

Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários

Violence against women in the context of social vulnerability in primary health care: logging of violence in medical records

La violencia contra la mujer en el contexto de vulnerabilidad social en atención primaria: informe de la violencia en registros médicos

Telma Libna Rodrigues Borburema^a, Alice Pinto Pacheco^a, Anelise Alves Nunes^b, Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré^c, Scheila Krenkel^e

Resumo

Objetivo: Investigar o registro dos tipos de violência sofridos e as condutas tomadas, por profissionais de saúde, incluindo a notificação, frente ao relato de situação de violência por mulheres em contexto de vulnerabilidade social atendidas na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, descritivo e observacional, pela análise de prontuários, considerando todos os registros realizados até o último dia do ano de 2015, de mulheres acima de 18 anos que residam nas áreas de abrangência de dois Centros de Saúde, consideradas áreas de vulnerabilidade social. **Resultados:** A amostra final foi de 769 prontuários, sendo que em 3,77% havia relato de violência sofrida. Destes, 45% foi do tipo física, seguido por 24%, psicológica; o principal agressor foi o parceiro íntimo (41%); 58% dos relatos foram registrados por médicos, em Centros de Saúde. Houve algum tipo de conduta para 89% dos casos (medicação, encaminhamento ou retorno). Apenas 7% dos casos foram notificados. **Conclusões:** Os dados desse estudo sugerem que possa haver sub-registro das situações de violência em áreas de vulnerabilidade social em Florianópolis, tendo em vista os poucos casos registrados e notificados em um conjunto de 729 prontuários. Observou-se que esteja relacionada a isso a falta ou pouca sensibilização e capacitação dos profissionais para identificar situações de violência, bem como registrar, notificar e dar prosseguimento ao acompanhamento às pessoas que vivem nessa situação. Portanto, é necessário difundir e capacitar os profissionais de saúde para a detecção, registro, condutas, notificação e seguimento das situações de violência.

Palavras-chave:

Violência contra a Mulher
Vulnerabilidade Social
Atenção Primária à Saúde
Registros de Saúde Pessoal

Abstract

Objectives: To investigate the records of the types of violence suffered and the measures taken by health professionals, including notifications, when reports of violence by women in a socially vulnerable context are met in primary health care. **Method:** Quantitative, transversal, descriptive and observational study by examining medical records, considering all the records held until the last day of the year of 2015, women over 18 years old residing in areas near two health facilities, considered of social vulnerability. **Results:** The final sample was of 769 medical records, being that 3.77% were reports of violence suffered. Of those, 45% were of the physical type, followed by 24%, which were psychological; the main aggressor was the intimate partner (41%); 58% of reports were logged by doctors in primary health care. Some measures were taken for 89% of cases (medication, referral or return). Only 7% of the cases were notified. **Conclusions:** The data from this study suggest that there may be under-registration of violence in areas of social vulnerability in Florianópolis, in view of the few logged and reported cases in a set of 729 medical records. It was observed that it may relate to the lack of or low sensitizing and training of professionals to identify situations of violence, as well as register, notify and continue monitoring the people who live in this situation. Therefore, it is necessary to disseminate and train health professionals to detect, record, notify and follow-up situations of violence.

Keywords:

Violence Against Women
Social Vulnerability
Primary Health Care
Health Records, Personal

Como citar: Borburema TLR, Pacheco AP, Nunes AA, Moré CLOO, Krenkel S. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1460](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1460)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 1.821.462 (Prefeitura Municipal de Florianópolis), aprovado em 16/11/2016.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 31/01/2017.
Aprovado em: 09/07/2017.

Resumen

Objetivo: Investigar el informe de los tipos de violencia que sufren y los procedimientos adoptados, incluyendo la notificación, por profesionales de la salud, con base en la situación de violencia reportada por mujeres en contexto de vulnerabilidad social en atención primaria de salud. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y observacional, examinando registros médicos, teniendo en cuenta todos los registros celebrados hasta el último día del año de 2015, mujeres mayores de 18 años que residen en las áreas de dos centros de salud, consideradas zonas de vulnerabilidad social. **Resultados:** La muestra final fue de 769 registros médicos, siendo que 3,77% fueron informes de violencia. De estos, 45% fueron del tipo físico, seguido de 24%, de tipo psicológico; el principal agresor fue la pareja (41%); 58% de informes fueron divulgados por los médicos en los centros de salud. Hubo algún tipo de procedimiento para 89% de los casos (medicamento, encaminamiento o retorno). Sólo 7% de los casos fueron notificados. **Conclusión:** Los datos de este estudio sugieren que puede haber un sub-registro de violencia en las zonas de vulnerabilidad social en Florianópolis, a la vista de los pocos casos informados y reportados en un conjunto de 729 registros médicos. Se observó que se relaciona con la falta de/o baja sensibilización y formación de los profesionales a identificar situaciones de violencia, así como el registro, notificación y mantenimiento de la supervisión de personas que viven en esta situación. Por lo tanto, es necesario difundir y capacitar a profesionales de la salud para detectar, grabar, informar y acompañar las situaciones de violencia.

Palabras clave:

Violencia contra la Mujer
Vulnerabilidad Social
Atención Primaria de Salud
Registros de Salud Personal

Introdução

A violência é um fenômeno complexo que gera impactos sociais, individuais e para o desenvolvimento dos envolvidos. A cada ano, mais de 1,5 milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, agressões interpessoais ou de violência coletiva.¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privações”.²

O Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência publicado pela OMS em 2014 mostra que uma em cada três mulheres no mundo foram vítimas de violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo em algum momento de sua vida.³ No Brasil, em 2013, foram vitimadas 4.762 mulheres, uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres. Além disso, 405 mulheres demandaram diariamente atendimento em uma unidade de saúde por alguma violência sofrida.⁴ Qualquer ato de violência baseado no gênero que resulta, ou provavelmente, resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada, pode ser considerado violência contra a mulher.⁵

Em 2006, no Brasil, foi promulgada a Lei Maria da Penha, que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A referida lei categoriza os tipos de violência em física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, de modo exclusivo ou associado, ocorrendo, em muitos casos, a sobreposição das violências.⁶ Essas formas de violência repercutem na saúde das mulheres e em sua qualidade de vida. Estão associadas a várias comorbidades, como depressão, insônia, isolamento social, medo, estresse pós-traumático, irritabilidade, suicídio, abuso de drogas e álcool, cefaleia, distúrbios gastrintestinais, dores crônicas, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e sofrimento psíquico em geral.⁷⁻⁹

A literatura evidencia que maiores prevalências das violências psicológica e física estão associadas à situação de vulnerabilidade social.^{2,10} Segundo Ayres, o conceito de vulnerabilidade social refere-se ao movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior

suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.¹¹

Mulheres em situação de violência buscam, de maneira mais frequente e recorrente, por assistência nos serviços de saúde, incluindo na Atenção Primária.¹⁰ Segundo Gregory et al.,⁹ essas mulheres fazem de sete a oito visitas aos profissionais de saúde por motivos diversos, antes de relatarem sobre o abuso sofrido, e nem sempre são abordadas diretamente quanto à sua situação de violência, atribuindo a esta a condição de um problema “invisível”, para o qual os serviços de saúde se restringem a tratar apenas seus efeitos.¹² Alguns autores assinalam ser comum que os profissionais sintam-se impotentes diante de situações de assistência a mulheres em situação de violência.¹³⁻¹⁵ Respostas inadequadas dos profissionais da área podem levar a mais violência, como, ainda, à medicalização, negligência de cuidados e quebra de confidencialidade, desencadeando situações de desespero às vítimas.¹⁶ Também por conta desse despreparo, é muito frequente que os profissionais não notifiquem os casos de violência, acarretando a subestimação da morbidade por violência¹⁷ e alimentando sua invisibilidade.

Considerando a complexidade do fenômeno da violência contra a mulher e suas implicações sociais, psicológicas e físicas, bem como a importância do atendimento adequado a essas mulheres, esse estudo tem como objetivo investigar o registro dos tipos de violência sofridos e as condutas tomadas, incluindo a notificação, por profissionais de saúde, frente ao relato de situação de violência por mulheres em contexto de vulnerabilidade social atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Considera-se que a relevância deste trabalho se sustenta na possibilidade de trazer à tona subsídios de reflexão para a formação e prática do profissional de saúde, no que diz respeito ao dilema do registro das violências e a tomada de decisão frente às mesmas no cotidiano da APS.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, transversal, descritiva e observacional por meio da análise de prontuários. A amostragem foi do tipo probabilística aleatória sistemática.¹⁸ Foram pesquisados 878 prontuários de mulheres acima de 18 anos, com registro no CADFAM (ferramenta de Gestão de Cadastro da Família da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis) que residam na área de abrangência dos Centros de Saúde Monte Cristo e Novo Continente, consideradas como áreas de interesse social do município de Florianópolis, SC.¹⁹ Essas áreas foram escolhidas por abrangerem 11 das 20 favelas localizadas na região continental do município e são áreas de vulnerabilidade social.¹⁹ Desta amostra, 109 prontuários foram excluídos, por serem de pessoas do sexo masculino (com registro de sexo feminino no CADFAM) ou por não terem prontuários disponíveis no sistema de prontuários da Prefeitura Municipal de Florianópolis (INFOSaúde), totalizando uma amostra final de 769 prontuários.

A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema INFOSaúde, considerando todos os registros realizados até o último dia do ano de 2015, observando-se os seguintes fatores: se houve relato de situação de violência, tipos de violência sofrida (segundo Lei Maria da Penha),⁶ autor da violência, profissional e local do atendimento, condutas realizadas e se houve notificação no local do atendimento. Os dados foram tabulados em planilha do software *Microsoft Excel* com auxílio do software *Statistical Package for Social Science*.²⁰

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer 1.821.462 e atende a todas as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem, diretamente ou indiretamente, seres humanos. Quanto aos aspectos éticos, não houve discriminação na seleção dos prontuários dos indivíduos, nome ou identidade, nem exposição a riscos desnecessários.

Resultados

Dos 769 prontuários analisados, em 3,77% (29) houve registro de violência sofrida. Dos casos de violência registrados, 45% das mulheres relataram violência física, 24% sofreram violência psicológica, 10% violência sexual, 10% violência moral, 7% das mulheres relataram sobreposição das violências física e psicológica e 3,4% se referiram à violência patrimonial (Gráfico 1).

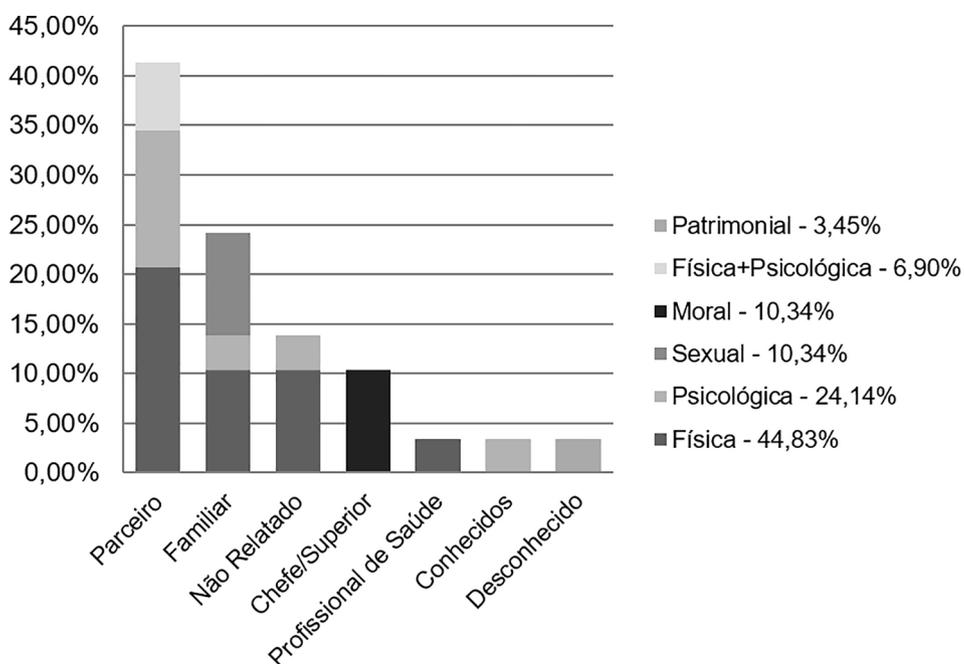


Gráfico 1. Tipos de violência sofrida e autores da violência.

Quanto ao autor da violência, 41% das mulheres foram agredidas por parceiro íntimo, 24% por algum familiar (irmão, tios, avós, padrasto), 10% por um superior no local de trabalho, 3,4% por algum conhecido sem relação de parentesco, 3,4% por um profissional da saúde, 3,4% por desconhecido e em 14% das situações de violência não foi relatado o autor (Gráfico 1).

Dos casos relatados, 58% foram registrados por médicos (médicos da APS, psiquiatra e homeopata), 24% por enfermeiros, 6,9% por psicólogos, 3,4% por agente comunitário de saúde, 3,4% por assistente social e 3,4% por fonoaudiólogo. A maior parte dos relatos ocorreram na APS (75,86%), 14% em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPSad), 7% em Centro de Atenção especializada (Policlínica) e 3,4% foi relatado durante um atendimento em visita domiciliar (Tabela 1).

Tabela 1. Profissional e local de atendimento do relato da situação de violência.

Profissional e local	n	%
Médico		
Centro de Saúde	10	34,5%
Enfermeiro		
Centro de Saúde	6	20,7%
Visita Domiciliar	1	3,4%
Psiquiatra		
Centro de Saúde	3	10,3%
CAPS II	2	6,9%
CAPS ad	1	3,4%
Psicóloga		
Centro de Saúde	1	3,4%
CAPS II	1	3,4%
ACS		
Centro de Saúde	1	3,4%
Assistente Social		
Centro de Saúde	1	3,4%
Fonoaudiólogo		
Policlínica	1	3,4%
Homeopata		
Policlínica	1	3,4%
Total	29	100%

Quanto às condutas realizadas pelos profissionais de saúde, não foram prescritas medicações para 58% das pessoas, para 10% foram prescritos um ou mais analgésicos, para 27,59% foram prescritos um ou mais diferentes psicotrópicos e para 3,4% foram prescritos psicotrópicos e analgésicos. Não houve encaminhamento a outros profissionais de saúde para 58% das mulheres, as demais foram encaminhadas para médico da APS (médico de família e comunidade ou médico generalista), psicólogos, psiquiatra, neurologista e acupunturista. Não houve encaminhamento para outras instituições em 90% dos casos, 3,4% foram encaminhadas para CREMV (Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência)/Delegacia da Mulher, 3,4% para INSS e 3,4% para a Secretaria Municipal de Assistência Social. Para 48%, foi orientado que retornasse para novo atendimento, com ou sem data especificada. Apenas dois (7%) casos foram notificados. Os tipos de violência dos casos que foram notificados são física e física+psicológica. Para 10% dos casos, não houve nenhum tipo de conduta (Tabela 2).

Discussão

A violência contra a mulher é tida como um problema social, cuja relevância tem ganhado visibilidade pela sociedade, além de ser um importante problema de saúde pública com necessidades de intervenções.^{21,22} Sofrer violência ou viver em situação de violência pode gerar muitos problemas às mulheres, que afetam diretamente sua saúde, tanto de forma aguda como crônica.⁸ Essas repercussões para a saúde da mulher levam a uma maior procura por serviços de saúde,^{9,10,16} portanto, cabe aos profissionais desses locais acolher e identificar a causa desse sofrimento.

Tabela 2. Condutas adotadas por profissionais de saúde no atendimento a mulheres vítimas de violência por tipo de violência.

	Física	Psicológica	Sexual	Moral	Física+Psicológica	Patrimonial	Total
Medicação	7	2	1	1	1	0	12
Nenhuma	24,1%	6,9%	3,4%	3,4%	3,4%	0,0%	41,4%
Psicotrópico	6	5	2	2	1	1	17
Psicotrópico + Analgésico	5	2	-	1	-	-	8
Analgésico	-	-	1	-	-	-	1
	6,9%	-	3,4%	-	3,4%	-	10,3%
Encaminhamentos	5	4	1	2	3	0	15
Profissional	17,2%	13,8%	3,4%	6,9%	10,3%	0,0%	51,7%
Não encaminhado	8	3	2	2	1	1	17
Acupunturista	1	-	-	-	-	-	1
Fisioterapeuta, Fisiatria e Assis. Social	1	-	-	-	-	-	1
Médico	-	1	-	1	1	-	3
Psiquiatra	1	-	1	-	-	-	2
Psicólogo	1	2	-	-	-	-	3
Assistente Social	-	1	-	-	-	-	1
Neurologista	1	-	-	-	-	-	1
	3,4%	-	-	-	-	-	3,4%
Instituição	0	0	0	1	2	0	3
Não encaminhado	13	7	3	2	-	1	26
INSS	-	-	-	1	-	-	1
CREMV e Delegacia da Mulher	-	-	-	-	1	-	1
Sec. Mun. de Assist. Social	-	-	-	-	1	-	1
	44,8%	24,1%	10,3%	6,9%	3,4%	3,4%	89,7%
Retorno							
Sim	7	3	1	1	1	1	14
Não	6	4	2	2	1	-	15
	20,7%	13,8%	6,9%	6,9%	3,4%	-	51,7%
Notificação							
Sim	1	-	-	-	1	-	2
Não	12	7	3	3	1	1	27
	41,4%	24,1%	10,3%	10,3%	3,4%	3,4%	93,1%

Na literatura encontra-se uma alta prevalência da violência contra a mulher,^{3,7,23,24} que pode ser aumentada em contextos de vulnerabilidade social.^{2,10,24} Em mapeamento realizado no município de Florianópolis sobre denúncias na Delegacia de Polícia da Mulher em 2012, 10% foram realizadas por mulheres residentes no Distrito Continente,²⁵ onde estão inseridas as áreas de vulnerabilidade em que habita a população alvo dessa pesquisa.

O presente estudo apontou apenas 3,77% de casos de registro de violência em prontuário, o que vai de encontro às prevalências citadas em diversas pesquisas.^{3,7,23,24} Contudo, pode-se dizer que esses dados não representam a ausência de violência, sugerindo, por outro lado, que essa população não expõe sua situação de sofrimento ou que essa informação não é registrada em prontuário.

Há evidências que comprovam que a pobreza familiar, o baixo nível masculino de instrução, o desemprego ou baixos salários predizem os maus-tratos físicos à mulher.^{2,10} Outros fatores também estão associados a um maior risco de sofrer violência, como uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas de abuso),²⁴ ter sido vítima de violência anterior e história de violência intrafamiliar (violência transgeracional).^{8,26} Esses dados corroboram o fato de que a violência contra mulher é maior em contextos de vulnerabilidade social.^{2,10,24} Como as áreas de abrangência dos Centros de Saúde Monte Cristo e Novo Continente são consideradas de vulnerabilidade social,¹⁹ era esperada uma maior prevalência de registros de situação de violência nos prontuários analisados.

Alguns fatores podem ser responsáveis pelos baixos números de registros, dentre eles estão o fato da mulher não relatar a situação de violência, o profissional de saúde não estar atento aos sinais de possível convívio com a violência e não questionar essa situação às mulheres, além da possibilidade de o relato da violência surgir e não ser abordado pelo profissional. Muitas mulheres não revelam a violência sofrida por medo do agressor, por vergonha da família e da sociedade, pelo sentimento de que ninguém poderá fazer nada por elas ou pela falta de uma rede de apoio, mantendo-se isoladas socialmente.²⁷ Outras não interpretam ou nomeiam a situação de agressão como violência, elas naturalizam, banalizam e relativizam as violências que sofrem, não as reconhecendo como tal.^{8,10} Existem aquelas que se sentem obrigadas a suportar as agressões verbais e físicas que lhes são dirigidas, seja por se considerarem incapazes de sobreviver sozinhas, para dar certa condição de vida para seus filhos, ou, ainda, pela cultura impregnada de que devem ceder para evitar conflitos.⁸

Muitas mulheres procuram os serviços de saúde com maior frequência por causa de problemas advindos da violência sofrida, mas não para relatar o caso.²⁷ Elas hesitam em comunicar que sofrem ou sofreram algum tipo de violência e os profissionais hesitam em perguntar sobre o problema, além de não relacionar o que percebem na anamnese e exame físico com a situação de violência.^{9,10,12,28} Usualmente, as mulheres nessa situação não reconhecem os serviços de saúde como um local para busca e obtenção de ajuda, o que coopera para a invisibilidade da violência e do pedido de socorro.²⁹

Muitos profissionais de saúde demonstram incertezas sobre seu papel e dúvidas a respeito de como desenvolver habilidades para a abordagem da violência, não se sentem capacitados para atuar sobre essa situação e, frequentemente, transferem a responsabilidade do cuidado a outros profissionais, deixando de registrar os relatos, alimentando a invisibilidade da violência.^{14,18,29,30} Outro ponto a se considerar é o desconhecimento de protocolos para o registro das situações de violência, bem como a ausência de

parâmetros comuns a todos os profissionais de saúde, o que relega o registro à subjetividade de cada profissional. Um sistema de informação que apresente os indicadores de violência e que seja padronizado poderia facilitar o registro da violência e até estimulá-lo.

Quanto ao tipo de violência, houve maior prevalência de violência física, seguida pela psicológica e depois pela sexual. Alguns estudos são concordantes com o encontrado nessa pesquisa,^{17,31} outros estudos com população brasileira relacionadas a violência por parceiro íntimo apontam uma maior prevalência de violência psicológica em detrimento da física, incluindo recente levantamento das denúncias feitas em delegacia da mulher de Florianópolis.^{23,25} Outras investigações apontaram como forma mais prevalente a associação das violências física, sexual e psicológica e advertindo que a sobreposição dos tipos parece estar associada à maior gravidade dos casos.^{7,10,23,32} Cabe aqui ressaltar que a maior parte das pesquisas desenvolvidas a respeito do tipo de violência cometida contra a mulher é realizada por meio de entrevistas diretamente com as vítimas de violência ou em levantamento de dados de denúncias em delegacias ou notificações do SINAN (Sistema de Informação e Agravo de Notificação), diferentemente desse estudo, que se tratou de uma análise de prontuários e que inclui apenas o que o profissional de saúde optou por registrar naquele atendimento. Essa diferente abordagem pode justificar os dados contraditórios à literatura.

Os achados deste estudo identificaram uma elevada prevalência de violência perpetrada por parceiro íntimo na população estudada, corroborando a literatura pertinente acerca dessa temática.^{2,3,10,12,23,24,30} A maior ocorrência da violência perpetrada pelo parceiro íntimo expressa subordinação e dominação, na qual existe distribuição desigual de privilégios, direitos e deveres, evidenciando a violência baseada no gênero. O segundo grupo de agressor mais prevalente é o familiar (progenitor, irmãos, tios ou padrasto). Esses dados estão em consonância com a literatura ao confirmar que os principais autores da violência convivem com a vítima, fazendo parte do seu círculo doméstico,^{7,8,10,17,23,31} mostrando que as mulheres sofrem em seus lares.

O registro em prontuário foi realizado, majoritariamente, por médicos, seguido pelo registro por profissionais da enfermagem. Existem poucas pesquisas que mostram qual o profissional que registra a situação de violência diretamente ou qual o profissional que mais atende casos de violência contra a mulher. Estudos evidenciam que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para abordar a situação de violência com mulheres que procuram atendimento nos serviços de saúde por outras queixas e silenciam a respeito da violência sofrida.^{16,28,29} Além disso, os referidos estudos sinalizam que os profissionais reconhecem a magnitude do problema, contudo, muitas vezes, não se sentem capacitados para fazer o atendimento ou não dispõem de recursos necessários para tal, aliado à ausência ou desconhecimento de rede de atendimento ou guias e protocolos para realizá-lo,^{7,10,29} ficando à mercê da sua própria subjetividade ao optar por escutar e acolher ou mesmo para investigar uma situação de violência. Ressalta-se que as repercussões da violência também afetam o profissional da saúde, podendo interferir na tomada de decisão frente à situação.³³

A maior parte dos atendimentos foi realizada na Atenção Primária à Saúde, o que evidencia, corroborando a literatura,^{7,9,15,22,28} a importância da APS no atendimento e abordagem das vítimas de violência, cujas potencialidades englobam a perspectiva de abranger o problema desde o acolhimento e intervenção até a prevenção e promoção da não violência, numa abordagem integral do fenômeno.²² Destaca-se a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais da APS para a abordagem da violência,

já que é uma das principais formas de acesso da vítima de violência ao sistema de saúde. Além disso, é preciso ter um sistema de saúde sustentável, articulado à rede de proteção que suporte as consequências da identificação de casos e considere as necessidades da população.^{16,28}

Quanto às condutas adotadas pelos profissionais de saúde que registraram o relato de violência, destaca-se o fato de que houve algum tipo de conduta além do atendimento para a maioria dos casos, seja alguma medicação prescrita (psicotrópico ou analgésico), retorno com o mesmo profissional ou algum encaminhamento para profissional diferente. Apesar disso, apenas um caso foi encaminhado para procurar serviço de denúncia ou centro especializado para atendimento a mulheres vítimas de violência. É importante frisar que nenhuma dessas condutas fazia parte de algum tipo de protocolo ou guia relativo a atendimento a mulheres vítimas de violência, sendo realizadas de acordo com a queixa ou sintoma apresentado, predominantemente dor ou sintomas relativos à saúde mental. É digno de nota que esse estudo não analisou a efetividade das condutas adotadas, apenas se houve alguma e qual foi.

Quanto às notificações, apenas 2, dos 29 casos, foram notificados. A notificação dos casos de violência contra a mulher se tornou compulsória no Brasil em 2003, desde então se constata um aumento gradual do número de notificações,¹⁷ ainda que em muitos casos ocorra a subnotificação.^{12,34} A notificação é importante como instrumento de gestão para fornecer subsídios a políticas públicas, promovendo o conhecimento da real magnitude do problema da violência contra a mulher, dando-lhe visibilidade. Com ela, é possível mapear as ocorrências e as características da violência, possibilitando intervenções mais efetivas para combater tal agressão. Pesquisas mostram que a importância da notificação não é reconhecida por todos os profissionais de saúde.^{12,34} Alguns alegam desconhecer a compulsoriedade da notificação da violência, outros questionam a sua obrigatoriedade, também há aqueles que veem a notificação como uma denúncia e aqueles que alegam ter dúvidas quanto aos seus desdobramentos no âmbito das ações de saúde. Como justificativas para a não notificação, vários profissionais mencionam o receio de retaliações, dificuldade no preenchimento da ficha, sobrecarga no trabalho e dificuldade em lidar com os casos.^{7,12,28,29,34}

A abordagem a mulheres vítimas de violência não é simples e exige disponibilidade do profissional em escutar, acolher e orientar. Primeiro é preciso detectar a situação de violência com perguntas diretas ou indiretas e da demonstração de interesse, tendo uma postura ativa e isenta de julgamentos, garantindo privacidade e sigilo, seguido por valorizar o relato da situação e registrar adequadamente. É importante que o profissional conheça a rede de serviços disponíveis para que possa compartilhar com a mulher e decidir conjuntamente o caminho a seguir, com o objetivo de promover o fortalecimento das mulheres e sua emancipação.^{9,35}

A temática da violência é multifacetada, tem muitos dilemas, seja pelo sofrimento a que a vítima é submetida e a forma como ela irá exteriorizá-lo, bem como à forma pela qual o profissional de saúde irá acolher e atender essa mulher, os encaminhamentos necessários, o registro dos casos e sua notificação. Assim, entende-se serem necessários processos de educação continuada que promovam capacitações, em que, além de dados de identificação da mesma e as repercussões da violência na saúde, abordem-se principalmente os valores pessoais presentes na postura profissional frente à temática da violência. Coaduna-se com Moré e Krenkel³³ quando afirmam que a violência é um fenômeno relacional extremo e que atinge diretamente os valores pessoais do profissional, afetando seu desempenho no desenvolvimento de suas ações junto às pessoas envolvidas.

As limitações do trabalho residem no pequeno número de registro de situações de violência em prontuários, dos poucos dados registrados, da restrição da população a apenas dois locais, dificultando a extrapolação dos resultados para outros contextos. Outro limitante é o fato dos dados se restringirem apenas aos prontuários, não sendo realizadas entrevistas diretamente com a população ou com os profissionais de saúde. Por sua vez, entende-se que a investigação de prontuários com relação à temática da violência resulta em informações quanto à forma como o profissional de saúde reage frente à situação de violência, sendo isto campo de pesquisas que podem trazer subsídios para o aperfeiçoamento do registro e da tomada de decisão frente à mesma.

Conclusão

Os resultados desse estudo sugerem que possa haver sub-registro das situações de violência em áreas de vulnerabilidade social em Florianópolis, tendo em vista os poucos casos registrados e notificados em um conjunto de 729 prontuários. Observou-se que está relacionada a isso a falta ou pouca sensibilização e capacitação dos profissionais para identificar situações de violência, bem como registrar, notificar e dar prosseguimento ao acompanhamento às pessoas que vivem nessa situação. Entende-se que seja necessário que os profissionais de saúde investiguem o motivo da consulta, ampliem o seu olhar ao escutar a mulher que o procura e, ao suspeitar da situação de violência, questionem diretamente, sem julgamentos.

Nessa perspectiva, o profissional de saúde deve considerar que a assistência a mulheres em situação de violência vai além do diagnóstico clínico e tratamento biomédico. Envolve a disponibilização de uma escuta atenta e acolhimento adequado. A quebra de paradigmas e o treinamento contínuo no diagnóstico de situações de violência e a notificação trazem subsídios para a construção de políticas públicas em saúde mais eficazes, contribuindo para a diminuição de um problema expressivo em nossa realidade, constituindo um caminho de proteção à vítima e gerando visibilização do problema. Por fim, entende-se que a violência, como fenômeno relacional, exige o cuidado tanto das pessoas em situação de violência, como dos profissionais que a acolhem, visto que suas repercussões também afetam o profissional da saúde no seu cotidiano de atenção, despertando os mais variados sentimentos, que podem interferir no acolhimento da situação.

Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Prevención de la violencia: La evidencia. El Paso, TX: OPS. (Série de orientações sobre prevención de la violencia). [Internet] 2013. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf?ua=1
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2000. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
3. World Health Organization - WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en
4. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres do Brasil. Brasília; 2015. [Internet] 2015. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
5. United Nations. General Assembly. Declaration of the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva: United Nations; 1993. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

6. Brasil. Lei Nº11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília; 2006. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
7. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;6(4):470-7. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013>
8. Santos ACW, Moré CLOO. Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. *Psicol Ciênc Prof*. 2011;31(2):220-35. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200003&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000200003>
9. Gregory A, Ramsay J, Agnew-Davies R, Baird K, Devine A, Dunne D, et al. Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10-54. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-54> DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-54>
10. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):695-701. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500001&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500001>
11. Ayres JRCM, França-Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, orgs. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.117-39.
12. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1805-15. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900020&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000900020>
13. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(Supl.2):S205-16. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400003>
14. Pedrosa CM, Spink MJ. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc*. 2011;20(1):124-35. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100015&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>
15. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(31):287-99. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400005&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400005>
16. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Intimate partner violence against women and healthcare in Australia: charting the scene. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):1037-48. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400025&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400025>
17. Galindo SRW, Souza MR. O perfil epidemiológico dos casos notificados por violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS). *BIS Bol Inst Saúde*. 2013;14(3):296-302. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000400007&lng=es
18. Medronho RA, Bloch KV. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
19. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. *Áreas de Interesse Social por Unidades Locais de Saúde e Regionais de Saúde*. 2007. [acesso 2017 Ago 25]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/10_11_2009_9.21.48.f59ae736583946fb6056d553e15d1581.pdf
20. IBM Corp. Released 2010. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0*. ArmonkNY: IBM Corp; 2010.
21. Valdez-Santiago R, Ruiz-Rodríguez M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Pública Méx*. 2009;51(9):501-11. [Internet]. 2009. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600009&lng=es DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342009000600009>
22. Oliveira CC, Almeida MAS, Morita I. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(3):412-20. [Internet]. 2011 [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300016&lng=en&nrm=iso DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000300016>

23. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):797-807. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>
24. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública*. 2017;43(6):944-53. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600005&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000600005>
25. Büchele MLC, Philippi JMS. Mapeamento da Violência Contra a Mulher em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Rede Feminista de Saúde*. Florianópolis; 2015. [acesso 2017 Jan 1]. Disponível em: <http://redesaude.org.br/comunica/wp-content/uploads/2015/03/MAPEAMENTO-DA-VIOL%C3%8ANCIA-CONTRA-A-MULHER-EM-FLORIAN%C3%93POLIS.pdf>
26. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):299-311. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200011&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000200011>
27. Terra MF, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. *Athenea Digit*. 2015;15(3):109-25. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/view/v15-n3-terra-doliveira-schraiber/1538>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1538>
28. Rodrigues EAS. Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários. Dissertação (Dissertação de mestrado): Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Belo Horizonte; 2014. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-A2MH89>
29. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):351-8. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000200018>
30. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Med*. 2013;92(2):134-40. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140>
31. Vasconcelos MS, Holanda VR, Albuquerque TT. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. *Cogitare Enferm*. 2006;21(1):1-10. [Internet]. 2016 [acesso 2017 Jan 20]; Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41960>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.41960>
32. Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(11):3523-32. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103523&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>
33. Moré CLOO, Krenkel S. Violência no contexto familiar. 1º ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
34. Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):94-107. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100094&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010008>
35. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero - uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1037-50. [Internet]. [acesso 2017 Jul 9]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>

- ^a Instituto de Saúde e Educação pela Prefeitura Municipal de Biguaçu. Biguaçu, SC, Brasil. libnatelmab@yahoo.com.br (*Autora Correspondente*); alicepacheco.med@gmail.com
- ^b Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil. naneinha.nene@gmail.com
- ^c Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Florianópolis, SC, Brasil. carmenloom@gmail.com; scheilakrenkel@gmail.com