

# *O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas*

I<sup>1</sup> Karlos Eduardo Alves Silva, <sup>2</sup> José Ismair de Oliveira dos Santos,

<sup>3</sup> Waldez Cavalcante Bezerra I

**Resumo:** A violência contra a mulher é um fenômeno social complexo, que apresenta alta reincidência e desafia a rede socioassistencial. Este estudo de campo, de caráter qualitativo, buscou conhecer os saberes e as práticas de profissionais médicos de um hospital público de Alagoas a respeito dessa temática. A produção dos dados se deu a partir do uso de entrevistas semiestruturadas e a análise dos mesmos ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo, do tipo categorial. Constatou-se que, apesar de reconhecerem alguns aspectos importantes para o atendimento à mulher vítima de violência, há um enorme desconhecimento quanto às políticas e a rede de atenção, decorrente da ausência de formação. A inexistência institucional de protocolos para lidar com os casos leva a uma prática profissional subjetivista e por vezes limitada às lesões físicas da violência.

► **Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Humanização da assistência. Saúde da mulher.

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió-AL, Brasil (kadu.alves305@gmail.com). ORCID: 0000-0002-9642-4654

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió-AL, Brasil (ismair.2012@hotmail.com). ORCID: 0000-0002-5702-3073

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió-AL, Brasil (waldezto@yahoo.com.br). ORCID: 0000-0001-7178-4074

Recebido em: 29/04/2020  
Revisado em: 19/09/2020  
Aprovado em: 12/05/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320118>

## Introdução

No transcorrer da história, o patriarcado, entendido como o poder que o homem exerce a partir dos papéis sexuais, se constituiu junto com as sociedades de classes, assumindo facetas peculiares nos diversos modo de organização social, enraizando-se também na estrutura da sociedade capitalista. Caracterizado pela dominação masculina em várias instituições sociais, sejam elas políticas, econômicas, sociais ou familiar, o patriarcado está relacionado à valorização do poder dos homens sobre as mulheres, que repousa mais nas diferenças culturais presentes nas ideias e práticas que lhe conferem valor e significado do que nas diferenças biológicas entre ambos os gêneros (SOUZA, 2015).

Essa estrutura, construída socialmente, definiu lugares e papéis sociais para os homens e as mulheres, estabelecendo relações de poder desiguais entre os gêneros, no interior das quais foi delegado às mulheres papéis e lugares com *status* social inferior e submisso ao poder masculino, seja no âmbito público ou privado da vida social. Esse processo histórico-político-social, travestido de naturalização, contribuiu para a formação da concepção, por ora deturpada, de que o sexo feminino é, por natureza, “frágil”, noção esta que serve à manutenção da ideia da superioridade masculina. Tal idealização, bem como outros fatores, deu margem à perpetuação de estigmas que, conseqüentemente, culminaram com as inúmeras formas de violência protagonizada pelos homens contra diversos grupos sociais, inclusive as mulheres (SOUSA; SIRELLI, 2018).

Assim, a noção de inferioridade entre os gêneros, sobrepondo o masculino em relação ao feminino, solidifica-se no sistema patriarcal capitalista, produzindo o processo de coisificação da figura feminina e determinando as diferentes formas de violência contra a mulher, considerada pela Organização das Nações Unidas como todo ato de violência praticado por motivos de gênero, dirigido contra uma mulher (GADONI-COSTA; DELL’AGLIO, 2010; SOUSA; SIRELLI, 2018).

Segundo Araújo (2008), apesar de o termo “violência contra a mulher” ser utilizado, frequentemente, como sinônimo de “violência doméstica” ou “violência de gênero”, há especificidades em seu uso como categoria analítica. Para a autora, no Brasil, o termo começou a ser usado no final dos anos 1970 associado às mobilizações feministas contra o assassinato de mulheres e impunidade dos agressores, geralmente os próprios maridos, que eram absolvidos em nome da “defesa da honra”. Na década

seguinte, o termo passou a ser usado como sinônimo de “violência doméstica” para fazer referência às denúncias de espancamentos e maus-tratos conjugais, formas comuns de violência contra a mulher, cuja maior incidência ocorre no espaço doméstico e/ou familiar (ARAÚJO, 2008).

Com o avanço dos estudos de gênero, a partir de 1990, o termo “violência de gênero” começou a ser utilizado como um conceito mais amplo que “violência contra a mulher”, abrangendo além das mulheres, crianças e adolescentes objeto da violência masculina, que no Brasil é constitutiva das relações de gênero (SAFFIOTTI; ALMEIDA, 1995). O conceito (violência de gênero) também é usado como sinônimo de “violência conjugal”, por englobar diferentes formas de violência envolvendo relações de gênero e poder, como a violência praticada pelo homem contra a mulher, pela mulher contra o homem, entre mulheres e a violência entre homens (ARAÚJO, 2008).

Especificamente para a finalidade deste estudo, será adotada a noção de violência contra a mulher, entendida como ato de violência praticado pelo homem contra a mulher, motivado pela questão de gênero, independente de ocorrer no âmbito doméstico (caracterizando como violência doméstica) ou não. A adoção da noção de violência contra a mulher se deve também por ser esta uma das principais formas de violência de gênero.

Apesar de considerada como um grave problema vigente na sociedade contemporânea, este tipo de violência ainda é tratado de forma pouco significativa e, na maioria das vezes, desleal (COUTO et al. 2018). Heleith Safiotti (2008), em *Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres*, explora esse aspecto do ponto de vista da unilateralidade dos direitos:

No que concerne à violência contra mulheres, em especial a doméstica, a questão apresenta um mais alto grau de complexidade. Mulheres reivindicam, legitimamente, um espaço no qual possam desfrutar do direito à privacidade. Decididamente, o domicílio não constitui o lócus privilegiado para usufruir este direito, na medida em que é sim o lócus privilegiado da violência doméstica. Uma verdadeira democracia deve garantir o espaço da intimidade, a que cada um tem direito. Todavia, só assegura este direito aos homens (SAFIOTTI, 2008, p. 27).

A magnitude do problema, atualmente reconhecido como questão de saúde pública, é evidenciada pela sua alta incidência nas diferentes classes sociais, culturas e raças. Segundo Araújo (2008), os números são alarmantes e, particularmente nos países do continente americano, as estatísticas mostram que uma em cada três mulheres é vítima deste tipo de violência, ocorrendo a maioria no espaço doméstico

e sendo praticada por alguém que mantém uma relação de intimidade com a vítima, geralmente o companheiro/namorado. A violência física é a mais frequente ou pelo menos a mais denunciada, seguida da violência psicológica e a sexual. Os motivos da agressão são variados, envolvendo discussões motivadas por ciúme, ameaça de separação, problemas de dinheiro, questões relacionadas aos filhos etc.; contudo, o fator realmente preponderante é a relação social de poder que o homem tem sobre a mulher e que lhe dá o “direito” de agredi-la por qualquer motivo (ARAÚJO, 2008).

A gravidade da situação culminou, na década de 1990, por intermédio de movimentos feministas dos Estados Unidos e do México, com a elaboração do conceito de feminicídio, homicídio praticado contra a mulher em decorrência do fato de ela ser mulher ou em decorrência de violência doméstica; este conceito deu, de forma gradual, visibilidade ao caos instaurado em virtude da implantação de modelos de dominação (GOMES, 2018).

No Brasil, onde a taxa de feminicídio cresceu 111,1% de 1980 para 2013, criou-se a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida por Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006; BARROS *et al.*, 2016). Apesar do crescente número de casos em âmbito nacional, outrora subnotificados, a implantação da lei trouxe alguns avanços, tal como o respeito ao encorajamento das vítimas a exporem seus casos às autoridades. Por outro lado, embora haja um crescimento significativo das denúncias (BRASIL, 2016), apenas 63% das mulheres denunciam a agressão sofrida (INSTITUTO AVON, 2011).

O mapa da violência de Maceió, capital do estado de Alagoas, divulgado em 2015 expondo dados de 2003 e 2013, evidencia que a taxa de mortes contra a população feminina aumentou 92,5% em uma década. Assim, Maceió era tida como a segunda capital brasileira mais violenta para as mulheres. Em 2015, a taxa de homicídio de mulheres no estado de Alagoas era de 5,4, enquanto a média nacional era de 4,4 por cem mil mulheres (BRASIL, 2016; WAILSELFISZ, 2015).

Reafirmando a importância desse fenômeno, a PNAD/IBGE, além de ressaltar que 43,1% das mulheres já foram vítimas de violência em sua própria residência, revela que muitas delas continuam sendo agredidas (BRASIL, 2011a). Vários são os fatores que levam as mulheres a permanecerem em uma relação abusiva, sendo a ideologia de gênero um dos principais, pois muitas delas internalizam a dominação masculina como algo natural e não conseguem romper com a situação de violência e opressão. Outros motivos frequentes são a dependência emocional e econômica, a valorização da família e idealização do amor e do casamento, a preocupação com

os filhos, o medo da perda e do desamparo diante da necessidade de enfrentar a vida sozinha, principalmente quando a mulher não conta com nenhum apoio social e familiar, e o medo de denunciar o agressor por receio de que a violência aumente (ARAÚJO, 2008).

Mesmo sabendo que situações de violência não são facilmente solucionadas, pelos motivos explicitados, acredita-se que uma abordagem das vítimas de forma adequada, como é preconizado pelas políticas nacionais, pode contribuir para o enfrentamento do problema. Isso coloca em cena a discussão a respeito do atendimento que as vítimas recebem nos serviços de acolhimento e cuidado.

O combate à violência contra a mulher é responsabilidade de várias políticas públicas, como a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011b) e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2007). No setor saúde, apenas nos últimos anos da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) puseram, através de portarias e documentos, esse tipo de violência como um problema grave de saúde pública, necessitando de maior atenção do poder público devido à sua gravidade, prevalência e consequências pessoais e sociais (VIEIRA; PERDONÁ; SANTOS, 2011). Assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (BRASIL, 2015) incluiu em suas temáticas o atendimento das mulheres em situação de violência, reconhecendo a mesma enquanto uma demanda de saúde. Entretanto, à época, os prontuários médicos quase não faziam menção à violência sofrida pelas usuárias, seja pelo fato de os profissionais não a identificarem ou simplesmente não registrarem esse dado como deveria ser feito (GARCIA-MORENO *et al.*, 2005).

Embora haja uma tendência em atribuir essa não investigação dos casos ao profissional médico, já foram descritos os numerosos desafios que estes enfrentam quando estão diante das vítimas. Dentre eles estão o medo de ofendê-las ou constrangê-las, a falta de tempo devido à alta demanda que o serviço possui e o sentimento de impotência por achar que não conseguiriam mudar a situação delas (SUGG; INNUI, 1992).

Apesar das dificuldades enfrentadas, a Lei nº 10.778/2003 estabelece a obrigatoriedade da notificação de todos os casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços de saúde, incluindo o serviço privado, o que indica a necessidade da superação desses obstáculos. O §1º do Art. 1º elucida ainda que:

“Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher” (BRASIL, 2003, p. 1).

APNAISM traz a humanização e a qualidade da atenção em saúde como condições necessárias para que as ações de saúde tragam resolutividade para os problemas identificados e fortaleçam a capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas. A proposta da humanização:

*é reverter um quadro de mecanicismo, automatismo e tecnicismo, atualmente inerente às relações de trabalho, a partir do investimento na construção de um novo tipo de interação entre os atores na qual os profissionais de saúde, gestores e usuários sejam sujeitos de todo o processo (RAMOS *et al.*, 2018, p. 178).*

Porém, sabe-se que, muitas vezes, o profissional limita sua atenção aos fatores biológicos que podem afetar a usuária, secundarizando outras questões envolvidas e que poderiam garantir um melhor prognóstico com diminuição da reincidência dos casos. A qualidade da atenção implica a superação do enfoque biologicista hegemônico nos serviços de saúde e adoção de um conceito de saúde integral, que contemple as questões psicológicas, biológicas, sexuais, ambientais, sociais e culturais, e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde (MANTAMALA, 1995).

Pensando na necessidade da instauração da humanização do atendimento à mulher vítima de violência no Sistema Único de Saúde (SUS), o extinto Ministério das Mulheres, Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, por meio do “Programa mulher, sem violência”, publicou em 2013 as Diretrizes Gerais e Protocolos de Atendimento a esse público. Tais documentos indicam que, para se ter um aumento da resolubilidade dos casos, é necessária uma escuta qualificada que deve estar pautada nos seguintes aspectos: atenção, afastar culpas, proteção, linguagem, honestidade, perguntas corretas, sigilo, discrição, registro e tranquilidade (BRASIL, 2013b).

Em Alagoas, só no ano de 2015, foram atendidas no hospital onde este estudo foi realizado 775 mulheres vítimas de violência praticada por homem, do tipo doméstica ou sexual, ou seja, uma média de mais de duas vítimas por dia, segundo dados do Núcleo de Epidemiologia da unidade (G1, 2016). Isso evidencia a relevância deste serviço, no cenário local, na rede de cuidado e enfrentamento da violência contra a mulher, trazendo também questionamentos a respeito do papel do profissional médico nesse atendimento. Nesse sentido, o presente estudo objetivou conhecer os saberes e práticas de médicos/as sobre a violência contra a mulher e a percepção

deles/as a respeito dos atendimentos, de suas responsabilidades frente às vítimas e do preparo que possuem para lidar com esses casos.

## Metodologia

A pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, foi desenvolvida em um hospital público de emergência da cidade de Maceió, capital de Alagoas, Região Nordeste do Brasil. Após a identificação, junto ao hospital, do setor que realiza o acolhimento e o primeiro atendimento nos casos de violência contra a mulher, a área Vermelha Trauma, chegou-se a um número de aproximadamente 20 profissionais médicos/as que seriam convidados/as a participar.

Este número foi definido a partir da análise da lista de profissionais que atuavam na área hospitalar referida, sendo incluídos no estudo todos/as os/as médicos/as que trabalhavam no setor e excluídos/as os/as que estivessem afastados/as do trabalho durante o período de produção dos dados (férias, licença etc.) ou que recusassem o convite para participar. Dessa forma, apesar de ter sido explicitada a importância do estudo e estendido o dobro do tempo previsto para a produção dos dados, dos 15 profissionais abordados, apenas cinco aceitaram colaborar; 10 recusaram e cinco estavam afastados do trabalho por motivos diversos. Como justificativa para recusa, alguns utilizavam o argumento de que não tinham tempo disponível para a entrevista, outros apenas informavam que não tinham interesse ou que outros médicos/as do setor poderiam falar melhor a respeito do tema.

A abordagem aos profissionais ocorreu no próprio setor de trabalho. Quando eles e elas não estavam realizando atendimento a pacientes, os pesquisadores se apresentavam, informavam sobre o estudo e questionavam sobre a possibilidade de agendar outro encontro, em local e horário de escolha do/a voluntário/a, para retirar dúvidas e, caso fosse aceito, realizar a entrevista. Este método de abordagem foi sugerido pelo próprio hospital, uma vez que não estavam autorizados a informar os dados de contato dos/as funcionários/as.

Assim, no período de novembro/2017 a abril/2018, foram realizadas entrevistas individuais, norteadas por um roteiro semiestruturado, previamente elaborado pelos pesquisadores, buscando contemplar os seguintes aspectos: conhecimentos a respeito das políticas existentes relacionadas à atenção e ao cuidado nos casos de violência contra a mulher; condutas comumente realizadas nos atendimentos às

vítimas; noções de encaminhamentos; e importância de um atendimento pautado na individualização dos casos.

As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, na modalidade categorial, segundo as proposições de Bardin (2011). O processo de análise seguiu as seguintes etapas: leitura flutuante do material; interpretação dos dados; agrupamento deles em categorias; comparação entre os diferentes núcleos de saberes encontrados; e, por fim, redação da síntese interpretativa de cada categoria temática encontrada.

O estudo foi aprovado em 01/11/2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, sob CAAE n. 59054216.8.0000.5011, e seguiu todos os parâmetros éticos estabelecidos nas normas vigentes.

## Resultados e Discussão

Conforme a tabela 1, o grupo de participantes foi composto por três profissionais do gênero masculino e dois do feminino. Em relação ao tempo de formação, a média foi de 14 anos, variando entre nove e 22 anos; quanto ao tempo na atual função – plantonista no setor do hospital – a maioria se encontrava entre 10 e 12 anos. Verificou-se ainda que, para a maioria, a titulação mais elevada foi a residência médica, sendo três especialistas em cirurgia do trato digestivo.

**Tabela 1.** Caracterização dos participantes

| Sujeito | Gênero    | Tempo de formação | Tempo de atuação no setor | Maior titulação                |
|---------|-----------|-------------------|---------------------------|--------------------------------|
| M1      | Masculino | 12 anos           | 11 anos                   | Residência médica              |
| M2      | Feminino  | 18 anos           | 12 meses                  | Residência médica              |
| M3      | Masculino | 12 anos           | 10 anos                   | Residência médica              |
| M4      | Masculino | 22 anos           | 18 anos                   | Residência médica              |
| M5      | Feminino  | 9 anos            | 7 anos                    | Pós-Graduação não especificada |

Fonte: Elaborada a partir dos dados de campo.

No que diz respeito à análise de conteúdo, foram identificadas duas grandes categorias temáticas: *O conhecimento a respeito das políticas de atenção nos casos de*

*violência contra a mulher e a formação médica; e O atendimento.* Os/as colaboradores/as serão identificados/as pela letra “M”, que representa sua condição de médico/a, seguida de mais uma letra “M” ou “F” para especificar seu gênero, e acompanhada por número cardinal, seguindo a ordem das entrevistas.

## **O conhecimento sobre as políticas de atenção nos casos de violência contra a mulher e a formação médica**

Nesta categoria serão abordadas questões acerca do conhecimento dos/as profissionais a respeito das políticas de atenção nos casos de violência contra a mulher e da formação médica. Todos/as afirmaram já ter atendido mulheres vítimas de violência e reconheceram a importância e singularidade desse tipo de atendimento, entretanto, quando questionados/as em relação às políticas que se referem a essas usuárias as respostas foram variadas, revelando a ausência de discussões sobre o tema em suas formações.

Houve aqueles/as que logo relacionaram a violência ao campo penal, principalmente à Lei Maria da Penha, o que pode ser visto nas falas a seguir:

Acho que eu tenho um conhecimento mediano. A gente conhece a Lei Maria da Penha, como funciona a Lei, como acionar, o que acontece com o agressor na Lei Maria da Penha. (MM4)

Bem escasso (o conhecimento), eu acho que a gente só vê assim... a história da Lei Maria da Penha [...]. Isso, mais nessa parte (campo penal). (MF2)

Nessas falas, há ênfase ao caráter punitivo ao agressor. É indiscutível a necessidade do combate a quem praticou a violência, mas considerando o contexto social da usuária, outros fatores assumem tanta importância quanto. Hasse e Vieira (2014) verificaram que, quando há alguma forma de atenção complementar às vítimas, quase sempre é por meio de encaminhamentos às Delegacias da Mulher, o que reforça ainda mais a visão tida pela maioria dos profissionais de saúde de que a violência é exclusivamente um problema de segurança pública.

Em outros relatos, houve certa limitação aos aspectos biológicos da questão, como se pode ver a seguir:

No campo da Medicina eu conheço mais em relação à prevenção às DSTs, tá certo? (MM1)

A gente sabe que tem leis que protegem a mulher, entendeu? A lei é feita, mas eu não sei se ela é cumprida adequadamente, isso eu não tenho como responder, porque isso é da instância judicial, não sei, mas tem leis que protegem a mulher. A parte da gente é o atendimento ao doente, isso aí (conhecimento das políticas de atenção) já foge da nossa alçada. (MM3)

De Souza e Cintra (2018) afirmam que devido a possível falta de uma abordagem em sua formação que associe a saúde a aspectos sociais, o profissional de saúde, principalmente o médico, tem dificuldade para lidar com os casos de violência contra a mulher. Dessa forma, tende a conduzir a consulta médica apenas para a esfera biológica e a se abster das demais responsabilidades. Essa abstenção pôde ser verificada na indagação de MM3, citada acima. Nesse caso, ele reconhece que a usuária está doente, mas limita sua saúde ao que pode ser visto, aos hematomas ou cortes, e esquece-se do suporte mais amplo que ela necessita.

Houve ainda um relato em que a entrevistada reconheceu a falta de conhecimento a respeito das políticas:

Rapaz... (pausa) eu acho que eu não tenho muito conhecimento sobre políticas de assistência não. (MF5)

Cabe ressaltar que em todas as respostas referentes ao questionamento quanto às políticas de atenção não houve menção a nenhuma das políticas existentes e quatro sujeitos fizeram alguma fala relacionada ao atendimento médico. O fato de não possuírem conhecimento das políticas e de terem feito falas a respeito do atendimento médico pode expressar um possível entendimento de que ao médico não compete outros tipos de conhecimentos, além dos biológicos, para lidar com essa problemática.

O não conhecimento de políticas como a PNAISM, por parte dos/as médicos/as, acaba revelando ou a sua execução inadequada, por não ter alcançado um de seus objetivos iniciais que seria atingir os profissionais de saúde, ou o desinteresse desses profissionais em relação às políticas de saúde voltadas para a mulher e a temática da violência, entendendo esta como problema policial ou jurídico. Particularmente, o desinteresse pela temática, colocando-a em um local inferior na hierarquização dos saberes que interessam ao profissional médico, pode também estar relacionado aos vieses de gênero da própria sociedade, de maneira geral, e da formação médica, especificamente.

Do total de entrevistados/as, três afirmaram ter tido contato com o tema durante a graduação; os/as demais não tiveram aula ou similares. Segundo eles e elas, o tema foi abordado nas disciplinas de bioética e medicina legal. Embora as médias dos tempos de formação e de trabalho na urgência e emergência sejam acima de uma década, todos/as afirmaram nunca ter participado de capacitação acerca da problemática.

Não lembro (a disciplina), mas foi abordada a violência contra a mulher [...] nunca fiz (capacitação), é importante ter! Principalmente aqui no hospital. (MM1)

A fundo, eu acho que não (foi abordado); foi citado talvez na disciplina de bioética, medicina legal, mas não com muito foco. (MF5)

A abordagem ao tema durante a graduação é feita de diversas formas. Pode-se optar pelo direcionamento a partir de diferentes perspectivas: dos aspectos sociais decorrentes da violência; restrita a prática biologicista; ou através da fusão de ambas as abordagens. Entretanto, dos/as três que tiveram contato com o tema, um afirmou que este foi feito sob a visão puramente técnica.

Em algumas vezes, quando tem, a abordagem era em medicina legal para entender as características das lesões, mas só isso mesmo. (MM3)

Na Resolução CNE/CES 3/2014, que versa sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, não há menção direta à obrigatoriedade do tema defendido neste trabalho na grade curricular do curso. Entretanto, de acordo com o Art. 3º, o graduado em medicina deve ser capaz de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania (BRASIL, 2014). Nota-se que o tema da violência contra a mulher e o atendimento às vítimas também está amparado nas DCNs, visto que se trata de um problema de saúde pública que abrange do/a médico/a generalista ao especialista.

Apesar da ausência da temática na formação inicial da profissão médica, considerando também que a graduação não esgota as possibilidades formativas, é preciso destacar que a saúde, como campo de saberes e práticas, constitui-se de forma dinâmica e que constantemente produz novas evidências, o que impele o/a profissional a responsabilidade de buscar se manter atualizado/a.

Em virtude da dimensão e importância do hospital em que atua no cenário estadual, seja na assistência à população seja como campo de prática e formação de novos/as médicos/as, um profissional pontuou a necessidade do investimento em capacitação, embora não tenham feito até o momento da entrevista.

Seria importante sim (uma capacitação), principalmente porque este é o único hospital de trauma aqui da região. Vem tudo pra cá. (MM4)

Em decorrência do nível de complexidade da questão, são imprescindíveis a capacitação e atualização constantes dos/as profissionais, o que também é uma

responsabilidade institucional. O/a profissional médico/a precisa ter dimensão de que o problema vai além do dano físico e, a partir disso, agir como mediador do cuidado aos aspectos físicos, mentais e judiciais.

Para além da formação, De Ferrante, Santos e Vieira (2009) problematizam a respeito da invisibilidade da violência de gênero, no campo institucional, afirmando que:

Podemos questionar se as dificuldades e barreiras destacadas pelos médicos não estariam denunciando que a violência, além de ser invisível não seria por vezes ignorada e negligenciada, visto que muitos profissionais não se sentem seguros, nem capacitados para lidar com mulheres expostas à situação de violência. Será que não poderíamos falar em uma invisibilidade institucional, uma vez que os profissionais não são preparados para as mais variadas situações que possam surgir em seu cotidiano, além do fato de a rede pública não disponibilizar uma estrutura capaz de dar suporte permanente a essas demandas? (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009, p. 297).

Desse modo, considerando que violência contra a mulher, em seus diferentes tipos (doméstica, sexual, psicológica), apresenta repercussões não só na vida da vítima, incluindo a sua saúde física e mental, mas também nas relações sociais mais amplas, ao ponto de ser reconhecida como problema de saúde pública, é preciso romper com essa invisibilidade nos diferentes espaços formativos e institucionais.

## O atendimento

Nessa categoria serão abordados os aspectos do atendimento médico propriamente dito, desde a discussão acerca da existência de protocolos de atendimento e os encaminhamentos que costumam ser feitos, até as ações que os/as profissionais entendem como componentes de um atendimento médico ideal a essas usuárias.

### *Protocolos*

Acerca da existência de protocolo de atendimento todos/as afirmaram inexistir documento desse tipo no hospital. Em termos de significância, apenas um médico julgou como importante. Nesse caso, o entrevistado pontuou a necessidade do cuidado para a não exposição da vítima, bem como da importância da participação de uma profissional mulher no primeiro atendimento.

Não tem nenhum protocolo, é até importante ter, mas não tem nenhum protocolo não, o que a gente sabe é que tem que evitar o máximo possível, eu no caso, expor a mulher, evitar que tenha muita gente na sala, na hora da sutura conversar com ela, pedir pra uma acadêmica mulher suturar e conversar com ela para ver se consegue puxar alguma coisa pra gente chamar a assistente social. (MM1)

Os/as demais relataram que o atendimento realizado em casos de vítimas de violência é igual a qualquer outro usuário, independentemente da causa ou tipo de agressão. No tocante a esse ponto, um dos médicos acredita que o encaminhamento a outros setores – tal como o Serviço Social –, e a conduta a ser tomada dependem da “escolha” do/a médico/a responsável pelo atendimento.

Não, não existe protocolo. E aí você faz o atendimento como um todo, como um paciente normal, a história atual, pergunta o que foi que aconteceu, essa paciente vai ter que ir lá pro HEHA<sup>1</sup> pra fazer... Não sei, vai depender do tipo de agressão. A gente chama a assistência social se for constatado abuso ou esse tipo de coisa, mas não existe protocolo a ser seguido, vai depender da escolha de cada médico ali no momento. (MM3)

Não. Protocolo? Eu desconheço, a gente faz o atendimento normal. A abordagem é a mesma. (MF5)

Levantou-se a situação de que, em razão do medo dos agressores, as mulheres solicitam que seja realizado apenas o atendimento médico.

O que acontece é que normalmente essas mulheres não falam a verdade sobre o que aconteceu, elas mentem, e quando elas falam, falam com muito medo e pedem pra que não seja tomada nenhuma atitude com o agressor. E aí a gente faz o atendimento médico. (MM4)

Percebe-se, portanto, uma fragilidade na condução dos casos, não havendo uma uniformização até mesmo nas ações elementares, tais como: quando solicitar os serviços de assistência social e psicologia, a partir de que momento denunciar o caso à polícia e até mesmo encaminhar para o setor responsável pela prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Nota-se, sobretudo, a urgência e necessidade da implantação de um protocolo, o qual norteará a prática médica frente às situações particulares. Essas questões são negligenciadas em decorrência da escolha profissional que, movidos/as pela demanda do sistema ou até escolha própria, agem de forma empírica, guiando-se por uma abordagem subjetiva e, por vezes, arbitrária.

No atendimento à mulher vítima de violência, torna-se essencial a integralização dos serviços de saúde e sociais – a exemplo de hospitais, unidades básicas de saúde e dispositivos da assistência social –, consoante ao auxílio da polícia. Geralmente, criam-se fluxogramas para a organização e operacionalização da conduta a ser tomada frente a cada caso. Esse instrumento é construído a partir de uma abordagem interinstitucional e multidisciplinar. A logística deve estar baseada nos serviços ofertados pelo município ou região de notificação (PARANÁ, 2012).

A elaboração de protocolos engloba tanto a parte técnica que deve ser seguida, quanto orienta sobre ações que devem ser tomadas. Alertar acerca de quando notificar ou denunciar, por exemplo, é um ponto contemplado na produção do fluxograma. A notificação, enquanto meio de comunicação interno do sistema de saúde, possui o papel de gerar indicadores que orientam inclusive o planejamento de políticas e estratégias de enfrentamento desse tipo de violência. Já a denúncia, caracterizada pela comunicação externa ao sistema de saúde, ao recorrer ao auxílio de instâncias judiciais, possui objetivo distinto: judicializar o caso. Assim, é preditivo o conhecimento acerca da condução dos casos e distinção das ações. Dessa forma, o protocolo também é responsável pela criação de políticas de saúde através da notificação correta dos casos (CFP, 2016).

Em termos práticos, a notificação difere da denúncia considerando que aquela funciona como uma comunicação interna do próprio sistema de saúde, fornecendo dados para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que podem vir a contribuir na construção e manutenção de políticas de saúde para essa população. Já a denúncia atua como uma comunicação externa ao sistema de saúde, neste caso, ocorre a quebra do sigilo profissional, sendo acionadas outras instâncias como as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (CFP, 2016).

As denúncias efetuadas contra os agressores, na maioria dos casos, são realizadas com o objetivo de intimidá-los. Entretanto, evidencia-se um número significativo de desistência da queixa e não levam adiante o processo que poderia resultar em uma punição. Mesmo assim, é importante fazer a denúncia. Ela é um momento de ruptura em que a mulher se desloca da condição de opressão/submissão, admite que sofre violência e precisa de ajuda. Pode significar também um primeiro passo para o seu “empoderamento” e mudança da relação. Por isso, é fundamental que por ocasião da denúncia ela tenha um bom acolhimento e seja devidamente orientada sobre seus direitos e necessidade de buscar apoio social, familiar, jurídico e psicológico para sair da situação de violência (ARAÚJO, 2008).

### *Encaminhamentos*

Quando questionados/as sobre os encaminhamentos ideais para as usuárias, quatro profissionais citaram o serviço psicológico, indicando a evidente relevância deste. A Assistência Social, as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher e o atendimento psiquiátrico também foram citados. Além desses serviços, outros

mais específicos foram sendo mencionados ao decorrer das entrevistas como pode ser visto a seguir.

Necessita de um psicólogo, psiquiatra, assistente social. (MM1)

Apoio psicológico para elas. Eu acho que muitas delas, assim, não são os hematomas externos ou a parte dos traumas externos que você percebe no corpo, mas é muito mais por dentro delas; então, assim, o apoio a elas seria ideal, não só para as feridas, mas também para parte psicológica. (MF2)

Acho que tem que ter o atendimento inicial de uma equipe médica e depois, por trás, ter um atendimento psicológico, até psiquiátrico às vezes quando é vítima de agressão. Acionando instâncias jurídicas, policiais, o IML. (MM3)

Deveria ter um protocolo de encaminhamento, assistência social, delegacia. (MM4)

Acho que deveria ter um acompanhamento psicológico e social. (MF5)

O fato de quase todos/as terem feito menção à Psicologia, traz à tona uma discussão referente ao ato de deixar para este serviço o que eles/as não conseguem entender ou resolver, entretanto, em alguns casos, não há nem a tentativa de resolver. Segundo Porto (2006):

A “psicologização”, ou seja, tratar como transtorno psicológico uma questão cultural, social e/ou econômica apresenta-se como um ponto por demais negativo ao buscar a Psicologia como forma de “empurrar” um problema que não consegue solução ou um problema de menor valor, de menor importância para a saúde, como são percebidos os casos de violência contra a mulher, que passa a ser demandado à/o profissional da Psicologia. [...] Tomando essa posição, os profissionais da saúde se eximem de entender o fenômeno complexo da violência contra a mulher e de reformular suas ações de forma a colaborar no processo de prevenção e assistência a esses casos (PORTO, 2006, p. 13).

O acompanhamento psicológico às vítimas de violência é de extrema importância, entretanto, o que está sendo discutido é o fato de que essa “psicologização” da problemática pode justificar aspectos já discutidos na categoria anterior, como a falta de conhecimento sobre as políticas de atenção à mulher vítima de violência ou mesmo minorar a importância dessa temática para a formação médica, uma vez que o profissional não entende como sendo da sua competência lidar com esses casos para além das lesões físicas.

Um dos médicos também citou o serviço de doenças infectocontagiosas como o encaminhamento de rotina para violência sexual:

Tem que encaminhar a paciente para o hospital, o HEHA. Para fazer a prevenção do HIV, sífilis, doenças sexualmente transmissíveis. (MM1)

Além do encaminhamento para o hospital de referência nos casos de violência sexual, é necessário que o profissional esteja atento para orientar sobre a importância da pessoa registrar o boletim de ocorrência, pois este é um direito de cidadania e contribui para o enfrentamento da impunidade do agressor e a possibilidade de identificar achados que possam constituir provas médico-legais, principalmente nas situações em que a vítima não procurou de imediato o sistema de segurança pública (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar que a pergunta feita aos/as entrevistados/as dizia respeito aos encaminhamentos que eles/as achavam que seriam ideais no atendimento às vítimas, e não os encaminhamentos que eram realizados rotineiramente. Assim, excetuando-se o encaminhamento para o HEHA nos casos de violência sexual, de acordo com aos/as entrevistados/as há apenas o acionamento do Serviço Social do hospital em quase todos os casos.

A Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2011c) traz detalhadamente os serviços existentes que estão inseridos no contexto do apoio à vítima e/ou combate ao agressor, tais serviços devem ser vistos como possíveis encaminhamentos, respeitando a individualidade de cada caso. No documento, os serviços estão divididos em não especializados, que costumam ser o primeiro local a que essas mulheres se dirigem, e especializados, atendem apenas às vítimas de violência e são referências no suporte a elas.

Quanto aos não especializados, tem-se:

Hospitais gerais, Serviços de atenção básica, Programa Saúde da Família, Delegacias comuns, Polícia Militar, Polícia Federal, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público, Defensorias Públicas (BRASIL, 2011c, p. 15).

Referentes aos serviços especializados estão listados:

Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência, Casas Abrigo, DEAM, Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Ouvidoria da Mulher, Serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica (BRASIL, 2011c, p. 15).

De acordo com alguns protocolos, todas as vítimas deveriam ser orientadas quanto à denúncia nas delegacias e encaminhadas para as unidades básicas de saúde para garantir o acompanhamento psicológico, aos CREAS e CRAS que atuam com a proteção especial da mulher nas situações mais críticas e prevenção da violência,

respectivamente. Além disso, orienta-se ainda quanto ao atendimento jurídico nos casos em que há interesse no divórcio, obtenção da guarda dos filhos, pensão alimentícia, dentre outros (COLOMBO, 2012).

Na realidade local, nos casos de violência sexual, é possível contar e acionar também a Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual – RAVVS. Esta Rede busca garantir o atendimento integral às vítimas de violência sexual através de uma equipe multidisciplinar, promovendo acolhimento e orientação à vítima e aos profissionais durante o atendimento. Ela foi criada em 2018 e atua em parceria com diversos órgãos e instituições públicas e privadas de diferentes setores, tais como as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Secretaria de Segurança Pública, Secretaria de Assistência Social e a Secretaria da Mulher e dos Direitos Humanos do Estado de Alagoas, estando a sua sede localizada na Secretaria Estadual de Saúde.

No que diz respeito aos encaminhamentos em geral, a realização destes da forma adequada faz parte das estratégias para a obtenção de uma maior qualidade dos atendimentos:

A rede de atendimento, ou de atenção às mulheres em situação de violência, é composta pelo conjunto de ações e serviços de diferentes setores que visam à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres, bem como e à integralidade e humanização do atendimento (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016, p. 2).

A atenção integral está diretamente relacionada com os encaminhamentos adequados, correspondendo à demanda das usuárias e ao que a rede de atendimento oferta (MENEZES *et al.*, 2014). Dessa forma, o conhecimento por parte dos/as médicos/as a respeito dos encaminhamentos que devem ser feitos em cada caso se torna essencial, enquanto a falta de conhecimento nesse quesito pode ser interpretada como despreparo para lidar com as vítimas.

### *Ações*

O atendimento médico ideal deve estar ladeado de ações cujo objetivo seja contemplar todos os aspectos envolvidos na problemática em questão. No tocante a esse ponto, apesar de complementares, não houve consenso nas respostas acerca das ações que devem compor a abordagem médica.

A atuação multiprofissional esteve presente na consideração dos/as entrevistados/as. Ao elencar os profissionais que deveriam atuar nesses casos, citaram a participação

do/a médico/a, do/a assistente social, da autoridade policial e do apoio psicológico. Pontuou-se também a necessidade de que o atendimento feito pela equipe deva proceder de uma abordagem inicial realizada por outra mulher, visto que geraria “uma confiança maior”.

O atendimento multiprofissional que seria ideal para ela, [...] ter o atendimento de uma pessoa do sexo feminino inicialmente para ela ter uma confiança maior, depois podia entrar um médico para ver o que foi que ela teve, pra avaliar as agressões dela, depois de ter feito os procedimentos médicos, chamar a assistente social, conversar com ela, explicar os direitos que ela tem e depois para ela ser encaminhada para uma autoridade policial”. (MM1)

Eu acho que o apoio psicológico para elas. Acho que muitas delas, assim, não são os hematomas externos ou a parte dos traumas externos que você percebe no corpo, mas é muito mais por dentro delas, [...] o apoio a elas seria ideal, não só para as feridas, mas também para a parte intelectual mesmo... psicológica delas. (MF2)

Em divergência ao posicionamento de MM1, houve quem considerasse inexistente a diferença entre a abordagem realizada por um médico ou uma médica.

Não, não acredito nisso dessa abordagem diferencial de gênero. (MM4)

A representação de gênero pode configurar-se como necessária ao atendimento. Há relatos de que as mulheres, quando atendidas por profissionais do mesmo gênero, sentem-se acolhidas em decorrência da representatividade. Espera-se, dessa forma, o estabelecimento de uma relação possivelmente de confiança, permitindo uma maior liberdade para falar. Nesse sentido, a concretização desse vínculo favorece a clareza dos fatos, podendo culminar em uma abordagem terapêutica coerente (SILVA; MENANDRO, 2015).

Ao considerar as ações que são colocadas como imprescindíveis à abordagem médica, ressaltou-se os entraves encontrados frente a essa prática. A violência contra a mulher é carregada de múltiplas facetas, tal como o medo do agressor. Torna-se elementar o reconhecimento de sinais emitidos pela mulher que sugerem um possível tangenciamento do ocorrido. A sensibilidade à escuta, ao olhar e aos comportamentos, percebendo as inseguranças emocionais dessa mulher, é essencial à prática médica, uma vez que dão subsídios para que se possam mobilizar as demais profissões (como o atendimento psicológico e social). Dessa forma, o objetivo norteia-se pela necessidade do enfrentamento dos traumas e da superação da violência, para além da identificação dos traumas físicos somente. Nesse sentido, assim como defendeu a entrevistada MF5, é salutar o investimento em ações como o acolhimento e o sigilo.

Normalmente essas mulheres não falam a verdade sobre o que aconteceu, elas mentem, e quando elas falam, falam com muito medo e pedem pra que não seja tomada nenhuma atitude com o agressor e aí a gente faz o atendimento médico e depois encaminha para assistente social. (MM4)

O acolhimento e o sigilo com certeza. (MF5)

O processo de acolhimento torna-se essencial nesses casos. A depender de como for realizado, pode-se obter a verdade dos fatos. A vítima não deve ser culpabilizada pela violência, tampouco estigmatizada em razão do gênero. Concomitantemente, a exposição também pode causar danos à mulher, induzindo-a, muitas vezes, à omissão dos fatos. Dessa forma, o atendimento deve estar pautado em ações que efetivem a relação com a usuária e que prime pela privacidade da vítima em todos os aspectos.

De modo mais específico, a capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a aptidão para lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as vítimas a falarem de seus sentimentos e necessidades, cabendo ao/a profissional desenvolver escuta ativa e relação de empatia, que é a capacidade de criar comunicação sintonizada a partir das demandas das pessoas, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro. O/a profissional deve também se atentar para as questões do respeito à privacidade da vítima, auxiliando a expressar seus sentimentos, buscar a autoconfiança, utilizar uma linguagem simples e acessível e explicar todos os procedimentos a serem realizados, respeitando sempre as decisões e escolhas da mulher (BRASIL, 2015).

Dessa forma, precisam-se entender os motivos pelos quais, muitas vezes, todas as recomendações políticas não têm sido postas em prática nos casos em que são necessárias. Um estudo realizado com profissionais de saúde do estado de São Paulo revelou que os mesmos consideram não possuírem capacitação suficiente e nem um ambiente de trabalho adequado para lidar com as situações de violência, embora soubessem da importância da escuta e do acolhimento (PEDROSA, 2003).

Para finalizar, é fundamental pontuar que muitas das questões levantadas ao longo deste artigo relacionam-se com aspectos da denominada “rota crítica”, sendo esta o caminho percorrido pela mulher para romper com a violência, incluindo a sequência de decisões tomadas, apoios e ações executadas durante esse processo (BRUHN; LARA, 2016).

Arboit, Padoin e Paula (2019), ao analisar as evidências científicas nacionais e internacionais sobre o tema, identificaram uma série de questões que dificultam o rompimento e a superação da situação de violência pela mulher. Especificamente nos serviços de saúde, as autoras destacam a falta de capacitação/competência técnica dos profissionais para trabalharem com a violência, o foco do atendimento nas lesões físicas visíveis, de modo que as mulheres, muitas vezes, não eram questionadas pelos profissionais acerca da origem das lesões ou da possibilidade de estarem vivenciando uma situação de violência, mesmo quando havia suspeita e quando apresentavam queixas generalizadas e sinais de sofrer agressões. Além desses fatores presentes nos serviços de saúde, destacam-se outros gerais como a desestruturação da rede de atenção, a precariedade da estrutura física, de recursos humanos das instituições e de equipamentos sociais, a ausência de protocolos de atendimento, formulários específicos para registros de casos e notificação, encaminhamento e avaliação das medidas adotadas, dentre outros. Por outro lado, o acolhimento adequado nos serviços e o trabalho em rede se mostraram associados aos casos de sucesso no enfrentamento da violência (ARBOIT; PADOIN; PAULA, 2019).

## Conclusão

Os resultados evidenciam que o atendimento às mulheres vítimas de violência, na realidade estudada, necessita de uma reestruturação em todos os âmbitos, desde uma maior abordagem da temática na graduação médica até a elaboração de fluxogramas e protocolos de atendimento para facilitar e padronizar a conduta dos profissionais diante dos casos. Também se faz necessária a oferta de cursos de capacitação e atualização profissional quanto à temática, visando suprir carências da formação e garantir um atendimento mais integral.

Como limite do estudo, vale ressaltar a expressiva dificuldade no processo de coleta dos dados, em que, por inúmeras vezes, profissionais se recusaram a conceder entrevistas para o estudo. Atrelado à desconsideração sobre a importância do estudo, que na visão de alguns pouco contribuiria para as ciências médicas, observou-se como empecilho o tempo que deveria ser dedicado às respostas, uma vez que se trata de uma unidade de emergência e, portanto, com grande demanda de usuários para ser atendida. Em todas as visitas, durante a explicação do estudo e convite para participação, os/as médicos/as liam o roteiro da entrevista e, nesse meio termo,

alguns se negavam a responder, sob a argumentação – outrora interpretada como pretexto – de que não possuíam bagagem teórica à altura dos questionamentos. Intitulado algumas vezes como “social”, o estudo não despertou o interesse da maioria dos profissionais convidados a participar.

Como em outros estudos (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009), cabe enfatizar que os problemas encontrados podem dar margem a um viés de seleção, à medida que os informantes que se recusaram poderiam ser ainda mais avessos à temática do que aqueles que aceitaram participar. De qualquer modo, acredita-se que os dados apresentados são relevantes para suscitar reflexões e até subsidiar outros estudos com proposta semelhante em outras realidades.<sup>1</sup>

## Referências

- ARAÚJO, M. F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 14, out. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- ARBOIT, J.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 321-332, dez. 2019.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, E. N. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 591-8, 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Norma Técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios*. 1 ed. Brasília-DF: MS, 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. (Relatório de pesquisa). 53 p. Brasília, 2011a.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.778, de 24/11/2003. 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, 2003.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Brasília,, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Política para Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2011b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para Mulheres. *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para Mulheres. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para Mulheres. *Programa Mulher, sem Violência*. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2013b.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Observatório da Mulher Contra a Violência. *Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais*, n. 1. Brasília, 2016.

BRUHN, M. M.; LARA, L. de. Rota crítica: a trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. *Rev. Polis Psique*, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 70-86, jul. 2016.

COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de atendimento à mulher em situação de violência: Programa Mulher Cidadã*. Colombo, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Notificação Compulsória x Comunicação Externa (Denúncia) em casos de violência contra a mulher*. Brasília: 2016. 9 min. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=6r3\\_uaUh59Q](https://www.youtube.com/watch?v=6r3_uaUh59Q)>. Acesso em: 03 jul. 2018.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; KINALSKI, D. D. F. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.37, 2016.

COUTO, V. A. *et al.* Intersetorialidade e ações de combate à violência contra a mulher. *Rev. Estud. Fem.*, v. 26, n. 2, 2018.

DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 13, n. 31, p. 287-99, out./dez. 2009.

G1. *HGE de AL atendeu mais de 700 mulheres vítimas de violência em 2015*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2016/03/hge-de-al-atendeu-mais-de-700-mulheres-vitimas-de-violencia-em-2015.html>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

GADONI-COSTA, L. M.; DELL'AGLIO, D. D. Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. *Interinstitucional de Psicologia*, v. 2, n. 2, p. 151-159, 2010.

- GARCIA-MORENO, C. *et al.* *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response*. Geneva: WHO, 2005.
- GOMES, I. S. Feminicídios: um longo debate. *Rev. Estud. Fem.*, v. 26, n. 2, jun. 11, 2018.
- HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate*, v. 38, n. 102, p. 482-493, jul-set, 2014.
- INSTITUTO AVON. *Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil* (Relatório de pesquisa). 17 p. São Paulo, 2011.
- MANTAMALA, M. I. *et al.* *Calidad de la atención, género: salud reproductiva de las mujeres*. Santiago: Ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.
- MENEZES, P. R. M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersectorial e atenção integral. *Saúde Soc.*, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.
- PARANÁ (estado). Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. *Atenção à Mulher em Situação de Violência: linha guia*. Curitiba: SES, 2012.
- PEDROSA, C. M. *Mulheres em situação de violência: o discurso dos profissionais de saúde*. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2003.
- PORTO, M. Violência contra a Mulher e Atendimento Psicológico: o que Pensam os/as Gestores/as Municipais do SUS. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 26, n. 3, p. 426-439, 2006.
- RAMOS, E. A. *et al.* Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Rev Med Minas Gerais*, v. 28, supl 5, e-S280522, 2018.
- SAFFIOTI, H. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência. *Série Estudos e Ensaios / Ciências Sociais*. FLACSO-Brasil, jun. 2009.
- SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. *Saúde Soc.*, v. 23, n. 2, p. 626-640, 2014.
- SOUSA, M. O.; SIRELLI, P. M. Nem santa, nem pecadora: novas roupagens, velhas dicotomias na coisificação da mulher. *Serv. Soc. Soc.*, n. 132 maio-ago. 2018.
- SOUZA, A. A. C.; CINTRA, R. B. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. *Revista Bioética*, v. 26, n. 1, p.77-86, jan-mar. 2018.
- SOUZA, T. M. S. Patriarcado e capitalismo: uma relação simbiótica. *Temporalis*, Brasília, ano 15, n. 30, jul-dez. 2015.

SUGG, N. K.; INUI, T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence: Opening Pandora's Box. *Journal of the American Medical Association*, v. 267, n. 23, p. 3157-3160, jun. 1992.

VIEIRA, E. M.; PERDONA; G. C. S.; SANTOS, M. A. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.

WAILSELFISZ, J. L. *Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil*. 1 ed. Brasília, 2015.

## Nota

<sup>1</sup> K. E. A. Silva e J. I. de O. dos Santos: coleta, sistematização, análise dos dados e redação do texto. W. C. Bezerra: análise dos dados, redação e revisão do texto.

## *Abstract*

### *Medical knowledge and approach in cases of violence against women in a public hospital in Alagoas, Brazil*

Violence against women is a complex social phenomenon, which has a high recurrence and challenges the social assistance network. This qualitative field study sought to understand the knowledge and practices of medical professionals from a public hospital in the state of Alagoas, Brazil, regarding this theme. The production of data used semi-structured interviews and their analysis took place through the content analysis technique, of the categorical type. It was found that, despite recognizing some important aspects for the care of women victims of violence, there is a huge lack of knowledge about the policies and the care network, due to the lack of training. The institutional inexistence of protocols to deal with cases leads to a subjective professional practice that is sometimes limited to physical injuries caused by violence.

► **Keywords:** Violence against women. Humanization of care. Women's health.

