



Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede*

Health care for women in situations of violence:
discoordination of network professionals

Atención a la salud de mujeres en situación de violencia:
desarticulación de los profesionales en red

Jaqueline Arboit¹, Stela Maris de Mello Padoin¹, Letícia Becker Vieira², Cristiane Cardoso de Paula¹, Marta Cocco da Costa³, Laura Ferreira Cortes¹

Como citar este artigo:

Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016013603207>

* Extraído da dissertação “Concepções e ações de profissionais da saúde para atenção em rede às mulheres em situação de violência”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2016.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Ciências da Saúde, Campus Palmeira das Missões, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To learn the conceptions and actions of health professionals on the care network for women in situations of violence. **Method:** A qualitative, descriptive, exploratory study was conducted between April and July 2015 with the participation of 21 health professionals from four primary health care teams in a city of the central region of the state of Rio Grande do Sul. Data were collected by means of individual semi-structured interviews. Content analysis was used for data systematization. **Results:** Health professionals recognized the importance of the health care network for coping with the problem of violence against women. However, their conceptions and actions were limited by the discoordination or absence of integration among professionals and services of the care network. **Conclusion:** The conceptions and actions of health professionals contribute to the discoordination among the services. It is necessary to reflect on the daily practices of care for women in situations of violence.

DESCRIPTORS

Violence against Women; Health Personnel; Women's Health; Health Care.

Autor correspondente:

Jaqueline Arboit
Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336,
Cidade Universitária, Bairro Camobi
CEP 97105-900 - Santa Maria, RS, Brasil
jaqueline.arboit@hotmail.com

Recebido: 19/04/2016
Aprovado: 13/12/2016

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é reconhecida internacionalmente como um meio de violação dos direitos humanos, impactando-as no que tange aos direitos à vida, à saúde e à integridade física e mental⁽¹⁾. De acordo com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará, essa problemática refere-se a qualquer ato ou conduta pautada em questões de gênero, que provoque morte, agravo ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica à mulher tanto no âmbito público como no privado⁽²⁾.

Como um problema de saúde pública prevalente em todo o mundo, a violência contra as mulheres requer a interlocução de vários setores da sociedade para o seu enfrentamento e prevenção. Assim, são necessários investimento em ações políticas, sociais e econômicas, por meio da atuação dos governos, das instituições que assistem essas mulheres e de toda a sociedade⁽¹⁾. Nesta perspectiva, o setor saúde necessita constituir-se como parte da resposta multissetorial^(1,3), uma vez que sozinho não consegue atender às necessidades das mulheres em situação de violência, dada a complexidade deste problema.

Desta forma, torna-se fundamental que a atenção à saúde dessas mulheres aconteça no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Esta é definida como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para ofertar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida”⁽⁴⁾.

Entende-se que no setor da saúde, particularmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais se encontram em uma posição estratégica para assistir as mulheres em situação de violência^(3,5), denotando a importância do acolhimento, escuta e acompanhamento⁽⁶⁾.

Assim, a APS, uma vez inserida nas redes de atenção à saúde, é considerada como reorientadora do sistema, e não apenas um nível dele⁽⁷⁾. Seu papel dentro dessa rede é constituir o centro de comunicação, ordenar e reorganizar fluxos, contrafluxos de usuários, produtos e informações, ao longo de todos os pontos que a formam, de modo a promover uma atenção qualificada, integral e que contemple as necessidades das usuárias⁽⁴⁾, especialmente, aquelas direcionadas às mulheres em situação de violência.

Considerando-se a importância de pesquisas nesta temática, elegemos como objeto de estudo as concepções e ações de profissionais de serviços da APS para a atenção em rede às mulheres em situação de violência. O pressuposto guia da investigação é que a atuação dos profissionais da APS é um elemento-chave na detecção de situações de violência, na promoção da saúde e bem-estar das mulheres e na prevenção de agravos decorrentes da violência vivida, bem como de futuras ocorrências^(5-6,8).

Diante do exposto, delineou-se como objetivo do estudo: conhecer as concepções e ações de profissionais de saúde sobre a rede de atenção às mulheres em situação de violência.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida no período de abril a julho de 2015 com quatro equipes,

sendo uma equipe do modelo tradicional denominada de Unidade Básica de Saúde (UBS) e três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. No cenário deste estudo, não há uma rede de saúde estruturada para atenção às mulheres em situação de violência. Existem serviços de referência para atendimento à saúde de mulheres em situação de violência sexual, unidades de pronto atendimento para as situações de risco de vida e centros de referência de assistência social, os quais desenvolvem suas atribuições, sem comunicação entre si.

As participantes do estudo foram 21 profissionais de saúde integrantes das equipes de UBS e ESF. Foi estabelecido como critério de inclusão: ser profissional de saúde trabalhadora desses locais. Como critério de exclusão: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza (gestante, doença, adotante), no período.

Considerando-se que as participantes deste estudo foram predominantemente do sexo feminino, e que a violência contra as mulheres é um agravo ancorado na construção desigual de gênero, optou-se por fazer referência às participantes no feminino.

Para o acesso às participantes, foi realizado contato com a coordenação de cada uma das unidades cenário do estudo, e construída uma lista das profissionais que poderiam participar. Deu-se início às entrevistas semiestruturadas, realizadas em caráter individual, com agendamento prévio conforme a disponibilidade de cada uma das participantes. As entrevistas foram realizadas no serviço em que elas trabalhavam, em um espaço que garantiu sua privacidade. Tiveram duração média de aproximadamente 35 minutos, sendo gravadas em MP3 com o consentimento das participantes, de modo a registrar integralmente as falas, assegurando material autêntico para a análise. Após, foram transcritas na íntegra com o apoio do Programa Word.

Para a entrevista foi elaborado um roteiro dividido em duas partes: a primeira relacionada com os dados sociodemográficos e de formação das profissionais de saúde, contendo questões fechadas, e a segunda parte composta por questões abertas referentes às concepções e ações em rede desenvolvidas por estas profissionais junto às mulheres em situação de violência. O recorte empírico delimitou-se pela saturação dos dados, empregada para estabelecer ou fechar o número final de participantes no estudo, interrompendo a inclusão de novas participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação da pesquisadora, certa reincidência, não sendo considerado relevante dar continuidade à coleta de dados⁽⁹⁾.

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o protocolo CAEE nº 39432114.1.0000.5346 e Parecer nº 928.490. Atendeu à Resolução 466/2012, sendo respeitados os princípios éticos da autonomia, da beneficência, não maleficência e justiça.

Antes do procedimento de coleta de dados, as participantes foram esclarecidas acerca da pesquisa e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando com uma via, e a pesquisadora, com outra. Para garantir o anonimato das participantes, estas foram

identificadas a partir da letra E, referente à entrevistada, seguida de número ordinal (ex. E1, E2...E21).

Por meio da análise de conteúdo, foi possível identificar duas categorias empíricas, percorrendo as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁹⁾. Primeiramente, foi realizada a transcrição dos dados obtidos por meio das gravações das entrevistas semiestruturadas, de forma literal, em um editor de textos, constituindo o *corpus* da pesquisa. Em seguida, este foi impresso de modo a facilitar o manuseio.

A pré-análise correspondeu à organização do material para posterior análise, com base no objetivo do estudo. Esta etapa foi realizada mediante a escuta das gravações e a leitura fluente, que consistiu no primeiro contato com o material oriundo das entrevistas, a partir do qual emergiram as impressões iniciais. A seguir, por meio da sequência de leituras exaustivas, os trechos das falas das participantes foram grifados com pincel marca-texto de cores diferentes, segundo as ideias semelhantes. A aplicação da técnica cromática possibilitou compor o material que foi submetido a uma análise mais aprofundada.

Na fase de exploração do material, foi realizado o recorte de informações comuns encontradas no conteúdo das falas transcritas, o qual subsidiou a constituição de categorias. Assim, foram enumeradas as unidades de registro, que se referem a palavras, frases e expressões que dão sentido ao conteúdo das falas e sustentam a definição das categorias.

Nesta fase, o primeiro passo compreendeu a busca dos temas que compuseram as unidades de registro. Após encontrar estas unidades, tornou-se possível definir as duas categorias temáticas. A categorização consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões mais significativas dentro do *corpus* de análise.

A última fase constitui-se no tratamento dos dados obtidos e interpretação. Nesta, a pesquisadora busca propor inferências e interpretações acerca dos resultados, sempre retornando aos objetivos do estudo. Desta forma, os recortes realizados anteriormente foram analisados de acordo com a fundamentação teórica.

RESULTADOS

As profissionais de saúde entrevistadas foram sete agentes comunitárias de saúde, seis técnicas em enfermagem, cinco enfermeiras e três médicas. Caracterizam-se por idade entre 26 e 66 anos, com predomínio de profissionais do sexo feminino (71,4%). O grau de instrução variou de ensino médio completo (33,3%) a pós-graduação completa (29,0%). Em relação ao tempo de exercício na profissão, este variou de menos de um ano (19,05%) a mais de 30 anos (4,8%).

Da análise dos dados emergiram duas categorias empíricas: concepções acerca da rede de atenção à saúde; e as ações desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde.

CONCEPÇÕES DAS PROFISSIONAIS ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O estudo mostra diversas concepções das profissionais de saúde acerca da rede de atenção à saúde: concepção de rede

limitada ao setor da saúde; entendimento de que a rede é de responsabilidade do município; rede resultante da integração de serviços de diversas áreas; e limitações da rede.

A **concepção de rede é limitada ao setor da saúde** quando a participante aponta que a atenção às mulheres em situação de violência deverá acontecer no âmbito da saúde.

Locais que oferecem atendimento para essas mulheres: unidade básica de saúde, o pronto atendimento, a vigilância em saúde (E4).

Outras participantes revelam uma concepção de que a rede é de responsabilidade da gestão municipal, por meio dos serviços ofertados por suas secretarias.

A rede de atenção à saúde seria a Secretaria de Saúde, a de Assistência Social (E1).

É um conjunto de suporte que o município oferece para esses casos (de violência contra as mulheres) (E8).

Algumas participantes demonstram uma **concepção da rede como resultante da integração de serviços de diversas áreas**, sendo assim, uma concepção ampliada do que seria a rede de atenção às mulheres em situação de violência, incluindo outras instituições além do setor de saúde.

Rede de atenção são vários órgãos (...) a delegacia da mulher, o Centro de Referência de Assistência Social, casa de passagem (E15).

A delegacia da mulher, as unidades de saúde, casa de acolhimento (E13).

Trabalhar com aquele conceito de rede ampliada: delegacia, escola, Centro de Atenção Psicossocial (...) buscar construir a rede de apoio de acordo com o perfil da mulher (E16).

Por meio de experiências prévias as profissionais revelaram **as concepções das limitações da rede**, em que alguns serviços de atenção a essas mulheres não estão integrados entre si, e por isso não conseguem atender às demandas das mulheres de modo resolutivo.

Todo mundo fala em rede, mas a rede tem vários buracos (...) nosso trabalho diz que é em rede, mas não funciona como rede ainda (...) nem todo serviço funciona. Pode funcionar o nosso aqui, chega lá na outra ponta e não funciona (E17).

No papel é uma coisa, mas a realidade é outra (E14).

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nas ações pontuadas pelas profissionais de saúde, a atenção às mulheres em situação de violência pode ser desenvolvida nos seus serviços de APS, a exemplo de ações como o acolhimento inicial; orientações e encaminhamentos; e notificação.

No que se refere à atuação das profissionais, o **acolhimento inicial** está relacionado com a escuta desde a entrada das mulheres no serviço. Também se mostraram disponíveis quando buscavam compreender o contexto da situação de violência e os sentimentos experimentados pelas mulheres.

Acolher essa mulher, ouvi-la (...) (E4).

Em primeiro lugar, eu a acolho, converso (E5).

Conversar com ela (...) se veio até nós, ela quer ajuda (E14).

A primeira coisa eu pergunto para a mulher: como ela se sentiu (...) o que tem vontade (de fazer) (...) (E15).

Outras formas de atuação reveladas foram **orientações e encaminhamentos**. De acordo com os depoimentos, as participantes do estudo mencionam algumas orientações e esclarecimentos, reforçando a ideia de que a violência não é algo banal e que a denúncia se faz necessária. Com a equipe buscavam a resolução de situações de violência contra as mulheres no território em que atuavam. Em geral, iniciavam com o encaminhamento da situação à enfermeira coordenadora da ESF ou UBS, sendo determinadas quais ações seriam adotadas. Revelaram também que encaminhavam os casos para profissionais de outros serviços de atenção à saúde.

A gente orienta a fazer (boletim de ocorrência) (...) A gente monitora, conversa com o Agente Comunitário de Saúde, vê se a mulher fez as condutas (...) se aquele companheiro vai continuar ou não na casa (E1).

Explicar sobre os seus direitos, falar da Lei Maria da Penha (E3).

Levar até o médico, pedir o encaminhamento para um psicólogo ou para um psiquiatra (...) trabalhar em conjunto (E4).

Encaminhar para o Instituto Médico Legal, para fazer o exame de corpo de delito (E7).

Chamo sempre a enfermeira e resolvo com ela. (...) se resolve melhor em equipe (E20).

As profissionais de saúde mencionaram nas suas ações que a **notificação compulsória** da violência era realizada tanto em casos confirmados quanto em casos suspeitos. No entanto, algumas profissionais de saúde se sentiam receosas em realizar a notificação dos casos.

Notificar o caso, porque mesmo em casos de suspeita notifica-se (E8).

Eu informo a mulher da importância da notificação, a deixo tranqüila, explicando que aquilo não é uma denúncia (E16).

Eu oriento, mas não notifico porque isso envolve polícia (E7).

DISCUSSÃO

Para estas profissionais, a concepção de rede limitada ao setor da saúde perpassa a existência de serviços que estão atuando de forma individualizada, os quais não conversam entre si. O que leva as profissionais a não identificarem com quais serviços podem contar para desenvolver a atenção às mulheres em situação de violência.

Nesse sentido, faz-se necessário que o setor da saúde conheça as atribuições dos profissionais e serviços que podem compor a rede de atenção à saúde, para buscar estabelecer comunicação com os equipamentos sociais para além da área de abrangência, atingindo demais recursos da comunidade⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

De acordo com os depoimentos das profissionais de saúde, as limitações da rede no cenário estudado estão relacionadas com os serviços que atuam de modo desarticulado. Tais dados convergem com uma pesquisa com mulheres em situação de violência na Alemanha, a qual revelou que metade destas mulheres experienciaram um isolamento entre os serviços do sistema de saúde, que foram a sua primeira

ajuda formal, com os demais setores disponíveis, como a justiça criminal, o que não caracteriza o trabalho em rede⁽¹²⁾.

Embora no Brasil tenham ocorrido diversos avanços quanto às legislações, políticas públicas e constituição de serviços direcionados à atenção às mulheres em situação de violência (como delegacias de defesa da mulher, casas abrigos, defensorias da mulher), ainda existe uma série de obstáculos a serem vencidos. Estes se relacionam com a qualidade da atenção que os serviços prestam às mulheres que vivenciam a violência, e principalmente com a dificuldade de articulação intersetorial⁽¹¹⁾.

As concepções de grande parte das profissionais de saúde acerca da rede de atenção à saúde dessas mulheres estão relacionadas com a integração de um amplo conjunto de serviços de caráter intersetorial. Dentre esses serviços cita-se a Secretaria de Saúde, Secretaria de Assistência Social, UBS, Centros de Atenção Psicossocial, delegacia da mulher, Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), Pronto Atendimento e casa de passagem.

Tais concepções estão em conformidade com a orientação ministerial e política, segundo a qual a atenção à saúde deve ser prestada de modo intersetorial e multiprofissional, mediante os esforços coletivos dos serviços, unidos em prol de um objetivo em comum⁽¹³⁾, que se trata da atenção às mulheres em situação de violência.

Os resultados revelaram a necessidade de reforçar as ações que as profissionais de saúde já desenvolvem na APS, como o acolhimento e a escuta. Em se tratando do acolhimento, este se refere a um processo contínuo, o qual é permeado pela escuta qualificada, que permite compreender o contexto da situação. Deve ser realizado desde o momento em que a mulher acessa o serviço de saúde, até que suas necessidades sejam atendidas de modo integral neste, ou que seja encaminhada para outro local dentro da rede de atenção à saúde.

Estudos sinalizam a importância de os profissionais de saúde se manterem disponíveis para as demandas das mulheres em situação de violência, ouvindo-as com empatia e ofertando-lhes um espaço resguardado onde possam garantir a confidencialidade das informações relatadas sobre a violência vivida⁽³⁾. Ainda, considerando-se que as manifestações da violência são explícitas e não explícitas, a atitude de escuta torna-se fundamental, como demonstrado por estudo realizado com profissionais da Atenção Primária da Catalunha e Costa Rica⁽⁸⁾.

O acolhimento retrata, portanto, a proteção e o cuidado por parte dos profissionais às mulheres que vivenciam a violência⁽¹⁴⁾. Este configura a dimensão relacional do trabalho em saúde⁽¹⁵⁾, e poderá superar a relação profissional da saúde *versus* mulher, caracterizada em alguns estudos como frágil⁽¹⁶⁾.

As orientações estão relacionadas com a denúncia do agressor e com a legislação que protege as mulheres nesta situação, como a Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha⁽¹⁷⁾. Além disso, visam ao empoderamento dessas mulheres para que consigam desnaturalizar a violência presente em suas vidas. Reconhecer que a violência não é algo banal e que a denúncia se faz necessária são ações fundamentais para o enfrentamento dessa problemática.

Em se tratando especificamente da Lei Maria da Penha, criada para reprimir a violência de caráter doméstico e familiar contra a mulher⁽¹⁷⁾, a pesquisa DataSenado revelou que esta é conhecida por 100% das mulheres no Brasil⁽¹⁸⁾. A legislação foi sendo apropriada pela população, compreendida como um direito das mulheres e um instrumento legal a ser empregado por estas no enfrentamento das situações de violência⁽¹⁹⁾.

Ao notificar a violência, as profissionais demonstram comprometimento com o enfrentamento dessas situações, compreendendo sua relevância para a construção do quadro epidemiológico da região em que as UBS e a ESF se encontram. A análise desse quadro possibilitará aos gestores repensarem sobre as políticas públicas e programas relacionados com a violência contra as mulheres, visando qualificá-los para uma melhor atenção à saúde desse grupo populacional. Esta conduta vai ao encontro do que o Ministério da Saúde regulamenta na portaria que define a notificação compulsória de doenças, agravos e outros eventos em todo o país⁽²⁰⁻²²⁾.

Neste estudo, o monitoramento era desenvolvido pelos profissionais de saúde mediante a coleta de informações junto às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), pois são as profissionais que estão mais próximas das mulheres que vivenciam a violência e de suas famílias. Esses dados corroboram estudo que buscou compreender a violência contra as mulheres na perspectiva das ACS, o qual revelou que estas profissionais estão entre os principais atores envolvidos na identificação e enfrentamento de situações de violência contra as mulheres⁽⁶⁾.

Isso se deve, dentre outros aspectos, à regularidade com que as ACS visitam as famílias das mulheres adritas no território da ESF, assim como ao diálogo que estabelecem com estas, o que permite a construção de uma relação pautada na confiança. Quanto à relevância da visita domiciliar, estudo evidencia a eficácia desta atividade em curto prazo, na diminuição da violência por parceiro íntimo e no acompanhamento das mulheres que a vivenciam⁽²³⁾.

Assim, o papel da ACS é fundamental na criação de estratégias que visem modificar as situações de violência vivenciadas pelas mulheres em suas áreas de atuação. Contudo, para que isso se torne possível, estas profissionais precisam do apoio de outros membros da equipe, como o enfermeiro, por exemplo, o qual pode capacitá-las para realizar a identificação e os encaminhamentos de usuárias que vivenciam a violência⁽²⁴⁾.

O trabalho em equipe foi apontado pelas profissionais de saúde como um meio para solucionar mais facilmente as situações de violência vivenciadas pelas mulheres. Neste sentido, entende-se a necessidade de superação da fragmentação do processo de trabalho e o fortalecimento das relações entre os diferentes profissionais, buscando alcançar objetivos comuns, considerando sempre a interdependência entre os seus integrantes⁽²⁵⁾.

Quanto ao encaminhamento, este busca a qualificação da atenção prestada inicialmente no serviço de saúde às mulheres em situação de violência. As profissionais de saúde desta investigação encaminhavam as mulheres para outros profissionais no âmbito da rede de atenção, tais como: assistente social, médico clínico geral, ginecologista e psicólogo. Os serviços: Hospital Universitário, Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde variavam conforme o tipo de

violência. Na direção destes achados, estudo aponta que além de identificar a violência vivenciada pelas mulheres, as ações dos profissionais de saúde devem incluir o suporte inicial a estas e posterior encaminhamento para outros serviços⁽³⁾.

No entanto, o fato de encaminhar as mulheres pode ser uma forma que os profissionais de saúde encontram para deixar de trabalhar com o problema⁽¹⁰⁾, o que acarreta a revitimização. Essa revitimização se dá pelo fato de que a mulher em situação de violência precisa relatar novamente a sua vivência a cada serviço ou profissional que procura. É uma experiência difícil e que representa uma barreira pessoal na busca de cuidados de saúde⁽¹²⁾.

Assim, para não revitimizar as mulheres os profissionais podem lançar mão de algumas estratégias, como conhecer os serviços para onde vão encaminhá-las com vistas ao apoio social⁽²⁶⁾, reconhecer a singularidade de cada mulher e seu contexto de vida, dialogando e concebendo novas perspectivas para o cuidado por meio de discussões conjuntas, valorizando a mulher como sujeito de sua própria história⁽²⁷⁾.

De acordo com o Mapa da Violência, em 2014 mulheres jovens e adultas em situação de violência, após serem atendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, foram encaminhadas em 46,2% e 46,1% dos casos, respectivamente. Os encaminhamentos foram realizados, principalmente, para as delegacias de polícia gerais, delegacias da mulher, Ministério Público e CREAS^(10,21).

No estudo em tela, as profissionais relataram que os encaminhamentos se davam a profissionais e serviços para além do setor de saúde, como psicologia, segurança pública e de assistência social. No entanto, as ações são desarticuladas entre os serviços, externando a falta de uma rede de atenção às mulheres estruturada e atuante no município em questão.

CONCLUSÃO

As concepções das profissionais de saúde acerca da rede de atenção perpassam a visão limitada ao setor de saúde e responsabilização do município. De modo positivo, concebem a rede como resultante da integração de serviços e áreas, mas a desarticulação ou ausência de integração faz com a rede não funcione. No que se referem às ações desenvolvidas nos serviços de APS, o acolhimento inicial, as orientações, os encaminhamentos e a notificação foram destacadas.

As concepções aqui relatadas estão relacionadas com as ações das participantes do estudo, o que implica ações desarticuladas entre as profissionais e os serviços. Nesta perspectiva, recomenda-se que os profissionais de saúde estejam preparados para ofertar às mulheres uma atenção resolutiva, pautada no acolhimento e na escuta qualificada com foco na integralidade das ações em saúde.

Embora o estudo limite-se pelo fato de ter sido desenvolvido em alguns dos serviços de APS de um único município, os resultados contribuem para que os profissionais de saúde reflitam sobre suas práticas cotidianas no que se refere à atenção às mulheres em situação de violência, na perspectiva de rede, apontando desafios que precisam ser superados. Entre estes se encontra a necessidade de criação de estratégias para a integração entre os serviços.

RESUMO

Objetivo: Conhecer as concepções e ações de profissionais de saúde sobre a rede de atenção às mulheres em situação de violência. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado no período de abril a julho de 2015. Participaram 21 profissionais de saúde de quatro equipes da Atenção Primária à Saúde em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas semiestruturadas e individuais. Para sistematização dos dados, empregou-se a análise de conteúdo. **Resultados:** Os profissionais de saúde reconheciam a importância da rede de atenção à saúde no enfrentamento da problemática da violência contra as mulheres. Contudo, suas concepções e ações eram limitadas pela desarticulação ou ausência de integração entre os profissionais e serviços da rede de atenção. **Conclusão:** As concepções e ações dos profissionais de saúde contribuem para a desarticulação entre os serviços. Faz-se necessário refletir acerca das práticas cotidianas de cuidados direcionados às mulheres em situação de violência.

DESCRITORES

Violência contra a Mulher; Pessoal de Saúde; Saúde da Mulher; Assistência à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las concepciones y acciones de profesionales sanitarios acerca de la red de atención a las mujeres en situación de violencia. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, llevado a cabo en el período de abril a julio de 2015. Participaron 21 profesionales sanitarios de cuatro equipos de la Atención Primaria de Salud en un municipio de la región central del Estado de Río Grande do Sul. La recolección de datos ocurrió mediante entrevistas semiestructuradas e individuales. Para sistematización de los datos, se empleó el análisis de contenido. **Resultados:** Los profesionales sanitarios reconocían la importancia de la red de atención sanitaria en el enfrentamiento de la problemática de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, sus concepciones y acciones estaban limitadas por la desarticulación o ausencia de integración entre los profesionales y servicios de la red de atención. **Conclusión:** Las concepciones y acciones de los profesionales sanitarios contribuyen a la desarticulación entre los servicios. Es necesario reflejar acerca de las prácticas cotidianas de cuidados dirigidos a las mujeres en situación de violencia.

DESCRIPTORES

Violencia contra la Mujer; Personal de Salud; Salud de la Mujer; Atención de Salud.

REFERÊNCIAS

1. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. 2015;385(9978):1685-95.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2015 dez. 10]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
3. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567-79.
4. Organización Panamericana de Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington: OPAS; 2010 [citado 2016 Jan. 15]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250
5. Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2014;46(2):188-94.
6. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violence against women in the perspective of community health agents. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 29];34(1):180-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_23.pdf
7. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília: OPAS; 2011 [citado 2016 jan. 17]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf
8. Loría KR, Rosado TG, Alvarado R, Sánchez AF. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Aten Prim*. 2015;47(8):490-7.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Rodrigues VP, Machado JC, Simões AV, Pires VMMM, Paiva MS, Diniz NMF. The practice of family health strategy workers when caring for women in gender violence situations. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 14];23(3):735-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00735.pdf>
11. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Santos SS, Erdmann AL, Gomes NP. Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 12];23(3):778-86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/en_0104-1290-sausoc-23-3-0778.pdf
12. Larsen MM, Krohn J, Püschel K, Seifert D. Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany. *Health Care Women Int*. 2014;35(4):359-79.
13. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2015 dez. 12]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>
14. Barros LA, Albuquerque MCS, Gomes NP, Riscado JLS, Araújo BRO, Magalhães JRF. The (un)receptive experiences of female rape victims who seek healthcare services. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 05];49(2):193-200. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v49n2/0080-6234-reusp-49-02-0193.pdf>

15. Oliveira RNG de, Fonseca RMGS. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2016 June 13];23(2):299-306. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/0104-1169-rlae-3455-2555.pdf>
16. Vieira LB, Souza IE de O, Tocantins FR, Pina-Roche F. Support to women who denounce experiences of violence based on her social network. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2016 June 13];23(5):865-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/0104-1169-rlae-23-05-00865.pdf>
17. Debert GG, Gregori MF. Conceptualising violence and gender in the Brazilian context: new issues and old dilemmas. *Feminist Theory*. 2016;17(2):175-90.
18. Brasil. Senado Federal. Secretaria de Transparência. Violência doméstica e familiar contra a mulher [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2016 fev. 08]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf
19. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2016 jan. 09];18(3):691-700. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/15.pdf>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo nacional e estabelece fluxo, critérios e responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2015 dez. 03]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011
21. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015. Atualização: homicídios de mulheres no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Latino-Americanos – Cebela; 2015 [citado 2015 dez. 05]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
22. Silva LEL, Oliveira MLC. Violence against women: systematic review of the Brazilian scientific literature within the period from 2009 to 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 15];20(11):3523-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/en_1413-8123-csc-20-11-3523.pdf
23. Prosmans GJ, Lo Fo Wong SH, van der Woudenb JC, Lagro-Janssen AL. Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review. *Fam Pract*. 2015;32(3):247-56.
24. Arboit J, Costa MCC, Hirt MC, Padoin SMM, Colomé ICS, Soares JFS. Violência doméstica contra mulheres rurais: interfaces de gênero na concepção de agentes comunitários de saúde. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2016 jan. 15];14(2):1067-74. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23650>
25. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato P. The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 15];20(1):90-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0090.pdf
26. Gomes NP, Erdmann AL, Rebouças-Gomes N, Silva-Monteiro D, Santos RM, Menezes-Couto T. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 2016 out. 14];17(6):823-35. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a01.pdf>
27. Vieira LB, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2016 jul. 27];15(4):678-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a04v15n4.pdf>

