

Maria José Duarte Osis

Graciana Alves Duarte

Aníbal Faúndes

Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais

Violence among female users of healthcare units: prevalence, perspective and conduct of managers and professionals

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de violência em mulheres usuárias da atenção primária em saúde, se essas situações eram detectadas e como eram tratadas pelos profissionais desses serviços.

MÉTODOS: Estudo descritivo, de corte transversal, com 14 coordenadores municipais de saúde da mulher, 2.379 usuárias de unidades básicas de saúde, 75 gestores e 375 profissionais, em 15 municípios do estado de São Paulo, realizado entre agosto de 2008 e maio de 2009. Os dados foram coletados por questionários estruturados e realizou-se análise descritiva.

RESULTADOS: Protocolo de atendimento específico para as mulheres em situação de violência foi mencionado em cinco municípios. A maioria dos coordenadores disse que situações de violência entre as usuárias eram detectadas, embora 74% dissessem que isso não era investigado rotineiramente, o que foi confirmado por 72,3% dos profissionais. Entre as mulheres, 76,5% referiram ter sofrido algum tipo de violência ao longo da vida e 56,4% relataram violência por parceiro íntimo; cerca de 30% mencionaram pelo menos um episódio nos últimos 12 meses; 6,5% disseram ter procurado ajuda em Unidade Básica de Saúde.

CONCLUSÕES: Relevante proporção de usuárias vivenciava violência em seu cotidiano, especialmente por parceiros íntimos. Maior parte das mulheres não era identificada ou abordada nesses serviços e não recebia ajuda. Gestores e profissionais de saúde, embora percebessem a magnitude do problema, não consideravam a atenção básica preparada para atender essas mulheres. Evidenciou-se a ausência de rede intersetorial de cuidados para atender mulheres em situação de violência.

DESCRITORES: Atitude do Pessoal de Saúde. Serviços Básicos de Saúde. Mulheres Maltratadas. Violência contra a Mulher. Epidemiologia Descritiva.

Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Maria José Duarte Osis
R. Vital Brasil, 200
Cidade Universitária
13083-888 Campinas, SP, Brasil
E-mail: mjosis@cemicamp.org.br

Recebido: 4/3/2011
Aprovado: 12/10/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of violence in women who are primary healthcare users and to verify if these situations were detected and how they were tackled by these services' professionals.

METHODS: Descriptive, cross-sectional study carried out with 14 municipal women's health coordinators, 2,379 women who are users of primary healthcare units, 75 managers and 375 professionals, in 15 municipalities of the State of São Paulo (Southeastern Brazil), between August 2008 and May 2009. Data were collected through structured questionnaires and a descriptive analysis was conducted.

RESULTS: A specific protocol for assisting women in situations of violence was mentioned in five municipalities. The majority (83%) of the coordinators reported that situations of violence among female users were detected, although 74% said this was not routinely investigated, which was confirmed by 72.3% of the professionals. Among the women, 76.5% reported having experienced some type of violence throughout their lives, and 56.4% said that an intimate partner was the perpetrator of that violence; almost 30% reported at least one episode in the 12 months prior to the interview; 6.5% reported looking for help at a Primary Healthcare Unit.

CONCLUSIONS: A relevant proportion of users experienced violence in their daily routine, mainly perpetrated by an intimate partner. Most of the women were neither identified nor approached in these services and did not receive help. Although health managers and professionals realized the magnitude of the problem, they did not consider that primary care was prepared to assist these women. The study showed that there is no intersectoral care network to assist women in situation of violence.

DESCRIPTORS: Attitude of Health Personnel. Basic Health Services. Battered Women. Violence Against Women. Epidemiology, Descriptive.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é uma das maiores preocupações na saúde e nos direitos humanos. A violência atinge mulheres no mundo todo e em todos os períodos de seu ciclo vital, provocando sérios prejuízos à sua saúde e ao desenvolvimento psicossocial.^{5,15} A violência contra a mulher ocorre principalmente no ambiente doméstico, pelo parceiro.^{2,6,8,15} A violência no lar tende à evolução progressiva: inicia-se na violência psicológica/emocional, passa pela violência física e culmina na violência sexual.⁸

A violência produz danos à saúde da mulher e é responsável por muitas queixas com as quais elas recorrem aos serviços de saúde, como problemas ginecológicos em geral, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, insônia, ansiedade, disfunção sexual e desordem alimentar.^{5,7,16} Serviços do nível básico de atenção

lidam cotidianamente com esses problemas e, não raro, oferecem respostas ineficazes às mulheres por não abordarem sua origem: a violência, muitas vezes cronicamente sofrida.¹⁶

O Governo Federal brasileiro lançou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres em 2008 com o objetivo de promover o enfrentamento de todas as formas de violência contra mulheres de todas as idades e prover atendimento específico e qualificado à sua saúde.^a O Ministério da Saúde tem proposto medidas para disponibilizar atendimento efetivo, integral e processual às mulheres em situações de violência a partir da atenção básica – porta de entrada no sistema público de saúde, incluindo as unidades básicas de saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).^{b,c,d} Os serviços de saúde, contudo, não costumam ser procurados por

^a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Il Plano Nacional de Políticas para as mulheres. Brasília; 2008.

^b Ministério da Saúde (BR). Guia Prático do Programa da Saúde da Família. Brasília; 2001.

^c Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Mulher. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília; 2004.

^d Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Matriz pedagógica para formação de redes. Brasília; 2006[citado 2012 jan 30]. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0069_M.pdf

mulheres que vivenciam situações de violência como possíveis fontes de ajuda, a despeito dos sérios danos físicos e psicológicos que experimentam.²

Muitas mulheres que se consultam em UBS e nos setores de emergência de hospitais vivenciam ou vivenciaram situações de violência,^{10,17,19} mas isso não é frequentemente investigado e escapa ao conhecimento dos que ali atuam. Assim, perde-se a oportunidade de intervir sobre essas situações e de desenvolver ações preventivas. Mesmo em países desenvolvidos, poucos profissionais perguntam rotineiramente sobre violência,⁴ alegando falta de tempo; constrangimento em abordar o tema com mulheres que não aparentam ter problemas com violência; medo de que lhes revelem situações com as quais não saberiam e não teriam recursos para lidar; falta de treinamento; falta de suporte nos serviços de saúde e na comunidade para auxiliar as mulheres; desconhecimento de medidas cientificamente aprovadas para lidar com situações de violência.¹⁶ Há controvérsias quanto à eficácia de questionar todas as mulheres sobre a vivência de violência em atendimento de saúde.¹⁴

O presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência de violência em mulheres usuárias de UBS/ESF, se essas situações eram detectadas e como eram tratadas pelos profissionais desses serviços de saúde.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, com gestores municipais, profissionais de saúde e mulheres usuárias de UBS do Estado de São Paulo, realizado de agosto de 2008 a maio de 2009. Fizeram parte 15 dos 17 municípios-sede de Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, da Secretaria Estadual de Saúde: Grande São Paulo, Araçatuba, Araraquara, Baixada Santista, Campinas, Franca, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Registro, Sertãozinho, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto, Sorocaba e Taubaté. Não foi possível coletar dados em Bauru e Barretos, por não terem sido identificados coordenadores locais.

Os (As) coordenadores(as) locais receberam treinamento e capacitaram entrevistadores(as) em suas localidades para a coleta dos dados.

Questionários estruturados e pré-testados foram aplicados aos gestores do município e das UBS e continham perguntas sobre suas características pessoais, inserção na rede pública de saúde, procedimento de atendimento a mulheres em situação de violência no município e/ou na UBS. Para os profissionais das UBS, havia também perguntas sobre a suspeita de vivência de violência por alguma mulher e a conduta adotada, a existência ou não de protocolo para investigar a vivência dessas situações, ter recebido capacitação para isso e conhecer a rede de serviços municipais para atender as mulheres nessas situações.

O questionário aplicado às mulheres tinha três seções: características sociodemográficas e perspectivas quanto a relações de gênero; características de saúde; e vivência de situações de violência, construída com base no *Abuse Assessment Screen*¹⁵ e no *Conflict Tactics Scales* modificado pelo *Violence Against Women Study* (VAW) realizado pela Organização Mundial da Saúde em vários países, inclusive o Brasil.¹⁶

O (A) coordenador(a) de Saúde da Mulher de cada município foi entrevistado(a), exceto em um, por não haver alguém que desempenhasse essa função ou outra similar. Cinco UBS foram selecionadas em cada município por amostragem aleatória simples. Foram entrevistados 14 coordenadores municipais de saúde da mulher, 75 coordenadores/gestores das UBS sorteadas e 375 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, recepcionistas, psicólogas, assistentes sociais).

A amostra de usuárias de UBS foi calculada em 2.386 para os 17 municípios, considerando a prevalência estimada de 46% de algum tipo de violência na vida¹⁹ com diferença absoluta aceitável de 2% e erro tipo I de 5%. Foram entrevistadas 159 mulheres em cada um dos 15 municípios e 32 em cada uma das cinco UBS de cada cidade, totalizando 2.379 mulheres.

Os questionários foram revisados e digitados duplamente por pessoas diferentes para legitimação do processo. Realizaram-se procedimentos para a limpeza e consistência do banco de dados. Tabelas descritivas com as variáveis de interesse foram elaboradas para a análise dos dados.

A participação na pesquisa foi voluntária, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº 432/2006).

RESULTADOS

A maioria das mulheres (84,2%) tinha entre 18 e 49 anos, era casada ou vivia em união estável (66,4%); cerca da metade (49,6%) tinha trabalho remunerado, um pouco mais que a metade referiu, no máximo, oito anos de escolaridade (53,5%) e renda familiar de até R\$ 1.000,00 por mês (57,6%); 42,4% declararam-se brancas. Mais de três quartos (81%) das entrevistadas responderam que, se vivenciassem violência, procurariam ajuda em delegacia de polícia, 11,6% em delegacia especializada de atendimento à mulher e 6,8% em posto de saúde. Quando se perguntou por que não procurariam um posto de saúde nessa situação, 65,5% disseram acreditar que “os postos não fazem esse tipo de atendimento” e 18,5% afirmaram nunca terem ouvido falar

Tabela 1. Vivência de violência alguma vez na vida por mulheres atendidas em unidades básicas de saúde. Estado de São Paulo, 2008.

Variável	n	%
Sofreram algum tipo de violência		
Sim	1.815	76,5
Não	557	23,5
Sofreram violência emocional		
Sim	1.716	72,3
Não	656	27,7
Sofreram violência física		
Sim	1.110	46,8
Não	1.262	53,2
Total ^a	2.372	

^a Faltou informação de sete mulheres.

que “os postos podiam resolver esses casos” (dados não apresentados em tabelas).

Pouco mais de três quartos das mulheres sofreram algum tipo de violência na vida. Percentagem pouco menor sofreu violência emocional, enquanto 46,8% referiu violência física pelo menos uma vez na vida (Tabela 1). Mais da metade das mulheres referiu violência por parceiro íntimo alguma vez na vida, 32,1% nos 12 meses anteriores à entrevista. Mais da metade das mulheres relatou violência emocional alguma vez na vida e cerca de 30% mencionaram pelo menos um episódio nos últimos 12 meses. Quase um terço das mulheres relatou violência física perpetrada por parceiro íntimo alguma vez e cerca de uma de cada dez nos últimos 12 meses. Relataram ao menos um episódio de violência sexual alguma vez na vida 12,4% das mulheres, 4,2% nos últimos 12 meses (Tabela 2). Dentre essas mulheres, 6,5% disseram ter procurado ajuda em um posto/unidade de saúde (dados não apresentados em tabelas).

Dez coordenadores de Saúde da Mulher disseram que fazer perguntas sobre a vivência de situações de violência não era rotina nas UBS de seu município; tais perguntas eram feitas se as mulheres referissem espontaneamente esse tipo de queixa ou se os profissionais identificassem algum sinal de violência física ou psicológica durante os atendimentos de rotina. Em cinco municípios foi mencionado protocolo de atendimento específico para os casos de violência contra mulheres (dados não apresentados em tabelas).

A maioria dos coordenadores de UBS referiu que se detectava a vivência de violência entre as usuárias em suas unidades; entretanto, 74% disseram que isso não era investigado rotineiramente e 11% relataram protocolo específico para fazer essa investigação. Dos 62 coordenadores que declararam detectar situações

Tabela 2. Vivência de violência por um parceiro íntimo, alguma vez na vida e nos últimos 12 meses, por mulheres atendidas em unidades básicas de saúde. Estado de São Paulo, 2008.

Situações vivenciadas	Alguma vez na vida		Últimos 12 meses	
	%	n	%	n
Sofreram pelo menos uma situação de violência ^a	56,4	2.344	32,1	2.195
Violência emocional				
Insultou, fez sentir-se mal a respeito de si mesma	46,5	2.343	25,2	2.226
Depreciou ou humilhou diante de outras pessoas	31,0	2.342	15,2	2.238
Assustou ou intimidou de propósito	28,4	2.342	14,0	2.284
Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que goste	21,3	2.342	9,1	2.297
Ao menos um episódio de violência emocional	53,8	2.342	30,6	2.206
Violência física				
Estapeou ou jogou algo que poderia machucá-la	23,4	2.342	7,9	2.273
Empurrou ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	24,2	2.342	9,7	2.283
Machucou com um soco ou com algum objeto	14,9	2.342	4,9	2.306
Chutou, arrastou ou surrou	12,1	2.341	3,5	2.285
Ameaçou ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma	9,6	2.341	2,8	2.317
Estrangulou ou queimou de propósito	3,8	2.340	1,2	2.330
Ao menos um episódio de violência física	32,3	2.341	12,3	2.247
Violência sexual				
Teve relação sexual por medo do que o parceiro pudesse fazer	8,7	2.341	2,9	2.326
Forçou fisicamente a manter relações sexuais quando não queria	8,0	2.340	2,5	2.319
Foi forçada a manter prática sexual degradante ou humilhante	5,6	2.340	1,7	2.323
Ao menos um episódio de violência sexual	12,4	2.340	4,2	2.314

^a 27 participantes nunca tiveram companheiro/marido ou namorado e cada mulher podia mencionar mais de uma situação vivenciada.

de violência, 45% disseram que as mulheres eram encaminhadas para serviços de referência e 40%, que recebiam atendimento de emergência na UBS e depois eram encaminhadas para outros serviços; 31% mencionaram realização da notificação da violência. Dos 65 coordenadores que afirmaram haver investigação da violência, ainda que mediante situações específicas, 31% referiram treinamento profissional para essa investigação, principalmente para enfermeiros (17), médicos generalistas (11), psicólogos e assistentes sociais (9 cada) (Tabela 3).

A maioria (80,9%) dos profissionais de UBS disse que detectava a vivência de situações de violência entre as mulheres que atendia. Sinais de lesão física (88,1%) e os emocionais/psicológicos (67,9%) foram apontados como os principais indicativos da violência. Mais da metade dos profissionais apontou o silêncio das mulheres como dificuldade para a investigação e detecção dessas situações; 16% mencionaram a falta de treinamento/capacitação dos próprios profissionais para lidar com o assunto. Os que referiram detectar essas situações (39,7%) disseram que a mulher era diretamente encaminhada para serviço de referência; 27% disseram que era dado atendimento de emergência na unidade e depois a encaminhavam para outro serviço (Tabela 4).

Quase três quartos dos profissionais afirmaram não investigar rotineiramente a vivência de violência entre as usuárias; 42,4% apontaram situações específicas em que isso era feito, dentre as quais se destacaram sinais de lesões físicas (49,7%). Dentre os que relataram fazer perguntas de rotina sobre violência, 6,2% referiram protocolo específico e 15% relataram alguma capacitação para investigar a violência. A maioria (61%) dos treinamentos relatados foi promovida pela Secretaria Municipal de Saúde; cerca de 30% mencionaram que a participação no treinamento era opcional (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Existe relevante proporção de mulheres-usuárias da rede básica de saúde no Estado de São Paulo que vivencia violência em seu cotidiano. Os perpetradores dessa violência são principalmente parceiros íntimos e/ou outros familiares. As mulheres tendem a silenciar sobre a vivência dessas situações e raramente fazem queixas espontâneas durante as consultas na rede básica de saúde. Os profissionais de saúde, em geral, não se sentem capacitados para lidar com essas situações, quadro semelhante ao observado em estudos realizados em diversas regiões do País.^{10,17,19} A violência sofrida cotidianamente pelas mulheres constitui-se em desafio para a rede básica de saúde.¹⁵

A predominância da violência contra mulheres por parceiros íntimos é apontada em estudos no Brasil^{2,15,18}

Tabela 3. Características do atendimento a mulheres que sofrem violência, segundo informações de coordenadores de unidades básicas de saúde. Estado de São Paulo, 2008.

Características	n	%
Detecção de situações de violência vivenciadas pelas mulheres		
Sim	62	83
Não	13	17
Perguntas de rotina sobre violência		
Sim	19	25
Sim, mas apenas em situação específica	46	61
Não	10	13
Total de coordenadores	75	
Atitude diante da detecção de violência ^a		
Encaminhamento para serviço de referência	28	45
Atendimento de emergência na UBS, encaminhamento para outro serviço	25	40
Notificação a órgão responsável	19	31
Dar orientações: denunciar; fazer boletim de ocorrência; procurar Delegacia da Mulher	15	24
Atendimento psicológico	12	19
Atendimento pelo Serviço Social	12	19
Atendimento completo na própria UBS	4	6
Outro	14	23
Total de coordenadores que declararam detectar situações de violência	62	
Protocolo para fazer perguntas		
Sim	7	11
Não	58	89
Treinamento para fazer perguntas		
Sim	20	31
Não	45	69
Total de coordenadores que declararam fazer perguntas sobre violência	65	
Profissionais treinados ^a		
Enfermeiros(as)	17	85
Médicos generalistas	11	55
Psicólogos(as)	9	45
Assistentes sociais	9	45
Médicos de Saúde da Família	6	30
Ginecologistas	5	25
Pediatras	5	25
Outros profissionais	7	35
Total de coordenadores que declararam ter havido treinamento	20	

UBS: Unidade Básica de Saúde

^a Os participantes podiam mencionar mais de uma alternativa de resposta em relação a quais profissionais foram treinados e atitude diante da detecção de violência.

Tabela 4. Experiência de profissionais de Unidades Básicas de Saúde com o atendimento de mulheres que vivenciavam situações de violência. Estado de São Paulo, 2008.

Características	n	%
Detecção de violência		
Sim	300	80,9
Não	71	19,1
Total de profissionais ^a	371	
Sinais indicativos de violência		
Sinais de lesão física	327	88,1
Sinais emocionais/psicológicos	252	67,9
Receio de questionamentos/medo da denúncia	27	7,3
Outros	6	1,6
Total de profissionais ^b	371	
Dificuldades na investigação de situações de violência		
Nenhuma	44	11,8
As mulheres não falarem sobre o assunto	195	52,1
Falta de treinamento/capacitação dos profissionais	60	16,0
Abordar/detectar o problema	38	10,2
Falta de vínculo entre o profissional e as mulheres	22	5,9
Profissional tem medo/receio de represálias	22	5,9
Outra	46	12,3
Total de profissionais ^c	374	
Conduta diante da detecção de violência		
Encaminha para serviço de referência	119	39,7
Atendimento de emergência na unidade, depois encaminha para outro serviço	81	27,0
Atendimento pela psicóloga	51	17,0
Atendimento pela assistente social	42	14,0
Notificação a órgão responsável	25	8,3
Atendimento completo na própria unidade	15	5,0
Outro	156	52,0
Total de profissionais que declararam detectar violência ^a	300	

^a Faltou informação de um profissional e três não souberam informar.

^b Faltou informação de dois profissionais e dois não souberam informar.

^c Um profissional não soube informar.

e em outros países.⁶ Esses estudos têm mostrado que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para abordar essa situação com mulheres que procuram atendimento na rede básica de saúde por outras queixas e silenciam a respeito da violência sofrida, origem desse sofrimento. Esse silêncio está relacionado à dor,

Tabela 5. Características do atendimento a mulheres em situações de violência em Unidades Básicas de Saúde, segundo profissionais desses serviços. Estado de São Paulo, 2008.

Características	n	%
Perguntas de rotina sobre vivência de situações de violência		
Sim	104	27,7
Não, somente mediante situação específica	159	42,4
Não	112	29,9
Total de profissionais	375	
Situações específicas para fazer perguntas		
Mediante sinais de lesões físicas	78	49,7
Mediante suspeita/denúncia	46	29,3
Mediante sinais emocionais/psicológicos	40	25,5
Queixa referida espontaneamente	34	21,7
Outro	16	10,2
Total de profissionais ^a	157	
Protocolo para fazer perguntas		
Sim	16	6,2
Não	244	93,8
Total de profissionais ^b	260	
Treinamento dos profissionais para fazer perguntas		
Sim	39	14,9
Não	223	85,1
Total de profissionais ^c	262	
Treinamento promovido por		
Secretaria Municipal da Saúde	22	61
Secretaria de Estado da Saúde	3	8
Ministério da Saúde	2	6
Outro	13	36
Total de profissionais ^b	36	
Treinamento		
Obrigatório	12	31
Opcional	27	69
Total de profissionais ^c	39	

^a Faltou informação de dois profissionais.

^b Faltou informação de um profissional e dois não souberam informar.

^c Faltou informação de um profissional.

vergonha e medo envolvidos em tais situações, e remete a questões de gênero que cooperam para a invisibilidade da violência e do pedido de socorro das mulheres.¹⁸ Também sugere o não reconhecimento do serviço de saúde como um local para busca e obtenção de ajuda.²

Embora os profissionais percebessem a magnitude do problema, a possibilidade e a necessidade de atuarem a partir da atenção básica para prover atendimento

adequado às mulheres em situações de violência, eles não pareciam dispor dos recursos necessários para isso, assim como relatado em outros estudos.^{13,20} Não havia protocolos específicos para lidar com a questão, conforme observado entre profissionais de saúde na Grande São Paulo⁹ que reconheciam a violência contra as mulheres como uma questão socialmente importante, mas não a identificavam como parte de seu trabalho e/ou recursos necessários para intervir sobre ela na saúde. A ausência de protocolos específicos aponta para a falta de parâmetros técnicos e científicos, essenciais no âmbito da racionalidade biomédica. Essa ausência pode contribuir para que esses profissionais não se considerem responsabilizados por atuar com essas mulheres como parte do exercício de suas funções. Entendam qualquer ação nesse sentido como iniciativa pessoal. Tal perspectiva se reforça no desconhecimento por parte dos profissionais da existência de uma rede de atendimento estruturada para mulheres em situação de violência em seu município.

A ausência ou desconhecimento da rede de atendimento contribui para que os profissionais que atuam na atenção básica sintam-se limitados ou incapazes de abordar a questão na sua prática assistencial, como observado por Schraiber et al¹⁷ em uma unidade básica da cidade de São Paulo, SP, Kronbauer & Meneghel¹⁰ em Porto Alegre, RS, Moreira et al¹² em Natal, RN, Lettiere et al¹¹ e Vieira et al²⁰ em Ribeirão Preto, SP. Situação semelhante foi observada nos Estados Unidos, em que profissionais não investigam rotineiramente situações de violência entre as mulheres atendidas porque não estão suficientemente treinados para isso, dispõem de pouco tempo para os atendimentos e consideram que não serão adotadas medidas efetivas para resolver o problema.¹

Apesar dessa proporção significativa de mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde do estado de São Paulo que vivenciam violência, elas não são identificadas ou abordadas para que recebam ajuda. Existe descompasso entre as políticas públicas em vigor^{a,b,c,d} e a assistência às mulheres. As políticas preconizam que o atendimento às mulheres em situação de violência deve ser dado por redes intersetoriais, constituídas por diversos serviços e instituições, incluindo a rede básica de saúde. Entretanto, esta não se mostra preparada para lidar com esses casos. A proposta de constituir redes de atenção parte da compreensão de que, embora a violência contra mulher produza forte impacto sobre sua saúde, ela é um problema mais amplo, de caráter social. Sua abordagem, portanto, requer recursos na área da saúde e em várias outras como, por exemplo, segurança pública e assistência social. A constituição de redes de atenção visa propiciar a articulação de instituições/serviços governamentais e não governamentais

que permitam identificar, acolher e atender de forma processual e integral as mulheres que vivenciam situações de violência.¹³ Apesar dessa ênfase política e da intensa discussão sobre o tema entre vários setores da sociedade, a concretização dessas redes representa um desafio a ser superado,^{3,21} o que se confirmou em nosso estudo.

Existem exemplos positivos de construção de redes intersetoriais em funcionamento e constante aprimoramento que podem ser multiplicados. No modelo de atenção Conflitos Familiares Difíceis, há articulação do atendimento provido em um centro de saúde com um hospital secundário em áreas da de São Paulo, SP.¹³ Outro modelo bem sucedido é o Programa Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual iniciado em Campinas, SP, em 2001, implementado em outros municípios do estado.^e Ambas as experiências, porém, confirmam as dificuldades envolvidas no processo de constituição de redes intersetoriais, pois isso implica compatibilizar e articular setores assistenciais distintos. Ao mesmo tempo, é necessário convencer os profissionais a se envolverem com o atendimento sem medo, sem fazer juízo de valor, cultivando a postura de escuta competente e afetiva, e, sobretudo, compreendendo que esse tipo de violência é uma questão de saúde e não apenas de polícia. Por outro lado, há dificuldade de convencer as coordenações dos serviços a trabalharem em rede e compartilharem experiências positivas, procurando aprender com os obstáculos e buscando ajuda dentro da própria rede.^{13,21}

Entre as limitações do presente estudo, estão as inferências que, a rigor, não podem ser feitas a partir dos resultados observados entre as mulheres entrevistadas. Tratou-se de uma amostra não probabilística de fácil acesso, não representando, portanto, o universo de mulheres do estado de São Paulo nem mesmo das mulheres que são usuárias da atenção básica. Ainda assim, observa-se que os resultados são consistentes com o que já se tem observado em outros estudos realizados no mesmo estado e em outras regiões do País. Simultaneamente, os resultados obtidos dos profissionais de saúde também confirmam a validade dos achados na amostra de mulheres.

Para que os serviços da atenção básica façam parte de redes intersetoriais para atender mulheres que vivenciam violência, é necessário cuidado para que não se reduzam a um conjunto de pontos de triagem e/ou encaminhamento das mulheres que vivenciam situações de violência, mas que, de fato, atuem de maneira integral e integrada. Não basta criar uma rede, mas é necessária constante avaliação de processo e de impacto das ações para corrigir e aprimorar o seu desempenho.

^e Campinas – Prefeitura Municipal. Iluminar Campinas. Cuidando das Vítimas de Violência Sexual. Disponível em http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/iluminar/iluminar_textobase.htm. Acesso em 28 de Novembro de 2010.

REFERÊNCIAS

1. Alam S, Hadley SM, Jordan B. The clinical implications of screening for violence against women. *Contraception*. 2007;76(4):259-62. DOI:10.1016/j.contraception.2007.06.007
2. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):256-64. DOI:10.1590/S0034-89102006000200011
3. Colombini M, Mayhew S, Watts C. Health sector responses to intimate partner violence in low in middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bull World Health Organ*. 2008;86(8):635-42. DOI:10.2471/BLT.07.045906
4. D'Avolio D, Hawkins JW, Haggerty LA, Kelly U, Barret L, Toscano SED, et al. Screening for abuse: barriers and opportunities. *Health Care Women Int*. 2001;22(4):349-62. DOI:10.1080/07399330152398891
5. Faúndes A, Hardy E, Osís MJD, Duarte GA. Risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2000;22(3):153-7. DOI:10.1590/S0100-72032000000300006
6. García-Moreno C, Jansen HAFM, Elsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69523-8
7. Heise L, Pitanguy J, German A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 1994.
8. Heise L. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cad Saude Publica*. 1994;10(Suppl 1):135-45. DOI:10.1590/S0102-311X1994000500009
9. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(3):1943-52. DOI:10.1590/S1413-81232011000300028
10. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):695-701. DOI:10.1590/S0034-89102005000500001
11. Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):467-73. DOI:10.1590/S0080-62342008000300008
12. Moreira SNT, Galvão LLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1053-9. DOI:10.1590/S0034-891020080005000058
13. 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. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(4):1037-50. DOI:10.1590/S1413-81232009000400011
14. Phelan MB. Screening for intimate partner violence in medical settings. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):199-213. DOI:10.1177/1524838007301221
15. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):425-37. DOI:10.1590/S0102-311X2006000200020
16. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;78(Suppl1):S21-5. DOI:10.1016/S0020-7292(02)00040-1
17. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Jr I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):470-7. DOI:10.1590/S0034-89102002000400013
18. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Jr I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807. DOI:10.1590/S0034-89102007000500014
19. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(Suppl 2):263-72. DOI:10.1590/S0102-311X2003000800008
20. Vieira EM, Perdona GCS, Almeida AM, Nakano MAS, Santos MA, Daltoso D, et al. Conhecimento e atitude dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(4):566-77. DOI:10.1590/S1415-790X2009000400007
21. Villela W, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento às mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):471-5. DOI:10.1590/S0102-311X2007000200025