

Health care for women victims of violence: a temporal clipping

| Atenção à saúde da mulher vítima de violência: um recorte temporal

ABSTRACT | Introduction: *The place occupied by women in the social, cultural, political and legal contexts results from many struggles and achievements of feminist movements worldwide. Objective:* Presenting a systematic review on public health care options for women victim of violence in Brazil. **Methods:** Bibliographic search in Scielo (Scientific Electronic Library Online) and Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) databases. Inclusion criterion was studies published until December 2012, fully available online, written in Portuguese. **Results:** Twenty-one articles were analyzed, ten of them referred to sexual violence; five, to domestic violence; one, to physical violence; one article concerned physical and sexual violence; and four of them regarded physical, sexual and psychological violence. The articles mentioned hospital care, specialized care, basic care, the three attention points and their specificities in treatment, care and follow-up among healthcare therapies available for women. **Conclusion:** It is essential developing actions to prevent and promote a culture of peace. There is a demand for better articulating healthcare agents and social movements in order to denaturalize violence and the role of women in society.

Keywords | *Violence Against Women; Domestic Violence; Sex Offenses; Women's Health; Health Care (Public Health).*

RESUMO | Introdução: O lugar social, cultural, político e jurídico que a mulher ocupa atualmente é resultado de muitas lutas e conquistas dos movimentos feministas que ocorreram em todo o mundo. **Objetivo:** Apresentar um recorte temporal sobre atenção à saúde da mulher vítima de violência, assistida em serviços públicos de saúde no Brasil. **Métodos:** A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Adotaram-se como critérios de inclusão estudos publicados até dezembro de 2012, disponíveis na íntegra online, em português. **Resultados:** Foram analisados 21 artigos, e destes, dez versaram sobre a violência sexual, cinco sobre violência doméstica, um quanto à violência física, um acerca da violência física e sexual e quatro sobre violência física, sexual e psicológica. Com relação à atenção à saúde da mulher, referiram-se à atenção hospitalar, atenção especializada, atenção básica e aos três pontos de atenção e suas especificidades no atendimento, cuidado e acompanhamento. **Conclusão:** Verificou-se a necessidade de desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de uma cultura de paz, como também a articulação dos agentes de saúde com movimentos sociais que visem à desnaturalização da violência e do papel da mulher na sociedade.

Palavras-chave | Violência Contra a Mulher; Violência Doméstica; Violência Sexual; Saúde da Mulher; Atenção à Saúde.

¹Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil.

²Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil.

³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre/RS.

⁴Colorado State University System. Colorado, Estados Unidos.

INTRODUÇÃO |

O lugar social, cultural, político e jurídico que a mulher ocupa atualmente é resultado de muitas lutas e conquistas dos movimentos feministas que ocorreram em todo o mundo. Há algumas décadas as mulheres eram tidas como entes privados e domésticos, dependentes e subordinadas aos homens e a sua vontade, uma propriedade deles. Nesse contexto, a violência era legitimada pela sociedade, pois o que ocorria no âmbito doméstico dizia respeito apenas ao casal¹. No Brasil, no processo de colonização, as mulheres índias e africanas foram usadas como objetos sexuais e reprodutores, enquanto as mulheres brancas eram assexuadas e deviam ter a vida restrita à igreja e à casa².

No imaginário social, o fato da mulher ser considerada inferior, submissa e dominada pelo homem favoreceu a legitimação social e cultural da violência. A Lei Maria da Penha, sancionada no ano de 2006, no Brasil, é um marco histórico e representa uma mudança paradigmática da concepção de mulher e deslegitimação da violência sofrida, considerada como algo natural¹. No entanto, o patriarcado e as concepções históricas arraigadas ainda estão no âmago de muitas dessas violências, limitadas muitas vezes ao ambiente doméstico².

A violência é compreendida como o uso da força física ou do poder intencional que causa prejuízos físicos, psicológicos e/ou sociais, podendo resultar em lesão, deficiência no desenvolvimento e em morte. Pode ocorrer de forma física, sexual, psicológica ou como negligência³. A violência contra a mulher foi mencionada por diferentes denominações ao longo dos tempos, como intrafamiliar na metade do século XX, contra a mulher e doméstica na década de 80 e, desde a década de 90, como violência de gênero⁴. Os casos de violência perpetrados por parceiro ou cônjuge caracterizam a violência conjugal como violência de gênero e/ou contra a mulher⁵.

Além disso, a violência tem sido um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 1,6 milhões de pessoas entre 15 e 44 anos morreram no ano 2000 devido a situações dessa natureza³. Dentre os 52.260 homicídios que ocorreram no Brasil no ano de 2010, 4.465 foram resultantes da violência contra a mulher, enquanto em 1980 foram 1.353. O Brasil ocupa o sétimo lugar nas estatísticas mundiais quanto ao número de homicídios registrados contra as mulheres, com taxa de 4,4 homicídios a cada 100 mil mulheres⁶. Ainda, no Brasil, 40%

das 2.365 mulheres entrevistadas pela Fundação Perseu Abramo e Serviço Social do Comércio – SESC⁷ relataram ter sido vítimas de algum tipo de violência: 24% violência física, 24% foram ameaçadas com armas e/ou privadas de liberdade, 23% violência psicológica, 10% violência sexual e 7% assédio.

A violência contra a mulher comumente é praticada pelo marido ou parceiro íntimo. O próprio domicílio tem se tornado um lugar perigoso para as mulheres conforme o Relatório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes, pois de 87 mil mulheres que foram mortas no mundo em 2017, mais da metade foi por praticada pelo cônjuge ou ex-cônjuge. Também registra que é o efeito de sucessivas violências⁸.

Ocorre em todos os países, independentemente do grupo social, econômico ou religioso. Verifica-se a sobreposição dos tipos de violência, a física frequentemente acompanhada pela psicológica e, mais da metade dos casos, pela sexual. A violência está associada com diversas consequências para a saúde física, psicológica e sexual da mulher, tanto em curto como em longo prazo³.

Inicialmente, o atendimento à mulher vítima de violência era realizado por entidades autônomas, coordenadas pelos movimentos feministas, que tinham como objetivo auxiliar a mulher a refletir sobre o seu papel na sociedade, superar a submissão que lhe era imposta, reivindicando direitos sociais. O SOS-Mulher foi a primeira entidade criada no final da década de 70, na qual voluntárias atendiam mulheres vítimas de violência, incorporando ao modelo de atendimento a proposta feminista, a fim de conscientizar as mulheres sobre o seu papel na sociedade e romper com a submissão e jugo⁹.

Como consequência das reivindicações do movimento feminista, em 1985 foi criado em São Paulo o Centro de Orientação Jurídica e Encaminhamento Psicológico, a Delegacia de Defesa da Mulher^{9,10} e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (Lei 7.353), resultantes da primeira política pública para o enfrentamento da violência contra a mulher⁴.

De 1985 a 2002, houve a implementação das Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher e Casas-Abrigo em todo o Brasil com ênfase na área assistencial e de segurança pública. Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher vinculado ao Ministério da Justiça⁴. No ano de 2003, a

Lei 10.778 estabeleceu a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher e, em 2004, através da Lei 10.886, a violência doméstica foi incluída no Código Penal Brasileiro¹¹.

A Secretaria de Políticas para Mulheres foi criada no ano de 2003 com ações para o enfrentamento à violência contra mulheres, bem como a criação de novos serviços, como o Centro de Referência de Atendimento às Mulheres, Defensorias da Mulher, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, as Promotoras Especializadas e a construção de uma Rede de Atendimento Integrada como forma de garantir os direitos das mulheres⁴.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS), que é uma política pública que compreende as ações e serviços públicos de saúde, que tem como princípios orientadores a universalidade, a descentralização, e integralidade da atenção e a equidade e a participação comunitária, também deve se ocupar da atenção à saúde da mulher. Com a descentralização da atenção à saúde, os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela gestão das ações e serviços de saúde, de modo a organizar e assegurar esse cuidado integral às mulheres vítimas de violência¹². Nesse contexto, procura-se desenvolver um trabalho de prevenção a todas as formas de violência, promoção da cultura de paz e, nos casos de sua ocorrência, a garantia do cuidado integral na rede de atenção em conexões com outras redes, comunitárias e intersetoriais.

As questões referentes à atenção à saúde da mulher integram a agenda do SUS desde 1984 com o 'Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher'. Entretanto, foi em 1989, com o 'Programa Aborto Legal' para mulheres que sofreram violência sexual, que a violência contra a mulher passou a integrar a política de saúde. Em 1999, foi criada e implementada nos serviços de saúde a Norma Técnica 'Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes' que compreende ações de prevenção à gravidez, de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)¹⁰.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou normas técnicas acerca dos 'Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual', da 'Atenção Humanizada ao Abortamento', e atualizou a 'Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes'¹⁴. Os objetivos da Política Nacional

de Atenção à Saúde Integral da Mulher referem-se à organização de redes integradas e à articulação da atenção à mulher com ações de prevenção à violência, DST e HIV¹³.

Considerando que a implantação de uma rede integrada e articulada com os demais segmentos da sociedade está em processo de construção e, tendo como base a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres¹¹, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹³ e o projeto de Lei 60/99 que amplia o atendimento às vítimas de violência sexual¹⁴, este estudo objetiva analisar a produção científica disponibilizada nas bases de dados *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*) e *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) sobre a atenção à saúde de mulheres vítimas de violência assistidas nos serviços de saúde do SUS em um recorte histórico e temporal.

Intenciona-se contribuir para a organização da atenção à saúde da mulher vítima de violência, políticas públicas e na gestão dos serviços de saúde, com a oferta de subsídios para a prevenção, promoção da saúde e minimização dos agravos decorrentes da violência.

Esse artigo pretende ser um instrumento para documentar o avanço histórico e temporal na produção do conhecimento científico para que não haja retrocessos na organização da atenção à saúde da mulher vítima de violência, políticas públicas e na gestão dos serviços de saúde, com a oferta de subsídios para a prevenção, promoção da saúde e minimização dos agravos decorrentes da violência ao considerar a conjuntura recente, que suprime 50% do recurso e federal para a saúde e o congela por 20 anos¹⁵, tendência que tende a impactar na atenção a saúde da mulher vítima de violência.

MÉTODOS |

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura referente a artigos que versaram sobre a atenção à saúde da mulher vítima de violência assistidas nos serviços de saúde públicos. Essa revisão contribui para a organização dos resultados de pesquisa, integração e sistematização das informações obtidas. Tal método possibilita maior compreensão para a tomada de decisão pública no que se refere ao tema investigado¹⁶.

A busca bibliográfica foi realizada na base de dados *Scielo* e *Lilacs*. Adotaram-se como critérios de inclusão todos os artigos publicados até dezembro de 2012 que abordassem a atenção à saúde da mulher vítima de violência no âmbito do SUS e que estivessem disponíveis na íntegra, online e em português. O recorte temporal intenta a realização de um registro histórico sobre a atenção à saúde da mulher vítima de violência no âmbito do SUS, compreendida nesta revisão, como ações desenvolvidas nos serviços de saúde do SUS que tiveram como objetivo o cuidado para com a saúde da mulher vítima de violência.

Deste modo, em um primeiro momento foi realizada a busca com a utilização dos descritores ‘violência contra a(s) mulher(es)’ or ‘violência doméstica’ or ‘violência sexual’, combinados com as palavras ‘and’ atenção ‘or’ saúde. Após, foram selecionados os artigos que mencionavam a atenção à saúde no SUS à mulher vítima de violência, através da leitura dos resumos. O material selecionado foi agrupado em fichas documentais que continham: título do artigo, autor, periódico, ano, tipo de violência abordada, nível de atenção do serviço de saúde e a atenção com a saúde da mulher. Em seguida, as informações referentes à atenção

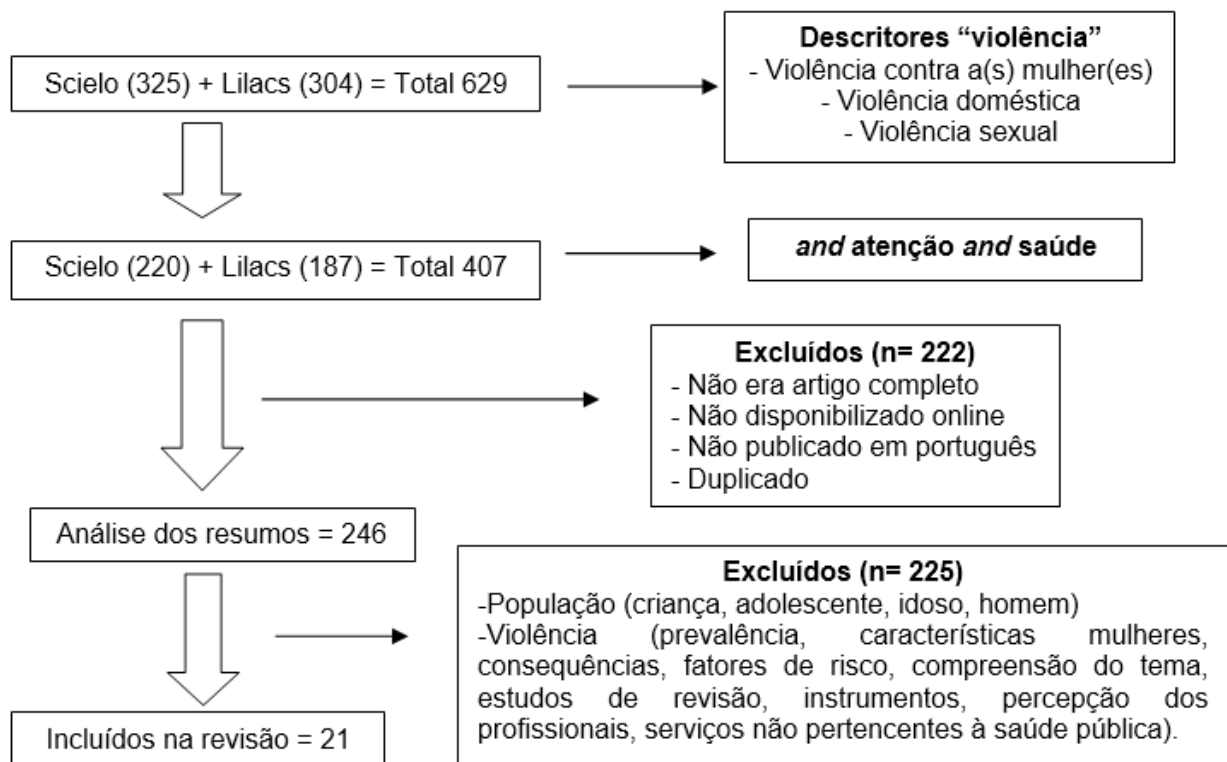
foram agrupadas em categorias de conteúdos, descritas e analisadas conforme as contribuições da literatura que dialoga com esse temário.

RESULTADOS |

A Figura 1 ilustra o processo de seleção dos artigos. Foram incluídos na revisão final 21 artigos, que apresentavam ações desenvolvidas nos serviços de saúde do SUS às mulheres vítimas de violência, apresentados no Quadro 1.

Dentre os artigos selecionados (Quadro 1), dez referiam-se à violência sexual, cinco à violência doméstica, um à violência física, um à violência física e sexual e quatro à violência física, sexual e psicológica. Com relação aos pontos de atenção no serviço de saúde, dez referiram-se ao atendimento hospitalar, dois ao especializado, oito à atenção básica, e um abordou os três pontos de atenção. Quatro artigos abordaram a atenção hospitalar e a especializada, referindo-se aos mesmos serviços de atenção, visto que o funcionamento deles estava interligado. Com relação ao

Figura 1 - Seleção dos artigos para revisão sistemática



Quadro 1 - Descrição dos artigos selecionados para a revisão sistemática

ANO	AUTORES	PERIÓDICO	ATENÇÃO	VIOLÊNCIA
1999	Deslandes ²⁵	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Hospitalar**	Doméstica
2000	Deslandes, Gomes e Silva ²⁶	Cadernos de Saúde Pública	Hospitalar**	Doméstica
2005	Campos, Schor, Anjos, Laurentiz, Santos e Peres. ¹⁷	Saúde e Sociedade	Hospitalar***	Sexual
2007	Oliveira e Fonseca ³⁵	Revista Escola de Enfermagem USP	Básica	Sexual
2007	Mattar, Abrahão, Andalaft Neto, Colas, Schroeder, Machado SJR, et al. ⁴⁰	Cadernos de Saúde Pública	Especializada	Sexual
2007	Bedone e Faúndes ²⁷	Cadernos de Saúde Pública	Hospitalar*	Sexual
2007	Freitas, Lima e Dytz ¹⁹	Comunicação em Ciências da Saúde	Hospitalar	Sexual
2008	Moreira, Galvão, Melo e Azevedo ³³	Revista de Saúde Pública	Básica	Física
2008	Campos e Schor ²⁰	Saúde e Sociedade	Hospitalar***	Sexual
2008	Faria, Araújo e Baptista ²⁸	Revista Eletrônica de Enfermagem	Hospitalar	Sexual
2008	Higa, Mondaca, Reis e Lopes ²¹	Revista Escola de Enfermagem USP	Hospitalar*	Sexual
2009	Ferrante, Santos e Vieira ³²	Interface Comunicação Saúde Educação	Básica	Doméstica
2009	D'Oliveira, Schraiber, Hanada e Durand. ³⁷	Ciência e Saúde Coletiva	Básica	Física, Sexual e Psicológica
2009	Borsoi, Brandão e Cavalcanti ³⁶	Interface - Comunicação Saúde e Educação	Básica	Física, Sexual e Psicológica
2009	Ramos, Medici e Puccia ²²	Revista do Instituto Ciência da Saúde	Especializada	Sexual
2010	Bonfim, Lopes e Peretto ³¹	Revista Gaúcha de Enfermagem	Básica	Doméstica
2010	Hanada, D'Oliveira e Schraiber ²³	Revista Estudos Feministas	Hospitalar / Especializada / Básica	Física e Sexual
2011	Kiss e Schraiber ³⁴	Ciência e Saúde Coletiva	Básica	Física, Sexual e Psicológica
2011	Berger e Giffin ²⁴	Interface Comunicação Saúde Educação	Hospitalar	Doméstica
2011	Oshikata, Bedone, Papa, Santos, Pinheiro e Kalies. ²⁹	Cadernos de Saúde Pública	Hospitalar	Sexual
2012	Costa e Lopes ³⁸	Revista Escola de Enfermagem USP	Básica	Física, Sexual e Psicológica

Nota: Artigos referentes ao mesmo serviço de atenção: *Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Hospitais públicos de emergência do Rio de Janeiro. ***Conjunto Hospitalar de Sorocaba – São Paulo.

ano de publicação dos artigos, foram quatro em 2007, 2008 e 2009; três em 2011; dois em 2010; um em 1999, 2000, 2005 e 2012.

Os resultados, para fins de facilitar a sua exposição, seguem pela descrição do tipo de violência de gênero e atenção dirigida à mulher nessa situação. O foco está em apresentar os diferentes pontos da rede de atenção de serviços de saúde públicos, emergentes a partir dos resultados, a saber: hospitalar, especializada e atenção básica.

Nos hospitais, o atendimento ofertado às mulheres refere-se ao atendimento médico de emergência ou urgência. As mulheres que acessam esse serviço de atenção são vítimas, prioritariamente, de violência sexual^{17,18,19,20,21,22}, física²³ ou doméstica^{24,25,26}. A violência doméstica é compreendida nos estudos como a violência sexual perpetrada por cônjuge, ex-cônjuge e/ou parentes^{25,26} ou a violência física e psicológica durante o período gestacional²⁴.

A atenção às vítimas de violência doméstica foi investigada em dois hospitais do Rio Janeiro, referências no atendimento de emergência. A maioria das mulheres apresentava lesões na região da face ou cabeça, braços e mãos, resultado dos espancamentos (70,4%) ou do uso de armas brancas (21,1%). A atenção às mulheres envolvia o atendimento médico especializado, como ortopedista, na maioria dos casos, odontólogo, oftalmologista e otorrinolaringologista^{25,26}. A atenção às gestantes vítimas de violência física ou psicológica, atendidas em uma maternidade, consistia no acolhimento da situação de violência, orientações com relação às consequências para o feto e saúde da mulher, atendimento médico clínico e o cuidado com as agressões físicas resultantes da violência²⁴.

O atendimento de emergência nas situações de violência sexual era realizado pelo médico plantonista e enfermeira. Consistia na avaliação da condição clínica, realização de exame físico, ginecológico, coleta de amostras para detecção de infecções e identificação do agressor, coleta de sangue para sorologias referentes à Hepatite B e C, HIV e sífilis; anticoncepção de emergência e profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis não virais (sífilis, gonorreia, clamídia, cancro mole e tricomoníase) e virais (Hepatite B e HIV) até 72 horas após a ocorrência da violência. No caso da mulher acessar o serviço até 10 dias após a violência, a profilaxia adotada era contra as DST virais e não virais, com exceção do HIV. Tais serviços seguiam as orientações da Norma Técnica do Ministério da Saúde para o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual^{17,19,20,21,22,27,28,29}.

A busca ao agressor foi realizada em apenas um dos hospitais, nas situações em que as vítimas o conheciam. Ele era contatado por enfermeiras do setor de epidemiologia, e convidados a comparecer ao hospital para coleta de sangue, após consentimento livre e esclarecido, para conhecimento da sorologia do HIV. A busca tinha como objetivo o cuidado com a saúde da mulher, pois no caso de sorologia negativa do HIV no homem a profilaxia antirretroviral era suspensa, diminuindo os efeitos adversos provocados por ela^{17,20}.

Após o atendimento de emergência, a mulher era encaminhada para acompanhamento ambulatorial nos serviços de referência dos próprios hospitais, que ofereciam acompanhamento multidisciplinar às mulheres^{19,27,28,29} ou para os serviços de referência da rede²³.

O Grupo de Assistência à Vítima de Violência Sexual do Hospital de Taubaté era formado por equipe

multiprofissional, composta por médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro e advogado e tinha como objetivo o acolhimento e humanização da atenção à vítima e sua família. Cada profissional oferecia atendimento dentro da sua área de atuação e, semanalmente, havia a discussão clínica do caso²⁸. O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) ambulatorial possuía equipe composta por médicos ginecologistas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e infectologistas, todos com protocolos de atendimento e fluxograma acerca das ações a serem adotadas diante dos casos de violência sexual, imediata ou tardio, com ou sem gravidez²⁷. A primeira consulta no ambulatório ocorria, em média, 15 dias após o atendimento hospitalar. O acompanhamento acontecia durante seis meses, em consultas previamente agendadas (45/90/180 dias) com o médico, e o atendimento psicológico e social ocorria de forma simultânea no momento do comparecimento ao serviço²⁹. O protocolo da equipe de enfermagem continha orientações para casos de violência sexual imediata (até cinco dias após a violência) ou tardia (após seis dias), casos de interrupção da gestação (pré-internação, internação e pós-internação) e o acompanhamento ambulatorial realizado durante seis meses. Cada etapa do acompanhamento continha avaliações, intervenções e temas específicos para serem abordados com a mulher e também com sua família²¹. No caso de gravidez, decorrente da violência, o protocolo de atendimento à mulher no CAISM, envolvia o atendimento do assistente social, médico e psicólogo. A decisão sobre a interrupção da gravidez era discutida em reunião com a mulher, profissionais que a atenderam, diretores clínicos e ginecológicos e um representante do comitê de ética do hospital²⁷.

A atenção ofertada a mulheres em serviços especializados no atendimento a mulheres vítimas de violência, após a violência sexual, consistia no atendimento médico, avaliação clínica, coleta de material sorológico, profilaxia para DST e HIV, contracepção de emergência e, no caso de gravidez, encaminhamento para interrupção^{22,23,30}. Havia atendimento individual por equipe multidisciplinar³⁰ e a realização de grupos terapêuticos de ressocialização, inserção no mercado de trabalho, sentimentos, sexualidade, artesanato e medicina chinesa²³.

Na Casa da Saúde da Mulher Professor Domingos Delácio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) era ofertado atendimento multidisciplinar por médicos tocoginecologistas, psiquiatras, psicólogas,

assistentes sociais, enfermeiras, advogados e uma socióloga/sanitarista. Ao acessar o serviço, a mulher era acolhida por profissional da equipe de enfermagem, que realizava a anamnese, fornecia orientações acerca das medicações, exames a serem realizados, funcionamento do serviço, e sobre o agendamento dos atendimentos com os profissionais da equipe. Todos os atendimentos eram concentrados no mesmo dia, e os profissionais que atendiam a mulher na primeira vez eram os mesmos que a seguiam atendendo durante todo o período de acompanhamento no serviço. O atendimento médico realizado após o acolhimento seguia as orientações do Ministério da Saúde para o atendimento de vítimas de violência sexual, profilaxia para DST e HIV, sorologia e anticoncepção de emergência³⁰.

Nas consultas de acompanhamento, os exames de DST eram solicitados novamente, atentava-se para a saúde física da mulher e, caso necessário, procedia-se à interrupção da gravidez. O acompanhamento psicológico era realizado nos moldes da psicoterapia breve, objetivava avaliar o nível de estresse e desorganização da mulher, auxiliá-la no retorno às atividades desempenhadas anteriormente, possíveis problemas no trabalho ou escola, vida familiar e sexual. À assistente social cabia conhecer a história e o perfil socioeconômico da mulher, avaliar situações que poderiam dificultar sua aderência no serviço e realizar encaminhamentos para instituições sociais. O atendimento da socióloga consistia no acompanhamento aos familiares e na realização de grupos de socialização com as mulheres. O advogado realizava o aconselhamento jurídico e o acompanhamento do caso quando a denúncia era realizada³⁰.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) atendiam mulheres vítimas de violência doméstica, física, sexual e psicológica. O atendimento médico envolvia o tratamento da demanda explícita, ferimentos, lesões e sintomas psicológicos com a sua medicalização. Com a revelação da violência, a mulher era encaminhada para serviços especializados na área da saúde ou para a rede de atendimento à mulher vítima de violência^{31,32,33,34,35}.

Nos serviços com profissionais capacitados quanto à violência contra a mulher, havia o acolhimento humanizado, escuta qualificada, abordagem da violência (mesmo quando não revelada explicitamente), apoio emocional, orientações quanto à violência, rede de atendimento e denúncia do agressor, além do encaminhamento

para a rede especializada e intersetorial. As UBS com equipe multidisciplinar acompanhavam a mulher após o encaminhamento para serviços especializados, oferecendo suporte continuado^{36,37,38}.

A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica residentes na zona rural foi investigada por Costa e Lopes³⁸. Eram realizadas visitas domiciliares, acolhimento, orientação quanto à violência, grupo de mulheres da comunidade, oficinas de geração de renda e teatro. Todas as estratégias utilizadas pelos profissionais estavam pautadas na humanização do atendimento, vínculo, oferta de um espaço protegido para o relato das situações de violência, acolhimento do sofrimento, desnaturalização dessas situações, fortalecimento e empoderamento das mulheres.

As diferenças na abordagem e na atenção nos serviços de atenção básica foram pesquisadas por Borsoi, Brandão e Cavalcanti,³⁶ que compararam as ações desenvolvidas em duas UBS, sendo que uma delas era referência para o atendimento de vítimas de violência. Em ambas havia o acolhimento médico e nos grupos educativos. Eram fornecidas informações sobre os direitos da mulher e da rede de suporte social que poderia ser acessada, caso a mulher realizasse a denúncia.

Na UBS especializada ocorriam encaminhamentos externos (delegacia, rede de suporte social – como abrigos) e internos (outros profissionais da equipe), e o acompanhamento era realizado de forma contínua à vítima, independentemente da decisão sobre a denúncia. Havia o envolvimento de outros membros da família durante o acompanhamento e, em alguns casos, do agressor. Dentre as ações desenvolvidas, destacam-se o acompanhamento psicológico e do serviço social, oferecidos com o objetivo de elaboração da violência, fortalecimento da mulher e inserção no mercado de trabalho³⁶.

Na UBS que não era referência para o atendimento a mulheres vítimas de violência, os profissionais não realizavam o acompanhamento após a revelação da violência, somente encaminhavam as mulheres para a delegacia caso estas decidissem denunciar o agressor. No grupo de planejamento familiar, o tema violência doméstica era abordado em ambas as UBS, e na UBS de referência o tema era abordado com o foco preventivo nos grupos de pré-natal³⁶.

DISCUSSÃO |

A violência contra a mulher refere-se a qualquer ato e/ou comportamento que resulte em prejuízo, seja ele físico, sexual ou psicológico. As implicações para a saúde da mulher podem ser severas, com manifestações imediatas após a violência ou após um longo período de tempo, especialmente nos casos da violência doméstica, quando a mulher é exposta à violência de maneira contínua durante muito tempo. As vítimas de violência doméstica e sexual são as que mais apresentam problemas de saúde e acessam com maior frequência os serviços de saúde. Além do sofrimento e danos devido à situação, as despesas oriundas da violência contra a mulher perpassam os sistemas de saúde, pois comprometem a economia dos países³.

O atendimento à mulher vítima de violência compreende a atenção e cuidados de uma rede intersetorial, articulada e integrada a fim de dar conta da complexidade da violência, das consequências físicas, psicológicas e sociais¹¹. Dentre os objetivos do Ministério da Saúde quanto à atenção à saúde da mulher, estão a organização de redes integradas de atenção, a articulação das ações de prevenção de DST/HIV e a promoção de ações preventivas à violência doméstica e sexual¹³.

A Secretaria de Saúde do Estado do Distrito Federal elaborou um manual com orientações acerca do atendimento na rede de saúde às vítimas de violência. As orientações referem-se primeiramente à identificação do tipo de violência dentre as diferentes populações (criança, adolescente, mulher e idoso), avaliação dos sinais e sintomas característicos de cada tipo (indicadores) e a abordagem da vítima. Identificado o tipo de violência e a população, há um fluxograma a ser seguido, que orienta a atenção a ser ofertada nos serviços e o papel de cada profissional³⁹. Funciona como orientador da atenção de modo a garantir que as mulheres vitimadas sejam acolhidas, com respeito a sua dignidade, e cuidadas no que prevê a integralidade em saúde.

Após a identificação dos indicadores de violência, é orientado que a mulher seja acolhida quanto à sua demanda de atendimento, abordando a violência. Prima-se pelo acolhimento humanizado, respeito e atenção à mulher e à violência sofrida, uma abordagem que evite a revitimização, afaste a culpa e valide o sofrimento experienciado. Para cada tipo de violência há um protocolo a ser adotado. No caso da violência sexual: anamnese, exame clínico e ginecológico,

profilaxia de DST/HIV, hepatite e anticoncepção de emergência; encaminhamento para o centro de referência em DST/HIV para acompanhamento médico, ginecológico e obtenção da medicação antirretroviral. Na violência física, a realização do exame clínico e tratamento dos ferimentos. E, na psicológica, a orientação à mulher e aos familiares acerca da violência sofrida³⁹.

Em todos os casos de violência cabe ao profissional encaminhar a mulher para acompanhamento psicossocial na rede de saúde e na rede de atenção intersetorial (Assistência Social – CRAS, CREAS, abrigos; serviços jurídicos) e, orientá-la sobre o registro de ocorrência na delegacia. Além disso, o profissional deverá preencher a ficha de notificação da violência e remetê-la para o Serviço Social ou para o Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência e para o Sistema de Informação da Secretaria Estadual de Saúde³⁹.

Além da identificação da violência, é necessário que os profissionais estejam capacitados para intervir após a revelação da violência³⁶. Apesar das orientações referentes aos encaminhamentos para a rede de saúde e para rede intersetorial, muitas mulheres acessam apenas o atendimento de emergência nos hospitais. O atendimento de emergência nos casos de violência física ou sexual é de suma importância. No entanto, este não pode ser o único recurso a ser acessado pela vítima, nem se limitar ao atendimento médico^{25,26}.

Diante da complexidade da violência, é importante que a abordagem à mulher seja interdisciplinar e que haja a integralidade das ações de acompanhamento³⁰. De acordo com Schraiber e D'Oliveira,⁴⁰ a violência tem consequências para a saúde que perpassam as marcas e cicatrizes físicas. Os serviços de saúde têm dificuldade em abordar a violência e, quando abordam, em muitos casos, o cuidado se limita ao tratamento dos ferimentos e hematomas físicos provocados, tratando-a como uma doença. Corre-se o risco, nessas situações, de revitimizar a mulher, tratá-la como um sujeito que necessita de cuidados especiais por ser mulher, sem considerar a violência como uma questão arraigada em questões culturais, sociais, psicológicas e de gênero.

Devido a questões sociais e culturais associadas à violência, a mulher pode compreender o encaminhamento para o serviço especializado como resultado da sua “doença” emocional, da sua “fraqueza” perante a violência. Nesse sentido, torna-se essencial abordar a violência, as consequências psicossociais,

orientar acerca dos serviços de acompanhamento e apoio à mulher para que a decisão sobre o encaminhamento seja definida de forma conjunta, sendo necessário, muitas vezes, respeitar o tempo da mulher⁴⁰.

Todas as estratégias utilizadas por profissionais dos serviços especializados estão pautadas na humanização do atendimento, vínculo, oferta de um espaço protegido para relato das situações de violência, acolhimento do sofrimento, desnaturalização dessas situações e fortalecimento das mulheres³⁸. A oferta de acompanhamento contínuo e humanizado nas UBS é uma forma de apoio e acompanhamento da mulher na superação da violência³⁶.

A estruturação e manutenção dos pontos de saúde que atendem mulheres vítimas de violência exigem articulação técnica e política. A discussão do atendimento ofertado é abordada como um paradoxo para o sistema de saúde no que se refere à violação do corpo da mulher, ao direito e à autonomia sobre esse corpo. Por isso, são necessários esforços que tenham como objetivo integrar os diferentes setores da sociedade, ofertando capacitação continuada quanto à violência, abordagem, rede de atendimento e tratamento à mulher⁴¹.

Os estudos denotam a mudança de paradigma no que se refere à visibilidade da violência como um problema de saúde e social, decorrente da ação de movimentos sociais e de governos que se ocupam da oferta, equidade de políticas públicas e de um serviço de saúde preocupado com a vida da mulher, no reparo do qual a história lhe é devedora e nessas contingências sociais. Do mesmo modo, o foco ainda tem sido na situação emergencial que é a acolhida, cuidado e acompanhamento, sinalizada a necessidade de se ocupar de ações de prevenção da violência e promoção de uma cultura de paz, que não se restringe somente ao território da saúde, pois convoca a interface com ações que se aproximem e amplie o diálogo com os movimentos sociais, que interfiram na cultura patriarcal e, pela educação, na formação humana.

CONCLUSÃO |

Dentre os resultados deste estudo, destaca-se o papel que os hospitais vêm desempenhando nesse cenário quanto à atenção ofertada às mulheres vítimas de violência sexual. Seguindo as orientações do Ministério da Saúde, quanto

ao acolhimento e tratamento, os hospitais são uma das referências para o atendimento de emergência. Alguns hospitais assumiram a responsabilidade em acompanhar e ofertar atendimento interdisciplinar especializado às mulheres, reconhecendo a complexidade, a atenção necessária, as consequências para a saúde e o caráter curativo e preventivo dessas ações.

Os serviços especializados, apesar do número de profissionais para atender à demanda, desenvolvem ações integradas quanto ao apoio e tratamento das mulheres vítimas de violência. O foco desses serviços está no fortalecimento das mulheres, na resignificação da violência e na retomada das suas vidas. A Atenção Básica, além do acolhimento, cuidado e acompanhamento, desempenha função na reorganização do modelo de saúde quanto à oferta de uma atenção integral, humanizada, territorializada e contextualizada ao local onde essas mulheres estão inseridas.

Nos três pontos de atenção que emergiram no estudo, há serviços que não se apropriaram dessa orientação no que se refere ao cuidado com a saúde da mulher vítima de violência, seja pela falta de preparo técnico, por concepções distorcidas acerca da violência e/ou pela desresponsabilização pelo cuidado. Mas, entende-se que, do mesmo modo que se avançou na compreensão da violência de gênero como um problema sanitário, compreendido como um processo ao considerar a história do SUS, é inegável o avanço na atenção em saúde.

Apesar das orientações do Ministério da Saúde para nortear as práticas dos serviços de saúde, é preciso que cada região e município organizem de maneira individualizada e contextualizada o cuidado com a saúde da mulher. A gestão municipal deve estar atenta à demanda de atendimento, oferecer atenção integral à saúde da mulher para detectar, diagnosticar e ofertar tratamento especializado e humanizado às vítimas de violência, estar atento às consequências psicológicas, bem como desenvolver ações de prevenção à violência e promoção de saúde.

A articulação e definição das competências dos serviços de saúde e dos profissionais que compõem as equipes são de extrema necessidade e urgência. Os serviços precisam se responsabilizar pelo cuidado da saúde da mulher de maneira integrada, articulada, humanizada e contextualizada. A ligação com os serviços da rede intersetorial que oferecem assistência à mulher vítima

de violência, como os serviços da Assistência Social, segurança pública e os recursos comunitários, podem proporcionar maior suporte e acolhimento do sofrimento da mulher, reconhecendo a complexidade da violência e a necessidade de ações complexas para a ressignificação e desnaturalização da violência, como também o fortalecimento das mulheres.

Dentre os estudos selecionados para esta revisão, predominaram os que se referiram à Assistência Hospitalar e à Atenção Básica. A Assistência Hospitalar está focada no atendimento emergencial, e adota a profilaxia às DST's e gravidez, com posterior encaminhamento para outros pontos de atenção. O serviço especializado visa ao acompanhamento e aprofundamento do cuidado em situações de risco. E, na Atenção Básica, quando há o endereçamento a essa face da violência, há a localização do agressor, que geralmente faz parte da rede vincular da mulher. A abordagem é ampliada e contextualizada, com ações de empoderamento para o enfrentamento da violência. Com base nos resultados, percebe-se a necessidade no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de uma cultura de paz, como também a articulação com movimentos sociais que visem à desnaturalização da violência e do papel da mulher na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Belato D. História contemporânea IV. Ijuí: Unijuí; 2011.
2. Souza E, Baldwin J, Rosa FH. A construção social dos papéis sexuais femininos. *Psicol Reflex Crit.* 2000; 3(13):485-96.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2002 [acesso em 6 abr 2006]. Disponível em: URL: <<http://pt.scribd.com/doc/65818661/Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude>>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.
5. Falcke D, Oliveira DZD, Rosa LWD, Bentancur M. Violência conjugal: um fenômeno interacional. *Contextos Clínicos.* 2009; 2(2):81-90.
6. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012 (atualização: homicídio de mulheres no Brasil). Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2012 [acesso em 6 abr 2013]. Disponível em: URL: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>.
7. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. São Paulo: SESC; 2010.
8. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global study on homicide: gender-related killing of women and girls [Internet]. Viena: UNODC; 2018 [acesso em 22 mar 2019]. Disponível em: URL: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf>.
9. Diniz CSG. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). In: Diniz S, Mirim L, Silveira L, editores. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher. São Paulo: Coletivo Feminista; 2006. p.15-44.
10. Silveira LPS. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. In: Diniz S, Silveira LML, organizadores. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): alcances e limites [Internet]. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; 2006 [acesso em 6 abr 2013]. Disponível em: URL: <http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/nucleos/pro_mulher/lenira.pdf>
11. Brasil. Secretaria de Políticas Para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas Para as Mulheres; 2011b.
12. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 20 set 1990;
13. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

14. Brasil. Lei nº 13.427, de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. Diário Oficial da União 31 mar 2017.
15. Brasil. Constituição (1998). Emenda constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União 16 dez 2016 [acesso em 22 mar 2019]. Disponível em: URL: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>>
16. Atallah AN, Castro AA. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. *Diagnóstico & Tratamento*. 1997; 2(2):12-5.
17. Campos MAMR, Schor N, Anjos RMPD, Laurentiz JCD, Santos DVD, Peres F. Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saúde Soc*. 2005; 14(1):101-9.
18. Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis*. 2006; 16(2):167-83. 19. Freitas FC, Lima MG, Dytz JLG. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde*. 2007; 18(3):185-96.
20. Campos MAMR, Schor N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. *Saude Soc*. 2008; 17(3):190-200.
21. Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):377-82.
22. Ramos CRA, Medicci VPG, Puccia MIR. Mulheres vitimadas sexualmente: perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009; 27(1):22-7.
23. Hanada H, D’Oliveira AFPL, Schraiber LB. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Rev Estud Fem*. 2010; 18(1):33-60.
24. Berger SMD, Giffin KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):391-405.
25. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(1):81-94.
26. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(1):129-37.
27. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):465-9.
28. Faria AL, Araújo CAA, Baptista VH. Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté. *Rev Eletr Enf*. 2008; 10(4):1138-43.
29. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(4):701-13.
30. Mattar R, Abrahão AR, Andalafte Neto J, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR, et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):459-64.
31. Bonfim, EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(1):97-104.

32. Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(31):287-99.

33. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(6):1053-9.

34. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1943-52.

35. Oliveira C, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):605-12.

36. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(28):165-74.

37. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1037-50.

38. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5):1088-95.

39. Vilela LF. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2008.

40. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface (Botucatu)*. 1999; 3(5):11-26.

41. Vilela W, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):471-5.

Correspondência para/Reprint request to:

Sílvia Schein

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre,

Rua Sarmento Leite, 245,

Porto Alegre/RS, Brasil

CEP: 90050-170

Tel.: (51)3303-8700

E-mail: silviaschein@yahoo.com.br

Recebido em: 13/03/2019

Aceito em: 18/06/2019