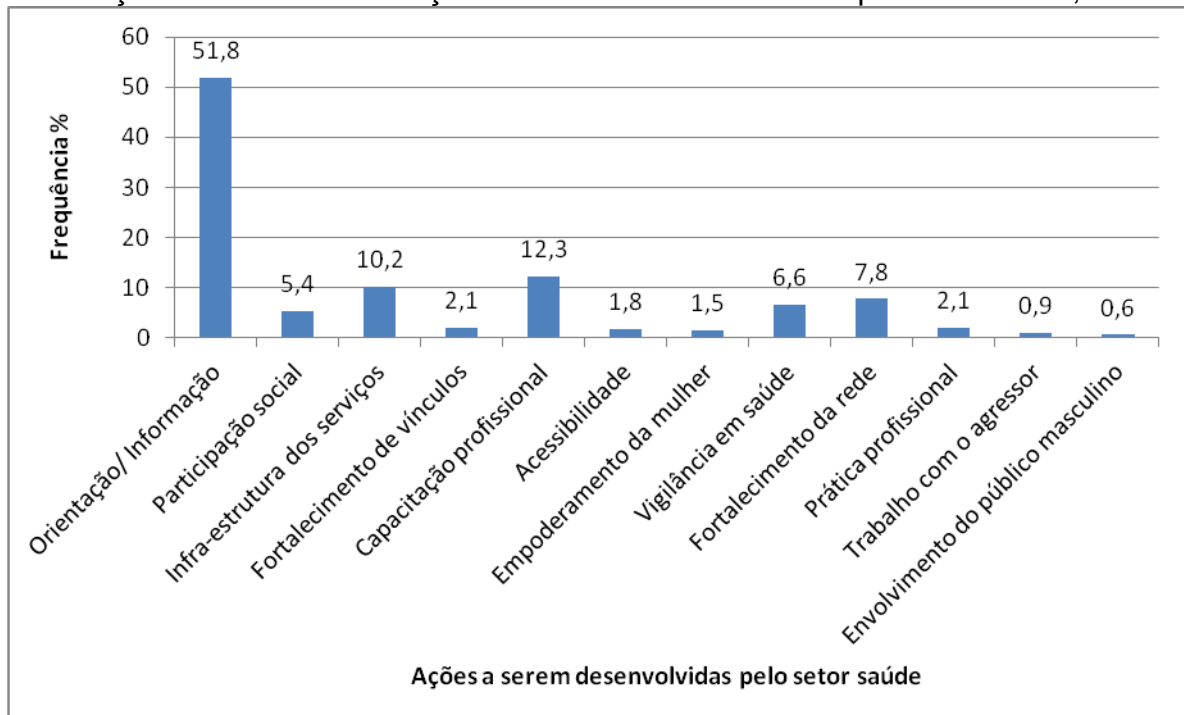


Fonte: Dados compilados pela autora

As ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde para a prevenção da violência contra a mulher, segundo a opinião dos participantes do estudo estão dispostas na Figura 2, onde se observa que aquelas relacionadas à orientação/informação aparecem com maior frequência, seguidas das ações relacionadas a capacitação profissional e as relativas à infraestrutura dos serviços.

É relevante a baixa menção às ações que envolvem o trabalho com o agressor, o envolvimento do público masculino e as que visam o empoderamento da mulher.

**Figura 2** - Distribuição das ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde para a prevenção da violência contra a mulher segundo a opinião dos profissionais da Rede de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros, 2016.



Fonte: Dados compilados pela autora

A análise bivariada mostrou que, entre os que suspeitaram, as atitudes adotadas com maior frequência foram o encaminhamento (47,7%), seguido da abordagem (45,8%) e a discussão com a equipe (43,9%), conforme pode ser observado na tabela 1.



	Sim	77	29,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	77	17,6
	Não	164	62,1	9	7,9	0	0,0	1	1,9	174	39,7
	Branco	12	4,5	53	46,5	7	100,0	6	11,3	78	17,8
	Não se aplica	11	4,2	52	45,6	0	0,0	46	86,8	109	24,9
<b> você fez seguimento da família?</b>											
	Sim	38	14,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	8,7
	Não	203	76,9	9	7,9	0	0,0	1	1,9	213	48,6
	Branco	12	4,5	53	46,5	7	100,0	6	11,3	78	17,8
	Não se aplica	11	4,2	52	45,6	0	0,0	46	86,8	109	24,9
<b> você encaminhou?</b>											
	Sim	126	47,7	1	0,9	0	0,0	0	0,0	127	29,0
	Não	115	43,6	8	7,0	0	0,0	1	1,9	124	28,3
	Branco	12	4,5	53	46,5	7	100,0	6	11,3	78	17,8
	Não se aplica	11	4,2	52	45,6	0	0,0	46	86,8	109	24,9
<b> você teve alguma outra atitude?</b>											
	Sim	32	12,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	7,3
	Não	208	78,8	9	7,9	0	0,0	1	1,9	218	49,8
	Branco	13	4,9	53	46,5	7	100,0	6	11,3	79	18,0
	Não se aplica	11	4,2	52	45,6	0	0,0	46	86,8	109	24,9
<b>Total</b>											
	Total	264	100,0	114	100,0	7	100,0	53	100,0	438	100,0

Fonte: Dados compilados pela autora

E, no atendimento dos casos confirmados, as atitudes adotadas com maior frequência foram a abordagem em primeiro lugar (62,4%), seguido do encaminhamento (51%) e a discussão com a equipe (47%), conforme observado na tabela 2.

**Tabela 2-** Distribuição das atitudes adotadas pelos profissionais segundo casos confirmados de violência contra a mulher durante os atendimentos, em 10 municípios brasileiros, 2016.

Atitudes frente à situação	Você já atendeu alguma mulher em situação de violência?								Total	
	Sim		Não		Branco		Não se aplica		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>you abordou a situação?</b>										
Sim	126	62,4	1	0,7	1	4,0	2	3,1	130	29,7
Não	68	33,7	15	10,2	0	0,0	6	9,4	89	20,3
Branco	6	3,0	72	49,0	21	84,0	6	9,4	105	24,0
Não se aplica	2	1,0	59	40,1	3	12,0	50	78,1	114	26,0
<b>you notificou?</b>										
Sim	61	30,2	4	2,7	0	0,0	2	3,1	67	15,3
Não	133	65,8	12	8,2	1	4,0	6	9,4	152	34,7
Branco	6	3,0	72	49,0	21	84,0	6	9,4	105	24,0
Não se aplica	2	1,0	59	40,1	3	12,0	50	78,1	114	26,0
<b>you discutiu o caso com a equipe?</b>										
Sim	95	47,0	8	5,4	0	0,0	6	9,4	109	24,9
Não	99	49,0	8	5,4	1	4,0	3	4,7	111	25,3
Branco	6	3,0	72	49,0	21	84,0	6	9,4	105	24,0
Não se aplica	2	1,0	59	40,1	3	12,0	49	76,6	113	25,8
<b>you agendou retorno?</b>										
Sim	45	22,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	45	10,3
Não	149	73,8	16	10,9	1	4,0	8	12,5	174	39,7
Branco	6	3,0	72	49,0	21	84,0	6	9,4	105	24,0
Não se aplica	2	1,0	59	40,1	3	12,0	50	78,1	114	26,0
<b>you fez seguimento da mulher?</b>										
Sim	68	33,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	68	15,5
Não	126	62,4	16	10,9	1	4,0	8	12,5	151	34,5
Branco	6	3,0	72	49,0	21	84,0	6	9,4	105	24,0



<b>você fez seguimento da família?</b>	Não se aplica	2	1,0	59	40,1	3	12,0	50	78,1	114	26,0
	Sim	30	14,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	6,8
	Não	164	81,2	16	10,9	1	4,0	8	12,5	189	43,2
	Branco	6	3,0	72	49,0	21	84,0	6	9,4	105	24,0
	Não se aplica	2	1,0	59	40,1	3	12,0	50	78,1	114	26,0
<b>você encaminhou?</b>	Sim	103	51,0	5	3,4	0	0,0	1	1,6	109	24,9
	Não	90	44,6	11	7,5	1	4,0	7	10,9	109	24,9
	Branco	7	3,5	72	49,0	21	84,0	6	9,4	106	24,2
	Não se aplica	2	1,0	59	40,1	3	12,0	50	78,1	114	26,0
	<b>você teve alguma outra atitude?</b>	Sim	18	8,9	4	2,7	0	0,0	1	1,6	23
Não		176	87,1	11	7,5	1	4,0	7	10,9	195	44,5
Branco		6	3,0	71	48,3	21	84,0	6	9,4	104	23,7
Não se aplica		2	1,0	61	41,5	3	12,0	50	78,1	116	26,5
<b>Total</b>		Total	202	100,0	147	100,0	25	100,0	64	100,0	438

Fonte: Dados compilados pela autora

A proporção de respostas relativas a opinião dos participantes sobre ser uma das funções do setor saúde o desenvolvimento de ações para a prevenção da violência contra a mulher foi de 83,5%, onde 332 (75,8%) responderam que sim, 4 (0,9%) responderam não, 72 profissionais (16,4%) deixaram em branco e 30 (6,8%) que afirmaram não ter opinião formada, conforme observado na tabela 3.

Nesse sentido, a maioria dos entrevistados respondeu positivamente, com pequenas diferenças, para as variáveis sexo, estado civil e horas trabalhadas por semana, havendo, no entanto, diferenças maiores para as variáveis faixa etária, cor/raça, função atual, tempo na função, turno de trabalho, esfera administrativa, vínculo de trabalho, ter mais de um vínculo, grau de instrução, formação acadêmica e nível de atenção, conforme pode ser observado com mais detalhes na tabela 3.

Merecem destaque alguns aspectos: o elevado percentual de respostas deixadas em branco ou daqueles que alegaram não ter opinião formada, fato que ganha importância quando se constata haver participantes que atuam na gestão e Referência Técnica, os Assistentes Sociais e profissionais de nível médio, entre estes os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), apresentando esse tipo de resposta. Observou-se um declínio das respostas positivas em função do aumento da idade, sendo que entre os participantes acima de 61 anos, apenas 62,5% responderam sim. O fato de 100% dos médicos terem respondido positivamente também é um ponto que merece relevo.

**Tabela 3-** Distribuição percentual das variáveis demográficas, segundo a opinião dos profissionais sobre o papel do setor saúde na prevenção da violência contra a mulher em 10 municípios brasileiros, 2016.

Variáveis estudadas	Em sua opinião, é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência contra a mulher?								Total	
	Sim		Não		Sem opinião		Branco		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Sexo</b>										
Masculino	52	73,2	1	1,4	7	9,9	11	15,5	71	16,2
Feminino	278	77,0	3	0,8	21	5,8	59	16,3	361	82,4
Branco	2	33,3	0	0,0	2	33,3	2	33,3	6	1,4
<b>Estado civil</b>										
Casado(a)/união estável	181	76,4	2	0,8	17	7,2	37	15,6	237	54,1
Solteiro(a), divorciado(a)/separado(a), viúvo(a)	151	75,5	1	0,5	13	6,5	35	17,5	200	45,7
Não informou	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
<b>Faixa etária</b>										
Até 20 anos	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	0,7
21 a 30 anos	110	82,7	0	0,0	6	4,5	17	12,8	133	30,4
31 a 40 anos	103	78,0	4	3,0	10	7,6	15	11,4	132	30,1
41 a 50 anos	49	70,0	0	0,0	7	10,0	14	20,0	70	16,0
51 a 60 anos	27	69,2	0	0,0	4	10,3	8	20,5	39	8,9
Acima de 61 anos	5	62,5	0	0,0	1	12,5	2	25,0	8	1,8
Branco	37	69,8	0	0,0	2	3,8	14	26,4	53	12,1
<b>Cor/Raça [IBGE]</b>										
Preta	21	72,4	1	3,4	2	6,9	5	17,2	29	6,6
Branca	132	81,5	0	0,0	7	4,3	23	14,2	162	37,0
Amarela	5	83,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	6	1,4
Parda	135	69,9	3	1,6	18	9,3	37	19,2	193	44,1
Indígena	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2



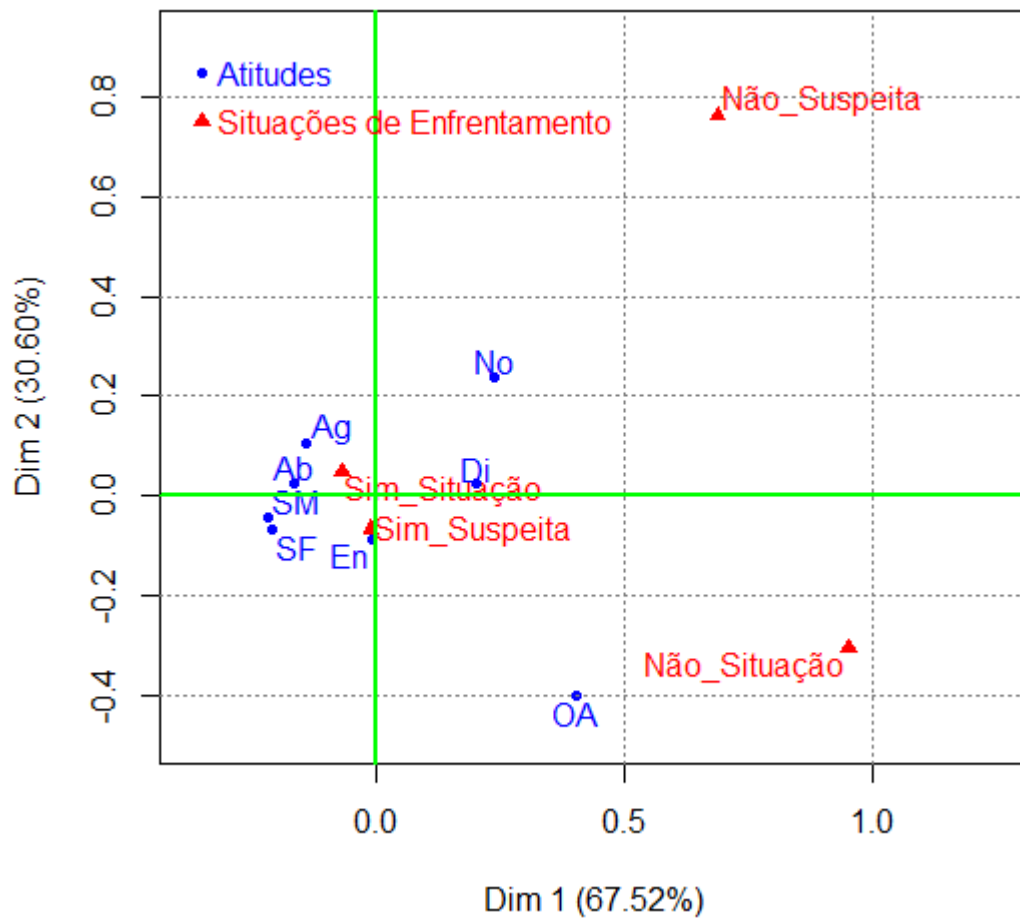
Federal	7	87,5	0	0,0	0	0,0	1	12,5	8	1,8
Estadual	31	93,9	0	0,0	1	3,0	1	3,0	33	7,5
Municipal	272	73,7	4	1,1	28	7,6	65	17,6	369	84,2
Filantrópica	3	60,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	5	1,1
Privada	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,7
Outra	4	66,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	6	1,4
Mais de uma esfera	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,6
Em branco	5	71,4	0	0,0	0	0,0	2	28,6	7	1,6
<b>Vínculo de trabalho</b>										
Concursado	137	74,5	3	1,6	13	7,1	31	16,8	184	42,0
Contratado autônomo (RPA)	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,1
Terceirizado	6	85,7	0	0,0	0	0,0	1	14,3	7	1,6
Contratado celetista	24	72,7	0	0,0	1	3,0	8	24,2	33	7,5
Contrato Temporário	93	83,8	0	0,0	5	4,5	13	11,7	111	25,3
Outra	31	72,1	1	2,3	3	7,0	8	18,6	43	9,8
Não informado	36	65,5	0	0,0	8	14,5	11	20,0	55	12,6
<b>Tem outro vínculo de trabalho</b>										
Sim	97	88,2	1	0,9	2	1,8	10	9,1	110	25,1
Não	223	71,9	3	1,0	27	8,7	57	18,4	310	70,8
Não informado	12	66,7	0	0,0	1	5,6	5	27,8	18	4,1
<b>Grau de instrução</b>										
Ensino Fundamental	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2	0,5
Ensino Médio	45	54,2	2	2,4	11	13,3	25	30,1	83	18,9
Graduação	125	76,2	0	0,0	13	7,9	26	15,9	164	37,4
Pós-graduação	159	85,9	1	0,5	5	2,7	20	10,8	185	42,2
Não informou	2	50,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	4	0,9
<b>Formação Acadêmica</b>										
Enfermeiros	135	82,8	1	0,6	6	3,7	21	12,9	163	37,2
Assistentes sociais	32	78,0	0	0,0	2	4,9	7	17,1	41	9,4

Psicólogos	16	94,1	0	0,0	0	0,0	1	5,9	17	3,9
Médicos	17	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	3,9
Graduandos	13	81,3	0	0,0	1	6,3	2	12,5	16	3,7
Outros	72	75,0	0	0,0	8	8,3	16	16,7	96	21,9
Branco	47	55,3	3	3,5	12	14,1	23	27,1	85	19,4
NSA	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	0,7
<b>Nível de Atenção</b>										
Atenção Primária - APS	116	74,4	3	1,9	15	9,6	22	14,1	156	35,6
Atenção Secundária	31	75,6	0	0,0	4	9,8	6	14,6	41	9,4
Atenção Terciária	15	83,3	0	0,0	0	0,0	3	16,7	18	4,1
Gestão	109	78,4	1	0,7	5	3,6	24	17,3	139	31,7
Outros	14	63,6	0	0,0	3	13,6	5	22,7	22	5,0
Não informado	47	75,8	0	0,0	3	4,8	12	19,4	62	14,2
<b>Total</b>										
Total	332	75,8	4	0,9	30	6,8	72	16,4	438	100,0

Fonte: dados compilados pela autora

O mapa de correspondência entre as atitudes e as situações de enfrentamento (Figura 3) mostra a associação entre as atitudes dos profissionais segundo os casos sejam suspeitos ou confirmados. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (atitudes: Ab- abordou, No- notificou, Di- discutiu o caso com a equipe, Ag- agendou retorno da mulher, SM- seguimento da mulher, SF- seguimento familiar, En- encaminhou, OA- outras atitudes) e dos perfis coluna (Situações de enfrentamento: Sim\_Suspeita, Não\_Suspeita, Sim\_Situação, Não\_Situação) devem ser analisadas as Tabelas 4 e 5. A Tabela 4, referente às atitudes, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em **negrito**), exceto o nível 'En' que deve ser interpretado na dimensão 2 (em **negrito**). A Tabela 5, referente às situações de enfrentamento, revela uma melhor representação dos níveis 'Sim\_Suspeita' e 'Não\_Suspeita' na dimensão 2 (em **negrito**), enquanto todos os demais níveis dão uma contribuição maior se interpretados na dimensão 1 (em **negrito**).

**Figura 3** – Mapa de correspondência entre as atitudes adotadas pelos profissionais e as situações de enfrentamento da violência contra a mulher em 10 municípios brasileiros, 2016.



Legenda:

Ab- Abordou      No- Notificou      Di- Discuti o caso com a equipe      Ag- Agendou retorno  
 SM- Seguimento da mulher      SF- Seguimento familiar      OA- outras atitudes  
 En- Encaminhou

Fonte: Dados compilados pela autora



**Tabela 4-** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Atitudes).

Atitudes	Dim1	Dim2
Ab	<b>0,896</b>	0,021
No	<b>0,502</b>	<b>0,498</b>
Di	<b>0,979</b>	0,012
Ag	<b>0,617</b>	0,350
SM	<b>0,952</b>	0,041
SF	<b>0,821</b>	0,092
En	0,005	<b>0,993</b>
OA	<b>0,504</b>	<b>0,493</b>

Legenda:

Ab- Abordou No- Notificou

Di- Discutiu o caso com a equipe

Ag- Agendou retorno

SM- Seguimento da mulher

SF- Seguimento familiar

OA- outras atitudes

En- Encaminhou

Fonte: Dados compilados pela autora

**Tabela 5-** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Situações de Enfrentamento).

Situações de Enfrentamento	Dim1	Dim2
Sim_Suspeita	0,016	<b>0,806</b>
Não_Suspeita	0,445	<b>0,550</b>
Sim_Situação	<b>0,615</b>	0,295
Não_Situação	<b>0,901</b>	0,095

Fonte: Dados compilados pela autora

Com base na Figura 3 e levando em conta o peso das contribuições das duas dimensões, como apresentado nas tabelas 4 e 5, verifica-se uma associação muito forte entre os entrevistados que afirmaram ter atendido uma mulher suspeita de violência e aqueles que afirmaram ter tomado a atitude de encaminhar, bem como aqueles que discutiram o caso com a equipe. Observou-se também uma forte associação entre os entrevistados que afirmaram ter atendido casos de violência contra mulheres e aqueles que fizeram seguimento da mulher e familiar, bem como com aqueles que abordaram e aqueles que agendaram retorno. Uma associação fraca foi observada entre os entrevistados que atenderam casos de violência contra mulheres e aqueles que notificaram.

## DISCUSSÃO

A existência de um maior número de profissionais que atenderam casos suspeitos do que o número dos que atenderam casos confirmados poderia estar associada ao fato de os profissionais rotineiramente adotarem uma postura de não buscarem a identificação dos casos suspeitos, deixando deste modo, os casos de violência instalada, na invisibilidade, fato corroborado por Gomes et al. (2013), a partir de estudo realizado com profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Santa Catarina- Brasil, onde os participantes relataram muitas vezes suspeitar de situações de violência, preferindo, porém, calarem-se por não saberem como dar seguimento ao atendimento em caso de violência confirmada. Por outro lado, a dificuldade de detecção de casos de violência se revela pelo baixo percentual de profissionais que relataram ter atendido mulheres em tal situação, menos da metade para casos confirmados e, em proporção um pouco maior, mas ainda insuficiente, para os casos suspeitos, fato corroborado pela literatura, por exemplo, em estudo com profissionais de um hospital em Barcelona- Espanha, este relato ocorreu em menos da metade dos entrevistados (COLL-VINENT et al., 2008). Outro estudo com profissionais de saúde em Múrcia/Espanha revelou que apenas um quarto dos entrevistados relatou já ter atendido casos de violência contra a mulher em sua prática profissional (ALCARAZ et al., 2014). A baixa detecção de casos é relatada ainda por Arredondo- Provecho et al. (2012), em estudo com profissionais da Atenção Primária em Madri e por Nascimento; Ribeiro e Souza (2014), em estudo com profissionais de saúde na Angola. Ramsay et al. (2012), ao estudar uma coorte de médicos e enfermeiros nas cidades de Londres e Bristol- Inglaterra, constataram que mais da metade dos profissionais não perguntam às mulheres sobre abuso em sua rotina de trabalho, sendo que quarenta por cento dos profissionais admitiram nunca - ou só raramente - interrogarem a mulher sobre vivência de situações de violência, mesmo na presença de lesões físicas. D'Oliveira et al. (2009), por sua vez, afirmam a importância desses achados, uma vez que podem implicar, tanto para as mulheres quanto os profissionais, a banalização da ocorrência, sua descaracterização e sua percepção como problema não inerente ao setor saúde.

A omissão dos profissionais mediante a violência ganha visibilidade ainda maior ao se verificar a alta proporção dos profissionais que não adotaram alguma atitude para condução dos casos, seja eles suspeitos e confirmados (embora um pouco menor para os últimos). Sabe-se que a busca pelo serviço de saúde de fato se dá, muitas vezes, pelas lesões físicas decorrentes da violência, no entanto o atendimento a esses casos não deve restringir-se ao tratamento de tais lesões. Nesta lógica, D'Oliveira et al. (2009), afirmam que o atendimento de saúde aos casos de violência contra a mulher, numa perspectiva integral, exige a compreensão do problema em toda sua complexidade e significa pensar a promoção da não violência, prevenção e cuidado aos casos, tanto na perspectiva do tratamento de suas conseqüências como da abordagem da violência em si, que devido sua complexidade, demanda respostas intersetoriais e multidisciplinares.

Nesta perspectiva, a despreocupação dos participantes com o desenvolvimento de ações que envolvam o homem autor de violência e o público masculino em geral, tem sido apontada também por alguns autores como Granja e Medrado (2009), como um dos obstáculos para a concretização da integralidade. Aspecto que é corroborado por D'Oliveira et al., (2009) ao indicarem o cuidado aos homens como uma das estratégias para prevenção da violência contra as mulheres, destacando ainda a necessidade de políticas que possam oferecer uma atenção à violência conjugal que inclua homens e mulheres no atendimento.

Embora o percentual de profissionais que age frente à violência esteja muito aquém do desejado, é necessário reconhecer que há um melhor desempenho quando se trata de caso confirmado, pelo menos em termos quantitativos, como mostra a associação encontrada entre casos confirmados e atitudes de seguimento e agendamento de retorno da mulher, seguimento familiar e abordagem dos casos, na análise bivariada e na análise de correspondência. A explicação para tal achado seria o fato de que na evidência clara de uma violência instalada, seja pela presença de lesões ou pelo próprio relato da mulher, o profissional se sinta na obrigação de adotar alguma atitude em relação a estes casos, mesmo que sejam atitudes pontuais, situação que foi explicitada por um dos participantes de uma pesquisa realizada por Kind et al. (2013). Se esse é um achado positivo, a situação, no

conjunto, é complexa e preocupante, por tudo que disse antes e ainda pelo fato a se acrescentar, agora, de que uma das atitudes mais frequentemente adotada é exatamente o encaminhamento. Como o problema é complexo, ele demanda o envolvimento de vários setores e profissionais, com vistas à garantia de uma atenção integral a estas mulheres. No entanto, como afirmam Nascimento; Ribeiro e Souza (2014), o encaminhamento sem um sistema de referência e contra referência e sem o conhecimento dos fluxos e articulações bem definidas não garante a continuidade do cuidado, ao contrário disso, representaria apenas uma “transferência” de responsabilidade a setores e profissionais que estariam mais bem preparados para este tipo de atendimento, conforme apontado por alguns autores (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013; CORTES et al., 2015). Não por acaso, alguns participantes apontam a articulação entre os serviços da rede de atenção e a instrumentalização dos profissionais como ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde, com vistas à prevenção da violência contra a mulher. Nas suas palavras, seriam necessárias *“Ações de enfrentamento além de definição de fluxos e protocolos com a rede”* e ainda *“Capacitar para o atendimento, identificação de riscos, trabalho multidisciplinar, intersetorial”, “Instituir protocolos de atenção nas UBS e referências”*.

Outro problema crucial concerne às notificações. Os resultados mostraram que os profissionais notificam mais os casos confirmados do que suspeitos e, ainda assim, a análise de correspondência mostrou associação fraca entre casos confirmados e atitude de notificar, revelando, portanto, subnotificação tanto em casos suspeitos quanto em casos confirmados de violência contra a mulher. Essa realidade é identificada também por outros pesquisadores (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; KIND et al., 2013; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; VISENTIN et al., 2015).

Sabe-se que a notificação é um importante dispositivo para a geração de dados epidemiológicos que permitem desvelar a magnitude da violência contra a mulher e subsidiar a elaboração de políticas públicas de enfrentamento do problema. No Brasil, desde 2003 a suspeita ou confirmação de casos de violência contra a mulher configura-se em agravo de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados (BRASIL, 2003). Todavia, Kind et al. (2013) afirmam que a

compulsoriedade por si só, não garante o aumento das notificações, fato que pode ser corroborado por nós, nesta pesquisa e também por outros autores que mencionam a precariedade da realização desse ato em seus estudos, como por exemplo, Gomes e Erdmann (2014), e Silva; Padoin e Vianna (2013).

Em pesquisa realizada com profissionais de saúde na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais- Brasil, Kind et al. (2013), buscaram identificar as dificuldades enfrentadas por eles na notificação de violências e concluíram que os profissionais vivenciam vários dilemas e atravessamentos diante da violência contra a mulher. Medo de retaliações, dificuldade ou constrangimentos de preencher a Ficha, sobrecarga no cotidiano do serviço e dificuldade em lidar com os casos foram justificativas apresentadas para a não realização da notificação. Houve ainda aspectos observados pelos autores, que segundo os mesmos, dificultam o avanço nas discussões e ações atinentes ao problema, como por, exemplo a concepção da notificação e denúncia como sinonímias.

Não obstante o desempenho insuficiente dos profissionais predomina entre eles o reconhecimento da violência contra a mulher como um problema inerente ao setor saúde, o que é também encontrado por outros estudos dessa temática (ARREDONDO-PROVECHO et al., 2012; GOMES et al., 2012; GOMES; ERDMANN, 2014; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014; RAMSAY et al., 2012).

O fato de ser esse reconhecimento maior entre profissionais mais jovens é corroborado pelo estudo de Machado et al. (2009), ao estudar as crenças e atitudes de profissionais da saúde, agentes de segurança e professores face a violência conjugal. Os autores analisam esse achado como resultante do fato de os profissionais mais novos terem crescido num contexto social onde se assiste a uma consciência cada vez maior dos direitos humanos, da importância da igualdade nas relações íntimas e dos efeitos deletérios da violência na vida das mulheres, nos aspectos psicológicos, sociais e de saúde.

Apesar desse conhecimento, há trabalhos que revelam, assim como aconteceu com uma parcela significativa de participantes da nossa pesquisa, que muitos

profissionais não reconhecem a violência contra a mulher como objeto de trabalho em saúde, a exemplo dos estudos de Almeida; Silva e Machado (2013); Almeida; Silva e Machado (2014); Coll-Vinent et al. (2008); D'Oliveira e Schraiber (2013); Kiss e Schraiber (2011) e Vale et al. (2013).

Assim, ainda que nossos resultados sejam positivos ao identificar níveis relativamente baixos de não reconhecimento da relação inerente à violência e a saúde das mulheres e, portanto, do seu enfrentamento pelo setor saúde, não se pode minimizar a presença de respostas negativas ou omissas, principalmente quando elas envolvem parcela de profissionais que ocupa cargos na gestão, na Referência Técnica/Coordenação de Atenção à Mulher em Situação de Violência e papel direto na atenção, como por exemplo, Assistentes Sociais e profissionais de nível médio, entre estes os Agentes Comunitários de Saúde, pois atuando na Rede de atenção à mulher em situação de violência em diversos setores, esses profissionais são os responsáveis pelo enfrentamento do problema e pela promoção de uma atenção integral às mulheres que vivenciam tais situações.

Os Gestores desempenham papel fundamental no planejamento e implementação das ações e políticas públicas, além de participarem da alocação de recursos para instrumentalizar os serviços e profissionais que lidam com o problema da violência contra a mulher em seu cotidiano de trabalho. Os responsáveis pela saúde da mulher, na qualidade de coordenadores ou de Referências Técnicas, trabalham na formação e capacitação de prestadores de cuidado e ainda têm a função de articuladores da Rede de atenção de forma a fornecer uma resposta intersetorial para o problema da violência contra a mulher. Contudo, parece subsistir uma relutância ou hesitação por parte desses profissionais responsáveis pela saúde da mulher em intervir e essa postura pode se dever à falta de conhecimento e de reconhecimento da violência como problema a ser enfrentado pelo setor saúde, conforme aponta o estudo de Costa; Lopes e Soares (2015), que se propôs a analisar as agendas públicas locais de saúde direcionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres rurais, na perspectiva dos gestores de municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul. As autoras identificaram uma tendência de “transferência de responsabilidade” do setor saúde para o setor de segurança, o que

na opinião das mesmas, resulta na exclusão da violência nas prioridades em saúde, no entendimento de que a violência é de outra esfera.

Não é, contudo, apenas entre gestores e responsáveis pela atenção à saúde da mulher que esta concepção foi identificada, apesar de, como já se disse, a violência contra a mulher ser um problema complexo, que produz demandas das mulheres que extrapolam o poder de resolutividade de um único setor (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; MENEZES et al., 2014). Também os Assistentes Sociais demonstraram falta de reconhecimento do papel do setor saúde no enfrentamento deste problema, fato que revela a necessidade de se buscar, entre esses profissionais, uma melhor compreensão das diferentes dimensões da existência do sofrimento das mulheres em situação de violência, entre eles, os prejuízos à saúde.

Reafirmando tal necessidade, Gomes et al. (2015) referem que o Assistente Social vem ganhando espaço de atuação no cenário da saúde, a partir do reconhecimento do potencial que esse profissional possui de identificar e intervir nos problemas sociais que interferem no processo de adoecimento das mulheres em situação de violência.

A necessidade de aumentar o reconhecimento da violência contra as mulheres como objeto de atuação do setor saúde se estende também a parcela dos profissionais de nível médio, entre estes os Agentes Comunitários de Saúde, pois tais profissionais, como apontam alguns estudos como o de Dantas-Berger et al. (2014); Fonseca et al. (2009) e Signorelle; Auad e Pereira, 2013, são atores estratégicos na atenção a mulheres em situação de violência. Estudo que buscou compreender a visão do Agente Comunitário de Saúde acerca da violência contra a mulher mostrou que as posições e concepções desses profissionais estavam majoritariamente apoiadas no senso comum e pautadas na ideologia da dominação masculina em relação à violência de gênero, o que coloca em evidência o despreparo destes profissionais frente à violência contra a mulher (FONSECA et al., 2009). Nesse sentido, Hesler et al. (2013) apontam que a capacitação do ACS pode ser um foco importante, pois o reconhecimento desses agravos requer um elevado grau de suspeição e sensibilidade para a sua adequada detecção, capaz de desnaturalizar situações,

estimular e fornecer subsídios para o agir. Ainda no mesmo sentido, Silva et al. (2015b), referem que a reflexão e a discussão da prática assistencial, na perspectiva do gênero, podem subsidiar os profissionais na construção de condutas e fazer com que pensem em mecanismos que suplantem as dificuldades conjugais de mulheres e homens que vivem em situação de violência, geradas pelas desigualdades de gênero.

No tocante às razões da falta de reconhecimento identificada entre os profissionais participantes da pesquisa, da violência contra a mulher como problemática a ser enfrentada pelo setor saúde, a literatura atual sobre o tema aponta vários fatores que despontam como hipóteses explicativas para este achado, todos indicativos de deficiências no processo de formação dos profissionais para lidarem com questões complexas como a violência contra a mulher (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2015; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; PEDROSA; SPINK, 2011).

A nosso ver, o sucesso no reconhecimento e enfrentamento da violência contra as mulheres pelos profissionais que as atendem, seja nos serviços de saúde ou em outros pontos da rede de atenção, tem como ponto central a forma como os profissionais abordam esta questão junto às mulheres por eles atendidas, em contradição com a reconhecida dificuldade dos profissionais, sobretudo os da saúde, na condução desse processo, como mostram os inúmeros estudos sobre o tema (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; ANDRADE, 2009; COSTA; LOPES; SOARES, 2015; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010; KISS; SCHRAIBER, 2011; SCHRAIBER et al., 2012).

Importante aspecto que guarda relação com o reconhecimento desse agravo pelos profissionais que lidam com mulheres em situação de violência foi apontado por Gomes et al. (2012), e diz respeito à construção social de gênero. Muitos estudos revelam que os profissionais, sobretudo os da saúde, trazem para o campo da prática profissional fortes traços da construção da identidade de gênero (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; FONSECA et al., 2009; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; KISS; SCHRAIBER, 2011; PEDROSA; SPINK, 2011), que reproduzem



a naturalização da opressão feminina no âmbito da atenção à saúde (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013), fato que dificulta o exercício da prática profissional como instrumento de emancipação social da mulher (FONSECA et al., 2009; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Sobre esse aspecto, Hanada; D'Oliveira e Schraiber, 2010, asseguram que as intervenções direcionadas às mulheres em situação de violência são orientadas pelo entendimento que os profissionais têm sobre o fenômeno e as necessidades apresentadas pelas pessoas que o vivenciam, necessitando, portanto, que estes profissionais tenham consciência e clareza das próprias crenças e concepções, de forma que julgamentos morais não interfiram negativamente em suas ações.

Uma das dificuldades da inclusão da violência nas agendas de saúde se associa à “invisibilidade” do fenômeno pelos gestores e responsáveis pela saúde da mulher nos municípios estudados, uma vez que se o problema “não existe”, o mesmo não se coloca enquanto problemática geradora de práticas em saúde (COSTA; LOPES; SOARES, 2015).

Por várias razões, as mulheres que buscam atendimento nos serviços de saúde apresentam dificuldades em relatar aos profissionais a vivência de violência, estabelecendo-se então uma espécie de pacto tácito, onde “as mulheres não contam e os profissionais não perguntam”, conforme colocado por Baraldi et al., 2012. Esse fenômeno, nomeado como a “invisibilidade” da violência no campo da saúde (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999; SCHRAIBER et al., 2003), tem sido atribuído por muitos autores, em grande medida pelas práticas assistenciais reduzidas ao biologicismo e fragmentadas, hegemônicas nas profissões em saúde (KISS; SCHRAIBER, 2011; PEDROSA; SPINK, 2011; VALE et al., 2013). Ao se reduzir o problema ao âmbito biológico, ocorre uma valorização da queixa física e do sinal para reconhecer a patologia, tratar e cuidar (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015b), fato que leva os profissionais a direcionarem seus olhares ao corpo individualizado e apartado da sua existência psíquica, das especificidades de sua inserção social e das significações culturais atribuídas à experiência do indivíduo no mundo, conforme muito bem colocado por Kiss e Schraiber (2011).

Aliado aos fatores já descritos, a falta de capacitação profissional para lidar com a questão tem sido amplamente difundida na literatura atual como um fator que dificulta a atenção às mulheres em situação de violência, especialmente ao reconhecimento do agravo pelos profissionais (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2015; MENEZES et al., 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015a; STEWART et al., 2015; VISENTIN et al., 2015; WHO, 2013).

Um estudo recente realizado no Rio Grande do Sul, Brasil, com o objetivo de analisar as limitações da prática assistencial de profissionais de equipes de saúde da família a mulheres em situação de violência, mostrou que, o despreparo dos mesmos para lidar com a violência foi por eles apontado como uma das condições restritivas a uma prática eficiente (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015a).

Ainda no mesmo sentido, em uma pesquisa com macrogestores da saúde, enfermeiros e médicos gerentes, psicólogos e técnicos de enfermagem em três hospitais nacionais de Luanda-Angola, a visão de que a falta de capacitação profissional representa a maior dificuldade de atuação frente a situações de violência foi unânime entre os entrevistados (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Realidade apresentada também em outro trabalho realizado em Londres e Bristol-Inglaterra, com médicos e enfermeiros, que constatou a falta de preparo destes profissionais para atender as necessidades de mulheres em situação de violência (RAMSAY et al., 2012).

A necessidade de capacitação é demonstrada também pelos participantes de nossa pesquisa, que ao responderem sobre as ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde para a prevenção da violência contra a mulher, listam *“Cursos, palestras, campanhas, porque é importante que os profissionais de saúde estejam bem preparados para lidarem com essa situação”*. Necessidade esta, enfatizada ainda por Pedrosa e Spink (2011), ao afirmarem que a falta de preparação na formação acadêmica para esse tipo de atendimento se traduz em falta de preparo profissional para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores afirmam ainda que o distanciamento de questões políticas e sociais dos processos de formação

acadêmica dos profissionais tem gerado ações desarticuladas da realidade brasileira.

Outro aspecto que é percebido nas respostas dos participantes é a noção de que a atenção à mulher em situação de violência deve ser prestada por profissionais especializados e em locais específicos para tal finalidade, como por exemplo, a resposta de um entrevistado que expressa a necessidade de capacitação para grupos específicos de profissionais *“orientando e capacitando o grupo de redes especializadas”*. Tal opinião orienta as soluções, que aparecem como necessidade de *“capacitar os profissionais, ter um local de referência para esse atendimento e acompanhamento”*.

A reiteração desta visão pelos profissionais entrevistados sugere que a atenção às mulheres em situação de violência estaria sob a responsabilidade apenas dos profissionais que optaram por lidar com este problema. Esta mesma concepção foi identificada por Vilela et al., (2011), ao analisar a dinâmica dos atendimentos a mulheres em situação de violência por serviços de saúde e de segurança pública em uma região da cidade de São Paulo.

Essa visão incide negativamente, é claro, no processo de reconhecimento e abordagem da violência contra a mulher pelos prestadores de cuidados e falaria a favor da necessidade de capacitação profissional identificada que, neste estudo, elucida o baixo desempenho dos profissionais para abordar casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher, bem como para a realização de ações direcionadas a este público na rotina dos serviços. Dessa constatação também emerge a necessidade de integrar temas relacionados à violência contra a mulher nos currículos de graduação de todos os prestadores de cuidados a mulher em situação de violência, bem como a formação em serviço, conforme tem sido também apontado por muitos estudos (GOMES; ERDMANN, 2014; PEDROSA; SPINK, 2011; RAMSAY et al., 2012; WHO, 2013; VISENTIN et al., 2015).

Em que pese à reivindicação por capacitação profissional e a reafirmação, na literatura brasileira, da capacitação de profissionais como estratégia eficaz, é

intrigante reparar, conforme foi revelado em revisão sistemática que avaliou a eficácia das intervenções para a prevenção da violência contra mulheres e meninas, 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, pois não há evidência científica suficiente para recomendá-las. Ao contrário disso, a evidência indica que ações multicomponentes podem ser mais eficazes do que ação isolada (JEWKES et al., 2015). Corroborando tal formulação, estudo realizado na Alemanha sobre experiência de implantação de projeto piloto para melhorar a abordagem de médicos a mulheres em situação de violência mostrou que a combinação da abordagem pessoal (sensibilização) destes profissionais, formação específica e trabalho em rede, produziu melhorias na abordagem deste problema (GRAß et al, 2013).

Outro importante estudo controlado randomizado, em Londres e Bristol- Inglaterra, que avaliou a eficácia de treinamento associado à implantação de programa informatizado para dar suporte aos encaminhamentos feitos, com fluxos bem definidos e ainda combinado com suporte ao profissional e às mulheres encaminhadas por eles, concluiu por fortes evidências de que tal intervenção melhora a resposta dos clínicos às mulheres em vivência de violência doméstica, além de permitir o acesso à defesa, que neste caso tem o potencial de reduzir a re-vitimização e melhorar a qualidade de vida e resultados de saúde dessas mulheres (FEDER et al., 2011).

## REFERÊNCIAS

- ALCARAZ, C. L. et al. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v.4, n.1, p.217-226, jan./mar., 2014.
- ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. Jogos para Capacitação de Profissionais de Saúde na Atenção à Violência de Gênero. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.37, n.1, p.110-119, 2013.
- ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. 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- Comunicação, Saúde e Educação**, v.18, n.48, p.47-60, 2014.
- ANDRADE, C. J. M.; **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero**. 2009. 141f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; São Paulo, 2009.
- ARREDONDO-PROVECHO, A. B. et al. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. **Revista Española de Salud Pública**, v.86, n.1, p.85-99, 2012.
- BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.12, n.3, p.307-318, jul./set., Recife, 2012.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 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. Brasília, 2003.
- COLL-VINENT, B. et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. **Gaceta Sanitaria**, v.22, n.1, p.7-10, 2008.
- CORTES, L. F. et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36, n.(esp), p.77-84, 2015.
- COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M.; SOARES, J. S. F. Agendas públicas de saúde no enfrentamento da violência contra mulheres rurais: análise do nível local no Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.5, p.1379, 2015.
- DANTAS-BERGER, S. M. et al. Educating Community Health Agents to face gender violence: contributions from Popular Education and feminist pedagogy. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v.18, p.1241-1254, 2014.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A. violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.417-425, mar./abr., 2005.

DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v.13, n.31, p.287-99, out./dez., 2009.

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

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina (São Paulo)**, v.92, n.2, p.134-40, abr./jun., 2013.

FEDER, G. et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 378, n. 9805, p. 1788-1795, 2011.

FONSECA, R. M. G. S. et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.6, p.974-80, nov./dez., 2009.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "estratégia saúde da família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.1, p.1-9, 2014.

GOMES, N. P. et al. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. **Revista de Salud Pública**, v.17, n.6, p.823-835, 2015.

GOMES, N. P. et al. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. **Saúde em Debate**, v.36, n.95, p.514-522, out./dez., Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, N. P. et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (impr.)**, v.17, n.4, p.683-689, out./dez., 2013.

GRAß, H. et al. Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen. **Rechtsmedizin**, v. 23, n. 3, p. 180-185, 2013.

GRANJA, E.; MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n.1, p.25-34, 2009.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia de Saúde da Família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p.304-11, 2013.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Revista de Estudos Feministas**, v.18, n.1, p.33-60, 2010.

HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.34, n.1, p.180-186, 2013.

JEWKES, R. et al. What works to prevent violence against women and girls - Evidence Reviews: Response mechanisms to prevent violence against women and girls. **What Works to Prevent Violence**, v.3, september., 2015. 63p.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1805-1815, setembro, Rio de Janeiro, 2013.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1943-52, 2011.

MACHADO, C. et al. Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal: estudos com profissionais de saúde, polícias e professores. **Acta Médica Portuguesa**, v.22, p.735-42, 2009.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 p.

MENEZES, P. R. de M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e sociedade**, v.23, n.3, p.778-786, 2014.

NASCIMENTO, E. F. G. A.; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.6, p.1229-38, 2014.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Health family professionals' practices toward women in sexual violence situations. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.4, p.605-12, 2007.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.1, p.124-135, 2011.

RAMSAY, J. et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. **British Journal of General Practice**, v.62, p.647-655, september, 2012.

- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v.3, p.11-27, 1999.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface- Comunicação, Saúde e educação**, v.7, n.12, p.41-54, 2003.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços a rede intersetorial. **Athenea Digital**, v.12, n.3, p.237-54, 2012.
- SIGNORELLE, M. C.; AUAD, 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1230- 1240, 2013.
- SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. de M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n.6, p.608-13, 2013.
- SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. de M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.249-258, 2015a.
- SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. de M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.24, n.1, p.229-37, 2015b.
- SILVA, R. A. et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.6, p.1014-1022, 2012.
- STEWART, D. E. et al. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. **BMC Public Health**, v.15, n.1, 2015.
- VALE, S. L. L. et al. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.4, p. 683-93, 2013.
- VILLELA, W. V. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde e Sociedade*, v.20, n.1, p.113-123, São Paulo, 2011.
- VISENTIN, F. et al. Women's primary care nursing in situations of gender violence. **Investigación y Educación en Enfermería**, v.33, n.3, 556-564, 2015.
- WHO. World Health Organization. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence**. Geneva. WHO, 2013.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desvelar a violência contra a mulher é um desafio que precisa ser assumido como compromisso pelos profissionais que atuam na rede de atenção às mulheres. Em que pese a sua elevada magnitude e repercussões que causa na vida das mulheres, a violência é um problema que permanece oculto, e por vezes ignorado pelos profissionais.

O baixo desempenho na abordagem dos casos de violência contra a mulher sejam eles suspeitos ou confirmados, identificado nesse estudo faz um convite a reflexão sobre o cuidado que tem sido prestado às mulheres em situação de violência. A promoção de uma atenção integral a este público exige o reconhecimento do problema em toda a sua complexidade requerendo dos profissionais que as atendem, sensibilidade para acolher a violência como demanda das mulheres, além da reorientação das práticas profissionais de forma a romper com o modelo tradicional hegemônico, fragmentado e exclusivamente biológico.

Ainda que, a notificação de casos de violência seja de cunho obrigatório em todo território nacional, o predomínio da subnotificação aponta para a necessidade de sensibilizar os profissionais quanto à importância desta ação para dar visibilidade ao problema da violência e subsidiar políticas para seu enfrentamento.

O estudo aponta ainda, a necessidade de elevar o reconhecimento da violência contra a mulher como um problema inerente, não apenas, mas também, ao setor saúde, sendo a falta de reconhecimento indicativa de deficiências na formação dos profissionais para lidar com questões complexas como a violência. As atitudes profissionais pautadas em valores e crenças pessoais, práticas assistenciais fragmentadas e com enfoque biológico e a falta de capacitação profissional despontam como fatores que dificultam o reconhecimento deste agravo pelos profissionais e constituem um grande obstáculo para uma atuação eficiente frente aos casos de violência contra a mulher.

Os desafios são grandes, e como problema complexo, exige também soluções complexas. A inclusão de temas relacionados à violência contra a mulher nos currículos de graduação dos profissionais e a capacitação profissional para o atendimento aos casos se configura como estratégias muito importantes, no entanto, só terão eficácia de fato, se integradas a outros componentes, como por exemplo, a sensibilização dos profissionais para trabalharem com esta problemática e a capacitação para o trabalho em rede e de forma interdisciplinar.

## APÊNDICE A - Detalhamento das Variáveis estudadas

### Variáveis Independentes

#### ❖ Idade

- até 20 anos
- de 21 a 30 anos
- de 31 a 40 anos
- de 41 a 50 anos
- de 51 a 60 anos
- acima de 60 anos

As idades foram agrupadas por faixas etárias

#### ❖ Sexo

- Masculino
- Feminino

#### ❖ Cidade.

- 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
- São Lourenço do Sul- Rio Grande do Sul

Para esta questão considerou-se o município sede de cada Território da Cidadania, onde as oficinas foram realizadas. A partir da cidade informada pelos participantes foi possível identificar o município sede que o território integra.

#### ❖ Estado civil

- Casado(a)/ união estável/ mora junto com um companheiro(a)
- Solteiro(a)
- Divorciado(a)/ separado(a)
- Viúvo(a)

Para facilitar a análise, esta variável foi recodificada e na apresentação dos dados se vê duas categorias: **Solteiro**, que incluem divorciado (a)/ separado (a) e viúvo (a) e **Casado (a)/ possuem companheiro (a)**.

❖ Cor/Raça [IBGE]

- Preta
- Branca
- Amarela
- Parda
- Indígena

❖ Grau de instrução

- Ensino Fundamental (1ª à 8ª série/ 1º a 9º ano) incompleto
- Ensino Fundamental (1ª à 8ª série/ 1º a 9º ano) completo
- Ensino Médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) incompleto
- Ensino Médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização
- Mestrado incompleto
- Mestrado completo
- Doutorado incompleto
- Doutorado completo ou Pós-Doutorado

No caso de mais de uma marcação, considerou-se o maior grau marcado. Para facilitar a análise, as respostas foram recodificadas e agrupadas em **ensino fundamental, ensino médio, graduação e pós-graduação**.

❖ Formação acadêmica

Considerou-se apenas o curso, (Ex. Enfermeiro = Enfermagem, Médico = Medicina, Psicologia = Psicólogo), informações extras foram ignoradas. Esta variável foi categorizada e na apresentação dos resultados estão explicitadas aquelas categorias profissionais que aparecem com maior frequência: **Enfermeiros, Assistentes sociais, Médicos, Psicólogos, Graduandos e Outros**. Na categoria outros incluem as categorias profissionais com pouca representatividade.

❖ Instituição

Instituição onde o entrevistado trabalha

❖ Função atual

Função exercida pelo participante no momento da entrevista. Através desta variável criaram-se as seguintes categorias: **Assistência nível médio, Assistência nível superior, Referência Técnica/ Coordenação, Gestão/Administração/Diretoria e Apoio administrativo**.

❖ Tempo nessa função

- < um ano
- 1 a 3 anos
- > 3 anos
- Não informaram

A resposta a esta pergunta foi apresentada em meses e anos, porém, para facilitar a análise foram agrupadas nas categorias acima.

❖ Horas semanais que trabalha nessa função

- Até 20 horas
- De 21 a 30 horas
- De 31 a 40 horas
- > 40 horas

Quantas horas por semana o entrevistado trabalhava exercendo a função que respondeu na questão anterior. As respostas foram agrupadas nas categorias acima.

❖ Turno de trabalho

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Dois turnos
- Três turnos

❖ Esfera administrativa

- Federal
- Estadual
- Municipal
- Filantrópica
- Privada
- Outra
- Mais de uma esfera

❖ Vínculo de trabalho

- Concursado
- Contratado Autônomo (RPA)
- Terceirizado
- Contratado Celetista
- Contrato temporário
- Outro

A opção outro, refere-se a outro tipo de vínculo de trabalho que não esteja listado.

❖ Nível de atenção

- Atenção Primária- APS
- Atenção secundária

- Atenção terciária
- Gestão
- Outros

Esta variável não consta no questionário original, a mesma foi criada a partir do confronto entre as variáveis **Instituição** e **Função atual**.

### **Variáveis dependentes**

Foram definidas para este estudo duas variáveis dependentes, conforme descritas a seguir:

#### **1) Atitude dos profissionais diante de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra a mulher**

Objetivando conhecer a atitude dos profissionais diante dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher foram elaboradas a seguintes questões:

- ❖ Durante o atendimento à mulher você já teve algum caso em que tenha suspeitado de violência cometida contra ela? (Anexo A- questão 1 da sessão IV).
  - sim
  - Não
  
- ❖ Qual foi sua atitude frente a suspeita? (Anexo A- questão 3 da sessão IV).
  - Abordou a situação de violência
  - Notificou
  - Discutiu o caso com a equipe
  - Agendou retorno
  - Fez seguimento da mulher
  - Fez seguimento da família
  - Encaminhou
  - Outros

- ❖ Você já atendeu alguma mulher em situação de violência? (Anexo A- questão 4 da sessão IV).
  - Sim
  - não
  
- ❖ Qual foi sua atitude frente à mulher em situação de violência? (Anexo A- questão 5 da sessão IV).
  - Abordou a situação de violência
  - Notificou
  - Discutiu o caso com a equipe
  - Agendou retorno
  - Fez seguimento da mulher
  - Fez seguimento da família
  - Encaminhou
  - Outros

**2) Opinião dos participantes acerca do papel do setor saúde no desenvolvimento de ações de prevenção da violência contra a mulher.** Para responder a esta questão foi elaborada a seguinte pergunta: **Em sua opinião é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência contra a mulher?** (Anexo A- questão 22 da sessão IV). As opções de respostas foram: **sim, quais?** Ou **não, por quê?**

Procedimentos de pesquisa adotados: inicialmente as respostas abertas foram categorizadas para possibilitar o estudo de frequência simples das mesmas, a seguir procedeu-se a análise bivariada entre as categorias geradas e os dados sócio-demográficos dos participantes, e por último, a análise qualitativa foi realizada utilizando-se as mesmas categorias, porém, em maior profundidade, buscando compreender o significado que permeia cada uma delas embutido nas respostas dos entrevistados.



## ANEXO A- Questionário

*Para Elas*



*Por elas, por elas, por nós!*

SEMINÁRIO PARA ELAS, POR ELAS, POR ELES, POR NÓS!

### A - TERMO DE CONSENTIMENTO (anexo)

### B - QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO

Prezado(a) participante,

A saúde da mulher é uma das prioridades das Políticas de Saúde do Brasil e compreende, entre outros temas, a abordagem da violência, problema ainda muito grave em nosso meio. O Projeto *Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência* tendo como objetivos principais a capacitação de profissionais, a organização da Rede de Atenção e a produção de conhecimento e de material científico, estratégias importantes para prover o cuidado às mulheres da cidade, do campo e da floresta, que vivenciam esse tipo de situação.

Ao responder o questionário a seguir, você irá contribuir para que tenhamos um conhecimento da realidade da violência na região onde você atua. As informações geradas a partir deste instrumento poderão auxiliar na elaboração de propostas para prevenir, promover e abordar a violência contra a mulher na sua região.

Sua contribuição é fundamental para que possamos mapear a situação atual em seu território e região de saúde. Por isto, é muito importante que você responda as questões abaixo, tendo como base sua experiência no local onde você atua, seja como gestor, trabalhador ou usuário do Sistema Único de Saúde ou de outra área que aborda a violência contra a mulher.

As informações são sigilosas e é importante que você preencha os dados de identificação para que possamos conhecer o perfil de quem está participando deste trabalho. O preenchimento do nome é opcional.

Obrigada!

### I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F Cidade: \_\_\_\_\_

Estado civil:

- ( ) Casado(a)/união estável/mora junto com um companheiro(a)  
 ( ) Solteiro(a)  
 ( ) Divorciado(a)/Separado(a)  
 ( ) Viúvo(a)

Cor/Raça [IBGE]

- ( ) Preta  
 ( ) Branca  
 ( ) Amarela  
 ( ) Parda  
 ( ) Indígena

### II - FORMAÇÃO

Grau de instrução

- ( ) Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) incompleto  
 ( ) Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) completo  
 ( ) Superior incompleto  
 ( ) Superior completo  
 ( ) Especialização  
 ( ) Mestrado incompleto  
 ( ) Mestrado completo  
 ( ) Doutorado incompleto  
 ( ) Doutorado completo ou Pós-Doutorado

Formação acadêmica: \_\_\_\_\_

### III - TRABALHO

Instituição: \_\_\_\_\_

Para Elas



Por elas, por elas, por nós!

Função atual: \_\_\_\_\_  
 Tempo nessa função: \_\_\_\_\_ ( ) meses ( ) anos Quantas horas/semana você trabalha nessa função: \_\_\_\_\_  
 Turno de trabalho: ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) dois turnos ( ) três turnos  
 Esfera administrativa: Vinculo de trabalho:  
 ( ) Federal ( ) Filantrópica ( ) Concursado ( ) Contratado celetista  
 ( ) Estadual ( ) Privada ( ) Contratado autônomo (RPA)  
 ( ) Municipal ( ) Outra: \_\_\_\_\_ ( ) Terceirizado ( ) Contrato Temporário  
 ( ) Outro. Especifique \_\_\_\_\_  
 Tem outro vinculo de trabalho? ( ) Não  
 ( ) Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

#### IV - REDE DE ATENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

1 - Durante o atendimento à mulher você já teve algum caso em que tenha suscitado de violência cometida contra ela?

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

2 - Nos casos em que você suspeitou, qual foi o seu sentimento?

( ) Preocupado ( ) Constrangido ( ) Temeroso  
 ( ) Impotente ( ) Desorientado ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 ( ) Angustiado ( ) Desinteressado  
 ( ) Não se aplica

3 - Qual foi sua atitude frente à suspeita?

( ) Abordou a situação da violência ( ) Notificou ( ) Discutiu o caso com a equipe  
 ( ) Agendou retorno  
 ( ) Fez seguimento da mulher. Como? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( ) Fez seguimento da família. Como? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( ) Encaminhou - para onde? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( ) Outros \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( ) Não se aplica

4 - Você já atendeu alguma mulher em situação de violência?

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

5 - Qual foi sua atitude frente à mulher em situação de violência?

( ) Abordou a situação da violência ( ) Notificou ( ) Discutiu o caso com a equipe  
 ( ) Agendou retorno

Para Elas



Por elas, por elas, por nós!

- Fez seguimento da mulher. Como? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Fez seguimento da família. Como? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Encaminhou – para onde? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Outros \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Não se aplica

6 - Quais tipos de violência são frequentemente atendidos no serviço onde você trabalha?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agressão física               | <input type="checkbox"/> Negligência ou abandono |
| <input type="checkbox"/> Agressão verbal               | <input type="checkbox"/> Não sei                 |
| <input type="checkbox"/> Agressão moral ou psicológica | <input type="checkbox"/> Não se aplica           |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual               |  |

7 - Qual o âmbito dos casos de violência frequentemente atendidos no serviço/Município/Estado onde você atua?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Violência comunitária   | <input type="checkbox"/> Violência estrutural |
| <input type="checkbox"/> Violência doméstica     | <input type="checkbox"/> Não sei              |
| <input type="checkbox"/> Violência institucional | <input type="checkbox"/> Não se aplica        |

8 - O Plano Municipal define ações/diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher nos diferentes níveis de atenção à saúde.

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente     |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca         |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente | <input type="checkbox"/> Não sei       |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

9 - O Município/Estado prevê acesso na atenção primária à mulher em situação de violência.

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente     |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca         |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente | <input type="checkbox"/> Não sei       |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

10 - O Município/Estado prevê acesso em serviço especializado à mulher em situação de violência.

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente     |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca         |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente | <input type="checkbox"/> Não sei       |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

11 - O Município/Estado prevê acesso ao cuidado hospitalar a mulher em situação de violência.

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente     |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca         |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente | <input type="checkbox"/> Não sei       |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

Para Elas



Por elas, por elas, por nós!

12 - A Gestão Municipal/Estadual de Saúde estabelece estratégias de referência e contra-referência para a atenção à mulher em situação de violência.

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente     |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca         |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente | <input type="checkbox"/> Não sei       |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

13 - Quais são as ações de vigilância desenvolvidas no Município/Estado:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notificação dos casos      | <input type="checkbox"/> Ações de monitoramento |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico epidemiológico | <input type="checkbox"/> Ações de reabilitação  |
| <input type="checkbox"/> Ações de prevenção         | <input type="checkbox"/> Não sei                |
| <input type="checkbox"/> Ações de promoção          |   |

14 - O Município/Estado desenvolve ações de vigilância de saúde referente à violência contra a mulher.

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente     |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca         |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente | <input type="checkbox"/> Não sei       |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

15 - O Município/Estado notifica os casos de violência contra a mulher.

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca     |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não sei   |

16 - A ficha de notificação está disponível no serviço?

- Sim       Não       Não sei

17 - Existe dificuldade no preenchimento da ficha de notificação?     Não     Sim Qual \_\_\_\_\_

18 - Você realiza a notificação quando o caso de violência é declarado pela vítima ou responsável:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente     |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca         |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

19 - 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:

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca     |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não sei   |

20 - A gestão Municipal/Estadual oferece programas de capacitação para os profissionais, referente à abordagem da mulher em situação de violência.

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sempre       | <input type="checkbox"/> Raramente |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Nunca     |
| <input type="checkbox"/> Às vezes     | <input type="checkbox"/> Não sei   |

21 - Em sua opinião é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência?

- Sim. Quais? \_\_\_\_\_

Para Elas



Por elas, por elas, por nós!

( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

( ) Não possui opinião formada.

22 - Em sua opinião é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência contra a mulher?

( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

( ) Não possui opinião formada.

23 - Aponta algumas das dificuldades para o desenvolvimento das ações de prevenção da violência contra a mulher?

24 - Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência contra a mulher?

( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Não

25 - Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência contra a mulher no Município/Estado em que trabalha?

( ) Sim                      ( ) Não                      ( ) Não sei

26 - A equipe de saúde de onde você trabalha participa dessa iniciativa?

( ) Sim                      ( ) Não                      ( ) Não sei                      ( ) Não se aplica

27 - Você conhece algum movimento, ou entidade, ou grupo de proteção e/ou de recuperação de agressores?

( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Não

28 - Há no seu Município/Estado preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência contra a mulher?

( ) Sempre                      ( ) Raramente

( ) Quase sempre                      ( ) Nunca

( ) Parcialmente                      ( ) Não sei

( ) Às vezes

29 - Quais são os serviços que oferecem atenção à mulher em situação de violência sexual no Município/Estado onde você trabalha?

( ) Cadeia de custódia                      ( ) Unidades de Pronto Atendimento

( ) Delegacia especializada no atendimento à mulher vítima de violência                      ( ) Atenção Secundária

( ) Conselho Municipal dos Direitos da Mulher

*Para Elas*



*Por elas, por elas, por nós!*

- CAVV- Centro de Atendimento às Vítimas de Violência  
 Casa Abrigo  
 Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher  
 Serviços de Emergência Hospitalares  
 Atenção Terciária (hospital de referência) – Citar nome do Estabelecimento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Atenção Primária  
 Referência para outro município  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Não sei  
 Não existe oferta de atenção à mulher em situação de violência

30 - Para a atenção a mulher em situação de violência, o setor saúde se articula com:

- Delegacia de Mulheres  
 Secretaria de Defesa Social  
 Secretaria de Justiça  
 Secretaria de Assistência Social  
 Entidades de proteção a mulher
- Secretaria de Direitos Humanos  
 Movimento Feminista  
 Não sei  
 Outro(s). Qual(is) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

31 - Sobre a interrupção da gestação prevista em lei no SUS, você:

- Concorda                       Discorda                       Não tem opinião formada

32 - O serviço aonde você atua, ou com os quais tem parceria, realizam interrupção de gestação nos casos previstos em lei.

- Sim                       Não                       Não sei                       Não se aplica

33 - Em sua opinião, quais as dificuldades para interromper a gestação de acordo com a lei?

- Religiosa                       Não tem hospital  
 Familiar                       Técnica/estrutura do serviço  
 Cultural                       Técnica/capacitação dos profissionais  
 Cultural dos profissionais

34 - Em sua opinião, os profissionais que fazem o aborto legal sofrem discriminação?

- Sempre                       Raramente  
 Quase sempre                       Nunca  
 Às vezes                       Não sei

35 - O serviço onde você atua segue o protocolo do Ministério da Saúde de atenção à mulher em situação de violência sexual?

- Sempre                       Raramente  
 Quase sempre                       Nunca  
 Parcialmente                       Não sei  
 Às vezes                       Não se aplica

36 - O serviço onde você atua oferta anticoncepção de emergência?

- Sempre                       Raramente  
 Quase sempre                       Nunca

*Para Elas*



*Por elas, por elas, por nós!*

- ( ) Parcialmente ( ) Não sei  
( ) Às vezes ( ) Não se aplica

37 - O serviço onde você atua oferta tratamento profilático e imunoprofilático (antibióticos para prevenção de sífilis, Neisseria, Chlamidia, a profilaxia contra HIV e imunoprofilaxia contra a Hepatite B)

- ( ) Sempre ( ) Raramente  
( ) Quase sempre ( ) Nunca  
( ) Parcialmente ( ) Não sei  
( ) Às vezes ( ) Não se aplica

38 - O serviço onde você atua realiza a coleta de material para identificação do agressor?

- ( ) Sim ( ) Não  
( ) Encaminha para o IML ( ) Não sei  
( ) Encaminha para a Delegacia de Polícia ( ) Não se aplica

39 - O serviço onde você atua informa quanto ao direito de interrupção da gestação prevista em lei?

- ( ) Sempre ( ) Raramente  
( ) Quase sempre ( ) Nunca  
( ) Parcialmente ( ) Não sei  
( ) Às vezes ( ) Não se aplica

40 - Em sua opinião, a atenção à mulher em situação de violência em seu Município/Estado é:

- ( ) Muito boa ( ) Ruim  
( ) Boa ( ) Muito ruim  
( ) Regular ( ) Não tenho opinião formada

41 - Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência e promover a cultura de paz?

---



---



---

V - O QUE VOCÊ PENSA SOBRE:

42 - Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele.

- ( ) Concordo plenamente ( ) Discordo plenamente  
( ) Concordo parcialmente ( ) Não tenho opinião formada  
( ) Discordo parcialmente

43 - Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família.

- ( ) Concordo plenamente ( ) Discordo plenamente  
( ) Concordo parcialmente ( ) Não tenho opinião formada  
( ) Discordo parcialmente

*Para Elas*



*Por elas, por elas, por nós!*

44 - É importante para o homem mostrar à sua parceira quem é que manda.

- Concorde plenamente  
 Concorde parcialmente  
 Discordo parcialmente

- Discordo plenamente  
 Não tenho opinião formada

45 - Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu marido não concorda.

- Concorde plenamente  
 Concorde parcialmente  
 Discordo parcialmente

- Discordo plenamente  
 Não tenho opinião formada

46 - É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade.

- Concorde plenamente  
 Concorde parcialmente  
 Discordo parcialmente

- Discordo plenamente  
 Não tenho opinião formada

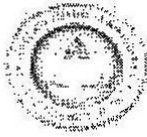
47 - Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir.

- Concorde plenamente  
 Concorde parcialmente  
 Discordo parcialmente

- Discordo plenamente  
 Não tenho opinião formada



**ANEXO B- Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa (COEP)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Simone Mendes Carvalho  
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e  
Saúde Pública  
Escola de Enfermagem- UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de junho de 2013, o projeto de pesquisa intitulado **"Acolhimento qualificado da mulher em situação de violência"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amara  
Coordenadora do COEP-UFMG**

## ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Questionário – gestores, gerentes e profissionais de saúde

Você está sendo convidado a responder o questionário sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, que pretende identificar, a partir de sua percepção, o perfil da violência contra mulher nas regiões onde você atua como gestor, gerente e/ou profissional, a rede de saúde local disponível, o cuidado (curativo, preventivo, proteção e/ou de reabilitação) que essa rede presta à mulher que se encontra nessa situação de violência. É projeto da Universidade Federal de Minas Gerais, financiado e apoiado tecnicamente pelo Ministério da Saúde e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os responsáveis pelo projeto. Será também resguardado o anonimato das informações, as análises sendo sempre apresentadas para o conjunto, nunca remetendo a qualquer participante em particular. A sua participação é gratuita e voluntária e sua recusa em participar não lhe trará qualquer problema, de qualquer natureza. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos. As gravações serão destruídas após a finalização do trabalho.

Este procedimento não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre o projeto. Nós, os responsáveis, estaremos à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

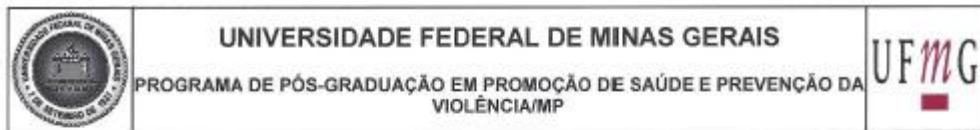
Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, acato participar preencher o questionário do Projeto de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, dentro das condições acima expostas.

#### Responsáveis:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo –DMPS/Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 34099945  
Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.Tel/fax (31) 3409-4582.

## ANEXO D – Folha de Aprovação



### FOLHA DE APROVAÇÃO

**PROJETO PARA ELAS. POR ELAS, POR ELES, POR NÓS. OPINIÕES E ATITUDES DE PROFISSIONAIS ACERCA DA ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, EM 10 MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

### ELIZÂNGELA GONÇALVES DE SOUZA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 17 de junho de 2016, pela banca constituída pelos membros:

  
 Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientador  
 UFMG

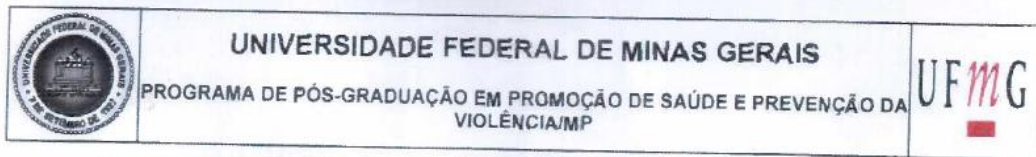
  
 Prof(a). Ricardo Tavares  
 UFOP

  
 Prof(a). Marilene Vale de Castro Monteiro  
 UFMG

  
 Prof(a). Francisco José Machado Vianna  
 FHEMIG

Belo Horizonte, 17 de junho de 2016.

## ANEXO E – Ata de Defesa



### ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA ELIZÂNGELA GONÇALVES DE SOUZA

Realizou-se, no dia 17 de junho de 2016, às 14:00 horas, SALA 029 TÉRREO - FACULDADE DE MEDICINA, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PROJETO PARA ELAS. POR ELAS, POR ELES, POR NÓS. OPINIÕES E ATITUDES DE PROFISSIONAIS ACERCA DA ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, EM 10 MUNICÍPIOS BRASILEIROS*, apresentada por ELIZÂNGELA GONÇALVES DE SOUZA, número de registro 2014719173, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientador (UFMG), Prof(a). Ricardo Tavares (UFOP), Prof(a). Marilene Vale de Castro Monteiro (UFMG), Prof(a). Francisco José Machado Viana (FHEMIG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 17 de junho de 2016.

*Elza*

Prof(a). Elza Machado de Melo ( Doutora )

*Ricardo Tavares*

Prof(a). Ricardo Tavares ( Doutor )

*Marilene Vale de Castro Monteiro*

Prof(a). Marilene Vale de Castro Monteiro ( Doutora )

*Francisco José Machado Viana*

Prof(a). Francisco José Machado Viana ( Doutor )