

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE

BRUNA CORREA VAZ

VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES: Ações das/dos
Profissionais da Rede de Atenção à Saúde no território da Serra Catarinense

LAGES

2021

BRUNA CORREA VAZ

**VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES: Ações das/dos
Profissionais da Rede de Atenção à Saúde no território da Serra Catarinense**

Dissertação de Mestrado, vinculada ao Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, apresentado como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Mareli Eliane Graupe

Linha de pesquisa I: Ambiente, Sociedade e Saúde.

LAGES

2021

BRUNA CORREA VAZ

**VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES: Ações das/dos
Profissionais da Rede de Atenção à Saúde no território da Serra Catarinense.**

Dissertação de Mestrado, vinculada ao Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, apresentado como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Participação remota- Instrução Normativa 04/PPGAS/2020

Profª Dra Mareli Eliane Graupe

(Orientadora e Presidente da Banca Examinadora- PPGAS/UNIPLAC)

Profª Dra Luciana Patrícia Zucco

(Examinadora Titular Externa- NUSSERGE/UFSC)

Profª Vanessa Valgas dos Santos

(Examinadora Titular Interna- PPGAS/UNIPLAC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela vida, pela coragem e pela força que me concede diariamente.

Agradeço à minha mãe Silvane Vaz, pela vida, pelo amor, pelo afeto, pelo companheirismo, pela amizade, pelo incentivo, pela paciência, por estar junto comigo em todos os processos de reconstrução. E a toda minha família que nunca deixa de acreditar em mim e no meu potencial.

Agradeço à professora Dra. Mareli Eliane Graupe, pela disponibilidade, por aceitar me acompanhar e me orientar neste processo, por respeitar meus limites, por ser uma mulher inspiradora e forte. Todo meu carinho, respeito e admiração.

Agradeço à professora Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel, por aceitar me orientar no início desta trajetória.

Agradeço as professoras Dra. Anelise Viapiana e Dra. Lilian Kanan, pela disponibilidade e por não medirem esforços para me manter nesta caminhada.

Agradeço aos colegas profissionais de saúde que dedicaram seu valioso tempo para contribuir com este estudo.

Agradeço à FAPESC pelo apoio financeiro que possibilitou a realização deste curso.

RESUMO

A violência de gênero contra as mulheres é um fenômeno de ampla incidência no Brasil e causadora de fortes impactos nos campos afetivos, sociais, econômicos e culturais. Ela é considerada como uma violação dos direitos humanos, um grave problema de saúde pública e geradora de inúmeros desafios para as/os profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde. É importante dar visibilidade a este tema e abordá-lo de forma interprofissional e intersetorial. Este estudo tem como objetivo, conhecer as ações das/dos profissionais de saúde que atuam na Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Serra Catarinense no que se refere ao cuidado interprofissional em saúde frente ao fenômeno das violências de gênero contra as mulheres. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva experimental, por meio da aplicação de questionários individuais e online (*Google Formulário*) acerca da violência de gênero contra as mulheres e sobre cuidado em saúde. A amostra foi composta por 90 profissionais de saúde que atuam em diversos pontos da RAS da serra catarinense. Os dados foram agrupados em três categorias: a) ocorrência de atendimentos interprofissionais em saúde com mulheres em situação de violência de gênero na RAS; b) operacionalização do cuidado interprofissional em saúde na RAS voltada às mulheres em situação de violência; c) identificação dos fatores que dificultam e facilitam o cuidado interprofissional em saúde voltada às mulheres em situação de violência. Em síntese, essa pesquisa aponta a necessidade de investimento nos processos de educação em saúde para as/os profissionais de saúde sobre as questões de saúde das mulheres, visando à diminuição e prevenção das violências de gênero e o enfrentamento dos preconceitos e tabus que funcionam como uma barreira no atendimento das mulheres em situação de violências de gênero.

Palavras-chaves: Profissionais da saúde. Serviços de Saúde. Violência de gênero contra as mulheres. Rede de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Gender violence against women is a phenomenon with wide incidence in Brazil and causing strong impacts in the affective, social, economic and cultural fields. It is considered a violation of human rights, a serious public health problem and a generator of numerous challenges for health professionals working in the Unified Health System. It is important to give visibility to this issue and address it in an interprofessional manner, and intersectorial. This study aims to know the actions of health professionals who work in the Health Care Network (RAS) of Serra Catarinense with regard to interprofessional health care against the phenomenon of gender violence against women. This is a study with a quantitative approach, descriptive and experimental, through the application of individual and online questionnaires (Google Form) about gender violence against women and about health care. The sample consisted of 90 health professionals who work in different parts of the RAS in the Serra Santa Catarina. Data were grouped into three categories: a) occurrence of interprofessional health care with women in situations of gender violence in the RAS; b) operationalization of interprofessional health care in the RAS aimed at women in situations of violence; c) identification of factors that hinder and facilitate interprofessional health care aimed at women in situations of violence. In summary, this research points to the need for investment in health education processes for health professionals on women's health issues, aiming at the reduction and prevention of gender violence and the confrontation of prejudices and taboos that work as a barrier in the care of women in situations of gender violence.

Keywords: Health professionals. Health Services. Gender violence against women. Health Care Network.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de Violência	28
Quadro 2- População e amostra do estudo	41
Quadro 3- Perfil dos profissionais de saúde que atuam na RAS da Serra Catarinense.....	46
Quadro 4- Operacionalização do cuidado em saúde na Serra Catarinense	49
Quadro 5- Ações interprofissionais em saúde	50
Quadro 6- Fatores considerados facilitadores e dificultadores do cuidado em saúde na Serra Catarinense	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Ciclo da Violência.....	26
Figura 2- Rede de atendimento às mulheres em situação de violência.....	36
Figura 3- Mapa da Serra Catarinense.....	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Tipos de violência mais frequentes identificadas por profissionais de saúde da Serra Catarinense em seus locais de atuação	48
Gráfico 2 - Aspectos considerados importantes nos atendimentos em saúde da Serra Catarinense..	50

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMPAV	Comissão de Monitoramento do Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência do Município de Lages/SC
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COVID-19	Corona Vírus Disease 2019
GM	Gabinete do Ministério
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PA	Pronto Atendimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SÚMARIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	18
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	GÊNERO E VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA AS MULHERS.....	20
3.1	GÊNERO.....	20
3.2	VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES	22
3.3	LEI MARIA DA PENHA.....	26
4	SAÚDE DA MULHER X REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	30
4.1	ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS DE GÊNERO.....	30
4.2	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	34
5	MATERIAL E MÉTODOS	38
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	38
5.2	LOCAL DE ESTUDO	39
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
5.4	COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DE DADOS.....	42
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	43
5.5.1	ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS	43
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
6.1	RESULTADOS.....	45
6.2	DISCUSSÕES	53
6.2.1	OCORRÊNCIA DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA RAS.....	53
6.2.2	OPERACIONALIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA RAS VOLTADA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	55
6.2.3	IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES QUE DIFICULTAM E FACILITAM O CUIDADO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE VOLTADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	57
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
8	REFERÊNCIAS	62

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	76
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	78

1 INTRODUÇÃO

Considera-se que a violência é um fenômeno complexo, o qual afeta não somente a mulher em situação de violência como também todos que estão ao seu redor. Reconhecida principalmente como um grave problema de saúde pública visto que muitas das vítimas adoecem a partir de situações de violência (BRASIL, 2009, p. 7).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como:

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

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2018, p.3), documento que descreve e analisa os indicadores para melhor compreensão do processo de violência no país, elenca que o Brasil alcançou no ano de 2016 a marca histórica de 62.517 homicídios o que corresponde a 30 vezes a taxa da Europa e indica que nos últimos dez anos, 553 mil pessoas perderam suas vidas devido à violência intencional no Brasil.

A grande incidência da violência no Brasil revela uma estreita relação com as questões de gênero, pois dados apontados no *Mapa da Violência*, “em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas e representam uma taxa de 4,5 feminicídios para cada 100 mil brasileiras” (IPEA, 2018, p. 44). Na sequência, “no ano de 2017 foram registrados 1.407 feminicídios de mulheres dentro das residências” (DANIEL CERQUEIRA, 2019, p. 48).

A base de dados do Ministério da Saúde (MS) que é composta pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) não traz nenhum dado acerca do feminicídio. Aponta-se que “a mulher que se torna uma vítima fatal muitas vezes já foi vítima de uma série de outras violências de gênero, ou seja, muitas mortes poderiam ser evitadas, caso as mulheres tivessem tido opções concretas e apoio para conseguir sair de um ciclo de violência” (DANIEL CERQUEIRA, 2018, p. 46).

Waiselfiz (2015) divulgou que os tipos de violência mais notificados e prevalentes em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) são em primeiro lugar a violência física que se encontra presente em quase 50% dos atendimentos, em segundo lugar a violência

psicológica que se encontra presente em 23% dos atendimentos, e em terceiro lugar a violência sexual que se encontra presente em 11% dos atendimentos.

Segundo o Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal (2009, p. 24) no Brasil, quase 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano, sendo 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 4 por minuto e uma a cada 15 segundos. Em 70% dos casos, o/a agressor (a) é uma pessoa com quem ela mantém ou manteve algum vínculo afetivo”.

Santos (2020) destaca que no Brasil uma das tentativas de se coibir o crescimento da violência contra a mulher é buscando a intervenção do Estado no sentido de elaborar mecanismos legais de defesa da mulher e criar serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência.

Ainda como efeito deste processo, exige-se do setor de saúde a ampliação dos serviços para assistência em todos os níveis de complexidade, o que de alguma forma afeta os custos, a organização e os profissionais, além necessitar de ações interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, visando à promoção da saúde e prevenção da violência. (BRASIL, 2009, p. 7).

Neste contexto, compreende-se que os serviços principalmente, aqueles relacionados à saúde, são essenciais para que haja identificação precoce das situações de violência com o compromisso de prestar atendimento adequado, qualificado e que permita o enfrentamento da situação que lhe causa sofrimento.

Partindo do princípio do acolhimento, as/os profissionais devem viabilizar uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética. Na maior parte das vezes, as pessoas em situação de violência se encontram fragilizadas psicologicamente, necessitando de atendimento imediato e de atitudes, por parte da equipe, de solidariedade e respeito. (COMISSÃO DE MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE LAGES/ SC, 2018)

Estudo realizado por Arboit *et al.* (2018) elencou em uma de suas categorias de resultados, a experiência das profissionais Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no contexto do cuidado às mulheres rurais em situação de violência doméstica. Este estudo aponta que segundo os relatos das ACS, foi frequente o sentimento de impotência e de não se sentirem capazes de abordar sozinhas as questões de violência e, ainda mencionam que o trabalho em equipe facilitaria o cuidado, bem como inúmeros são os desafios e as particularidades em torno desta problemática, indicando que para o enfrentamento da violência é necessário agir por meio de estratégias diferenciadas.

Outro estudo realizado por Penso *et al.* (2010) descreve que o atendimento diário de profissionais da saúde com pessoas em situação de violência de gênero contra as mulheres impacta também na vida pessoal destas profissionais, atingindo em sua grande maioria as condições de saúde. Este envolvimento diário em alta demanda das profissionais com o sofrimento alheio, numa jornada de trabalho com situações limite e alto custo emocional, podem causar sentimento de impotência, desmotivação, raiva, angústia, medo, solidão e preocupação, podendo acarretar cansaço físico e mental, insônia, perda de memória e dores físicas. Desta forma os pesquisadores supracitados sugerem voltar o olhar, a percepção, a ação de intervenção e a reflexão teórica para aqueles que são atingidos de forma indireta pela violência em suas vidas, até mesmo para se alcançar a maior efetividade e eficácia nos atendimentos a pessoas em situação de violência.

O ano de 2020 foi marcado pelo isolamento social imposto pela pandemia do novo coronavírus (SARS-Cov), causador da COVID-19 e que tem aplicado uma série de consequências, como por exemplo, o aumento do número de mortes, o aumento dos problemas de saúde mental, o desemprego, o aumento no valor dos alimentos, prejuízo na educação escolar, entre outros problemas que afetam não apenas o sistema de saúde, mas também a vida de milhares de mulheres que já viviam o ciclo da violência doméstica (DANIEL CERQUEIRA, 2020). Evidencia-se que os casos de violência se agravaram e estima-se que no Brasil as denúncias tenham aumentado em 50%. (SANTOS 2020)

Ainda em decorrência do período de pandemia os serviços de saúde necessitam reorganizar suas dinâmicas e assumirem um papel resolutivo frente ao manejo da COVID-19 devendo aperfeiçoar a oferta de cuidados com o objetivo de reduzir os números de infecção, transmissão e minimizar os impactos para todos os demais serviços essenciais, porém vale ressaltar que essas mudanças repentinas dificultam a busca aos serviços de saúde por demais situações que não síndromes gripais.

Vários são os desafios entre compreender o fenômeno da violência e enfrentá-lo como um tema interprofissional e interdisciplinar, onde as/os profissionais devem procurar evitar “as formas traumáticas de intervenção”, além de estar sensibilizadas/os e capacitadas/os para identificar e acompanhar as/os pacientes que apresentem sinais e sintomas que possam estar relacionados a qualquer configuração de violência, possibilitando, dessa forma, um atendimento integral e de qualidade.

Diante do exposto, considerando a importância do acesso aos serviços de saúde, a importância da humanização nos atendimentos em saúde, principalmente diante das situações de violência de gênero contra as mulheres, questiona-se: quais são as ações das/dos

profissionais da rede de atenção à saúde da serra catarinense, no que se refere ao cuidado interprofissional em saúde frente ao fenômeno das violências de gênero contra as mulheres?

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

O interesse nesta proposta de investigação surgiu da minha atuação profissional nos últimos 05 anos. Sou graduada em Enfermagem, com especialização nas áreas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e Preceptoria no SUS. Atuei então nestes últimos 05 anos como Coordenadora do Ambulatório de Atenção Especializada em Saúde da Mulher, no município de Lages/SC, e durante este período uma aproximação com mulheres em situação de violência, com conselhos de direitos e comitês que batalham pelas políticas públicas voltadas a saúde da mulher, que debatem sobre a estruturação da rede de atenção à saúde para as mulheres em situação de violência e que de forma geral objetivam a longitudinalidade do cuidado em saúde.

Ainda é importante ressaltar que desde do início da minha carreira profissional, no ano de 2011, conheci diferentes questões sobre o processo saúde-doença e o sobre o cuidado com as mulheres em seus diversos ciclos de vida, porém me chama a atenção que o cuidado em saúde com as mulheres é por diversas vezes restringido à temática de saúde sexual e reprodutiva.

Construindo uma pequena trajetória com leituras, de aproximação com a temática de violências contra as mulheres e sobre a oferta de uma assistência em saúde qualificada e humanizada, procurei desenvolver minha dissertação neste campo fértil, complexo e desafiador, sobretudo visando discutir o cuidado interprofissional em saúde às mulheres em situação de violência.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as ações das/dos profissionais da rede de atenção à saúde da serra catarinense, no que se refere ao cuidado interprofissional em saúde frente ao fenômeno das violências de gênero contra as mulheres.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil das/dos profissionais de saúde que prestam cuidados às mulheres em situação de violência de gênero.

Investigar a ocorrência de atendimentos interprofissionais em saúde com mulheres em situação de violência de gênero.

Descrever como as/os profissionais de saúde operam o cuidado interprofissional em saúde frente ao fenômeno da violência de gênero contra as mulheres.

Identificar fatores que dificultam e que facilitam o cuidado interprofissional em saúde às mulheres em situação de violência de gênero.

3 GÊNERO E VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA AS MULHERS

Neste capítulo, serão abordados com base nas buscas conceituais de artigos, leis, livros e políticas públicas os conceitos de gênero e violências de gênero, bem como uma breve apresentação da Lei Maria da Penha.

3.1 GÊNERO

A temática de gênero começou a ser discutida nas academias, especialmente após a década de 1980, gerando um fortalecimento do movimento feminista e das pesquisas feministas no país, com o objetivo de questionar e compreender as relações sociais e as desigualdades entre homens e mulheres.

Para Izumino e Santos (2005) “há um consenso de que a categoria gênero abre caminho para um novo paradigma no estudo das questões relativas às mulheres”. Então se torna necessário compreender que os sexos biológicos, masculinos e femininos, referem-se à construção social do sexo anatômico, ou seja, o conceito de gênero foi preparado para demonstrar que o sexo anatômico não é o item definidor das condutas da espécie humana.

A historiadora Joan Scott (1995, p.72) descreve que o conceito de gênero foi criado para opor-se a um determinismo biológico nas relações entre os sexos, dando-lhes um caráter fundamentalmente social. A referida autora adota o gênero como uma categoria de análise histórica:

[...] gênero tem duas partes e diversos subconjuntos, que estão inter relacionados, mas devem ser analiticamente diferenciados. O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. (SCOTT, 1995, p.86)

De acordo com Scott (2010) o termo gênero designa as relações sociais entre os indivíduos, mas que não é diretamente determinado pelo sexo e não determina diretamente a sexualidade, “é um convite a se pensar criticamente como corpos sexuados são produzidos, implantados, modificados e, também, como sobrevive”.

Ainda segundo Scott (1995, p. 78), para que possamos compreender o fenômeno da desigualdade da mulher em relação ao homem é necessário considerar três importantes aspectos:

[...] gênero como um constructo social; gênero como construção social e relacional; e a implicação de gênero com as questões éticas e políticas em relação aos direitos humanos especialmente da mulher. (SCOTT, 1995, p. 78)

Variadas são as perspectivas teóricas que pretendem definir o conceito de gênero e suas relações com as outras categorias teóricas, tais como sexo, sexualidade, orientação sexual, identidade sexual e violência, entre outras.

Neste sentido a teoria de gênero possibilita desenvolver conhecimentos concretos sobre a situação das mulheres em relação aos homens, pois gênero contribui para a identificação das construções que definem o ser e os fazeres masculino e feminino nos contextos histórico-sociais.

Segundo a autora Guacira Lopes Louro (1997, p.24) “A pretensão é, então, entender o gênero como constituinte da identidade dos sujeitos”.

Historicamente as relações sociais entre as pessoas são apresentadas como dominantes e dominados, onde as identificações que foram colocadas para cada sexo resultam na desigualdade de gênero, a qual se deve pelas relações de poder presentes nos papéis sociais dado a cada um, onde a mulher é atribuída o papel de submissa, de frágil, a coadjuvante da história já ao homem é dado o papel de forte e poderoso, o protagonista da história, o qual exerce o domínio sobre a mulher, sendo reproduzidos socialmente estes papéis, sem nos darmos conta e em decorrência das relações de poder surge à violência de gênero. (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010).

Percebe-se que quando o termo gênero se consolida como uma construção social, ele deixa de ser algo padronizado e passa a ser compreendido como o indivíduo se enxerga e se reconhece enquanto sujeito.

Compreender gênero como um princípio ordenador do pensamento e da ação na construção da masculinidade e da feminilidade tem amplo impacto na saúde, e a visualização dessas desigualdades pelos gestores e profissionais de saúde são necessários para conceber uma nova forma de acolher e atender mulheres e homens que necessitam de serviços de saúde. (ARAÚJO; SCHRAIBER; COHEN, 2011)

3.2 VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES

Escrever sobre violências é considerado um processo complexo, mas que nos permite realizar intensas reflexões sociais e históricas, que visam contribuir na mudança de paradigmas e de atuações na desconstrução das raízes culturais da inferioridade principalmente feminina.

Para Theophilos Rifiotis (1997) a violência é uma espécie de problema social herdado pelas ciências sociais, a qual não possui um quadro teórico para a sua análise que ultrapasse os discursos do próprio social, ou seja, a indignação, a exterioridade, a homogeneização e a negatividade do complexo conjunto de fenômenos abrangidos.

Compreendendo-se que a discussão sobre a igualdade de gênero no Brasil é recente, inserida no inciso I, artigo 5º da Constituição Federal de 1988, percebe-se que muito há que melhorar em paridade de gênero.

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição [...]" (BRASIL, 1988)

Maria Cecília de Souza Minayo (2006) apresenta que a violência é uma oposição à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização, usada em sociedades em que o mais forte possui poder sobre o mais fraco. Momento em que as relações interpessoais são medidas por forças físicas, hierarquias, status e valores financeiros.

Neste sentido a violência de gênero é tratada como qualquer tipo de violência que tenha por base a organização social dos sexos e que seja praticada contra indivíduos especificamente em virtude do seu sexo, identidade de gênero ou orientação sexual, sendo também considerada como um fenômeno ligado ao poder e que abrange o que é praticado por homens contra as mulheres, por mulheres contra homens e entre homens e entre mulheres. (SANDERBEG; TAVARES, 2016)

Lourdes Maria Bandeira (2014) a expressão violência de gênero associa-se principalmente à luta da violência contra as mulheres, bem como a outras reivindicações de valores feministas relativos a mudanças na ordem legal, social e jurídica para interferir na estrutura patriarcal familiar vigente e avançar na implantação de políticas públicas de combate à violência de gênero.

Paulo Sérgio Pinheiro e Guilherme Almeida (2003) consideram que violência é a força que não mede os efeitos dos seus atos, e seus elementos constitutivos são a ação, produção do

dano ou destruição, e a intencionalidade, e assim teríamos uma definição básica de violência, sendo uma ação intencional que provoca danos. Uma das faces da violência é aquela encontrada dentro dos domicílios, perpetuada ao longo dos anos e invisível a muitos olhos, chamada como violência doméstica e que recaem sobre o corpo feminino.

Kalline Flávia Silva de Lira (2015, p. 29-30) considera que: “A violência, fenômeno universal e humano, é um problema multifacetado, e nenhuma causa isolada pode explicá-la, porém manifesta-se em diferentes níveis – individual, social e comunitário – e é influenciada pelo ambiente externo”

A autora ainda destaca que se torna muito difícil apresentar um único conceito de violência, por tratar-se de uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural, que por muitas vezes é resultado das interações sociais e representa um componente próprio da cultura de uma determinada sociedade (LIRA, 2015).

Este tipo de violência vem atingindo as mulheres por meio de diferentes formas e em variadas fases da vida, decorrente da desigualdade de gênero, a qual leva a consequente violação dos direitos humanos da mulher, causando grave problema de saúde pública a ser enfrentado. Podemos referir que a violência surge, em sua maioria, da imposição da força dos homens sobre as mulheres e afeta toda a organização social, na qual a mulher sofre agressões pelo simples fato de ser mulher (SALIBA *et al.*, 2007).

É importante ressaltar que a violência de gênero contra as mulheres não é algo novo, existe desde a antiguidade, porém, por muito tempo a violência contra as mulheres vem sendo velada ou socialmente aceita, acarretando uma tolerância atual ao fenômeno (LIRA, 2015).

Neste sentido, Tânia Sofia Sousa (2013, p. 29) afirma que “a violência de gênero remete a uma relação de poder onde há intimidação e subordinação do outro, usualmente silenciada e que assume um caráter de abuso, seja ele físico ou psicológico”.

A violência de gênero contra mulher é evidenciada como o preconceito e a intolerância que devastam a humanidade desde seu primórdio. Tal problema, também é imposto à mulher em seu ambiente familiar por vezes por um irmão, pai, padrasto, ou por demais pessoas que mantêm um vínculo familiar, porém na maior parte das vezes é cometida pelo marido, ex-marido, companheiro, ex-companheiro, namorado e ex-namorado. Desta forma este tipo de violência vem como diagnóstico de relações sociais machistas nas quais a mulher é considerada objeto para fins domésticos e de procriação (SANTOS *et al.*, 2014).

Heleieth Iara Bongiovani Saffioti (2015) nos recorda que a intensificação da violência de gênero contra as mulheres nos seus lares, atinge todos os que habitam na residência, e pode ultrapassar o campo do território doméstico, uma vez que mulheres lidam com a perseguição e

o assédio por parte do agressor mesmo após o término de um relacionamento e a mudança de domicílio.

A maioria das vítimas permanece coagida a um relacionamento baseado, muitas vezes, na dependência financeira e emocional, levando a eventos cíclicos de violência. Segundo Fonseca, Ribeiro e Leal (2012) a vivência da violência de gênero contra as mulheres diminui drasticamente a qualidade de vida dessas mulheres, atingindo negativamente sua saúde física, psicológica e principalmente a social, fazendo com que as vítimas se isolem cada vez mais ou que percam gradativamente sua rede de apoio, tornando-se vulneráveis e com poucas estratégias de enfrentamento, sendo cada vez mais difícil quebrar este ciclo.

Quase sempre a violência de gênero cometida dentro de casa faz com que as mulheres demorem muito tempo para reconhecerem-se como vítimas de violência e entenderem que o fato de serem tratadas como “coisas” na relação conjugal ou no ambiente doméstico significa um crime (LIRA, 2015).

Desde que os estudos sobre a violência de gênero contra a mulher ganharam visibilidade, as autoras Cecília Macdowell Santos e Wânia Pasinato Izumino tornaram-se referências e realizaram a escrita de livros, artigos e textos que debatem sobre violências. Ambas trazem um importante resumo das últimas duas décadas (80 e 90) sobre as três principais correntes teóricas que abordam a violência contra a mulher, descritas como: a “dominação masculina”, “dominação patriarcal” e a “relacional”.

Na primeira corrente, descrita como dominação masculina, as autoras realçam que a violência contra as mulheres, é uma forma de dominação da mulher pelo homem, a qual provém na invalidação da autonomia da mulher e que a partir disto é concebida tanto como “vítima” quanto “cúmplice” da dominação masculina. (SANTOS; IZUMINO, 2005, p. 2)

Nesta primeira corrente o referencial teórico é inspirado no artigo “Participando do Debate sobre Mulher e Violência” de Marilena Chauí, o qual trata a violência como às diferenças hierárquicas entre homens e mulheres, definidas como a intenção de dominação do homem sobre a mulher bem como a reprodução deste pensamento ideológico por mulheres. O discurso masculino se sobrepõe ao feminino, tornando o sujeito feminino um ser “dependente” que é contemplado pela maternidade e cuidados com o lar, destituída de autonomia. Já o homem é o esposo, pai e o provedor do lar e o indivíduo que vai definir e deliberar sobre as condições sociais e econômicas.

Curiosamente ainda na primeira corrente Chauí afirma que as mulheres são “cúmplices” da violência e contribuem para a reprodução de sua “dependência” porque são “instrumentos” da dominação masculina.

Na segunda corrente, chamada de dominação patriarcal, estruturada a partir dos estudos da socióloga Saffioti, definida através da dominação masculina, onde a mulher é vista como subordinada, vítima do controle social masculino, onde se entende que a violência não é fruto apenas da concepção de superioridade masculina, mas sim resultado de uma conjuntura social que atribuía ao homem o papel de protagonista nas relações sociais, possuindo maior “relevância social” que a mulher. (SANTOS; IZUMINO, 2005, p. 2)

Importante citar que esta corrente reflete ainda sobre a limitação da liberdade das mulheres mesmo obtendo conquistas ao longo da história.

Partindo para a terceira e última corrente, descrita como relacional, tem como marco teórico o título “Cenas e Queixas” escrito por Maria Filomena Gregori em 1990.

As autoras Santos e Izumino (2005) abordam a perspectiva relacional de Maria Filomena Gregori (1990) que visualiza a corrente relativizando a perspectiva dominação-vitimização elenca que a violência entre os casais se deve a um “jogo relacional no conflito de poder”, no qual a mulher em nenhum momento é vítima e passiva, mais sim, é autônoma para decidir, atuando ativamente e participando da violência, também colaborando para reproduzir os papéis de gênero.

Apesar de dividir compreensões, foi a partir desta última corrente que se começou a repensar no conceito de “mulheres vítimas de violências” e “mulheres em situação de violência”, trazendo inclusive avanços nas discussões sobre violência e gênero para a academia.

A violência de gênero contra a mulher pode manifestar-se de várias formas, com diferentes graus de crueldade e que não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios, do qual o feminicídio é a manifestação mais extrema e cruel.

As diferentes formas de violência permeiam um ciclo repetitivo que envolve as mulheres, denominado de **ciclo da violência**, descrito em 1979 por uma psicóloga norte-americana Lenore Walker, e passou a ser usado para identificar padrões abusivos em uma relação afetiva, o qual está dividido em três fases:

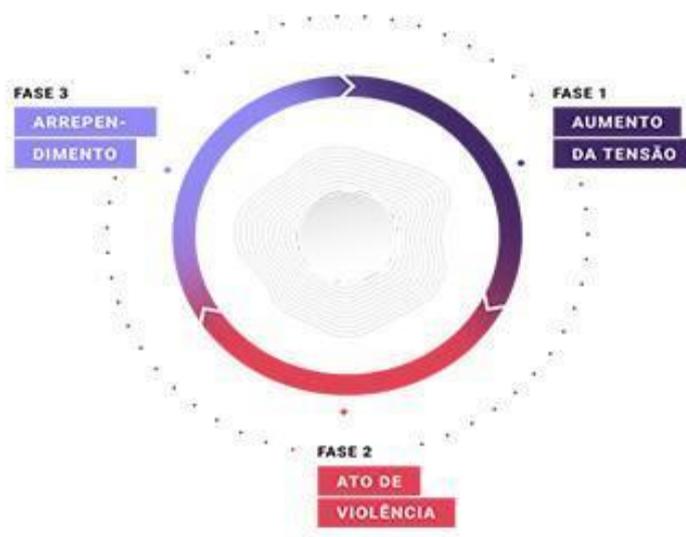
Fase 01 caracterizada como o aumento da tensão: onde o agressor cria na vítima uma sensação de perigo iminente, tecendo tensões através de ameaças, injúrias, humilhações, destruição de objetos, entre outros. No geral, durante esta fase a vítima tende a negar e esconder os fatos das demais pessoas. (PENHA, 2020).

Fase 02 caracterizada como o ato da violência: onde o agressor maltrata através de todas as formas de violência a vítima, com aumento na frequência e intensidade. No geral, durante esta fase o sentimento da vítima é de paralisia e impossibilidade de reação, sente

também muito medo, tensão, confusão, dor entre outros sintomas físicos e psicológicos. (PENHA, 2020).

Fase 03 caracterizada como arrependimento (lua de mel): onde o agressor envolve a vítima através de demonstrações de arrependimento, carinho e cuidados, desculpando-se pelas agressões e afirmando que mudará e jamais voltará a praticar violência. No geral, durante esta fase a vítima se sente confusa, com pesar e pressionada a manter o relacionamento, passando por um período calmo, constatando esforços do agressor nas mudanças de modos, porém logo a tensão retorna e a volta-se a fase 01. (PENHA, 2020).

Figura 1- Ciclo da Violência



Fonte: Instituto Maria da Penha, 2020

Para muitas mulheres, principalmente em situação de vulnerabilidade, a violência costuma se repetir em maior intensidade e em maior frequência.

3.3 LEI MARIA DA PENHA

O Brasil é o quinto país do mundo com maior índice de feminicídios de mulheres, ficando atrás somente para El Salvador, Colômbia, Guatemala (três países latino-americanos) e a Federação Russa. Essas mortes representam 13 homicídios femininos diários (WAISELFISZ, 2015).

No Brasil, através da luta por justiça, protagonizada por Maria da Penha Maia Fernandes¹, que sofreu durante 19 anos e 6 meses com a violência praticada pelo então companheiro, seu ex-marido, deu origem à Lei n° 11.340 de 2006, intitulada como Lei Maria da Penha.

A Lei Maria da Penha é considerada uma das mais importantes formas de proteção para a vida das mulheres, firmada para coibir a violência doméstica contra a mulher.

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. [...] dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. (BRASIL, 2006)

Antes desta lei, os casos de agressão contra as mulheres eram julgados em juizados especiais criminais, responsáveis pelo julgamento de crimes de menor potencial ofensivo, ou seja, a violência contra as mulheres era considerada de menor gravidade onde a pena máxima de reclusão do agressor não era superior a dois anos e em muitos casos alternativas de pagamento de cestas básicas ou trabalhos comunitários. (MATTOS FILHO; VEIGA FILHO; MARREY JUNIOR; QUIROGA, 2021)

Desta forma, a Lei Maria da Penha modificou o tratamento do Estado em relação aos casos envolvendo violência doméstica, por meio de três canais principais, como o aumento do custo da pena para o agressor, proporcionando maior aperfeiçoamento aos mecanismos jurisdicionais, possibilitando que o sistema de justiça criminal atenda de forma mais efetiva os casos envolvendo violência doméstica. (DANIEL CERQUEIRA, 2015)

A lei ainda afirma em seu artigo 2º que:

Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem

¹Mais informações sobre a vida da Maria da Penha: <https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>

violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. (BRASIL, 2006)

A lei também expressa definições e tipificações para a violência, dividindo-se em cinco domínios, entre: *físico, patrimonial, sexual, moral e psicológico*, conforme exposto no quadro 1.

Quadro 1 - Tipos de Violência

Violência Física	Implica ferir e causar danos ao corpo e é caracterizada por tapas, empurrões, chutes, murros, perfurações, queimaduras, tiros, dentre outros;
Violência Patrimonial	Referem-se à destruição de bens materiais, objetos, documentos de outrem;
Violência Sexual	Ocorre quando o agressor obriga a vítima, por meio de conduta que a constranja, a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada;
Violência Moral	Constitui qualquer conduta que caracterize calúnia, difamação ou injúria;
Violência Psicológica	É a mais silenciosa, deixando marcas profundas, por não ter um caráter momentâneo e ter efeito cumulativo, sendo caracterizada por qualquer conduta que resulte em dano emocional como a diminuição da autoestima, coação, humilhações, imposição, jogos de poder, desvalorização, xingamentos, gritos, desprezo, desrespeito, enfim, todas as ações que caracterizem transgressão dos valores morais.

Fonte Secundária: elaborada pela própria autora com dados e definições da Lei Maria da Penha, 2006.

Para o fortalecimento da lei e sua efetividade é necessário que as ações propostas sejam desenvolvidas articuladamente entre Defensoria Pública, Poder Judiciário e Ministério Público, juntamente com áreas da assistência social, educação, saúde, habitação, trabalho e segurança pública.

Art. 29. Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher que vierem a ser criados poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar, a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde. (BRASIL, 2006)

Compreender as diversas formas de violência e de discriminação contra a mulher torna-se um processo e esforço de aprendizado contínuo.

Para Cornélio Alves de Azevedo Neto e Deyves de Oliveira Marques (2017, p.66) a lei Maria da Penha rompeu com o protótipo de que a violência doméstica contra a mulher deve ser resolvida no âmbito privado, e contribuiu na desconstrução do ditado popular “em briga de marido e mulher não deve meter a colher”, não sendo problema do poder público. Em uma rápida pesquisa no Google é possível constatar que nos últimos anos foram lançadas várias campanhas com o slogan “Em briga de marido e mulher, se mete a colher”. (BRASIL, 2017, p. 66)

A lei Maria da Penha reconhece a obrigação do Estado em garantir a segurança das mulheres tanto nos espaços públicos quanto nos espaços privados, começando a definir as linhas de uma Política de Prevenção e Atenção no Enfrentamento da Violência contra a Mulher. No inciso segundo do art. 3º da Lei Maria da Penha (Lei Nº 11.340/2006) consta que:

§ 1º O poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 2006)

Nesta perspectiva é importante ressaltar que a violência contra as mulheres continua a ser uma violação de direitos, considerada um problema generalizado de saúde pública e que necessita de uma rede de saúde que identifique rapidamente e forneça atendimento imediato.

Para o enfrentamento da violência contra as mulheres, além de dar visibilidade aos crimes, é fundamental a manutenção, a ampliação e o aprimoramento das redes de apoio à mulher, previstos na Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), que viabilizam o atendimento e as alternativas de vidas para as mulheres. A rede de atendimento deve garantir o acompanhamento às mulheres em situação de violências e empenhar um papel importante na prevenção das violências contra as mulheres.

4 SAÚDE DA MULHER X REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Neste capítulo, vamos abordar como a violência de gênero impacta na saúde das mulheres, bem como quais são os objetivos, a importância e organização da Rede de Atenção à Saúde no atendimento às situações de violência contra as mulheres.

É importante ressaltar que a atenção à saúde das mulheres em situação de violências demanda uma rede interna no setor da saúde (intrasetorial) e uma rede externa (intersectorial), as quais se complementam.

4.1 ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS DE GÊNERO

Segundo dados do Mapa da Violência (2013) 527 mil pessoas sofrem violência sexual por ano no Brasil, conforme notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2011. Esses registros mostram ainda que 89% das vítimas são do sexo feminino e que 70% deste tipo de violência são cometidos por familiares, namorados ou amigos e conhecidos da vítima (WAISELFISZ, 2014, p. 26).

Ainda conforme dados do Mapa de Violência, as indicações são de que houve um crescimento no número de feminicídios no Brasil no ano de 2017, que passou para média de 13 assassinatos ao dia, sendo o maior número registrado nos últimos 10 anos. (DANIEL CERQUEIRA, 2019)

Desta forma é importante ressaltar que cada tipo de violência gera para as mulheres inúmeros prejuízos no desenvolvimento físico, cognitivo, social, moral, emocional ou afetivo.

As manifestações físicas da violência podem ser classificadas como agudas, como por exemplo, inflamações, contusões, hematomas, ou classificadas como crônicas, aquelas que podem deixar sequelas para toda a vida, como por exemplo, as limitações no movimento motor, traumatismos, a instalação de deficiências físicas, entre outras.

Alguns sinais durante os atendimentos as mulheres podem sim servir de alerta na identificação de possíveis situações de violências vivenciadas. (MS; MJ; SPM, 2015)

Podemos ainda encontrar diversos sintomas psicológicos como: insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade, falta de apetite, e até o aparecimento de sérios problemas mentais como a depressão, ansiedade, síndrome do pânico, estresse pós-traumático, além de comportamentos autodestrutivos, como o uso de álcool e drogas, ou mesmo tentativa de suicídio. (KASHANI; ALLAN, 1998)

A situação de violência exige do setor de saúde ampliação dos serviços para assistência em todos os níveis de complexidade, o que afeta os serviços, os custos, a organização e os profissionais da área da saúde, além de exigir intervenção interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, visando à promoção da saúde e prevenção da violência.

O enfrentamento desse fenômeno exige uma convergência de medidas de impacto, que passa por campanhas educativas, visando a ações de prevenção, segurança, melhoria dos registros ambulatoriais, hospitalares e à capacitação de recursos humanos para prevenção e atendimento às vítimas de violência (BRASIL, 2009, p.7).

As mulheres em situação de violência têm direito à atenção nos serviços de saúde, sendo considerada como uma das ações mais importantes e que compõem o conjunto de ações de enfrentamento à violência, juntamente com a prevenção de situações desta natureza e a responsabilização do agressor. (BRASIL, 2011, p.13)

No âmbito da saúde da mulher, é necessário que as práticas das/dos profissionais de saúde sejam baseadas em estratégias seguras e que evitem a revitimização, agindo de forma a proteger e promover os direitos humanos das mulheres.

Com o passar dos anos, tornou-se extremamente importante a elaboração e reestruturação de políticas públicas de saúde que integrem, que fortaleçam, que dêem visibilidade e causem interação entre os serviços de saúde e os demais serviços de proteção visando a qualidade e o fortalecimento das intervenções.

No ano de 2004 o Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria GM/MS no 936/2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, com vistas a fomentar as ações locais e a qualidade dos atendimentos.

Art. 3º Determinar que a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde terá como objetivos:

I - promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais;

II - implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais;

III - fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;

IV - intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e

V - acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão. (BRASIL, 2004)

Durante o mesmo ano, o MS publica ainda a portaria GM/2.406/2004, a qual institui o serviço de notificação compulsória de violência contra as mulheres, e aprova instrumento e fluxo para notificação, sendo atualizada em 2009 e tornando este instrumento como meio de informação entre os serviços, principalmente os serviços de saúde e a vigilância epidemiológica, devendo ser realizada de forma contínua nas situações de suspeita ou confirmação de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, formalizando os dados de atendimentos que estes serviços realizam.

É necessário ressaltar que a equipe de saúde precisa estar atenta para que por meio da escuta e observação, consiga reconhecer como a mulher em situação de violência se sente durante o atendimento, permitindo que ela expresse esses sentimentos, oferecendo o apoio e cuidado necessário e possível para que ela se sinta segura. (BRASIL, 2017)

Neste sentido é importante destacar que o conceito de cuidado é abrangente e exprime diversos significados, sendo que na área da saúde é descrito como a ação que possibilita a prática profissional e incide na idéia de auxiliar o próximo e colocar-se no lugar dele em todas as suas dimensões, sejam físicas, socioculturais, psicológicas e espirituais (B.SOBRINHO; VASCONCELOS; SALGUEIRO, 2018). Podemos dizer que o cuidado significa solicitude, dedicação, preocupação, atenção, zelo, surgindo na promoção, na preservação e na reabilitação da saúde de uma pessoa e se expressa no contexto individual ou coletivo (SAVIETO, LEÃO, 2016).

Margarete de Castro e Wilsa Rocha Pereira (2011) também expõem que a relação de cuidado se caracteriza pela relação interpessoal, onde há de um lado um indivíduo que manifesta comportamentos de cuidar e de outro, um indivíduo que necessita de cuidados. A relação entre os dois lados é marcada pela expressão de consideração, interesse, respeito, confiança, entre outros aspectos.

Entretanto, com a globalização tecnológica, esse cuidado passou a se tornar muitas vezes pontual, fragmentado e unidimensional. Tem-se percebido que a compreensão do cuidado está muitas vezes dissociando o ser humano e agrupando o conhecimento por disciplinas, sendo observado através das práticas profissionais com um aumento expressivo de hiperespecializações (RANGEL; CASTRO; MORAES, 2017).

A interprofissionalidade vem sendo descrita como um mecanismo que integra os diversos conhecimentos teóricos na área da saúde versus o compartilhamento da prática nas instituições de saúde, trazendo o enriquecimento mútuo na atuação, bem como maior qualidade de assistência e satisfação da sociedade.

Liziane de Souza Arruda (2016) alegam que a interprofissionalidade produz um ambiente de trabalho muito mais produtivo e confiável ao compartilharem informações profissionais (dúvidas, inquietações e vitórias), demonstrando a interdependência entre as profissões e diminuindo a fragmentação dos atendimentos.

Paloma Lima dos Santos (2020, p. 47) enfatiza que a intervenção a partir de uma equipe interprofissional é essencial para atender integralmente a mulher em situação de violência doméstica, principalmente para compreender e agir perante as necessidades das usuárias, ou seja, todos os profissionais trabalham com um único objetivo que é romper com o ciclo da violência respeitando a individualidade e autonomia de cada mulher.

Danyelle Nóbrega de Farias *et al.* (2017) evidencia que a interdisciplinaridade tem grande potencialidade para dar sustentação a ações integrais e mais resolutivas, sobretudo quando centradas nas necessidades do usuário.

As mulheres em situação de violência doméstica procuram os serviços de saúde, mas em grande parte das vezes, não revelam os reais motivos para os profissionais da instituição. A angústia, a depressão e o nervosismo são os principais motivos que as levam a procurarem ajuda, porém não relatam a violência que sofreram ou a situação que vivenciam, dessa forma, os profissionais, buscando apaziguar os sintomas, acabam medicalizando. (ANDRADE, 2009).

Nem sempre os profissionais de saúde relacionam as lesões observadas à violência doméstica. Ampla parte dos casos, essas mulheres são denominadas como “poliqueixosas”, apresentando uma diversidade de sinais e sintomas físicos e psicológicos. (SCHRAIBER *et al.*, 2005)

Por outro lado, os durante o acolhimento os profissionais devem demonstrar interesse pelo relato, percebendo os aspectos importantes do discurso para assim haver uma melhor compreensão dos fatos, pois a narrativa pode ser um momento de muita emoção da mulher, podendo a mesma chorar em alguns momentos ou demonstrar recursos não verbais, como posição corporal e tom de voz, devendo a equipe ser atenta e observadora durante todo o discurso e com os sentimentos da usuária. (BRASIL, 2005)

É sempre fundamental transmitir segurança, confiança e evitar que o atendimento agrave ainda mais ou reproduza novas formas de violência. Promover a escuta qualificada e

não normalizar casos de violência ao remover a legitimidade do discurso da vítima ou culpá-la mediante as agressões, produzindo desta forma uma violência institucional. (SANTOS, 2020)

Estudos ainda descrevem que uma das dificuldades que os profissionais apresentam em lidar com as mulheres em situação de violência é o fato de o tema não ser abordado de maneira adequada durante a formação profissional ou durante as capacitações profissionais em seus ambientes de atuação (GUEDES *et al.*, 2009)

4.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiu no início da década de 1920 por meio da elaboração do Relatório de Dawson, o qual delineava a organização do sistema de saúde de forma ampliada e que atendesse às necessidades da população de forma eficaz.

Com o passar dos anos as discussões sobre serviços de saúde e sua estruturação sofreram a nível mundial, importantes momentos de revisões e debates para superar o problema gerado através da fragmentação do cuidado em saúde.

No Brasil, em 2010, foi publicada a Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu diretrizes que organizam a saúde pública em formato de Rede de Atenção à Saúde.

A referida portaria caracteriza a RAS como “um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010)

Para Sousa e Sousa (2018) as RAS devem ser articuladas e vinculadas entre si, possuírem uma única missão e operar através de ações cooperativas e interdependentes, com o intuito de garantir uma assistência integral e contínua aos usuários do Sistema Único de Saúde. Desta forma devem permitir a organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção de um determinado território.

Mendes (2011, p. 82) afirma que o objetivo de uma RAS é melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.

A RAS é caracterizada por relações horizontais entre os diversos pontos de atenção à saúde e apresenta uma estrutura operacional baseada em cinco importantes elementos: o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde (APS); os pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de

assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. (BRASIL, 2010)

De forma geral, as RAS, organizam-se em graus crescentes de complexidade, onde a população deve usufruir dos vários níveis de atenção à saúde por meio de fluxos coerentes e que possibilitem a integração horizontal do cuidado em saúde.

Sendo a saúde considerada um fenômeno complexo e interdependente, é preciso promovê-la através de uma abordagem múltipla e que contemple mais de um saber, a qual se relaciona diretamente com a compreensão interdisciplinar e transversal.

Compreende-se ainda que a oferta de serviços de saúde procura sempre responder à busca das necessidades das/dos usuários, a partir de um olhar ampliado, o que de modo geral pode beneficiar sua saúde na sua relação com os diferentes pontos do sistema.

Nos dias atuais as RAS são consideradas a melhor estratégia para o enfrentamento da fragmentação da atenção e dos problemas de saúde pública,

Pensando em formar um processo de implantação resolutivo, compatível com o objetivo e priorizando o perfil epidemiológico e assistencial da federação, foram criadas redes temáticas estabelecidas por meio de apoio dos estados e municípios, organizados em cinco eixos:

- **Rede Cegonha:** objetiva ampliar e qualificar o acesso às ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e cuidado da criança até os dois anos de idade. (BRASIL, 2011)

- **Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas:** objetiva fortalecer o cuidado às pessoas com doenças crônicas tais como a obesidade, hipertensão, diabetes, cânceres, buscando garantir um cuidado integral, prevenindo o surgimento de novas doenças e o agravamento das doenças existentes. (BRASIL, 2014)

- **Rede de Urgência e Emergência:** objetiva ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. (BRASIL, 2011)

- **Rede de Atenção Psicossocial;** objetiva acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011)

- **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;** objetiva proporcionar atenção integral, desde a atenção primária até a reabilitação, incluindo o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando necessário, bem como proteger a saúde e

reabilitar as pessoas com deficiência em relação a suas capacidades funcionais (física, auditiva, intelectual e visual). (BRASIL, 2012)

De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), para ideal funcionamento e fortalecimento dessas redes, deseja-se a incorporação de processos educacionais potentes, que permitam mudar os comportamentos das/dos profissionais e dos usuários, por meio de métodos adequados, motivadores, baseados na metodologia educacional para adultos; e de processos de educação em saúde, de forma contínua e simultânea em todo o País. (BRASIL, 2015)

Diante do exposto, podemos observar que ainda não existe uma rede implantada com temática de atendimento em saúde as mulheres em situação de violência, mas sabemos que o setor de saúde tem um grande potencial articulador para estabelecer esta rede.

Para melhor compreensão do formato de uma Rede de Atenção e Proteção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência e neste contexto das mulheres em situação de violência, segue abaixo imagem apresentada no Caderno Protocolos de Atenção Básica- Saúde das Mulheres (2016, p. 226) a qual contempla a identificação dos serviços que fazem parte do SUS.

Figura 2- Rede de atendimento às mulheres em situação de violência



Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Torna-se ainda mais importante esclarecer que os serviços de saúde, como unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, serviços de urgência e emergência, hospitais de referência, devem unir esforços na prevenção da violência e, dentro de suas competências, realizarem o diagnóstico e tratamento adequados, contribuindo para a diminuição deste agravo.

Reconhecer as violências e saber como agir é de fundamental importância, considerando a alta prevalência deste tipo de agravo à saúde das mulheres. É possível realizar operações que ajudem as mulheres em situação de violência a encontrar novos modos de viver e de ser, no

sentido de reformular a sua auto identidade e de reconstruir os seus projetos de vida sem violência (LEITÃO, 2014).

Para Ayres (2004) o cuidado no contexto da saúde deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear as relações entre os pacientes e os profissionais de saúde.

Em síntese, tais caminhos objetivam impulsionar outros modos de produzir saúde com mulheres, integrando-se a um movimento que necessita de certa flexibilidade e fluidez, ao considerar os contextos nos quais as mulheres estão envolvidas e como influenciam as suas condições de saúde.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo serão apresentados os percursos metodológicos escolhidos, pelos quais foi possível a realização desse estudo. Nele constam dados acerca do tipo e local onde o estudo foi realizado, amostra populacional definida. Também, são apresentadas informações relacionadas à operacionalização da pesquisa, incluindo estratégia utilizada para coleta e análise de dados além dos aspectos éticos preconizados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Quanto a sua finalidade, esta pesquisa pode ser considerada aplicada ou tecnológica, pois seu objetivo principal é produzir novos conhecimentos e gerar novos produtos para a melhoria da prática e da compreensão acerca do cuidado em saúde ofertado às mulheres em situação de violência de gênero.

É uma pesquisa quantitativa descritiva, haja vista que visa registrar e descrever as características do cuidado em saúde no fenômeno da violência. Segundo Zanella (2013, p.96) a pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos, atitudes e preferências como comportamentos, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente.

Caracteriza-se ainda por uma pesquisa exploratória explicativa, uma vez que temos a aproximação da/o pesquisador/a com o tema bem como a explicação de fatores importantes para a descrição do processo de cuidado que envolve a realidade do problema estudado.

Em relação ao seu desenvolvimento no tempo, caracteriza-se por um estudo transversal que visa tratar o momento em que se vive na prática das/os entrevistadas/os.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O cenário escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa é a Rede de Atenção à Saúde (RAS) disponível na região da Serra Catarinense para as mulheres em situação de violência de gênero. Atualmente a região serrana é composta por um total de 18 municípios.

Figura 3- Mapa da Serra Catarinense



Fonte: (SANTA CATARINA, 2013)

A Serra Catarinense caracteriza-se por abranger municípios de pequeno porte, onde, destes 50% refere-se a uma população inferior a 5.000 habitantes, com exceção apenas de Lages, São Joaquim, Otacílio Costa e Correia Pinto que representam os municípios com maior número de habitantes na Serra e totalizando juntos mais de 50% do número de habitantes da Serra. Segundo dados da 27ª Gerência Regional de Saúde em 2012 havia cerca de 286.000 habitantes na região e deste total uma média de 144.568 habitantes do gênero feminino. (SANTA CATARINA, 2013)

A região é marcada por um perfil econômico baseado na agropecuária, agricultura, turismo rural e indústrias extrativas de madeira.

Lages é o maior município de extensão territorial do estado de Santa Catarina e também da Serra Catarinense, conhecida como a capital do Turismo Rural e com estimativa

populacional de 157.158 pessoas para o ano de 2021, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE, 2021)

A cidade de Lages foi fundada em 1766 pelo bandeirante paulista Antônio Correia Pinto de Macedo, servia inicialmente como estalagem para a rota comercial entre o Rio Grande do Sul e São Paulo, principalmente na passagem do gado dos campos gaúchos para abastecer os trabalhadores da extração de ouro em Minas Gerais. A cidade foi batizada assim devido à abundância da pedra laje na região, o nome original era Nossa Senhora dos Prazeres dos Campos das Lajens (IBGE, 2021). Atualmente, o Município é constituído de três distritos: Lages (sede), Índios e Santa Teresinha do Salto. (IBGE, 2021)

Quando se pensa em qualidade de vida da região, Lages apresenta IDH de 0, 770, considerado como ruim sob a ótica do panorama estadual, pois ocupa a 56ª posição no estado (SEBRAE/SC, 2013).

A RAS nesta região é composta por diversos setores, como Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde), Atenção Intermediária (SAMU, PA, UPA) e Atenção Secundária (Ambulatórios especializados, Policlínicas, Centro de Atenção Psicossocial e Hospitais). Todos estes serviços prestam algum tipo de cuidado às mulheres em situação de violência de gênero na região da Serra Catarinense.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Nesta pesquisa, considerando que o principal objeto deste estudo se situa sob o cuidado interprofissional em saúde de mulheres em situação de violências de gênero, a amostragem foi composta por profissionais de saúde, de diversas categorias e que atuam em todos os níveis da RAS na região da serra catarinense, totalizando 90 participantes. Durante o processo de análise dos dados foram excluídos sete (07) participantes por não serem legalmente considerados profissionais da saúde, os quais cinco (05) profissionais que pertencem à categoria Agente Comunitário de Saúde (ACS), um (01) profissional que pertence à categoria auxiliar administrativo e um (01) acadêmico de enfermagem.

Quadro 2- População e amostra do estudo

Categoria Profissional	Número
Enfermeira (o)	45
Médica (o)	11
Psicóloga (o)	3
Dentistas	9
Assistente Social	1
Técnicos/Auxiliares em Enfermagem	6
Socorrista	1
Farmacêutico (a)	2
Auxiliar de Consultório Dentário	2
Neuropsicopedagoga	1
Técnico em Segurança do Trabalho	1
Fisioterapeuta	1
TOTAL	83

Fonte: Própria Autora, 2021.

Os dados apresentados no Quadro 01, 02, 03 e no gráfico 01 e 02 são referentes às questões fechadas do questionário. Enquanto que os dados apresentados nos quadros 04 e 05 são referentes às questões abertas e descritivas do questionário. Para identificar as diferentes categorias de profissionais da saúde usaremos M para médicos/as, E para enfermeiras/os, D para dentista, ACD para auxiliar de consultório odontológico. Considerando que há mais de um profissional em cada uma destas categorias, usaremos a numeração, como por exemplo, M1, M2, etc.

5.4 COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DE DADOS.

A coleta de dados foi realizada entre os dias 17 e 30 de junho de 2021, por meio de questionário on-line elaborado na plataforma *Google Formulários* (formulários do *Google*), contendo perguntas fechadas e abertas acerca da temática, conforme descrição no Apêndice A. O referido questionário foi desenvolvido pelas autoras, baseado na operacionalização do cuidado em saúde, proposto nas políticas públicas para atendimento às mulheres em situação de violência de gênero. O questionário foi enviado por meio eletrônico, disparado para e-mails institucionais e, também via aplicativo WhatsApp, os quais foram indicados através da Supervisão Regional de Saúde de Lages.

Os dados foram automaticamente registrados em planilha Excel®, sendo realizadas estatísticas descritivas e inferenciais.

A Pesquisadora apresentou o projeto para a Comissão Intergestores Regionais (CIR) no dia 05 de abril de 2021, a qual autorizou a coleta de dados após a aprovação no Conselho de Ética em Pesquisa.

Para inclusão na amostra foram considerados os seguintes itens: a) Ser profissional de saúde e estar atuando em algum ponto da rede de atenção à saúde da serra catarinense; b) Concordar em participar da pesquisa voluntariamente; c) assinalando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) clicando na opção “aceita participar” em meio eletrônico; d) Ser maior de 18 anos.

Enquanto os critérios utilizados para a exclusão foram; a). Não ser profissional de saúde; b). Não atuar na Rede de Atenção à Saúde da serra catarinense; c). Não concordar em participar da pesquisa voluntariamente; d). Não assinar digitalmente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e). Ser menor de 18 anos.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram consideradas as garantias éticas às/aos participantes da pesquisa previstas nas recomendações da Resolução CNS 510/2016, que trata de pesquisas com seres humanos, garantindo o estabelecimento de medidas de liberdade de participação, da integridade da/o participante da pesquisa, do sigilo dos dados e da impessoalidade das informações.

Esta pesquisa foi submetida para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIPLAC via Plataforma Brasil, respeitando a dignidade e autonomia da/o participante, reconhecendo sua vulnerabilidade, sendo assegurada sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida, sem penalizações e sem prejuízo algum, sendo aprovado sob parecer número 4.780.957, no dia 15 de junho de 2021.

Para isso foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), fornecido às/aos profissionais de forma online contendo informações da finalidade de sua utilização, detalhamento do estudo, formalização do anonimato da pesquisa e sua liberdade de participar ou não do estudo em questão.

O TCLE foi assinado digitalmente pelas/os participantes e pela pesquisadora responsável, sendo que uma das cópias ficará com o sujeito da pesquisa, pois foi disponibilizado em formato de arquivo PDF via link que estava disponível ao final da leitura do TCLE dentro do formulário.

5.5.1 Análise de riscos e benefícios

De acordo com o que consta no TCLE, os riscos, apesar de mínimos, podem existir em ordem emocional, como: constrangimento, angústia, frustração, podendo ser motivado por memórias de situações desagradáveis vivenciadas durante a sua trajetória profissional, pois o método desta pesquisa aborda através de entrevistas a compreensão e como ocorre o cuidado interprofissional em saúde frente ao fenômeno da violência de gênero contra a mulher. Frente ao risco de potencial desconforto será solicitado atendimento psicológico e gratuito pelas pesquisadoras ao setor de atendimento em Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense

(UNIPLAC), também poderá ser acionado pelos pesquisadores caso ocorra necessidade. As pesquisadoras comprometem-se em realizar os encaminhamentos formais dos participantes do estudo ao serviço de saúde, sem ônus para o participante.

Com base na Resolução CNS510/2016, a construção deste estudo foi realizada pensando nos benefícios que este estudo trará para a população participante, apontando reflexões sobre como decorre o atendimento interprofissional em saúde às mulheres em situação de violência de gênero. É direito do participante desistir a qualquer momento, assim como pleitear judicialmente a reparação decorrente de dano comprovado inerente à pesquisa. Os participantes poderão ter acesso aos resultados desta pesquisa nesta instituição de ensino através dos meios onde serão publicados (acervo da biblioteca) ou solicitar às pesquisadoras, que os enviará por e-mail.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos por meio da aplicação do questionário, bem como, discussões dos resultados, com vistas a conhecer quais são as ações das/dos profissionais da saúde que atuam na Rede de Atenção à Saúde da Serra Catarinense frente ao fenômeno da violência de gênero contra as mulheres

Será apresentado aqui o perfil das/dos profissionais participantes e na sequência as categorias definidas diante dos objetivos desta pesquisa com ênfase ao fenômeno da violência de gênero contra a mulher: a) ocorrência de atendimentos na rede de saúde; b) operacionalização do cuidado em saúde; c) identificação dos fatores que dificultam e que facilitam o cuidado interprofissional em saúde;

6.1 RESULTADOS

Dentre as/os participantes da pesquisa, a maioria das/dos profissionais possui formação na área da Enfermagem (Enfermeiros (as) e Técnico-Auxiliares em enfermagem), representando 61% da amostra, seguido da categoria médica que representa 13% da amostra e posteriormente dentistas que representam 11% da amostra. Outras categorias de formação representam o total de 13% da amostra, estando entre psicólogas/os, assistente social, auxiliares de consultório odontológico, socorrista, técnico em segurança do trabalho, farmacêuticos, fisioterapeutas e neuropsicopedagoga. A maior parte destas/es profissionais, representada por 66% da amostra atua a mais de 10 anos na área da saúde.

Entre as/os profissionais que responderam o questionário, 90% atuam no município de Lages e 10% atuam nos municípios da região, representando os municípios de Anita Garibaldi, Bom Jardim da Serra, Campo Belo do Sul, Cerro Negro, Palmeira, Ponte Alta e São José do Cerrito, os quais equivalem a 44% dos municípios da região da serra catarinense. Sobre o vínculo de trabalho destas/es profissionais 53% refere ser servidor efetivo na região.

Acerca das informações de idade, 16% possuem entre 19 e 29 anos de idade, 45% possuem entre 30 e 39 anos de idade, 28% possuem entre 40 e 49 anos de idade e 12% possuem entre 50 e 50 anos de idade. Em relação à identidade de gênero, 92% se auto-declara mulher.

Do percentual de profissionais que participaram desta pesquisa, 30% representam o setor de atenção básica, 22% representam a atenção hospitalar e 19% representam o setor de gestão dos serviços de saúde. Esses percentuais de forma geral respondem a uma parte da RAS disponível na região da Serra Catarinense.

Quadro 3- Perfil dos profissionais de saúde que atuam na RAS da Serra Catarinense

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO		
PROFISSÃO	N	(%)
Enfermeiro	45	54%
Médico	11	13%
Dentista	9	11%
Técnico em Enfermagem	6	7%
Psicóloga	3	4%
Auxiliar e Consultório Odontológico	2	2%
Farmacêutico	2	2%
Assistente Social	1	1%
Fisioterapeuta	1	1%
Técnico em Seg. do Trabalho	1	1%
Neuropsicopedagoga	1	1%
Socorrista	1	1%
TOTAL	83	100%
IDENTIDADE DE GÊNERO		
	N	(%)
Mulher	76	92%
Homem	6	7%
Outros	1	1%
TOTAL	83	100%
IDADE DOS PARTICIPANTES		
	N	(%)
Entre 19-29 anos	13	16%
Entre 30-39 anos	37	45%
Entre 40-49 anos	23	28%
Entre 50-59 anos	10	12%
Mais de 60 anos	0	0%
TOTAL	83	100%
TEMPO DE ATUAÇÃO NA SAÚDE		
	N	(%)
Menos de um ano	8	10%
Entre 1 e 5 anos	12	14%
Entre 6 e 10 anos	8	10%
Mais de 10 anos	55	66%
TOTAL	83	100%

MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO	N	(%)
Anita Garibaldi	1	1%
Bom Jardim da Serra	1	1%
Cerro Negro	1	1%
Campo Belo do Sul	2	2%
Lages	75	90%
Palmeira	1	1%
Ponte Alta	1	1%
São Jose do Cerrito	1	1%
TOTAL	83	100%
VÍNCULO EMPREGATÍCIO	N	(%)
Efetivo	44	53%
Seletista	20	24%
Outros	19	23%
TOTAL	83	100%
SETOR DE ATUAÇÃO	N	(%)
Unidade Básica de Saúde	25	30%
Ambulatório Especializado	4	5%
UPA/PA	0	0%
SAMU	2	2%
Centro de triagem Covid-19	3	4%
Vigilância em Saúde	2	2%
Hospital	18	22%
Gerencia/Gestão de Serviços de Saúde	13	16%
Outros pontos da rede	16	19%
TOTAL	83	100%

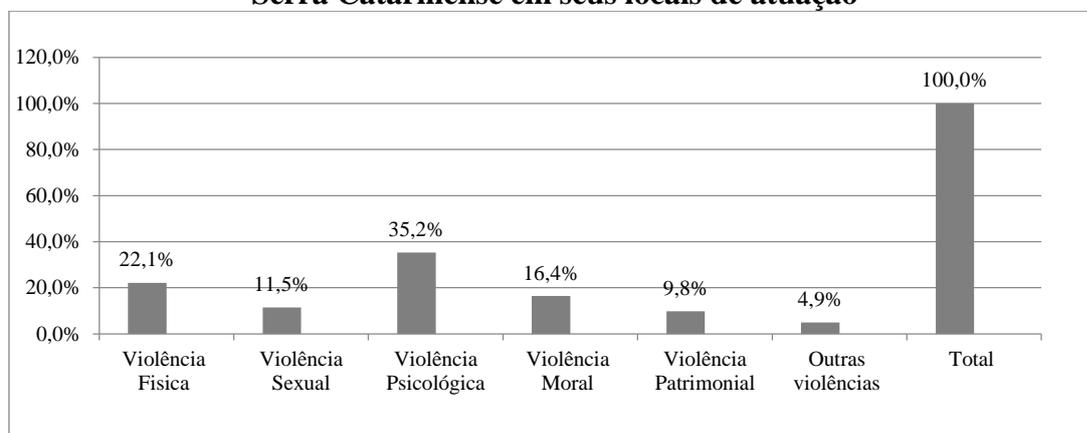
Fonte: Própria Autora, 2021.

Da amostra, 59% das/os profissionais de saúde responderam que não costumam realizar no seu local de trabalho acolhimento/ cuidado/atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. Quando questionados se sentem preparados profissionalmente para a realização de acolhimento/atendimento de mulheres em situação de violência doméstica, 82% responderam que não se sentem preparados e ainda 45% dos profissionais informaram que nunca atendem mulheres em situação de violência doméstica no seu local de trabalho e 41% informaram que atendem algumas vezes no ano mulheres em situação de violência doméstica.

Conforme mostra o gráfico abaixo (gráfico 01), quando perguntadas/os sobre quais tipos de violência contra a mulher mais costumam cuidar/atender no seu local de trabalho, aparece em primeiro lugar à violência psicológica, em segundo lugar aparece à violência física, em

terceiro lugar aparece à violência moral, na sequência a violência sexual e patrimonial, seguido também de outros tipos de violências que não foram identificadas pelos participantes.

Gráfico 1- Tipos de violência mais frequentes identificadas por profissionais de saúde da Serra Catarinense em seus locais de atuação



Fonte: Própria Autora, 2021.

Quando as/os profissionais de saúde foram questionadas/os se seguem ou utilizam algum protocolo institucional durante a realização do cuidado/atendimento às mulheres em situação de violência doméstica, 62% das/os profissionais que realizam atendimento às mulheres em situação de violência abordaram que não utilizam nenhum tipo de protocolo.

As/os profissionais também responderam uma questão sobre o conhecimento do fluxo da rede de atenção à saúde do município direcionado ao seguimento do cuidado às mulheres em situação de violência doméstica e das/os profissionais que realizam atendimento, 63% referiram que conhecem o fluxo, bem como, dos que atendem as mulheres em situação de violência, 53% referiu que sua instituição fornece liberação para realização de cursos sobre violência doméstica, mas em 75% das respostas destes profissionais referem que a sua própria instituição não realiza capacitações/educações continuadas sobre o tema de violência doméstica. Ainda é importante ressaltar que 56% dos profissionais realizam notificações da violência ao setor de vigilância em saúde para fins de dados epidemiológicos.

Quadro 4- Operacionalização do cuidado em saúde na Serra Catarinense

Operacionalização do Cuidado em Saúde	Sim	Não
Você segue algum protocolo institucional durante o seu cuidado/atendimento às mulheres em situação de violência doméstica	38%	62%
Você conhece o fluxo da rede de atenção à saúde do seu município direcionada ao seguimento do cuidado às mulheres em situação de violência doméstica?	63%	38%
A sua instituição fornece liberação para realização de cursos sobre violência doméstica?	56%	44%
A sua instituição realiza capacitações/educativas continuadas sobre violência doméstica?	25%	75%

Fonte: Própria Autora, 2021.

Ainda sobre a operacionalização do cuidado, as/os profissionais responderam uma questão a respeito de quais aspectos considera mais importantes no processo de cuidado/atendimento com as mulheres em situação de violência doméstica. Os dados apontam que 100% dos profissionais que atendem mulheres em situação de violência doméstica acreditam que o principal aspecto é o acolhimento e a escuta qualificada conforme descrito no gráfico abaixo.

Gráfico 2 Aspectos considerados importantes nos atendimentos em saúde da Serra Catarinense



Fonte: Própria Autora, 2021.

As/ os profissionais de saúde também responderam uma questão descritiva a respeito de quais ações efetivamente realizam no cuidado/atendimento em saúde com as mulheres em situação de violência doméstica. De forma geral as ações destas/es profissionais se operacionalizam a partir da realização do acolhimento, da escuta, das orientações, da realização de exames complementares em saúde, dos encaminhamentos intrasetoriais e intersetoriais e do acionamento da rede de proteção às mulheres em situação de violência, conforme respostas no quadro a seguir.

Quadro 5- Ações interprofissionais em saúde

Participantes	Descreva quais ações você realiza no que se refere ao cuidado interprofissional em saúde com as mulheres vítimas de violência doméstica?
E 8	“Acolhimento. ”
ACD 1	“Acolhimento, escuta qualificada e informação sobre a rede de cuidado. ”
E 6	“Acolhimento, notificação, encaminhamentos se necessário. ”
E 1	“Escuta qualificada, para identificar algum tipo de violência ou abuso. ”
E 14	“Escuto e compartilho com a equipe ajuda do nasf e Tb cras e assim por diante. ”
E 35	“Orientar realizar boletim de ocorrência, oferta acolhimento em casa de apoio, número secretaria da mulher e agendo consulta de retorno. ”
E 36	“Após acolhimento e escuta qualificada, realizo orientações, notificação compulsória e encaminhamento para atendimento psicológico e encorajo a realizar boletim de ocorrência. ”
E 46	“Acolhimento, escuta, testes rápidos, preventivo. ”
M 21	“Acionando os vários pontos da rede.”

Fonte: Própria autora, 2021.

Ao final do questionário solicitamos às/aos participantes que descrevessem quais fatores auxiliam e, quais fatores dificultam a concretização do cuidado/atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. As descrições conduziram a uma tabela de categorias, apresentada abaixo.

Quadro 6- Fatores considerados facilitadores e dificultadores do cuidado em saúde na Serra Catarinense

Cuidado em Saúde	
Fatores Facilitadores	Fatores Dificultadores
Acessibilidade	Desconhecimento da Rede de Proteção e da Rede de Saúde
Ações Preventivas e Educativas	Dificuldade em Identificar as Violências
Aspectos Legais	Falhas no Acesso dos Serviços
Estrutura Física	Falta de Acolhimento/ de Escuta e de Orientações
Existência da RAS	Falta de Ações e Movimentos Intersetorias
Existência de Protocolos e Fluxos	Falta de Notificações
Fatores Afetivos	Falta de Recursos Financeiros e Humanos
Formação/Capacitação/ Qualificação Profissional	Machismo
Medidas Protetivas	Preconceitos e Julgamentos
Quantidade de Profissionais	Medo
Serviços de Acolhimento 24h	Profissionais Desqualificados
Vínculos entre a População e os Profissionais	Revitimização

Fonte: Própria Autora, 2021.

No subcapítulo seguinte são realizadas as discussões e o aprofundamento dos dados que constam nos quadros e gráficos de acordo com categorias de análise elencadas para o alcance dos objetivos propostos para esse estudo.

6.2 DISCUSSÕES

6.2.1 Ocorrência de atendimento às mulheres em situação de violência na RAS.

Para compreender o cuidado em saúde que estamos produzindo no contexto da linha de cuidado em saúde da mulher é preciso perceber esse cuidado enquanto uma estratégia de criação de vínculo com as mulheres, considerando as suas especificidades e as suas vulnerabilidades, para assim ampliar a qualidade de vida destas.

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos *et al.* (2017) nos chama atenção dizendo que é preciso considerar que os cuidados prestados as mulheres devem levar em conta as escolhas individuais, os contextos sociais, as redes institucionais de suporte e, ainda, a presença ou ausência de redes não institucionalizadas de apoio, como por exemplo, as ONGs.

Os resultados obtidos nesta pesquisa indicam que a maior parte das/os profissionais, representados por 59% da amostra, não realizam atendimentos de saúde às mulheres em situação de violência, bem como não se sentem preparados para atender estas situações.

Percebe-se que a violência contra as mulheres ainda é invisibilizada do ponto de vista da atenção à saúde dentro dos diversos cenários da prática assistencial. Para Porto *et al.* (2014) mesmo que a temática tenha sido alvo de muitos estudos científicos e discussões técnicas no âmbito dos serviços, trata-se de um problema para o qual o atendimento convencional, baseado na sintomatologia e queixa-conduta ainda não reproduz a efetividade desejada.

Conforme descrito na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) elaborada em 2004, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo neste período estava extremamente limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas entre 1930, 1950 e 1970, abordavam uma visão limitada sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e dona de casa, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde das/os filhas/os e demais familiares. (BRASIL, 2004)

Uma característica importante de ressaltar é que naquela época estava presente a questão da “verticalidade praticada pela gestão e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo Governo Federal”. (BRASIL, 2014, p. 15)

Outro dado que nos chama atenção é o que diz respeito ao tempo de trabalho na área da saúde, pois 66% das/os participantes atuam entre 10 anos ou mais na área e não estão preparados para esses acolhimentos/atendimentos, indicando que existem falhas quando estas/es relatam que não são capacitadas/os pela instituição para a realização do acolhimento/atendimento com mulheres em situação de violências.

Nesta perspectiva, também é relevante refletir sobre a autonomia das/os profissionais na construção de conhecimentos sobre a prevenção e o enfrentamento das violências de gênero contra as mulheres na área da saúde.

Devemos considerar que é importante que estas/es profissionais sejam constantemente sensibilizadas/os e capacitadas/os para identificar as situações de violências contra as mulheres, de modo que possibilite a longitudinalidade do cuidado e do desenvolvimento de vínculos entre usuárias/os e profissionais.

Corroborando com Ministério da Saúde (2017, p. 38), “para a superação destes desafios, é necessário adotar estratégias intersetoriais que promovam a descentralização da gestão, o fortalecimento da RAS e a ampliação da cobertura da Atenção Básica”.

Ainda que existam muitos avanços constituídos pelas iniciativas legislativas, de políticas públicas e de organização e distribuição social de serviços voltados especificamente às violências contra as mulheres, muitas dificuldades ainda persistem no que diz respeito ao cuidado em saúde, principalmente em relação à qualidade da assistência ofertada nos serviços de saúde, na capacidade de responder à busca por ajuda vinda por parte das mulheres e na articulação dos serviços entre si. (AGUIAR *et al.*, 2013)

Segundo Albuquerque (2015) as RAS garantem uma maior eficácia nos serviços de saúde, garantem melhor eficiência na gestão dos sistemas regionais de saúde e contribuem para a integralidade da assistência dos usuários do SUS, tornando possível o estabelecimento de novas propostas de inovação na organização e na gestão do SUS.

A Atenção Básica é tida como a porta de entrada preferencial dos usuários da RAS, bem como deve desempenhar a articulação do cuidado em rede, contando com todos os fundamentos e diretrizes estratégicas da Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL, 2017).

O trabalho intersetorial entre a equipe da Atenção Básica e os demais serviços de saúde disponíveis no território e que se fizerem necessários dentro da linha de cuidado integral, contribuem para o fortalecimento da autonomia e independência da mulher na superação da situação vivenciada. (SÃO PAULO, 2015)

6.2.2 Operacionalização do cuidado em saúde na RAS voltada às mulheres em situação de violência.

Os serviços de saúde instituem-se como um espaço privilegiado para a identificação, acolhimento e atendimento das pessoas em situação de violência, caracterizando-se como um ambiente favorável para o exercício da transversalidade do cuidado.

Para Ayres (2004) o cuidado no contexto da saúde deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear as relações entre a paciente e as/os profissionais de saúde.

Silva *et al.* (2015) ressaltam que o reconhecimento da violência contra a mulher como uma questão de saúde pública, por ter importantes impactos nos âmbitos biológicos, sociais e psicológicos, e que requerem acesso a um tipo complexo de atenção e de serviços de saúde, que podem exigir o tratamento da questão sob enfoques que perpassam dos recursos empregados pela área da saúde, ou seja, que demandam a interseção da saúde com outras áreas do conhecimento humano.

A maioria dos estudos publicados nos adverte, que por diversas vezes, temos em nossa cultura uma tendência em banalizar e naturalizar as situações de violência, predominando relações estabelecidas pelo poder e força, onde a violência é legitimada como instrumento para resolver conflitos. (SÃO PAULO, 2015)

É relevante destacar ainda que a construção de um protocolo institucional produz importantes benefícios na organização dos recursos e facilita o acesso, o cuidado e a proteção da mulher em situação de violência, levando à integração das várias ações desenvolvidas na rede e a mudança de paradigmas culturalmente aceitos. (BRASIL, 2010, p. 53)

Porém, esta pesquisa nos mostrou que 62% das/dos profissionais de saúde da Região da Serra Catarinense não seguem nenhum tipo de protocolo institucionalizado que norteie suas ações e cuidados em saúde com as mulheres em situação de violência doméstica. Mas, em contrapartida 66% das/dos profissionais de saúde relataram conhecer o fluxo da rede de atenção à saúde do seu município direcionada ao seguimento do cuidado às mulheres em situação de violência doméstica.

O Ministério da Saúde (2010, p. 73) nos alerta que promover e proporcionar a construção de protocolos permite definir as competências e características em relação a cada serviço, estabelecer os fluxos e investir em educação permanente e continuada. Além disso, orienta as/os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas

dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

Para que haja articulação da rede é importante ter clara a definição dos papéis das/dos profissionais de saúde, bem como permitir por meio da gestão dos serviços a articulação, a construção e o incentivo de momentos que permitam trocas de experiências e pactuações efetivas que não mudem com a troca de gestão (uma política de estado e não de governo) e, que permitam capacitar e sensibilizar de forma contínua e permanente todas/os as/os profissionais da rede de saúde.

Vale ressaltar que as ações que operacionalizam o cuidado não se resumem em apenas identificar e encaminhar os casos. É essencial que alguns pontos como o acolhimento, a escuta qualificada, o atendimento, a postura profissional, a articulação, a notificação, o seguimento, o apoio, o monitoramento, criação de espaços de comunicação e confiança, façam parte deste universo de cuidado em saúde com mulheres em situação de violência doméstica.

É possível também identificar nesta pesquisa que a maior parte dos profissionais, representada por 75% das respostas, relata que não recebe incentivo teórico por parte da gestão dos serviços relacionado a atualizações de políticas públicas de saúde que permitam desvelar a violência no interior dos serviços.

Falkenberg *et al.* (2014, p. 848) reforça que as práticas de educação em saúde devem envolver três atores principais:

Os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. (FALKENBERG, 2014, p.848)

Praticar educação em saúde requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que permita compreender realidade e propor ações transformadoras que levem cada indivíduo à sua autonomia e a sua emancipação como sujeito histórico e social, que seja capaz de apoiar e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de seu coletivo. (MACHADO *et al.*, 2007)

Em observação a estes fatores é necessário ampliar a formação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres.

Para Pasinato (2015) a qualificação dos profissionais é uma das condições para o bom atendimento que irão ofertar e é também um dos critérios para definir a especialização dos serviços a serem implantados.

Outro ponto evidenciado como importante por esta pesquisa é que 100% das/dos profissionais de saúde que respondera o questionário compreendem que para a operacionalização do cuidado em saúde é fundamental o acolhimento e a escuta qualificada.

Acolher e escutar uma mulher em situação de violência propõe uma atitude de abertura, de empatia e de respeito em relação ao sofrimento vivido. Não demanda um profissional específico, mas requer habilidades para manter um espaço de diálogo acolhedor, que possibilite a troca e a expressão de sentimentos, sem julgamento, sem críticas ou discriminação. (SÃO PAULO, 2015, p. 18)

Portanto, para o atendimento das mulheres em situação de violência é necessário a participação de uma equipe interdisciplinar, onde a compreensão da situação seja compartilhada e discutida, incentivando principalmente a participação da mulher em seu processo de cuidado.

6.2.3 Identificação dos fatores que dificultam e facilitam o cuidado interprofissional em saúde voltado às mulheres em situação de violência.

As abordagens das situações de violência requerem o desenvolvimento de habilidades por parte das/dos profissionais em manter um espaço acolhedor, conhecer sobre fluxos de encaminhamentos, metodologias de cuidado e redes de proteção.

Diversos são os aspectos relatados nesta pesquisa, que dificultam e que facilitam a atuação das/dos profissionais de saúde ao ofertar o cuidado em saúde às mulheres em situação de violência, os quais estão destacados no quadro 05 e que observamos que estão muito relacionados entre si e determinam os atendimentos realizados por estas/estes profissionais.

Um dos fatores que dificultantes e chama muita atenção relaciona-se com a dificuldade dos profissionais em identificar as mulheres em situação de violência e, que por vezes, esses profissionais sentem-se desqualificados para realizar estes atendimentos.

Gomes *et al.* (2014, p. 64) revela em sua pesquisa que “não saber reconhecer o agravo e os encaminhamentos à mulher constitui o principal desafio para o enfrentamento da problemática.”

Corroborando com Vilella *et al* (2011) cabe descrever que, através da forte cultura da dominação masculina, enraizada e disseminada por diversas gerações, estamos tão “acostumados” com a violência de gênero contra a mulher, ao ponto de pensar que os conflitos domésticos, principalmente entre casais, são entendidos pela sociedade atual como algo normal,

fazendo com que a violência contra a mulher por vezes não seja considerada como uma questão de saúde pública.

Menezes *et al.* (2014) considera que as fragilidades com relação ao despreparo dos profissionais para lidar com as situações de violência, são fortes influenciadores no processo de informação e formação técnica dos serviços e de suas atribuições para os demais encaminhamentos e que essas condições estão intimamente relacionadas à resolutividade alcançada pela assistência ofertada, tornando-se indissociáveis.

Considerando a complexidade que o tema envolve outro fator que chama a atenção é que as/os profissionais necessitam de capacitação continuada que considere a abordagem à mulher em situação de violência, trazendo como estratégias de identificação a rotina de discussões sobre leis, fluxos, notificações e articulações com outros serviços como, por exemplo, a assistência social, a assistência jurídica e segurança pública.

O Ministério da Saúde por meio da portaria nº 936 de 19 de maio de 2004, dispõe sobre a importância da implementação de Núcleos de Prevenção a Violência em estados e municípios, composto por profissionais de saúde de diversas categorias com o objetivo de superar a violência e promover a cultura de paz, cabendo a estes ampliar as práticas de cuidado em saúde e estabelecendo um marco importante para dar visibilidade às violências contra as mulheres a partir dos serviços de saúde.

Para Menezes *et al.* (2014) o processo de interação entre os vários setores, entre as/os varias/os profissionais que integram a RAS só se concretizará através da obtenção do conhecimento mútuo, contínuo e associado aos interesses que envolvem informações sobre suas devidas competências, atribuições, localização, tramitação interna e externa, bem como os horários de funcionamento.

Gomes *et al.* (2014) expõe que a busca por um alicerce teórico para a construção do próprio aprendizado favorece o empoderamento das/os profissionais de saúde e estimula a prestar um cuidado mais qualificado. Mesmo sabendo que existem lacunas na atuação interprofissional durante a abordagem da problemática da violência de gênero contra as mulheres, é necessário também que estas/estes profissionais busquem de forma autônoma o conhecimento, como por exemplo, por meio de documentos disponíveis gratuitamente nos meios digitais.

A necessidade de uma abordagem integral e humanizada para além do enfoque biológico por parte das/dos profissionais já é apontada como um aspecto importante e positivo pelas próprias mulheres que passaram por alguma situação de violência. É também

imprescindível reconhecer a dinâmica das situações de violência para uma avaliação da melhor forma e momento para intervir. (NARULA, 2015)

Compreendendo que a atenção à saúde não pode se restringir ao cumprimento de rotinas e procedimentos e, que devemos garantir o não julgamento e o respeito às decisões da mulher, identificamos nesta pesquisa como um dos fatores facilitadores o que categorizamos como fatores afetivos (acolhimento, escuta qualificada, empatia, vínculo, entre outros).

No âmbito do SUS, em 2003 nasceu a Política Nacional de Humanização, que possui, entre seus princípios básicos, a valorização das dimensões subjetivas e sociais em todas as práticas de atenção e serve de base teórica para entendermos as melhores estratégias de superação da violência contra as mulheres. (BRASIL, 2003)

Da mesma forma que as falhas no acolhimento podem configurar um aspecto dificultador do processo de cuidado interprofissional em saúde, a percepção de apoio e acolhimento também é um aspecto positivo encontrado.

Mulheres em situação de violência podem apresentar muitas vivências de medo, ansiedade, vergonha, culpa entre outros sentimentos. Por esse fator a forma como são acolhidas nos serviços de saúde fará com que a mulher se vincule ao serviço e sinta-se segura neste processo.

Uma postura acolhedora nos atos de receber, ouvir, tocar e tratar a mulher, demonstrando o interesse da equipe interprofissional pela saúde, vida e cuidado com o outro, valorizando as falas e os gestos das mulheres é muito importante na minimização dos agravos decorrentes da violência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa apresentou como problemática “Quais são as ações das/dos profissionais da rede de atenção à saúde da serra catarinense, no que se refere ao cuidado interprofissional frente ao fenômeno das violências de gênero contra as mulheres?” E o objetivo geral foi “conhecer as ações das/dos profissionais da rede de atenção à saúde da serra catarinense, no que se refere ao cuidado interprofissional frente ao fenômeno das violências de gênero contra as mulheres.”

Considera-se que foi possível responder aos objetivos, de acordo com a metodologia escolhida e por meio da discussão e análise dos dados quantitativos apresentados. A primeira categoria de análise “ocorrência de atendimentos interprofissionais em saúde com mulheres em situação de violência de gênero na RAS”, que discorre sobre a problemática desse estudo, aponta que as/os profissionais de saúde pouco realizam atendimento/acolhimento as mulheres em situação de violência de gênero e maior parte destas/destes profissionais não se sentem seguras/os em atuar diante desta problemática, o que fica explicitado a partir do número de profissionais que respondeu nunca ter atendido mulheres em situação de violência.

A segunda categoria de análise que discorre sobre a “operacionalização do cuidado interprofissional em saúde na RAS voltada às mulheres em situação de violência”, aponta que é necessária a elaboração e institucionalização de protocolos e fluxos efetivos e que guiem as/os profissionais de saúde na condução das situações de violência contra as mulheres, os resultados indicam também a necessidade de avançar nas discussões da problemática a nível interprofissional visando enfrentar os desafios atuais relacionados ao modelo tradicional de assistência, ao despreparo das/dos profissionais de saúde, e as fragilidades de uma assistência qualificada e segura nas redes institucionais.

A terceira categoria de análise discorre sobre a “identificação dos fatores que dificultam e facilitam o cuidado interprofissional em saúde voltada às mulheres em situação de violência”, os resultados da pesquisa evidenciam que os fatores afetivos como acolhimento, escuta qualificada e criação de vínculos, são considerados aspectos que podem influenciar tanto negativamente quanto positivamente na ocorrência do cuidado interprofissional em saúde. É necessário ressaltar ainda que fica evidente a importância do trabalho em rede e o processo de educação permanente e continuada entre as equipes, porém, observa-se esse processo fragilizado e inativo na região da serra catarinense.

Foi possível observar também que as mulheres em situação de violência de gênero não reconhecem os serviços de saúde da serra catarinense, principalmente a APS, como referência ou fonte de apoio e segurança; o que foi amplamente observado na categoria de ocorrência do cuidado em saúde, nos fazendo refletir inclusive sobre a qualidade dos serviços ofertados.

Sabemos que os serviços de saúde devem atuar de forma mais eficiente na detecção de situações de violência e serem mais ativos na articulação com os demais setores. Neste sentido, essa pesquisa aponta a necessidade de investimento nos processos de educação em saúde para as/os profissionais de saúde sobre as questões de saúde das mulheres, visando à diminuição e prevenção das violências de gênero e o enfrentamento dos preconceitos e tabus que funcionam como uma barreira no atendimento das mulheres em situação de violências de gênero.

Sugere-se ainda a implantação de núcleos de prevenção de violências no âmbito da saúde em níveis municipais para que haja maior reflexão, compreensão, interação e efetivação das políticas públicas de saúde.

8 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de *et al.* Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. **UMA REVISÃO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL**. Recife: Una Sus, 2015. 35 p.

ALMEIDA, Guilherme Assis de; PINHEIRO, Paulo Sérgio. **Violência Urbana**. São Paulo: Publifolha, 2003. 96 p.

ANDRADE, Clara de Jesus Marques. **AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: UM OLHAR DE GÊNERO**. 2009. 141 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ARAÚJO, Maria de Fátima; SCHRAIBER, Lilia Blima; COHEN, Diane Dede. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 15, n. 38, p. 805-818, 30 set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832011005000039>.

ARBOIT, Jaqueline *et al.* Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, Santa Maria, v. 27, n. 2, p. 506-517, abr. 2018.

ARRUDA, Liziene de Souza. **Colaboração Interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual**. 2016. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832004000100005>.

B.SOBRINHO, Aline; VASCONCELOS, Anny K. A. de; SALGUEIRO, Claudia D. B. L.. O Cuidado Integral como uma Missão da Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**: Id on Line, Pernambuco, v. 12, n. 42, p. 790-804, 2018.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 449-469, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922014000200008>.

BENFICA, Francisco Silveira; VAZ, Márcia. **MEDICINA LEGAL**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. 216 p.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. . **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Conass, 2015.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. . **Violência contra a mulher: um olhar do Ministério Público brasileiro / Conselho Nacional do Ministério Público**. Brasília, 2018. 247 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. BRASÍLIA, DF, 05 out. 1988.

BRASIL. Cornélio Alves de Azevedo Neto. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte (org.). **LEITURAS DE DIREITO: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER**. Natal: Fórum Nacional de Juizes de Violência Doméstica e Familiar Contra A Mulher, 2017. 380 p.

BRASIL. Laurez Ferreira Vilela. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (org.). **MANUAL PARA ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DO DF**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. 68 p.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. **Maria da Penha**. BRASÍLIA, DF, 07 ago. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (org.). **HUMANIZA SUS: política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. 82 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **PROTOCOLOS DE ATENÇÃO BÁSICA: saúde das mulheres**. Brasília: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 230 p.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - A Rede Cegonha**. BRASÍLIA, DF, 24 jun. 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. **Reformula A Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. BRASÍLIA, DF, 07 jul. 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.406, de 05 de novembro de 2004. **Institui Serviço de Notificação Compulsória de Violência Contra A Mulher, e Aprova Instrumento e Fluxos**. BRASÍLIA, DF, 05 nov. 2004.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo A Revisão de Diretrizes Para A Organização da Atenção Básica, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. BRASÍLIA, DF,

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui A Rede de Atenção Psicossocial Para Pessoas Com Sofrimento Ou Transtorno Mental e Com Necessidades**

Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). BRASILIA, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece Diretrizes Para A Organização da Rede de Atenção À Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Estabelece Diretrizes Para A Organização da Rede de Atenção À Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** BRASILIA, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. **Redefine A Rede de Atenção À Saúde das Pessoas Com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (Sus) e Estabelece Diretrizes Para A Organização das Suas Linhas de Cuidado.** BRASILIA, DF, 01 abr. 2014.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. **Institui A Rede de Cuidados À Pessoa Com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde.** BRASILIA, DF, 24 abr. 2012.

BRASIL. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. **Dispõe Sobre A Estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.** BRASILIA, DF, 19 maio 2004.

BRASIL. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. **Dispõe Sobre A Estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e A Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção À Violência em Estados e Municípios.**

BRASIL. SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES / PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. . **Secretaria de Políticas para as Mulheres / Presidência da República.** Brasília: Assessoria de Comunicação da Secretaria de Políticas Para As Mulheres, 2011. 74 p.

BRASIL. Sheila Rubia Lindner. Universidade Federal de Santa Catarina (org.). **Atenção à Saúde das Mulheres em Situação de Violência.** Florianópolis: Ufsc, 2017. 62 p.

CARINA SUELEN DE CARVALHO; DÉBORA NAYARA FERREIRA MOARA; KARLA RODRIGUES DOS SANTOS, 24252010, Londrina. **Analisando a Lei Maria da Penha: a violência sexual contra a mulher cometida por seu companheiro.** Londrina, PR: Gt 5. Gênero e Violência, 2010.

CASTRO, Margarete de; PEREIRA, Wilza Rocha. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 64, n. 3, p. 486-493, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000300012>.

COMISSÃO DE MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE LAGES/ SC (org.). **PROTOCOLO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE LAGES/ SC.** Lages: Compav, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Normas Aplicáveis A Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.**

DANIEL CERQUEIRA (Brasil). Ipea (org.). **Atlas da Violência.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018. 93 p.

DANIEL CERQUEIRA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (org.). **Atlas da Violência**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. 96 p.

DANIEL CERQUEIRA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (org.). **Atlas da Violência**. São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019. 116 p.

DANIEL CERQUEIRA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (org.). **AVALIANDO A EFETIVIDADE DA LEI MARIA DA PENHA**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2015. 44 p.

ESTATÍSTICA-IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e **PANORAMA**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/panorama>. Acesso em: 06 set. 2021.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de *et al.* INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 141-162, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de. **A INTERPROFISSIONALIDADE NA PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós- Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 307-314, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822012000200008>.

FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 307-314, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822012000200008>.

GOMES, Nadirlene Pereira *et al.* Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na estratégia de saúde da família. **Psicologia Usp**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 63-69, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-65642014000100007>.

GUEDES, Rebeca Nunes *et al.* A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 625-631, set. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452009000300024>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **NOTA TÉCNICA Nº13: A Institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil (versão preliminar)**. Brasília: IPEA, 2015.

KASHANI, Javad H.; ALLAN, Wesley D.. **The impact of family violence on children and adolescents**. 37. ed. Usa: Developmental Clinical Psychology And Psychiatry, 1998. 128 p.

KRUG, Etienne G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: Who Library Cataloguing, 2002. 360 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=EB0C8473B80EB50660F1D6890C12FB8E?sequence=1. Acesso em: 02 fev. 2020.

LEITÃO, Maria Neto da Cruz. Women survivors of intimate partner violence: the difficult transition to independence. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 48, n. , p. 07-15, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000600002>.

LIRA, Kalline Flávia Silva de. **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES::** relações de gênero e de poder no sertão pernambucano. 2015. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

LOURO, Guacira Lopes. GÊNERO, SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO: uma perspectiva pós-estruturalista. **Vozes**, Petrópolis, p. 14-36, 1997.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000200009>.

MATTOS FILHO,; VEIGA FILHO,; MARREY JUNIOR,; QUIROGA. **INSTITUTO MATTOS FILHO**. 2021. Disponível em: <https://www.institutomattosfilho.org/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 778-786, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902014000300004>.

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos (org.). **Curso de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – Modalidade a Distância. Gênero e vulnerabilidades**. Florianópolis: UFSC, 2017. 74 p.

MINAYO, Maria Cecília de S.. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1994000500002>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **VIOLÊNCIA E SAÚDE**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006. 132 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES/PR. **NORMA TÉCNICA: ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS**

PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM REGISTRO DE INFORMA. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas Para As Mulheres/Pr, 2015. 44 p.

MULHERES, Secretaria Nacional de Enfrentamento À Violência Contra As. **Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Assessoria de Comunicação da Secretaria de Políticas Para As Mulheres, 2011. 74 p.

NARULA, A. *et al.* Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. **Family Practice**, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 593-600, 10 fev. 2012. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cms008>.

PASINATO, Wânia. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da lei maria da penha. **Revista Direito Gv**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 407-428, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1808-2432201518>.

PENHA, Instituto Maria da. **CICLOS DA VIOLÊNCIA**. 2020. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>. Acesso em: 26 jun. 2020.

PENSO, Maria Aparecida *et al.* O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas em Psicologia**, Riberão Preto, v. 18, n. 1, p. 137-152, 2010.

PORTO, Roberta Taynan Souza *et al.* Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 787-807, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000300007>.

RANGEL, Etuany Martins Rangel; CASTRO, Bianca Gomes da Silva Muylaert Monteiro de; MORAES, Luciana Pereira de. Luciana Pereira de Moraes. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 243-252, 2017.

RIFIOTIS, Theophilos. ALICE DO OUTRO LADO DO ESPELHO: REVISITANDO AS MATRIZES DAS VIOLÊNCIAS E DOS CONFLITOS SOCIAIS. **Revista de Ciências Sociais**, Ceará, v. 37, n. 2, p. 27-33, 2006.

RIFIOTIS, Theophilos. Nos campos da violência: diferença e positividade': antropologia em primeira mão. In: RIFIOTIS, Theophilos. **Fantasma da violência**.: reflexões as forças centrifugas e um objeto de revolução. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, 1997. p. 1-18.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Ispere; DOSSI, Ana Paula. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 41, n. 3, p. 472-477, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102007000300021>.

SANTA CATARINA. Beatriz Bleyer Rodrigues Montemezzo. Secretaria de Estado da Saúde. **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**. Lages: 27ª Gerência Regional de Saúde / Lages, 2013. 88 p.

SANTOS, Cecília Macdowell; IZUMINO, Wânia Pasinato. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe, da Universidade de Tel Aviv**, Israel, v. 16, n. 1, p. 0-0, 2005.

SANTOS, Paloma Lima dos. **Trabalho interprofissional no atendimento a mulher em situação de violência doméstica**. 2020. 68 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

SÃO PAULO. Breno Souza de Aguiar. Secretaria Municipal da Saúde Prefeitura de São Paulo (org.). **LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2015. 148 p.

SARDENBERG, Cecília M. B.; TAVARES, Márcia S. (org.). **Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitora**. Bahia: Edufba, 2016. 333 p.

SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* **VIOLÊNCIA DÓI E NÃO É DIREITO::** a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005. 100 p.

SCOTT, Joan. GÊNERO: UMA CATEGORIA ÚTIL DE ANÁLISE HISTÓRICA. **Educação e Realidade**, [s. l.], v. 2, n. 20, p. 71-99, 1995.

SCOTT, Joan. Still a Useful Category of Analysis? **Diogenes**, [s. l.], v. 225, p. 7-14, 2010.

SEBRAE/SC. **SANTA CATARINA EM NÚMEROS MACRORREGIÃO SERRA CATARINENSE**. Florianópolis: SEBRAE, 2013. 140 p.

SILVA, Ethel Bastos da *et al.* Violence against women and care practice in the perception of the health professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 229-237, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003350013>.

SOUSA, Francisco Danúbio Timbó; SOUSA, Ana Lúcia Pereira Martins. Uma revisão sobre as redes de atenção à saúde no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [S.L.], v. 01, n. 11, p. 57-75, 5 nov. 2018. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. <http://dx.doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-no-brasil>.

TÂNIA SOFIA DE SOUSA, 2013, Lisboa. **Os filhos do silêncio: crianças e jovens expostos à violência conjugal - um estudo de casos**. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2013.

VILLELA, Wilza Vieira *et al.* Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 113-123, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902011000100014>.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **HOMICÍDIOS E JUVENTUDE NO BRASIL**: mapa da violência 2014. Brasília: Secretaria Nacional de Juventud, 2014.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **MAPA DA VIOLÊNCIA 2015**: homicídio de mulheres no brasil. Brasília: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Flacso, 2015. 83 p.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa**. 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, 2013. 134 p

APÊNDICE A– QUESTIONÁRIO

Prezado colega, antes de tudo gostaríamos muito de agradecer seu interesse em colaborar com a nossa pesquisa.

Esta pesquisa tem objetivo acadêmico, ou seja, as informações prestadas aqui são sigilosas e a sua participação é anônima. Não existe resposta certa ou errada. Nós queremos saber suas ações e experiências frente ao cuidado em saúde com mulheres em situação de violência doméstica.

O resultado será apresentado em forma de dissertação e artigos. A última questão reserva um espaço para seu e-mail, caso queira receber uma cópia dessas produções.

Vamos lá?

1- Qual a sua idade? *

19-29 anos

30-39 anos

40-49 anos

50-59 anos

Mais de 60 anos

2- Qual identidade de gênero? *

Mulher

Homem

Prefiro não responder

Outro:

3- Qual a sua formação na área da saúde? *

Enfermeira (o)

Médica (o)

Psicóloga (o)

Assistente Social

Outro:

4- Qual o nível de escolaridade mais alto que você completou? *

Ensino Médio

Técnico/Tecnólogo

Graduação

Especialização

Mestrado

Doutorado

Outro:

5- Você atua na sua área de formação? *

Sim

Não

6 - Em qual município da serra catarinense você atua? *

Lages

Painel

Correia Pinto

Otacílio Costa

Bom Retiro

São Joaquim

Urupema

Capão Alto

São José do Cerrito

Urubici

Cerro Negro

Ponte Alta

Anita Garibaldi

Campo Belo do Sul

Bom Jardim da Serra

Palmeira

Rio Rufino

Bocaina do sul

7- Quanto tempo de atuação você tem na área da saúde? *

Menos de 1 ano

Entre 1 e 5 anos

Entre 6 e 10 anos

Mais de 10 anos

8- Qual o setor de atenção em saúde que você atualmente trabalha? *

PA/UPA

Ambulatório Especializado

SAMU

Unidade Básica de Saúde

Hospital

Centro de Triagem

Vigilância em Saúde

Gerência/Gestão dos Serviços de Saúde

Outro:

9- Qual seu atual vínculo empregatício? *

Servidor efetivo

Servidor celetista

CLT

Outro:

10- Você costuma realizar cuidados/atendimentos às mulheres em situação de violência doméstica no seu local de trabalho? *

Sim

Não

11- Você se sente preparado (a) profissionalmente para a realização de acolhimento/atendimento de mulheres em situação de violência doméstica? Justifique. *

Sua resposta

12- Qual a frequência que você realiza cuidados/atendimentos às mulheres em situação de violência doméstica no seu local de trabalho? *

Nunca

Diariamente

Algumas vezes na semana

Algumas vezes no mês

Algumas vezes no ano

Outro:

13- Quais os tipos de violência contra a mulher você mais costuma cuidar/atender? (pode assinalar mais que uma alternativa) *

Violência Física

Violência Sexual

Violência Psicológica

Violência Patrimonial

Violência Moral

Outras

14 - Você segue algum protocolo institucional durante o seu cuidado/atendimento às mulheres em situação de violência doméstica? *

Sim

Não

15- Você evidencia adoecimentos decorrentes da violência doméstica nas mulheres?

Sim

Não

16-A sua instituição realiza capacitações/ações educativas continuadas sobre violência doméstica? *

Sim

Não

17-A sua instituição fornece liberação para realização de cursos sobre violência doméstica?

Sim

Não

18-O que você considera importante no seu processo de cuidado/atendimento com as mulheres em situação de violência doméstica? (pode assinalar mais que uma alternativa) *

Acolhimento

Escuta qualificada

Atendimento/ Consulta individual

Verificação de Sinais Vitais

Encaminhar para outro setor

Saber o motivo da violência

Não entrar em detalhes

Medicar

Acionar a Polícia Militar

Outros

19-Descreva seus sentimentos em relação a violência doméstica contra as mulheres.

Sua resposta



20-Descreva quais ações você realiza no que se refere ao cuidado interprofissional em saúde com as mulheres vítimas de violência doméstica?

Sua resposta



21- Enquanto profissional de saúde, você realiza a notificação compulsória do SINAN? *

Sim

Não

22- Descreva porque você não notifica no sistema de notificação compulsória (SINAN). *

23-Você conhece o fluxo da rede de atenção à saúde do seu município direcionada ao segmento dos cuidados às mulheres em situação de violência doméstica ? *

Sim

Não

24-Em sua opinião, quais são as causas da violência doméstica contra a mulher? *

Sua resposta

25-Quais os fatores que você considera que auxiliam na concretização do cuidado/atendimento as mulheres em situação de violência doméstica? *

Sua resposta

26-Quais os fatores que você considera que dificultam na concretização do cuidado/atendimento às mulheres em situação de violência doméstica? *

Sua resposta

27-Caso queira receber uma cópia desta produção deixe seu e-mail.

Sua resposta

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa de pós-graduação intitulada **CUIDADO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE: um olhar para o fenômeno da violência de gênero contra as mulheres na Serra Catarinense**. O objetivo principal é conhecer as ações dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção à saúde da serra catarinense no que se refere ao cuidado interprofissional frente ao fenômeno das violências de gênero contra as mulheres. O documento abaixo contém todas as informações sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta assinalar a opção “aceita participar” concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa.

Para participar da pesquisa você terá que responder a um questionário eletrônico contendo algumas perguntas abertas e fechadas sobre o cuidado em saúde frente à violência de gênero contra as mulheres, você não precisa se identificar. As respostas serão digitadas e analisadas e os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material para discutir os resultados. Para minimizar qualquer desconforto e manter sua privacidade, o questionário apresentará caráter anônimo e deverá ser respondido individualmente. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados por cinco anos em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes, focalizando o seu conteúdo geral e os resultados estatísticos. O benefício esperado com a pesquisa será contribuir com a melhoria da qualidade da assistência e impulsionar a reflexão, discussão, construção e implantação de estratégias de enfrentamento das violências de gênero contra as mulheres na região serrana. O risco que você pode correr ao realizar a pesquisa, apesar de mínimo, poderá ser de ordem emocional, pois o método desta pesquisa abordará perguntas sobre o processo de atuação no cuidado/atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. Se houver qualquer relato nesse sentido por parte do pesquisado, o pesquisador realizará agendamento de um horário na Clínica de Psicologia da UNIPLAC para atendimento do sujeito da pesquisa. A Clínica de Psicologia da UNIPLAC realiza atendimento gratuito. Os participantes desta pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste TCLE, têm direito à

indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa nesta instituição de ensino, nos meios onde serão publicados, ou solicitar à pesquisadora, o qual os enviará por e-mail.

Responsável pela pesquisa: Mareli Eliane Graupe, Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC Bairro Universitário – Lages-SC Telefone: (49) 3251 – 1078.

Pesquisadora (mestranda): Bruna Correa Vaz, Praça Leoberto Leal, Bairro Centro. Secretaria Municipal da Saúde de Lages-SC Telefone: (49) 3251-7600. E-mail: brunavazenf@gmail.com

CEP – UNIPLAC: Av. Castelo Branco, 170 – PROPEG- Telefone para contato: (49) 3225-1078. Email: cep@uniplaclages.edu.br e cepuniplac@gmail.com

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES: Ações dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde na Serra Catarinense.

Pesquisador: BRUNA CORREA VAZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47190721.5.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.780.957

Apresentação do Projeto:

VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES: Ações dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde na Serra Catarinense.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as ações dos profissionais da rede de atenção à saúde da serra catarinense no que se refere ao cuidado interprofissional frente ao fenômeno das violências de gênero contra as mulheres

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Frente ao risco de potencial desconforto será solicitado atendimento psicológico e gratuito pelas pesquisadoras ao setor de atendimento em Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), também poderá ser acionado pelos pesquisadores caso ocorra necessidade. Os pesquisadores comprometem-se em realizar os encaminhamentos formais dos participantes do estudo ao serviço de saúde, sem ônus para o participante.

É direito de o participante desistir a qualquer momento, assim como pleitear judicialmente a reparação decorrente de dano comprovado inerente à pesquisa. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1088

E-mail: cep@uniplacags.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 4.790.667

sua participação na pesquisa, previsto ou não no

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Benefícios:

Com base na Resolução CNS 510/2016, a construção deste estudo está sendo realizada pensando nos benefícios que este estudo trará para a população estudada, trazendo avanços sobre como decorre o atendimento interprofissional em saúde as mulheres em situação de violência de gênero.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa para o programa de mestrado e está de acordo com a resolução 510 do conep.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme conclusões

Recomendações:

vide conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não fere a resolução do CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e premissões, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1228

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-000

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplaclages.edu.br

Continuação do Parecer: 4.780.657

pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1728317.pdf	24/05/2021 14:43:45		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaraçaoespesquisadores.pdf	24/05/2021 14:43:02	BRUNA CORREA VAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BrunaVazCEP.pdf	10/05/2021 22:25:09	BRUNA CORREA VAZ	Aceito
Outros	formulariodepesquisa.docx	10/05/2021 22:20:22	BRUNA CORREA VAZ	Aceito
Declaração de concordância	declaracaodeconcordancia.pdf	10/05/2021 22:14:33	BRUNA CORREA VAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/04/2021 00:40:14	BRUNA CORREA VAZ	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	07/04/2021 23:23:47	BRUNA CORREA VAZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 15 de Junho de 2021

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1236

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1088

E-mail: cep@uniplacages.edu.br

