



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA



Letícia Soares Melo Imbelloni

**FATORES DETERMINANTES E REFLEXOS DA HUMANIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA NO BRASIL:
Uma revisão sistemática**

Ouro Preto
2018

Letícia Soares Melo Imbelloni

**FATORES DETERMINANTES E REFLEXOS DA HUMANIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA NO BRASIL:
Uma revisão sistemática**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Farmácia da Universidade Federal
de Ouro Preto, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Elza Conceição de
Oliveira Sebastião.

Área de Concentração: Farmácia.

Ouro Preto
2018

I321i

Imbelloni, Letícia Soares Melo.

Fatores determinantes e reflexos da humanização do atendimento às mulheres vítimas de violência no Brasil [manuscrito]: uma revisão sistemática / Letícia Soares Melo Imbelloni. - 2018.

56f.: il.: color; grafs; tabs; mapas.

Orientador: Prof. Dr Elza Conceição de Oliveira Sebastião.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Departamento de Farmácia.

1. Violência contra a mulher. 2. Profissionais de saúde. 3. Assistência farmacêutica - Humanização. I. Sebastião, Elza Conceição de Oliveira. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 343.6-055.2

Catalogação: ficha@sisbin.ufop.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP

Escola de Farmácia

TERMO DE APROVAÇÃO

FATORES DETERMINANTES E REFLEXOS DA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO BRASIL: Uma revisão sistemática

Trabalho de conclusão de Curso defendido por **LETÍCIA SOARES MELO IMBELLONI**, matrícula 13.1.2194 em 04 de julho de 2018, e aprovado pela comissão examinadora:

Profª. Dra. Elza C. Oliveira Sebastião
Orientadora, DEFAR-EF-UFOP

Prof. Dr. Elton Luiz Silva
DEFAR-EF-UFOP

Prof. MSc. Miguel Arcangelo Serpa
CIPHARMA-UFOP

AGRADECIMENTOS

Gratidão, primeiro, a Deus, por ter me dado forças durante toda minha trajetória acadêmica e por ter me guiado ao longo do processo de pesquisa e escrita deste trabalho.

Aos meus pais, meu alicerce, agradeço pelas palavras de encorajamento, por estarem sempre abertos a me acolher. Obrigada pelas orações e por acreditarem em mim!

Aos meus tios, Vovó Lourdinha e Hugo, pelo carinho que sempre demonstraram por mim.

Ao meu namorado, Jésus, pelas palavras certas, sempre nos momentos certos. Igualmente o agradeço por ter acreditado no meu potencial.

Aos amigos do Laboratório de Farmácia Clínica, obrigada pela convivência. Especialmente, Karol e Bruno pelos momentos de descontração. Às minhas amigas “*Bunitas*” e à Isabella Marques, pela amizade construída durante os anos de graduação.

À minha orientadora, Profa. Elza, agradeço por despertar em mim o desejo de garantir saúde humanizada aos pacientes, de entender que cada paciente é um ser que requer mais do que olhares técnicos. Sobre tudo, obrigada pela acolhida no Grupo de Estudos Farmacêuticos e por todas as xícaras de café.

À banca examinadora, pela disponibilidade e contribuição com meu trabalho.

“Tocamos a vida das pessoas simplesmente por existirmos.”
- J.K. Rowling

RESUMO

A violência contra as mulheres é um fenômeno mundial reforçado por relações desiguais de gênero nas quais a figura masculina se sobrepõe à feminina. As vítimas de violência, em situação de vulnerabilidade, muitas vezes procuram os serviços de saúde em busca de cuidados. Para nortear o atendimento a essas vítimas existe a Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), que preza pelo relacionamento acolhedor entre o profissional de saúde e seus pacientes, com a criação de vínculo entre o profissional de saúde e as pacientes, de forma a atender suas necessidades. O objetivo desta revisão sistemática foi investigar se os profissionais de saúde, no Brasil, estão aptos a aplicar os princípios da PNH nos atendimentos às mulheres vítimas de violência de gênero, apontar as dificuldades em fazê-lo, bem como apresentar estratégias de sucesso encontradas na literatura sobre o acolhimento a essas mulheres. Realizou-se busca nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed, encontrando-se 190 artigos. Mediante leitura dos resumos, 144 foram excluídos de acordo com os critérios de elegibilidade. Os 46 artigos restantes foram lidos na íntegra e desses, 30 foram selecionados para a discussão do tema por contemplarem os requisitos de inclusão. Foi possível concluir que a humanização da saúde ainda não é uma realidade no país: os profissionais de saúde necessitam se preparar melhor para atender as pacientes vítimas de violência e também se conscientizar da importância do seu papel nessas situações.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Profissionais de saúde; Humanização da assistência.

ABSTRACT

Violence against women is a world phenomenon reinforced by unequal gender relations where the masculine figure overlaps the feminine. The victims of violence, in a vulnerable situation, often look for care in health services. The Política Nacional de Humanização (or PNH) guides the services, once it establishes the relationship between the professional and the victim in order to meet the needs of the patients. This systematic review objectifies to investigate if health professionals, in Brazil, are able to apply the PNH principles, to identify what are the difficulties and present successful strategies detected in literature about the care for these women. A search was made in the databases Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) and PubMed, in which 190 articles were found. After reading the abstracts, 144 papers were excluded according to the eligibility criteria. Forty-six articles remained, they were read in full and 30 were selected. It was possible to conclude that health humanization is not a reality in the country: health professionals need to be better prepared to answer the needs of the victim and be aware of their importance in such situations.

Keywords: Violence against women; Health personnel; Humanization of assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de seleção e resultados.	24
Figura 2 - Qualis das publicações, área de avaliação: Farmácia.	36
Figura 3 - Qualis das publicações, área de avaliação: Interdisciplinar.	36
Figura 4 - Desenhos dos estudos selecionados após leitura completa.....	38
Figura 5 - Mapa do Brasil indicando as cidades nas quais os estudos selecionados foram feitos.....	39
Figura 6 - Relatos de violência a cada 100 mil mulheres, por Estado, em 2014.....	40
Figura 7 - Estupros a cada 100 mil mulheres, por Estado, em 2014.....	40
Figura 8 - Locais de pesquisa dos estudos selecionados.	43
Figura 9 - Sujeitos envolvidos nos artigos selecionados.	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Artigos selecionados a partir da leitura completa (Continua)	26
Quadro 2 - Desfechos dos estudos, limitações e estratégias bem sucedidas do atendimento às mulheres vítimas de violência (Continua).	31

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UPAS	Unidades de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 Direitos Humanos e Mulheres	15
3.1.1 Desigualdade de gêneros e violência contra as mulheres	16
3.2 Violência contra as mulheres: uma questão de saúde	17
3.3 Políticas, diretrizes e atendimento às vítimas de violência.....	18
3.3.1 Humanização do atendimento às vítimas de violência.....	19
3.4 Profissionais de saúde e humanização do atendimento	20
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Estratégia de busca.....	22
4.2 Critérios de elegibilidade	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5.1 Resultados	24
5.2 Artigos selecionados	26
5.2.1 Qualidade das publicações	35
5.2.2 Desenhos dos estudos	37
5.2.3 Distribuição dos estudos por estado	38
5.2.4 Locais de pesquisa.....	40
5.2.5 Humanização da saúde: a visão de profissionais e das vítimas de violência usuárias dos serviços	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXO.....	56

1 INTRODUÇÃO

A “Declaração Internacional dos Direitos Humanos”, redigida pela Organização das Nações Unidas (ONU), existe desde 1948. Este é um documento que propõe a garantia de direitos básicos como saúde, educação e liberdade de expressão, a todos indivíduos, isto é, mulheres, homens e crianças.

A ONU também realizou encontros e conferências a fim de discutir a discriminação contra o gênero feminino e formas de combatê-la. No entanto, apesar dos esforços, ainda hoje são facilmente percebidas condutas que ferem os direitos, bem como a integridade física e mental das mulheres.

A desigualdade de gêneros é estabelecida e sustentada pela sociedade patriarcal, que valoriza o masculino em detrimento do feminino. Tal fato pode, inclusive, culminar na prática de violência contra as mulheres, seja violência física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral.

Essas situações criam um ambiente de fragilidade e vulnerabilidade para as vítimas, que necessitam de apoio. Neste ponto, entra a responsabilidade dos profissionais de saúde, que devem estar preparados para atender essas pacientes de maneira acolhedora e humanizada, assim como estabelecer uma relação de confiança.

Dada a existência da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (que busca orientar as práticas de atenção ao paciente) é necessário investigar se as equipes de saúde aplicam os princípios dessa política em seus locais de trabalho e quais as dificuldades em fazê-lo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Esta revisão sistemática tem por objetivo investigar o preparo ao acolhimento e atendimento às mulheres vítimas de violência de gênero por parte de profissionais de saúde no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Apontar o perfil de (des)conhecimento técnico da equipe de saúde quanto ao acolhimento das mulheres vítimas de violência de gênero, segundo literatura científica;
- Identificar as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde na implantação e execução de um ambiente favorável ao acolhimento dessas vítimas;
- Apresentar soluções encontradas na literatura para contornar as dificuldades identificadas no objetivo anterior.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Direitos Humanos e Mulheres

A Organização das Nações Unidas (ONU) foi criada em 24 de outubro de 1945, por representantes de cinquenta países, no intuito de promover o respeito e a cooperação entre os povos após a Segunda Guerra Mundial (VICENTINO; DORIGO, 2011).

Motivados pela devastação causada por esse conflito, isso é, somando-se o grande número de feridos às vidas humanas perdidas, bem como o custo material, decidiu-se redigir um documento intitulado “Declaração Universal dos Direitos Humanos” (DUDH), na busca de melhorar a relação entre os países e também de definir as “necessidades básicas dos seres humanos como os direitos à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, à liberdade de expressão, à liberdade política e outros” (ONU, 1948). A criação da ONU e da carta foi uma sinalização ao mundo de que a comunidade internacional não mais permitiria as atrocidades realizadas naquele conflito, inclusive assumindo, neste acordo internacional, os direitos fundamentais e a igualdade entre os gêneros.

O artigo 1º dessa Declaração, diz que “todos seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, sendo possível deduzir que a expressão “todos seres humanos” implica a inclusão de ambos gêneros, feminino e masculino, na busca por uma vida sem violações à igualdade. Entretanto, ainda hoje, 70 anos após a publicação da DUDH, é fácil perceber situações em que os direitos das mulheres são ignorados. Principalmente devido a questões culturais, que ao longo do tempo foram construídas pelas diferentes sociedades e impuseram determinados papéis e expectativas quanto ao comportamento feminino (BOMENY; FREIRE-MEDEIROS, 2010).

Ao longo do tempo, a ONU promoveu conferências, redigiu a Carta Internacional dos Direitos da Mulher e também criou a Década da Mulher (1976 a 1985) na tentativa de envolver os líderes globais no combate à discriminação contra o gênero feminino. Em 1995, a Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres teve como resultado o comprometimento dos participantes em respeitar os direitos das mulheres (ONU MULHERES, 2010).

Os direitos das mulheres compreendem a ideia de que, como todos seres humanos, elas “nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, “tem direito à vida”, não serão submetidas à tortura ou a castigos cruéis, bem como podem ser protegidas por medidas de segurança social (ONU, 1979).

Mais recentemente, no ano de 2010, foi criada a ONU Mulheres, com o intuito de prosseguir o apoio e manter articulações a favor dos seus direitos. Sua atuação centraliza-se em seis eixos principais: liderança e participação política, empoderamento econômico, fim da violência, paz e segurança, governança e planejamento, normas globais e regionais (ONU MULHERES, 2010). Ainda que esses esforços internacionais tenham sido passos importantes para garantia dos direitos humanos das mulheres, alguns dados são sinais de alerta de que o caminho para a igualdade de gêneros ainda é longo.

3.1.1 Desigualdade de gêneros e violência contra as mulheres

Em 2002, dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelaram que 90,6% das mulheres tinham como obrigação executar afazeres domésticos e 51,1% dos homens realizavam tais tarefas não como sua responsabilidade, mas apenas como forma de “ajudar em casa”. Assim, percebe-se que a função de organizar e cuidar de uma casa cabia apenas às mulheres (BOMENY; FREIRE-MEDEIROS, 2010).

A desigualdade de gêneros pode ainda ser observada por dados mais recentes do Censo Demográfico de 2010: completaram o ensino superior 25% a mais de mulheres do que homens, ou seja, o grau de instrução feminino é maior que o masculino. Dessa forma, seria esperado que as mulheres estivessem em vantagem ao chegarem no mercado de trabalho. Porém, observa-se que mesmo em áreas de formação nas quais a presença feminina é superior à masculina, é nítido que as mulheres recebem salários inferiores àqueles recebidos por homens (FERREIRA, 2014). É importante ressaltar que os afazeres de casa continuaram a ser obrigação feminina.

A análise dos dados anteriormente citados constata a existência do patriarcado, que de acordo com o Dicionário Aurélio é a “organização social em que a autoridade é exercida por homens” (. Esse também é um dos fatores que justificam porque a subordinação das mulheres perante os homens ainda se perpetua,

estabelecendo, de acordo com Silva (2003), um padrão de relações sociais de gênero.

Esse padrão consiste no fato de que as mulheres mantêm-se subordinadas perante o poder masculino, perpetuando a desigualdade de gênero e dando origem a situações mais graves, como a violência contra as mulheres (SILVA *et al.*, 2013). Essas agressões podem se manifestar de diversas formas: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (OMS, 2002), culminando em violação dos direitos humanos das mulheres.

3.2 Violência contra as mulheres: uma questão de saúde

Em 1996, na 49ª Assembleia da Saúde, organizada pela OMS, estabeleceu-se que a violência é assunto pertinente à área da saúde (KISS; SCHRAIBER, 2011). As situações de violência resultam em prejuízos à vida humana, desde lesões físicas às desordens psicológicas. Ressaltando-se que, não somente a vítima é afetada mas também a comunidade na qual está inserida: família, amigos, colegas de trabalho (OMS, 2002).

Outra consequência decorrente da violência é a improdutividade da vítima, que pode vir a não comparecer ao local de trabalho ou estudo, seja por vergonha, desconforto, para evitar perguntas ou observações acerca da situação que vive ou viveu (OMS, 2002).

Dentre os tipos da violência definidas pela Organização Mundial da Saúde no Relatório Mundial de Violência e Saúde (2002), está a violência de gênero. Neste documento, essa tipologia também é definida como “violência perpetrada por parceiros íntimos”, denominação que pode se justificar através das informações apresentadas por Pinto (2017) de que até meados do século XX, os homens agrediam suas companheiras em defesa de sua honra. No ano de 2002, a OMS divulgou estudo em que quase 50% das mulheres assassinadas, o foram por companheiros e ex-companheiros.

Em visão mais recente, relatada por D'Oliveira (2009), constatou-se que a maioria dos agressores partilham da intimidade da vítima. Esse fato caracteriza, inclusive, que as situações de violência contra as mulheres tendem a se reservar ao ambiente doméstico, favorecendo sua invisibilidade.

As agressões perpetradas pelos companheiros não somente se manifestam em agressões físicas, como espancamentos e socos, mas geralmente ocorrem acompanhadas de chantagens, intimidações e baixa da auto estima da vítima, isto é, abusos psicológicos e morais. Além disso, outra forma de agressão é monitorar o cotidiano da mulher, limitando seu convívio social ou, por outro lado, controlar os gastos e fiscalizar o patrimônio da parceira (OMS, 2002).

Nesse sentido, é preciso ainda reforçar que mesmo em um relacionamento conjugal podem ocorrer abusos sexuais. Segundo a própria OMS, a violência sexual consiste em impor, através de ameaças ou com uso de força, que a mulher mantenha ou participe de relações sexuais não desejadas.

Dor pélvica, gravidez indesejada, sangramentos vaginais, infecções por HIV e outras ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), depressão, são problemas de saúde comuns a mulheres agredidas (OMS, 2002). Por conseguinte, o cuidado a esses agravos é tarefa para os serviços de saúde.

3.3 Políticas, diretrizes e atendimento às vítimas de violência

Schraiber (2009) revela que o Movimento Feminista brasileiro, a partir dos anos 70, se contrapôs à ideia masculina de que defesa da honra era uma justificativa plausível para situações de violência. Segundo Vieira, Padoin e Landerdahl (2009) foram também as feministas que trouxeram à tona, na mesma época, a possibilidade das mulheres agredidas denunciarem tais abusos.

Os esforços deste Movimento contribuíram para que a primeira Delegacia de Direitos da Mulher fosse instalada no país no ano de 1985 (VIEIRA *et al.*, 2009), abrindo as portas do sistema judiciário para reconhecer a problemática da violência contra as mulheres (SCHRAIBER *et al.*, 2009).

A partir disso, foi possível discutir o tema no campo da saúde. Em meados de 1989, estabeleceu-se o primeiro serviço de aborto legal em São Paulo (SCHRAIBER *et al.*, 2009), isto é, aborto em situações como quando a vida da gestante está em risco ou em casos de estupro, previsto pelo Código Penal desde 1940 (BRASIL, 1940).

Com a crescente discussão sobre o tema nas agendas de saúde nacional e internacional outras conquistas foram possíveis. Em 2003, além da criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, instaurou-se no Brasil a Lei 10.778, que

preconiza a notificação compulsória de atendimentos a mulheres vítimas de violência em serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2003). Ao comunicar às autoridades sanitárias sobre esses atendimentos, pretende-se criar um perfil epidemiológico da situação, de maneira que seja possível discutir e implantar estratégias para amenizá-la.

A Lei 11.340/2006, conhecida como 'Lei Maria da Penha' "cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher" (BRASIL, 2006, s/p), tendo em vista o artigo 226 do parágrafo 8º da Constituição Federal: "o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações" (BRASIL, 1988). Essa legislação, ainda vigente, é um marco histórico no combate à violência contra as mulheres e colabora para a garantia dos direitos das vítimas.

No ano de 2007 lançou-se o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, parceria entre os governos federal, estaduais e municipais, consolidada no estabelecimento de uma Política Nacional, em 2011, articulando-se medidas que contemplam a multidisciplinaridade do assunto (BRASIL, 2011).

Baseado nisso, identificou-se a necessidade de que policiais, delegados, assistentes sociais, agentes públicos e finalmente, os trabalhadores da saúde, estejam aptos a atuar mediante tal situação delicada e de alta vulnerabilidade. É importante que todos profissionais citados se reconheçam como protagonistas no enfrentamento à violência contra as mulheres em suas áreas de atuação (BRASIL, 2011).

3.3.1 Humanização do atendimento às vítimas de violência

A proximidade dos profissionais de saúde possibilita o rastreio de casos de violência contra a mulher e caracteriza um dos pontos mais importantes para o estabelecimento de medidas para sua prevenção (SOUSA; NOGUEIRA; GRADIM, 2013).

As mulheres agredidas tem dificuldade em falar do abuso que sofreram, seja por medo, vergonha ou pelo receio de serem julgadas e mal compreendidas. Sendo assim, a atuação dos profissionais de saúde requer sensibilidade e empatia pela vítima (OLIVEIRA; FONSECA, 2007), sem estabelecer estereótipos ou atuar de maneira paternalista (CORRÊA; PAES, 2013). Ou seja, como afirma Merhy (1998),

apud por Oliveira e Fonseca (2007, p. 609) o “acolhimento é uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário”.

Estabelecida em 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH) ou Humaniza SUS é uma ferramenta que norteia o atendimento a essas vítimas. Conforme Coelho e colaboradores (2014) explicam, a humanização significa “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, valorização entendida como fomento da autonomia, protagonismo e corresponsabilidade entre os sujeitos da saúde”. Deve-se destacar que a PNH preconiza a melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde, bem como a valorização dos profissionais, como fatores que contemplam também a humanização (BRASIL, 2004).

3.4 Profissionais de saúde e humanização do atendimento

Mediante a existência da PNH, a equipe de saúde precisa cumprir a tarefa de estabelecer relação de confiança com a demanda de mulheres vítimas de violência que procuram os serviços (BRASIL, 2009), sendo necessário criar um ambiente confortável para a partilha de angústias, medos, dúvidas e, sobretudo, que as mulheres tenham acesso aos devidos cuidados.

Conforme cita o manual “Comunicação e mídia: para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”:

O profissional de saúde que trabalha na atenção aos casos de violência é considerado uma fonte de informação especializada, uma voz de referência reconhecida pela mídia e pelo público e também porta-voz dos serviços (BRASIL, 2009, p.08).

Um obstáculo para concretizar a prática do atendimento adequado às vítimas de violência, relatado por Oliveira e Fonseca (2007), refere-se à preocupação dos próprios trabalhadores da saúde com sua segurança, pois o poder que o agressor exerce é tal que estes ficam acuados e receosos com possíveis retaliações.

Outra questão descrita por Rodrigues e colaboradores (2014) é a falta de conhecimento técnico dos profissionais em relação a como atender essas pacientes. Ainda segundo os autores, na maioria dos casos quando a mulher busca o

atendimento, este baseia-se apenas em encaminhamentos para outros serviços de assistência, de maneira que o atendimento seja desarticulado e ineficaz.

Esses impedimentos podem ser explicados, por exemplo, por dados como os divulgados por Hasse e Vieira (2014). Dos 221 trabalhadores de saúde, entrevistados em sua pesquisa, entre médicos(as) e enfermeiros(as), apenas 52,7% afirmaram que tiveram contato com conteúdo referente ao acolhimento a mulheres vítimas de violência ao longo de sua formação. A maioria dos entrevistados (90%) reconheceu a importância do tema para a prática profissional a fim de se qualificar os serviços oferecidos.

Para evitar assistência incompleta e inadequada às mulheres vítimas de violência, o ideal seria que tanto as equipes de saúde, quanto aquelas ligadas à segurança pública, secretários de saúde, de desenvolvimento social, trabalhadores da vigilância epidemiológica, tivessem acesso a cursos de capacitação sobre os eixos de enfrentamento à violência (BRASIL, 2011). A partir disso, articular uma rede de proteção, prevenção e assistência às vítimas de violência sexual passaria a ser caminho facilitador para os obstáculos encontrados nesse atendimento.

4 METODOLOGIA

Foi realizada revisão sistemática, cuja fonte de dados foram estudos primários que atendessem aos critérios definidos previamente. Essa metodologia tem por objetivo investigar um tema de maneira ampla, por meio de seleção, avaliação e interpretação dos dados encontrados nos estudos primários (GALVÃO, PEREIRA 2014). Posteriormente, essas evidências foram resumidas e discutidas.

4.1 Estratégia de busca

Realizou-se busca nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para definir os descritores.

A pesquisa dos artigos nas bases Scielo e Lilacs foi feita utilizando-se os descritores “profissionais de saúde”, “gênero e saúde”, “humanização da assistência”, “serviço de saúde”, “acolhimento” em combinação com o descritor “violência contra a mulher”. Também foi utilizado o termo “violência de gênero” combinado com o descritor “acolhimento”. O operador AND foi utilizado entre os termos.

Para a busca na base PubMed os descritores foram utilizados em inglês, sendo eles “health personnel”, “gender and health”, “humanization of assistance”, “health services”, “user embracement” associados ao descritor “violence against women”. Combinou-se o termo “gender violence” com o descritor “user embracement”. Em todas combinações, o termo “brazil” foi adicionado.

4.2 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos na pesquisa artigos que discutissem o acolhimento às mulheres vítimas de violência por parte dos profissionais de saúde, no Brasil, e sua percepção sobre o tema. Estes deveriam ser redigidos em português, inglês ou espanhol e a data de publicação posterior ao ano de 2004, por ter sido o ano de publicação da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH – SUS).

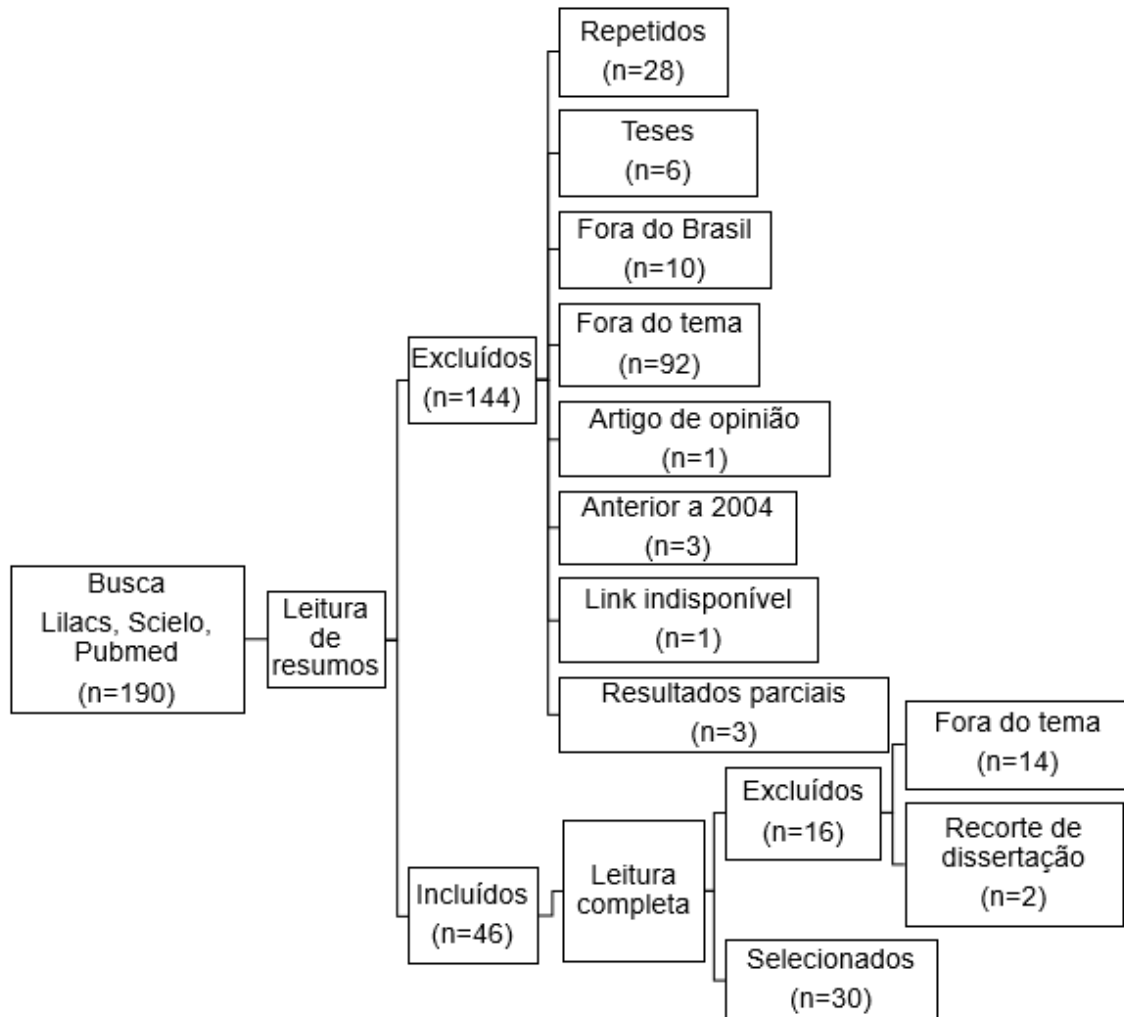
Artigos que não se tratassem de estudos no Brasil, que não abordassem especificamente a violência contra a mulher ou que incluíssem a perspectiva de outros profissionais (que não os de saúde) sobre o tema foram excluídos. Foram descartadas teses de mestrado e doutorado, por serem fontes não avaliadas por um corpo editorial científico ou comercial, e também artigos repetidos e artigos que contivessem apenas resultados parciais de pesquisas.

A primeira etapa da pesquisa deu-se através da busca nas bases de dados, com uso dos descritores já mencionados. A partir disso, foi feita leitura dos resumos (*abstracts*) dos artigos encontrados, a fim de selecionar apenas aqueles que correspondessem aos critérios pré-definidos. Na segunda etapa, os artigos selecionados foram lidos na íntegra para verificar se, de fato, abordavam como os trabalhadores da saúde acolhem as mulheres vítimas de violência e seu entendimento sobre a questão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Resultados

Figura 1 - Processo de seleção e resultados.



Fonte: Elaboração Própria

Conforme ilustrado na Figura 1, durante o processo de busca nas bases de dados foram encontrados 190 artigos. A partir da leitura dos resumos 144 foram excluídos, sendo artigos repetidos (n= 28), teses (n= 6), estudos estrangeiros (n= 10), artigo de opinião (n= 1), data de publicação anterior a 2004 (n= 3), *link* de acesso indisponível (n= 1), artigos contendo resultados parciais de pesquisas (n= 3).

Nessa triagem inicial, 92 artigos foram categorizados como “fora do tema” pelos seguintes critérios: não havia discussão sobre o acolhimento dos profissionais de saúde às mulheres vítimas de violência (n= 76), inclusão da percepção de outros profissionais - que não os de saúde - sobre a violência de gênero (n= 8), artigos que discutiam [violência obstétrica (n=3), violência contra gestantes em hospitais (n=1)] não foram selecionados por não se tratarem especificamente de violência de gênero, bem como estudos sobre [violência contra crianças (n=2), violência contra idosos (n=1), e visão geral sobre violências (n=1)].

Sendo assim, foram incluídos 46 artigos na segunda etapa de triagem. Após leitura do conteúdo dos artigos na íntegra, restaram 30 artigos. Dos artigos excluídos (n=16), 13 não descreviam as ações e o acolhimento dos profissionais de saúde às vítimas de violência, 2 eram recortes de dissertação de um mesmo autor e 1 incluía a percepção de outros profissionais acerca da violência contra as mulheres.

5.2 Artigos selecionados

Quadro 1 - Artigos selecionados a partir da leitura completa (Continua)

Autor (a)	Ano de publicação	Revista	Qualis CAPES	Desenho do estudo	Cidade	Local da pesquisa	n	Sujeitos
BISPO, T. C. F.; ALMEIDA, L. C. G.; DINIZ, N. M. F.	2007	Revista Baiana de Enfermagem	B4 (Interdisciplinar)	Pesquisa qualitativa	Salvador (BA)	Serviço de Emergência	16	Profissionais
DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M.	2009	Interface: Comunicação e Saúde	A2 (Interdisciplinar)	Pesquisa qualitativa	Ribeirão Preto (SP)	UBS	14	Profissionais
VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M.M.; LANDERDAHL, M. C.	2009	Revista Gaúcha de Enfermagem	B1 (Interdisciplinar)	Pesquisa qualitativa	Município do Interior do Rio Grande do Sul (RS)	Hospital	12	Profissionais
GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.	2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP	B2	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa	Zona Sul de São Paulo (SP)	ESF	22	Profissionais
LIRA, C.E.P.R.; SILVA, P.P.A.C.; TRINDADE, R.F.C.	2012	Revista Eletrônica de Enfermagem	C	Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa	Maceió (AL)	ESF	13	Profissionais
VALE, S. L. L. <i>et al</i>	2013	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	C	Estudo exploratório-descriptivo, de abordagem quantitativa.	João Pessoa (PB)	ESF	211	Vítimas

Quadro 1 - Artigos selecionados a partir da leitura completa (Continua)

Autor (a)	Ano de publicação	Revista	Qualis CAPES	Desenho do estudo	Cidade	Local da pesquisa	n	Sujeitos
ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S.	2014	Interface: Comunicação e Saúde	A2 (Interdisciplinar)	Pesquisa de abordagem qualitativa	João Pessoa (PB)	ESF	13	Profissionais
GOMES, N. P. <i>et al</i>	2014	Revista Enfermagem UERJ	B3	Pesquisa descritiva- exploratória, qualitativa	Município da Bahia (BA)	ESF	14	Profissionais
MEINHARDT, Y. M.; MAIA, G. F.	2015	Barbarói Online	B2 (Interdisciplinar)	Pesquisa qualitativa, com realização de oficinas	Santa Cruz do Sul (RS)	CAPS II	11	Profissionais
CRUZ, S. T. M.; ESPÍNDULA, D. H. P.; TRINDADE, Z. A.	2017	Psico USF	B1 (Interdisciplinar)	Pesquisa exploratória e qualitativa	Município do interior de Pernambuco	ESF	25	Profissionais
D'OLIVEIRA, A.F <i>et al</i>	2009	Ciência e Saúde Coletiva	B3	Estudo de caso	Zona Oeste de São Paulo (SP)	Centro de Saúde Escola	NA	Profissionais
SCHRAIBER, L.B. <i>et al</i>	2009	Ciência e Saúde Coletiva	B3	Artigo de revisão	NA	NA	NA	NA
KIND, L <i>et al</i>	2013	Cadernos de Saúde Pública	B3	Estudo quantitativo	Belo Horizonte (MG)	ESF	270	Profissionais
SALCEDO- BARRIENTOS, D.M. <i>et al.</i>	2014	Revista Latino- Americana de Enfermagem	B3	Pesquisa qualitativa	Zona Leste de São Paulo (SP)	UBS	14	Profissionais

NA: não se aplica

Quadro 1 - Artigos selecionados a partir da leitura completa (Continua)

Autor (a)	Ano de publicação	Revista	Qualis CAPES	Desenho do estudo	Cidade	Local da pesquisa	n	Sujeitos
PINTO, L.S.S. <i>et al</i>	2017	Ciência e Saúde Coletiva	B3	Estudo exploratório e descritivo, análise de prontuários.	Teresina (PI)	SAMV-VIS	6	Profissionais
FONSECA, R. M. G. S <i>et al</i>	2009	Revista Latino - Americana de Enfermagem	B3	Pesquisa qualitativa	Zona Oeste de São Paulo (SP)	UBS	17	Profissionais
VICENTE, L. M.; VIEIRA, E. M.	2009	Revista Brasileira de Educação Médica	B4	Estudo quantitativo, de corte transversal	Ribeirão Preto (SP)	Hospital	156	Acadêmicos de Medicina e médicos residentes
ILHA, M.M. <i>et al</i>	2010	Revista Gaúcha de Enfermagem	B1 (Interdisciplinar)	Estudo exploratório-descriptivo, transversal	Porto Alegre (RS)	Hospital	73	Vítimas
KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.	2011	Ciência e Saúde Coletiva	B2	Pesquisa qualitativa	São Paulo (SP) e Grande São Paulo (SP)	Serviços de saúde	57	Profissionais
HESLER, L. Z. <i>et al</i>	2013	Revista Gaúcha de Enfermagem	B4	Pesquisa exploratório-descriptiva, com abordagem qualitativa	Região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul	ESF	35	Profissionais
SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D. e PEREIRA, P. P. G.	2013	Cadernos de Saúde Pública	B3	Pesquisa qualitativa	Matinhos (PR)	UBS	15	Profissionais

Quadro 1 - Artigos selecionados a partir da leitura completa (Continua)

Autor (a)	Ano de publicação	Revista	Qualis CAPES	Desenho do estudo	Cidade	Local da pesquisa	n	Sujeitos
RODRIGUES, V. P. <i>et al</i>	2014	Texto & Contexto Enfermagem	B3	Abordagem mista: quantitativa, estudo de corte transversal.	Município da Bahia (BA)	ESF	25	Profissionais
HASSE, M.; VIEIRA, E. M.	2014	Saúde em Debate	B5	Abordagem quantitativa	Ribeirão Preto (SP)	UDBS	221	Profissionais
BARROS, L.A. <i>et al</i>	2015	Revista da Escola de Enfermagem da USP	B2	Estudo qualitativo	Município de Alagoas (AL)	Maternidade	11	Vítimas
SOUSA, M. H. <i>et al</i>	2015	Revista Brasileira de Epidemiologia	B3	Abordagem quantitativa	Municípios do Estado de São Paulo	Serviços de saúde	172	Profissionais
BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T.	2009	Interface: Comunicação e Saúde	A2 (Interdisciplinar)	Pesquisa qualitativa, exploratória	Rio de Janeiro (RJ)	Unidades de Atenção Primária	8	Profissionais
MORAIS, S. C. R. V.; MONTEIRO, C. F. de S.; ROCHA, S. S.	2010	Texto & Contexto Enfermagem	B3	Artigo de revisão	NA	NA	NA	NA
COSTA, M. C.; LOPES, M. J.M.	2012	Revista da Escola de Enfermagem da USP	B2	Estudo exploratório-descriptivo, de abordagem quantitativa	Zona rural do sul do Rio Grande do Sul (RS)	Serviços de saúde	43	Profissionais

NA: não se aplica

Quadro 1 - Artigos selecionados a partir da leitura completa (Conclusão)

Autor (a)	Ano de publicação	Revista	Qualis CAPES	Desenho do estudo	Cidade	Local da pesquisa	n	Sujeitos
SILVA, E. B.; PADOIN, S. M.M.; VIANNA, L. A. C.	2013	Acta Paulista de Enfermagem	B5	Pesquisa qualitativa	Município do Rio Grande do Sul (RS)	ESF	30	Profissionais
VIEIRA, E. M. <i>et al</i>	2009	Revista Brasileira de Epidemiologia	B3	Pesquisa quantitativa	Ribeirão Preto (SP)	UDBS	221	Profissionais

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 2 - Desfechos dos estudos, limitações e estratégias bem sucedidas do atendimento às mulheres vítimas de violência (Continua).

Autor (a)	Desfecho	Limitações ou estratégias bem sucedidas do atendimento
BISPO, T. C. F.; ALMEIDA, L. C. G.; DINIZ, N. M. F.	Os profissionais reconhecem os casos de violência, no entanto o atendimento se reduz a tratar lesões e agravos.	▪ Modelo biomédico de formação. ▪ Setor de emergência é reconhecido como local de cuidados imediatos. ▪ Violência conjugal reconhecida como questão jurídica e não de saúde.
DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M.	Os profissionais reconhecem as situações de violência, porém não estão capacitados para acolher as vítimas.	▪ Afirmam que a violência psicológica é a forma mais grave de agressão. ▪ Ao identificarem as vítimas, baseiam o atendimento em tratamento de lesões, notificação e encaminhamento para outros setores. ▪ Tempo de consulta rápido. ▪ Medo de retaliações por parte do agressor.
VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M.M.; LANDERDAHL, M. C.	Os profissionais reconhecem as situações de violência, porém não estão capacitados para acolher as vítimas.	▪ Preocupação dos profissionais em realizar o atendimento em sala reservada. ▪ O atendimento baseia-se em tratamento de lesões e encaminhamento para psicólogos. ▪ A grande quantidade de pacientes no hospital dificulta o atendimento. ▪ Consultas rápidas, que acarretam em falta de diálogo com as vítimas. ▪ Carência de formação profissional sobre acolhimento humanizado.
GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.	O acolhimento dos profissionais às vítimas se reduz ao tratamento de lesões e agravos.	▪ Dificuldade de convencer as vítimas de que não precisam se submeter às agressões. ▪ Reconhecem que os agressores são parceiros íntimos. ▪ Desresponsabilização dos profissionais: associam a busca por ajuda como função da vítima.
LIRA, C.E.P.R.; SILVA, P.P.A.C.; TRINDADE, R.F.C.	Os ACS reconhecem as diversas formas de violência contra a mulher, entretanto, não estão capacitados para o acolhimento das vítimas.	▪ Devido à proximidade ao ambiente doméstico, os ACS observam o comportamento entre o marido e a esposa durante as visitas. ▪ Consideram que a violência se manifesta na forma de abusos físicos e psicológicos. ▪ Os ACS levam a discussão dos casos para a unidade de saúde, por não terem conhecimento sobre como atuar em situações de violência. ▪ Falta de treinamentos e formação profissional sobre o tema.
VALE, S. L. L. <i>et al</i>	As vítimas relatam dificuldade de se comunicar com os profissionais e falta de capacitação destes para acolhê-las.	▪ Falta de formação, no ensino superior, sobre o tema, dificultando o atendimento. ▪ Falha na comunicação entre profissionais e vítimas. Não se cria vínculo.

Quadro 2 - Desfechos dos estudos, limitações e estratégias bem sucedidas do atendimento às mulheres vítimas de violência (Continua).

Autor (a)	Desfecho	Limitações ou estratégias bem sucedidas do atendimento
ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L.S.	Os profissionais não veem a violência como objeto da saúde e não estão capacitados para acolher as vítimas.	▪ A violência doméstica é tida como assunto privado e secreto. ▪ Modelo biomédico de atendimento. ▪ Encaminhamento para psicólogos. ▪ Alguns profissionais perpetuam o discurso da hegemonia masculina e julgam as vítimas. ▪ Subnotificação.
GOMES, N. P. <i>et al</i>	Os profissionais têm pouca percepção sobre os casos de violência e relatam falta de preparo para acolher as vítimas.	▪ Falta de formação, no ensino superior, sobre o tema, dificultando o atendimento. ▪ Violência é vista como questão judicial. ▪ Reconhecem a necessidade de criar rede intersetorial e multidisciplinar para facilitar os atendimentos.
MEINHARDT, Y. M.; MAIA, G. F.	A partir das discussões nas oficinas, os profissionais afirmam ter melhorado o acolhimento às vítimas.	▪ Antes das oficinas, os profissionais do CAPS não estavam aptos a escuta qualificada das vítimas de violência. Após as oficinas, organizadas em temas relacionados à violência contra as mulheres, os profissionais puderam refletir sobre os assunto e aguçar sua escuta.
CRUZ, S. T. M.; ESPÍNDULA, D. H. P.; TRINDADE, Z. A.	Os profissionais reconhecem os casos de violência e acreditam ser importante acolher, individualmente, tanto a vítima quanto o agressor.	▪ Violência física identificada como principal forma de agressão. ▪ Tratamento de agravos e orientação para denunciar o agressor. ▪ Reconhecem que os agressores são parceiros íntimos das vítimas. ▪ Identificam os ACS como protagonistas na identificação de casos de violência doméstica. ▪ Medo de retaliações por parte dos agressores.
D'OLIVEIRA, A.F <i>et al</i>	Os profissionais foram treinados e capacitados para identificar as vítimas de violência e oferecer atendimento humanizado	▪ Os profissionais preocupam-se em manter postura de escuta, sem transformar o momento em um interrogatório. ▪ Há dificuldade dos profissionais de perguntar sobre a violência sofrida. ▪ Preocupam-se em atender as vítimas em local reservado e evitam julgamentos.
SCHRAIBER, L.B. <i>et al</i>	Verificou-se que os atendimentos às vítimas de violência, na maioria das vezes, são limitados a tratamento de lesões, a situação é vista como assunto para o Poder Judiciário. Parceiros íntimos foram identificados como agressores na maioria dos casos.	▪ Os profissionais têm dificuldade de identificar as vítimas e atendê-las de forma humanizada devido à falta de contato com o tema durante o ensino superior.
KIND, L <i>et al</i>	Os profissionais não notificam os casos de violência por medo de retaliações e afirmam que a sobrecarga de trabalho impossibilita o acolhimento humanizado.	▪ Subnotificação dos casos de violência. ▪ Profissionais alegam falta de conhecimento sobre o assunto e carga horária de trabalho curta. ▪ Medo de exposição e retaliações por parte
SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. <i>et al</i> .	Os profissionais têm dificuldade de identificar e intervir mediante casos de violência.	▪ Falta de discussão sobre o tema durante o ensino superior. ▪ Modelo biomédico de formação.

Quadro 2 - Desfechos dos estudos, limitações e estratégias bem sucedidas do atendimento às mulheres vítimas de violência (Continua).

Autor (a)	Desfecho	Limitações ou estratégias bem sucedidas do atendimento
PINTO, L.S.S. <i>et al</i>	Os profissionais prezam pelo atendimento humanizado.	- Os profissionais receberam treinamentos e capacitações. - Prontuários completamente preenchidos.
FONSECA, R. M. G. S <i>et al</i>	Os profissionais não estão capacitados para acolher as vítimas.	- Identifica-se que os ACS são a "porta de entrada" para detectar situações de violência. - Despreparo dos profissionais para lidar com as situações de violência, alegam ser situações difíceis. - Falta de capacitação profissional.
VICENTE, L. M.; VIEIRA, E. M.	Os sujeitos revelaram necessidade de maior capacitação para atenderem as vítimas.	- Reconhecem que a violência pode ser praticada por parceiros íntimos. - Falta de contato com o tema durante o ensino superior.
ILHA, M.M. <i>et al</i>	As vítimas relataram dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde sobre a situação de violência vivida. Os prontuários das pacientes estavam incompletos.	As vítimas sentem-se envergonhadas para falar sobre o assunto e os profissionais não estão aptos a conversar com as mulheres que buscam atendimento.
KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.	Preconiza a capacitação profissional como elemento chave para aprimorar a comunicação com as vítimas.	- Infraestrutura precária. - Baixa adesão das usuárias ao serviço. - Julgamento das vítimas. - Falta de contato sobre o assunto durante o ensino superior.
HESLER, L. Z. <i>et al</i>	Os ACS são vistos como facilitadores na detecção dos casos de violência, no entanto, não sabem como enfrentá-la efetivamente por falta de preparo profissional.	- Reconhecem a desigualdade de gêneros como fator determinante para as situações de violência. - Ao identificarem casos de agressões, levam o assunto para discussão na Unidade de Saúde. - Consideram a escuta qualificada como postura ideal para atender às necessidades das vítimas.
SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D. e PEREIRA, P. P. G.	Os profissionais agem no cuidado às lesões e agravos das vítimas e prezam pelo diálogo e construção de vínculo.	- Os ACS são considerados fundamentais para identificar as situações de violência devido à proximidade ao ambiente doméstico. - Reconhecem a violência em agressões físicas e sexuais. Entendem também que ocorrem abusos psicológicos. - Apesar da falta de conhecimento sobre a PNH, os profissionais atuam mediante criação de vínculo com as vítimas.
RODRIGUES, V. P. <i>et al</i>	Os profissionais buscam atender as vítimas com orientações e encaminhamentos para órgãos de assistência.	- Concordam que a desigualdade de gêneros é fator determinante para as situações de violência. - A equipe discute os casos de violência a fim de criarem estratégias para o acolhimento.
HASSE, M.; VIEIRA, E. M.	Os profissionais revelam falta de conhecimento sobre o tema violência contra as mulheres e, portanto, dificuldade de atender as vítimas.	- Identificam a violência apenas em casos em que há feridas, hematomas e lesões. - Modelo biomédico de formação.

Quadro 2 - Desfechos dos estudos, limitações e estratégias bem sucedidas do atendimento às mulheres vítimas de violência (Conclusão).

Autor (a)	Desfecho	Limitações ou estratégias bem sucedidas do atendimento
BARROS, L.A. et al	Os profissionais tendem à revitimizar das mulheres, colocando-as em situação incômoda e de maior vulnerabilidade	As vítimas revelam demora no atendimento, falta de privacidade e infraestrutura inadequada. Apesar disso, sentem-se bem acolhidas pelos profissionais.
SOUSA, M. H. et al	Revelou-se dificuldade dos profissionais em preencher a Ficha de Notificação Compulsória, bem como necessidade de capacitação profissional para o acolhimento.	- Veem a Ficha de Notificação Compulsória como denúncia e não como forma de obter dados estatísticos sobre o problema da violência contra as mulheres. - Sobrecarga de trabalho.
BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T.	Ao comparar os serviços de duas unidades de Atenção Primária, foi possível perceber que a Unidade Referência possui equipe apta a realizar atendimento humanizado e a Unidade Não-Referência apenas realiza encaminhamentos para outros serviços.	- Os profissionais da Unidade Não-Referência têm dificuldade de reconhecer os casos de violência. - Na Unidade Referência, os casos são identificados e acompanhados. Procura-se estabelecer que as mulheres não sejam transferidas para outros serviços, mas que a equipe multidisciplinar dessa Unidade solucione os problemas da vítima.
MORAIS, S. C. R.V.; MONTEIRO, C. F. de S.; ROCHA, S. S.	Identifica-se que o ensino de Enfermagem na graduação limita-se ao saber técnico, de tratamento de lesões e medicalização.	NA
COSTA, M. C.; LOPES, M. J.M.	Os profissionais prezam pelo acolhimento humanizado e empoderamento das vítimas através de grupos de discussão sobre violência.	O acolhimento das vítimas ocorre através de escuta qualificada e elaboração de plano de assistência, no entanto, revela-se dificuldade em fazer a vítima falar sobre a situação vivida.
SILVA, E. B.; PADOIN, S. M.M.; VIANNA, L. A. C.	Os profissionais buscam atender as vítimas de maneira humanizada.	- Os profissionais elaboram, juntamente à vítima, uma estratégia de enfrentamento à violência. - Postura de escuta interessada.
VIEIRA, E. M. et al	Os profissionais procuram realizar atendimento humanizado, entretanto, têm necessidade de capacitação para aprimorar o atendimento.	- Os profissionais relatam necessitar de treinamentos e cursos de capacitação sobre violência contra as mulheres. - Alegam precisar de um protocolo definido para esse tipo de atendimento.

NA: Não se aplica

Fonte: Elaboração Própria

5.2.1 Qualidade das publicações

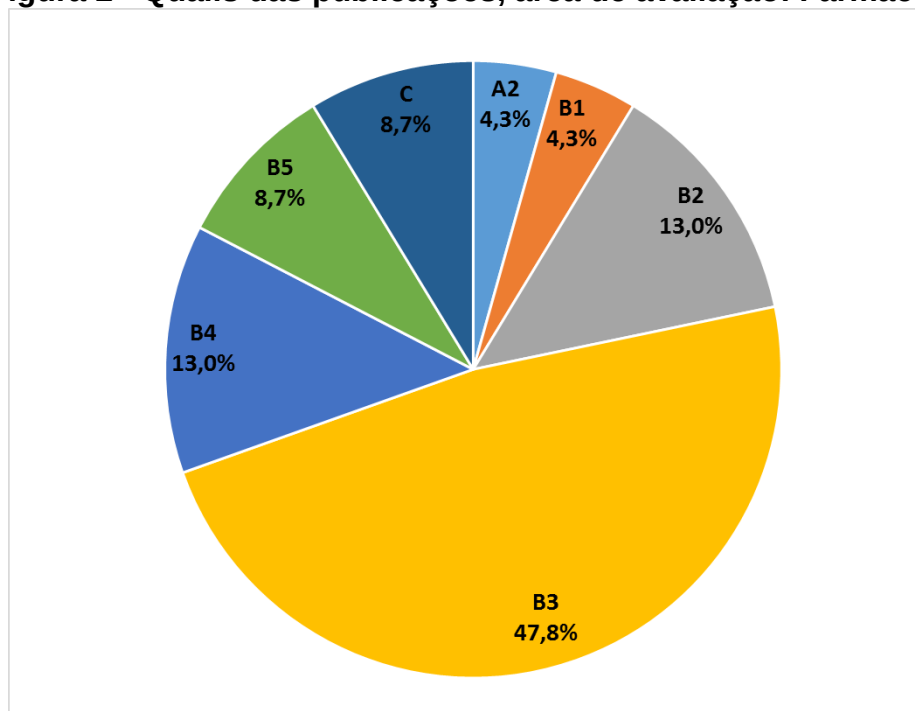
O Qualis Periódicos é uma ferramenta de avaliação dos programas de pós-graduação credenciados pela CAPES no Brasil, a fim de classificar a produção bibliográfica destes (CAPES, 2017).

Este sistema é composto por 49 áreas de avaliação e a cada ano a lista de periódicos é atualizada. Os critérios avaliativos diferem entre as áreas, no entanto, alguns parâmetros em comum devem ser seguidos nas fichas de avaliação, como a proposta do programa, corpos docente e discente, produção intelectual e inserção social (BARATA, 2016).

Atualmente, a classificação dos periódicos contém oito estratos: A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5, C, sendo o A1 o de maior peso e assim, sucessivamente (CAPES, 2017; BARATA, 2016).

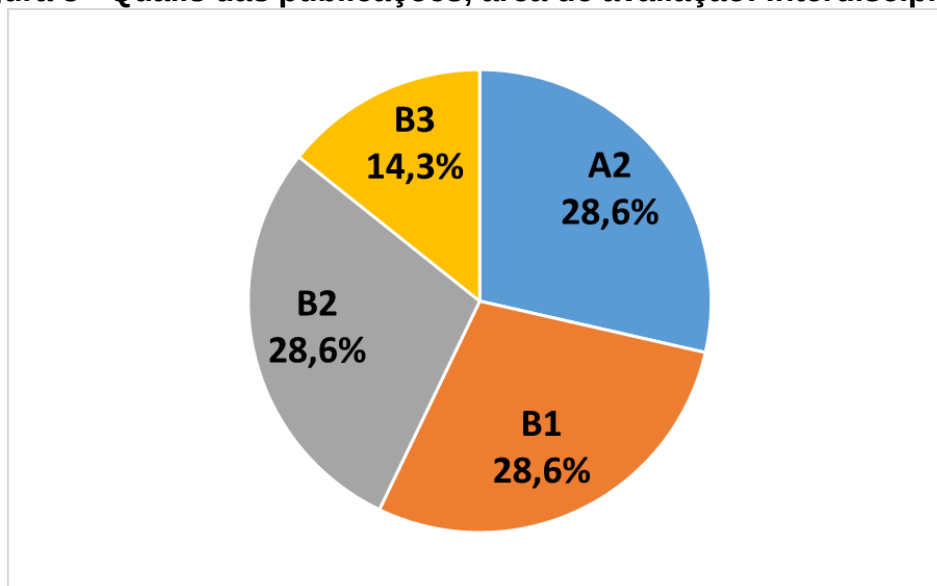
Dos artigos selecionados, na área de avaliação Farmácia (Figura 2), 1 artigo (n=4,3%) foi classificado como A2, 1 (n=4,3%) classificado como B1, 3 (n=13%) como B2, 11 (n=47,8%) como B3, 3 artigos (n=13%) categorizados como B4, 2 (n=8,7%) como B5 e 2 (n=8,7%) relacionados no estrato C. Para as 7 publicações não encontradas na referida área de avaliação (Figura 3), buscou-se o Qualis 2018 na categoria Interdisciplinar, sendo os resultados: 2 artigos (n=28,6%) classificados como A2, outros 2 (n=28,6%) como B1 e igualmente 2 (n=28,6%) no estrato B2. Por fim, 1 (n=14,3%) publicação foi categorizada como B3.

Figura 2 - Qualis das publicações, área de avaliação: Farmácia.



Fonte: Elaboração Própria

Figura 3 - Qualis das publicações, área de avaliação: Interdisciplinar.



Fonte: Elaboração Própria

Segundo Barata (2016), as publicações classificadas como C, portanto, de menor peso na escala, não necessariamente foram de má qualidade. É possível perceber no Quadro 1 que os artigos relacionados nessa categoria, na área de avaliação Farmácia, foram de revistas científicas da área de enfermagem. Sendo

assim, a área avaliada foge ao tema principal da revista. Em consonância com essa autora, a categoria C foi definida pelo Qualis para que nenhuma das publicações ficasse sem classificação, como por exemplo, aquelas cujo escopo não pertença à área de conhecimento sob avaliação.

5.2.2 *Desenhos dos estudos*

Dos artigos escolhidos após leitura completa, 19 (n=64%) foram pesquisas qualitativas (ver Figura 4). Esse tipo de estudo procura compreender e descrever fenômenos em sua totalidade (POLIT *et al.*, 2004 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009), a partir de coleta de dados realizada através de entrevistas com sujeitos envolvidos no objeto da pesquisa. Sendo assim, a interpretação das informações obtidas passa pela subjetividade.

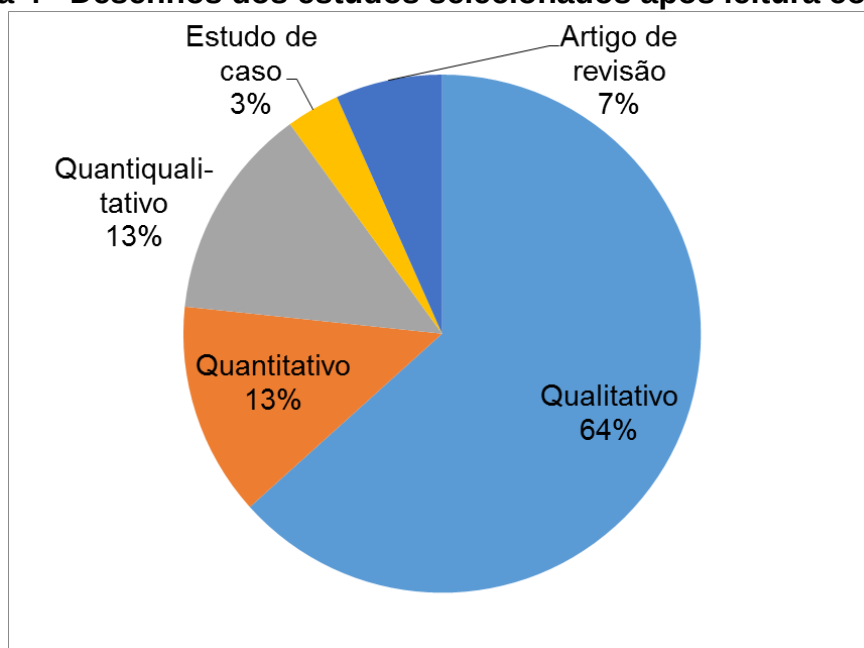
Outra peculiaridade dos estudos qualitativos é que não se preocupam em estabelecer amostras numerosas, pois seu objetivo principal é o entendimento dos fatores determinantes de um processo, a fim de aprofundar-se no tema pesquisado. Este tipo de pesquisa apresenta, também, nuances descritiva e exploratória. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009)

A pesquisa quantitativa centra-se na objetividade, com quantificação de variáveis e número de amostra elevado, a população estudada pode ser considerada representação da realidade (FONSECA, 2002). Na seleção final dos artigos, 4 (n=13%) corresponderam a essa categoria de estudo.

Associar pesquisas qualitativas com as quantitativas de um mesmo tema permite quantificar uma determinada variável e entendê-la. Caso a comparação seja positiva, é possível inferir que mesmo a representatividade numérica mais baixa pode contribuir para a compreensão de fenômenos.

Ainda na seleção final, 4 estudos (n=13%) estabeleceram metodologia quantiquantitativa, 2 (n=7%) foram artigos de revisão que permitiram conhecer o histórico e os avanços quanto ao atendimento às mulheres vítimas de violência e 1 (n=3%) era estudo de caso de um centro de saúde que atende essas vítimas.

Figura 4 - Desenhos dos estudos selecionados após leitura completa



Fonte: Elaboração Própria

5.2.3 Distribuição dos estudos por Estado

Analisando a Figura 5, é possível perceber que a distribuição dos estudos se deu nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, sendo São Paulo o estado com maior número ($n=10$) de artigos dentre os selecionados. Seguido do Rio Grande do Sul ($n=6$), Bahia ($n=3$), Alagoas ($n=2$) e Paraíba ($n=2$). Piauí, Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Paraná, 1 estudo por cada Estado. Dentre os selecionados, 2 artigos não puderam ser classificados quanto à cidade no qual se desenvolveram uma vez que tratam-se de artigos de revisão.

Comparando-se estes resultados aos gráficos nas Figuras 6 e 7, disponíveis no “Panorama da violência contra as mulheres no Brasil”, publicado pelo Instituto de Pesquisa Data Senado em 2016, nota-se que a violência de gênero é um fenômeno que não se restringe a algumas regiões ou Estados, mas que ocorre em todo o país.

De acordo com a referida publicação, através de dados coletados no Disque 180 (Figura 6), o Distrito Federal foi o local com maior quantidade de relatos de violência de gênero (109,8 mulheres a cada 100 mil). A situação se repete por toda a região Centro-Oeste, cuja média de relatos foi de 57,4 a cada 100 mil mulheres. Mato Grosso e Mato Grosso do Sul também apresentam índices expressivos em relação ao estupro de mulheres (81,6 e 106,3 a cada 100 mil mulheres,

respectivamente) – Figura 7. No entanto, nenhum dos artigos selecionados apresentou informações sobre violência contra as mulheres nessa região.

Em relação às taxas de estupro, a região Norte apresentou a maior média (71,9 por 100 mil mulheres), com destaque para o Acre (120,7 a cada 100 mil mulheres) e Roraima (110,4 por 100 mil mulheres), cujos índices são superiores ao dobro da média das outras regiões (BRASIL, 2016). Entretanto, novamente, nenhuma das publicações escolhidas foram pesquisas desenvolvidas nessas localidades.

Apenas 1 dos artigos foi desenvolvido no Estado do Rio de Janeiro. Porém, de acordo com a Figura 7, a porcentagem de estupros (64,9/100 mil mulheres) e a taxa de relatos de violência contra as mulheres neste Estado (62,6/100 mil mulheres) foi considerável.

A elaboração de pesquisas voltadas para a investigação da violência contra as mulheres nas regiões citadas poderia contribuir para o diagnóstico situacional da violência de gênero nesses Estados, no sentido de revelar quais são os motivos das elevadas taxas de violência contra as mulheres e indicar quais ações são tomadas pelos profissionais da saúde para acolher as vítimas.

Figura 5 - Mapa do Brasil indicando as cidades nas quais os estudos selecionados foram feitos.



Fonte: Elaboração Própria

Figura 6 - Relatos de violência a cada 100 mil mulheres, por Estado, em 2014.

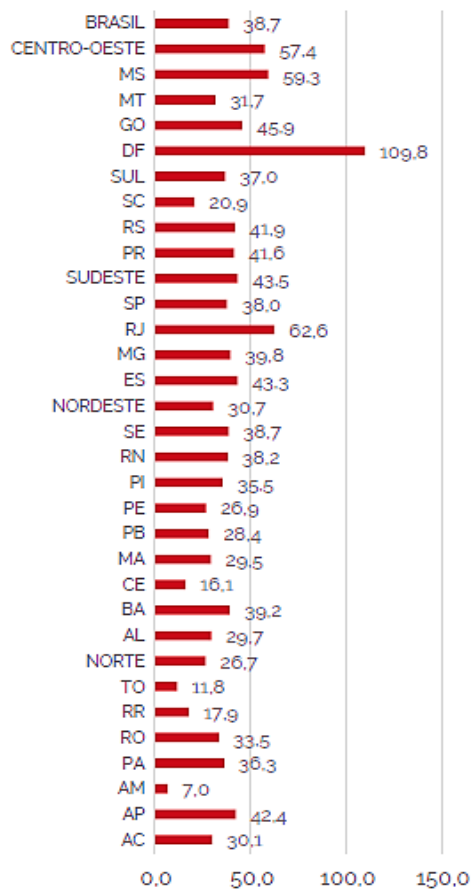
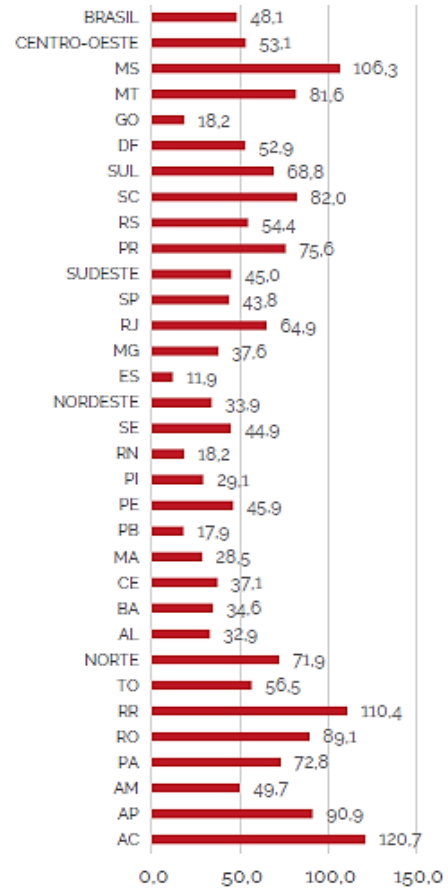


Figura 7 - Estupros a cada 100 mil mulheres, por Estado, em 2014



Fonte: PANORAMA... (2016)

5.2.4 Locais de pesquisa

Uma vez que se pretende identificar as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde na implantação e execução de um ambiente oportuno ao acolhimento das mulheres vítimas de violência, é essencial analisar os serviços possivelmente procurados por essa demanda de pacientes.

Optou-se por nomear estes locais conforme os autores o fizeram. Assim, da seleção final de artigos (Figura 8), 10 (n=34%) foram realizados em unidades ESF (Estratégia de Saúde da Família), 5 (n=17%) em UBS (Unidades Básicas de Saúde) e 2 (n=7%) em UBDS (Unidades Básicas e Distritais de Saúde).

O Programa de Saúde da Família (PSF, instituído em 1994) foi credenciado como Estratégia de Saúde da Família em 2006 (BRASIL, 2006). Configura-se como uma das principais portas de entrada do sistema de saúde por ser um modelo de atenção básica cujas unidades encontram-se descentralizadas em bairros, portanto,

próximo à população. Estas unidades podem ser também chamadas UBS ou UDBS. A equipe que compõe a ESF é multiprofissional, contribuindo para o atendimento integral dos pacientes.

Conforme afirmam Fonseca e colaboradores (2009), Lira, Silva e Trindade (2012); Hesler e colaboradores, (2013), Signorelli e Pereira (2013) e Cruz, Espíndola e Trindade (2017), outro aspecto favorável à procura por esses serviços é o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes profissionais fazem visitas domiciliares às famílias e são capazes de identificar situações de violência e observar o comportamento dos parceiros das mulheres.

Lira, Silva e Trindade (2012) destacam em sua pesquisa que quando os ACS constatarem tais situações, levam o assunto para discussão com os demais integrantes da equipe de saúde. Dessa forma, é possível elaborar um plano de ação para o caso. Hesler e colaboradores, (2013) e Signorelli, Auad e Pereira (2013) apontam que devido à frequência das visitas domiciliares o vínculo entre estes profissionais e as mulheres é criado. Este elo possibilita a partilha de experiências em ambiente privado conveniente à delicadeza do assunto.

Entre os estudos, três (n=10%) referiram-se aos locais de pesquisa como serviços de saúde. Destes, dois foram realizados no SUS: Kiss e Schraiber (2011) desenvolveram sua investigação em ambulatórios e programas auxiliares à Saúde da Família, Costa e Lopes (2012) estudaram serviços localizados na zona rural. Nesses artigos, as informações sobre a importância dos ACS para a comunicação, diálogo e criação de vínculo com as vítimas são novamente citadas.

O terceiro estudo desta categoria foi realizado em atendimentos de emergência, hospitais, UPAS (Unidades de Pronto-Atendimento), UBS, ambulatórios e Centros de Referência em Saúde da Mulher. A partir dos dados coletados foi observado que há dificuldade dos profissionais destes setores em preencher a ficha de notificação compulsória, em detrimento do excesso de trabalho e pelo fato desta ficha ser extensa (SOUSA *et al.*, 2015). Tal fato contribui para a subnotificação dos casos de violência e prejudica a geração de dados acerca do problema.

Foram encontradas três pesquisas (n=10%) realizadas em hospitais. Destes, dois eram de pronto-socorro que requerem agilidade no atendimento em razão da alta demanda (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009; ILHA; LEAL; SOARES, 2010). Sendo assim, a proximidade com as vítimas é menor, de forma a prejudicar o estabelecimento de vínculo com as mesmas. Essas informações corroboram com as

informações de um artigo (n=3%) selecionado cujo estudo igualmente se desenvolveu em um serviço de emergência (BISPO; ALMEIDA; DINIZ, 2007).

Na pesquisa desenvolvida no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo) notou-se, através do elevado índice de não respostas ao questionário, que o ritmo apressado do ambiente hospitalar pode contribuir para a invisibilidade das situações de violência (VICENTE; VIEIRA, 2009).

Uma pesquisa (n=3%) aconteceu em Maternidade Referência para atendimento à mulher em situação de violência sexual e alguns problemas foram relatados pelas usuárias entrevistadas: falta de privacidade e infraestrutura do local, assim como a necessidade dos trabalhadores de dividir a atenção entre as gestantes e as vítimas de estupro. Estes são fatores que inviabilizam o atendimento (BARROS *et al.*, 2015).

Selecionou-se também um artigo (n=3%) baseado em observações durante estágio no CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial). As autoras perceberam falhas no atendimento às pacientes em situação de violência e procuraram sensibilizar as profissionais que trabalham na instituição sobre os desdobramentos e impactos da violência de gênero na saúde das mulheres (MEINHARDT; MAIA, 2015).

Outras duas investigações sucederam-se em institutos referência para estes casos, 1 (n=3%) em Serviço de Atendimento à Mulher Vítima de Violência (SAMV-VIS), integrante da rede SUS, e mais 1 (n=3%) em Centro de Saúde-Escola (articulado a um hospital).

Este último instituiu modelo de atendimento a conflitos familiares difíceis, buscando atender integralmente tais casos a partir da sensibilização não só da equipe de saúde, mas também de funcionários do setor administrativo. Os encontros com as mulheres em situação de violência ocorriam em ambiente reservado e não se estabelecia um protocolo fechado para conversar com elas, focando nas especificidades de cada cenário analisado (D' OLIVEIRA *et al.*, 2009).

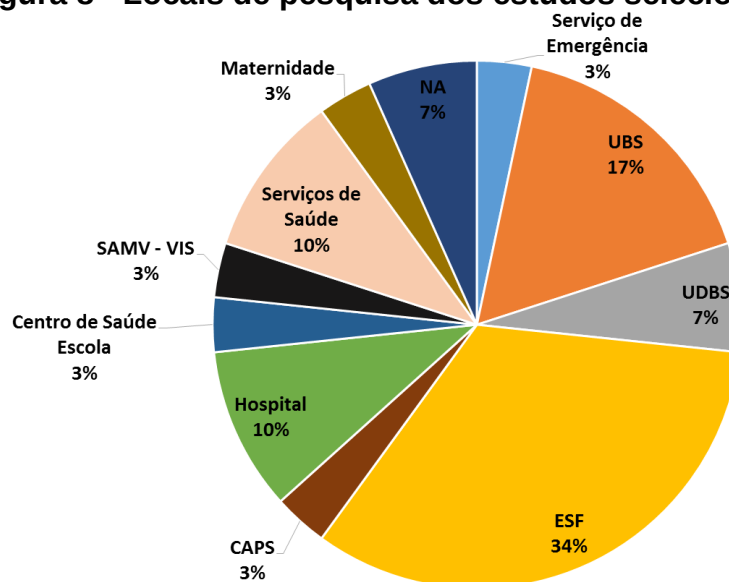
O sucesso desta atividade ao dedicar às vítimas atendimento humanizado relacionou-se à experiência e esforço do grupo de pesquisa (que instalou o modelo no centro de saúde), demonstrando a relevância da investigação deste tema fomentada por instituições de ensino superior.

O contexto encontrado no SAMV-VIS é semelhante. Os trabalhadores prezam por atendimento humanizado, tendo recebido cursos de capacitação que auxiliaram em sua formação, aprimorando sua escuta e sensibilidade (PINTO *et al.*, 2017).

Assim, denota-se a significância do investimento em qualificação profissional para garantia do exercício da PNH.

Para dois estudos (n=7%) a categoria “local de pesquisa” não foi contemplada por se tratarem de artigos de revisão.

Figura 8 - Locais de pesquisa dos estudos selecionados.



Fonte: Elaboração Própria

5.2.5 Humanização da saúde: a visão de profissionais e das vítimas de violência usuárias dos serviços

Analisando-se o gráfico elaborado (Figura 9) de acordo com os resultados do Quadro 1, 24 estudos (n=80%) tiveram a participação dos profissionais de saúde como sujeitos, seguido de 3 pesquisas (n=10%) realizadas diretamente com as vítimas. Apenas 1 artigo (n=3%) investigou a visão de acadêmicos de Medicina e médicos residentes, enquanto 2 (n=7%) não puderam ser categorizados neste item por serem trabalhos de revisão.

Conforme previamente citado e como consta no Quadro 2, os ACS são reconhecidos como profissionais capazes de abrir portas para que as mulheres em situação de violência busquem auxílio nos serviços de saúde. De acordo com Lira; Silva e Trindade (2012) e Hesler e colaboradores (2013) estes servidores são capazes de distinguir as diferentes formas de agressão contra as mulheres. No entanto, sentem-se incapazes de lidar com a situação adequadamente por carência de acesso a cursos de **capacitação** sobre o assunto (FONSECA *et al.*, 2009).

Considerando-se que os referidos estudos descreveram o empenho dos ACS em discutir com a equipe de saúde os casos de violência identificados, mesmo que não tenham conhecimento, esses profissionais colocam em prática o que recomendam os princípios da PNH para a Atenção Básica: o **comprometimento** da equipe e a partilha de responsabilidade na promoção de saúde mediante a individualidade dos usuários do serviço (BRASIL, 2004). Outras pesquisas desenvolvidas em serviços da Atenção Básica corroboram com esse item da PNH: Silva, Padoin, Vianna (2013) e Rodrigues e colaboradores (2014) detalham a importância da **escuta interessada e qualificada** para o acolhimento das vítimas.

Vale e colaboradores (2013) destacaram, igualmente, a importância dos enfermeiros na Atenção Básica. Já que costumam ter maior contato com as usuárias do serviço, a detecção dos casos de violência pode ser facilitada (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010), apontando a questão da qualificação dos profissionais como fator determinante ao bom atendimento.

Segundo preconiza a PNH, os prontos-socorros, prontos-atendimentos e serviços de urgência e emergência devem estabelecer protocolos, garantir acesso a demais níveis de assistência e, sobretudo, respeitar as necessidades de cada paciente (BRASIL, 2004). Porém, Ilha e colaboradores, em 2010, num estudo com as vítimas de violência, descreveram a **dificuldade de comunicação** destas com aqueles que as atendem nesses locais. Foi também assinalado neste trabalho que os **prontuários são precariamente preenchidos**, sugerindo a ineficiência do atendimento.

Vieira, Padoin e Landerdahl (2009) definiram que as consultas rápidas oferecidas no pronto-socorro permitiam apenas o tratamento de lesões visíveis e caso fossem identificadas situações mais graves, dever-se-ia encaminhar a paciente para serviço de psicologia. Entretanto, todos os atendimentos ocorriam em salas reservadas. Estas autoras também enfatizam a necessidade de **educação permanente** para aperfeiçoar a visão dos trabalhadores de saúde a respeito da humanização.

Outro fator que contribui para que a violência de gênero se torne “invisível” no setor de saúde é a **subnotificação** dos casos. Preencher a ficha de notificação e enviá-la aos sistemas de dados, como SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), é visto como denúncia da violência (SOUSA *et al.*, 2015), revelando o desconhecimento da verdadeira finalidade destes dados: a geração de estatísticas

sobre o problema. Este engano cria medo nos profissionais de sofrerem retaliações por parte dos agressores (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009). Além disso, alguns profissionais alegam que a ficha é extensa e requer muitos detalhes, inviabilizando seu completo preenchimento nas consultas rápidas que acontecem nos serviços de saúde (KIND *et al.*, 2013).

O **modelo biomédico** de formação dos profissionais de saúde (voltado para o entendimento de doenças e questões biológicas) interfere no diálogo com as vítimas, criando caráter técnico de atendimento (BISPO; ALMEIDA; DINIZ, 2007; MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010; HASSE e VIEIRA, 2014; SALCEDO-BARRIENTOS *et al.*, 2014). Ocorrem, ainda, situações nas quais a violência contra as mulheres é tratada como objeto de intervenção exclusiva do Poder Judiciário, justificando-se assim o porquê da área da saúde reduzir suas funções apenas ao tratamento de lesões e agravos (BISPO; ALMEIDA; DINIZ, 2007; SCHRAIBER *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2014).

Neste ponto, é pertinente abordar os achados de Vicente e Vieira (2009) na pesquisa envolvendo acadêmicos de Medicina e médicos residentes da Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto. Estes sujeitos, ainda que conheçam a violência de gênero e os protocolos de atendimento, expõem que precisam entender com mais profundidade o fenômeno. Guedes e Fonseca (2011) propuseram a autonomia como característica fundamental para que as mulheres se libertem do ambiente agressivo no qual vivem. Contudo, esta ideia se confunde entre os profissionais, pois estes pensam que só podem ajudar se essas vítimas claramente buscarem auxílio durante o atendimento, desresponsabilizando-se pela iniciativa de estabelecer o vínculo com as pacientes.

Ademais, verificam-se episódios nos quais os médicos não consideram suas consultas como momento para orientações sobre o enfrentamento à violência, principalmente por **posturas preconceituosas e moralistas** sobre a situação vivida pelas mulheres (SALCEDO-BARRIENTOS *et al.*, 2014). Quando as mulheres são vistas como merecedoras das situações de violência a manutenção do poder masculino se perpetua (ALMEIDA, SILVA E MACHADO, 2014) e impede, até mesmo, o estabelecimento da humanização nos serviços de saúde.

Para contornar esse problema, algumas estratégias podem ser construídas, a exemplo de Meinhardt e Maia (2015), cujas oficinas para discussão da violência de gênero e seus impactos na saúde atingiram o objetivo de sensibilizar as profissionais

de saúde do CAPS II em Santa Cruz do Sul (RS) para a importância do acolhimento e escuta qualificada na identificação de pacientes agredidas não só física, mas também psicologicamente.

D'Oliveira (2009) introduz o termo “vigilância cultural” como elementar na formação dos profissionais de saúde. Consiste em reconhecer os próprios preconceitos e não deixar que se tornem inconvenientes durante o atendimento de uma vítima de violência. Vieira e colaboradores (2009) e Almeida, Silva e Machado (2014) identificam que a capacitação profissional é indispensável para ultrapassar as limitações associadas ao acolhimento das vítimas de violência e estabelecer a humanização dos serviços.

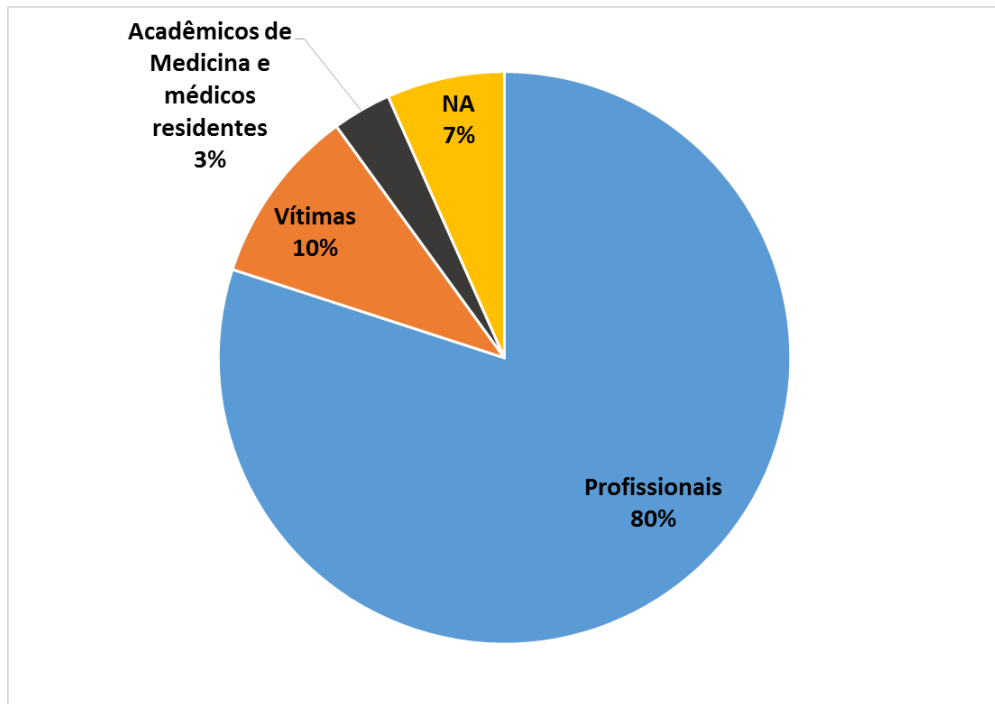
Estes dados corroboram com o desfecho apresentado por Pinto e colaboradores (2017) em sua pesquisa, pois a disponibilidade de treinamentos e capacitações para a equipe de saúde estudada permitiu acolhimento satisfatório às pacientes. Por outro lado, Schraiber e colaboradores, em 2009, discorreram sobre a dificuldade de identificar e atender as vítimas, advinda da carência de contato com o assunto durante o ensino superior.

A comparação entre uma unidade de atendimento referência, na qual a equipe passou por treinamentos sobre violência de gênero e outra não referência, cujos servidores não tiveram acesso a essas capacitações, novamente mostra a diferença no que diz respeito ao atendimento quando os profissionais têm consciência do seu papel humanizador diante de tais circunstâncias (BORSOI; BRANDÃO E CAVALCANTI; 2009).

Concentrar-se nas especificidades de cada situação, avaliando as necessidades das mulheres e construindo juntamente com elas planos de enfrentamento à violência, bem como a existência de grupos de ajuda (com a participação de outras mulheres vítimas de agressões) são táticas de sucesso, conforme apresentado nos estudos de D' Oliveira e colaboradores (2009), Costa e Lopes (2012) e Silva, Padoin e Vianna (2013).

Por fim, Gomes e colaboradores (2014) afirmam que a criação de uma rede intersetorial, composta pelos variados níveis de serviços de saúde (atenção primária, urgências, centros de referência) e articulada com delegacias e suas instâncias, instaura um fluxo que agiliza o atendimento às vítimas ao evitar sua fragmentação.

Figura 9 - Sujeitos envolvidos nos artigos selecionados.



Fonte: Elaboração Própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser uma meta que vem sendo atingida aos poucos, a humanização do atendimento não é uma realidade no Brasil. Poucos casos foram encontrados na literatura relatando estratégias de sucesso que foram determinantes para aprimorar o atendimento às mulheres vítimas de violência, comparando-se à quantidade de estudos que revelam a ausência de ações humanizadoras.

O ensino de saúde, centrado em modelo biomédico, contribui para que a violência contra as mulheres seja um problema minimizado ao cuidado de lesões e agravos pelos profissionais da área. Outra dificuldade são as posturas preconceituosas, que tendem ao julgamento de mulheres já fragilizadas pela situação vivida. Assim, o acolhimento a essas vítimas distancia-se da proposta humanizada que consiste no atendimento as necessidades da paciente mediante postura de escuta interessada e estabelecimento de diálogo.

Desse modo, os trabalhadores da saúde devem compreender sua responsabilidade nessas situações. Para isso, é primordial o investimento em educação permanente e cursos de capacitação sobre o tema. Além disso, discutir a violência contra as mulheres nos serviços de saúde, abrindo espaço para questionamentos e exposição de opiniões aguça a percepção dos profissionais sobre o indivíduo que busca o atendimento. Sobretudo, incluir a humanização nos planos de ensino dos cursos da saúde colabora na construção de futuros profissionais capazes de visualizar seus pacientes não apenas como seres biológicos, mas como indivíduos com necessidades particulares e, por vezes, complexas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; MACHADO, Liliane dos Santos. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface: Comunicação e Saúde**. Botucatu, v. 18, n. 48, p. 47-60, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/03/2018.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 13, n. 1, janeiro/abril 2016.

BARROS, Luciana de Amorim *et al.* Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n.2, p. 0193-0200, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000200193&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/03/2018.

BISPO, Tânia Christiane F.; ALMEIDA, Lílian Conceição G. de; DINIZ, Normélia M^a F. Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 11-18, jan/abr 2007. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3908/2873>>. Acesso em: 19/03/2018.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDAO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface: Comunicação e Saúde**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 165-174, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/03/2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Lei 10.778. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Lei N.º11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência

Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Brasília, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p.71-76. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1837.pdf>>. Acesso em: 29/05/2018.

_____. Código Penal. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Vade mecum. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Comunicação e Mídia**: para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Brasília, 2009.

_____. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2011.

_____. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil [recurso eletrônico]**: indicadores nacionais e estaduais. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher contra a Violência, 2016.

CAPES – AVALIAÇÃO DA PÓS GRADUAÇÃO. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/acessoainformacao/perguntas-frequentes/avaliacao-da-pos-graduacao/7422-qualis>>. Acesso em: 04/05/2018.

COELHO, Elza Berguer Salema *et al.* Humanização na atenção a homens e mulheres em situação de violência. In: COELHO, E. B. S. *et al.* **Políticas públicas no enfrentamento da violência**. Florianópolis, Ed. UFSC, 2014, vol. 1, unidade 2, p. 27-38.

CORRÊA, Flaviana Soares; PAES, Maione Silva Louzada. Mulher vítima de violência sexual: como os profissionais de saúde agem nessa situação? **Rev Enferm Integrada**. Ipatinga: Unileste, vol. 6, p. 1087-1097, jul./ago, 2013.

COSTA, Marta Cocco da; LOPES, Marta Julia Marques. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000500008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/03/2018.

CRUZ, Suzyelaine Tamarindo Marques da; ESPINDULA, Daniel Henrique Pereira; TRINDADE, Zeidi Araújo. Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde. **Psico-USF**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 555-567, Dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712017000300555&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16/03/2018.

DE FERRANTE, Fernanda Garbelini; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface: Comunicação e Saúde**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 287-299, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo-.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19/3/2018.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris**. 10 dez. 1948. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/-09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 01/11/2017.

DICIONÁRIO AURÉLIO Online 2018. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/patriarcado>>. Acesso em: 29/05/2018.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23/3/2018.

EMERIQUE, Raquel Balmant *et al.* Desigualdades de várias ordens. In: BOMENY, Helena; FREIRE-MEDEIROS, Bianca (Orgs.). **Tempos Modernos, Tempos de Sociologia**. 2010. Volume único, capítulo 16, p. 192-200.

FERREIRA, Marise Maria (Org.). Análise dos resultados. In: Instituto Brasileiros de Geografia e Estatística. **Estatísticas de gênero: uma análise do censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: 2014. Volume 1, capítulo 2, p. 54139.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da *et al.* Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.6, p. 974-980, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo-.php?script=sci_arttext&pid=S010411692009000600008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15/3/2018.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, nº 23, vol. 1, p.183-184, jan -mar. 2014.

GERHARDT, Tatiana Engel e Silveira, Denise Tolfo (Org.); coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, Nadirlene Pereira *et al.* Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**; Rio de Janeiro, v. 22, n.4,

p. 477-481, jul.-ago. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a07.pdf>>. Acesso em 16/03/2018.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1731-1735, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/-sciELO.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000800016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19/3/2018.

HASSE, Mariana; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, vol. 38, n. 102, p. 482-493, jul/set 2014.

HESLER, Lilian Zielke *et al.* Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enfer. (Online)**., Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 180-186, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S198314472013000100023&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 15/03/2018.

ILHA, Michele Mazza; LEAL, Sandra Maria Cezar; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 328-334, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 15/03/2018.

KIND, Luciana *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, Sept. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0102311X2013000900020&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 21/03/2018.

KISS, Lígia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000300028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/03/2018.

KRUG, Etienne G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>>. Acesso em: 13/05/2018.

LIRA, Carla Emanuella Pereira Rodrigues de; SILVA, Patrícia de Paula Alves Costa da; TRINDADE, Ruth França Cizino da. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 928-936, 2012. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151819442012000400022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19/03/2018.

MEINHARDT, Yanaê Maiara; MAIA, Gabriela Felten da. Não é uma rede que flui - da invisibilidade às possibilidades de novos modos de cuidar: a violência contra as mulheres na saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, Edição Especial n.44, p., jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/7440/4721>> Acesso em 19/03/2018.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago da. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 155-160, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/03/2018.

OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, vol.1(sup. 4), p. 605-12, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AS MULHERES. **A ONU e as Mulheres**. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/onu-mulheres/sobre-a-onu-mulheres/>>. Acesso em: 13/11/2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979)**. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>>. Acesso em: 13/11/2017.

PINTO, Lucielma Salmito Soares *et al.* Women's protection public policies: evaluation of health care for victims of sexual violence. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 5, p. 1501-1508, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002501501&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21/3/2018.

RODRIGUES, Vanda Palmarella *et al.* Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.23, n.3, p. 735-743, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000300735&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/3/2018.

SALCEDO-BARRIENTOS, Dora Mariela *et al.* How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 448-453, June, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692014000300448&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21/3/2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n.4, p. 1019-1027, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000400009&lng=en&nrm=iso> Acesso em 15/3/2018.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000600019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/03/2018.

SILVA, Camila Daiane *et al.* Epidemiologia da violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, vol. 7, p. 8-14, jan., 2013.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 608-613, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002013000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/03/2018.

SILVA, Iracema Viterbo. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 19 (Sup. 2), p. 263-272, 2003.

SOUSA, Ane Karine Alkimin de; NOGUEIRA, Denismar Alves; GRADIM, Clícia Valim Cortês. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 21 (sup. 4), p. 425-31, 2013.

SOUSA, Maria Helena de *et al.* Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 94-107, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000100094&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 15/03/2018.

VALE, Sâmia Larissa de Lima; MEDEIROS, Cláudia Maria Ramos; CAVALCANTI, Clênia Oliveira; JUNQUEIRA, Cora Coralina dos Santos; SOUZA, Liliana Cruz de. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. **Rev. RENE**, Fortaleza, 14(4):683-693, 2013.

VICENTE, Luciana de Moraes; VIEIRA, Elisabeth Meloni. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. **Rev. Bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 63-71, mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022009000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/03/2018.

VICENTINO, Cláudio; DORIGO, Gianpaollo. A Segunda Guerra Mundial (1939-1945). In: VICENTINO, Cláudio; DORIGO, Gianpaollo. **História para o Ensino Médio**: História geral e do Brasil. 1ª ed., 2011.

VIEIRA, Letícia Becker; PADOIN, Stella Maris de Mello.; LANDERDAHL, Maria Celeste Landerdahl. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a

violência contra as mulheres. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, p.609-616, Dez., 2009. Disponível em:
<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9359/7536>>. Acesso em: 19/03/2018

ANEXO

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP

Escola de Farmácia

ATESTADO DE CORREÇÃO

Atesto que **LETÍCIA SOARES MELO IMBELLONI**, matrícula 13.1.2194 realizou todas as correções exigidas pela Banca examinadora no manuscrito do Trabalho de Conclusão de Curso: **FATORES DETERMINANTES E REFLEXOS DA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO BRASIL: Uma revisão sistemática.**

Ouro Preto, 04 de julho de 2018.

Profª. Dra. Elza C. Oliveira Sebastião

DEFAR-EF-UFOP, Orientadora