

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

RITA DE KATIA OTTES VASCONCELOS

**ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA
REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

CASCAVEL-PR

Março/2022

RITA DE KATIA OTTES VASCONCELOS

**ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA
REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa De Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde.

ORIENTADORA: Dra. Gicelle Galvan
Machineski.

CASCAVEL-PR

Março/2022

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Ottes Vasconcelos, Rita de Kátia

Atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica na Regional de saúde do Paraná / Rita de Kátia Ottes Vasconcelos; orientadora Gicelle Galvan Machinesqui . -- Cascavel, 2022.

81 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências e Saúde, 2022.

1. Saúde da mulher. 2. Violência doméstica . 3. Saúde pública. I. , Gicelle Galvan Machinesqui, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

RITA DE KATIA OTTES VASCONCELOS

ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: Prof. Dr. (a) _____
UNIOESTE

Prof. Dr. (a) _____

Prof. Dr. (a) _____

CASCABEL

Março/2022

“A vida é feita de momentos, momentos pelos quais temos que passar, sendo bons ou não, para o nosso aprendizado. Nada é por acaso. Precisamos fazer a nossa parte, desempenhar o nosso papel no palco da vida, lembrando de que a vida nem sempre segue o nosso querer, mas ela é perfeita naquilo que deve ser.”

Chico Xavier

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me mantido em pé, pois foram varias vezes que cai, perdi a vontade de tudo e ele com sua mão poderosa me ajudou levantar, prosseguir e chegar onde estou hoje. Entendo que tudo que vivi e experenciei foi propósito necessário nesta passagem terrena para evolução, pratica do amor e do perdão.

Agradeço a minha orientadora, considero a pessoa mais importante neste processo acadêmico, me incentivou, com paciência e dedicação incomparáveis, pela empatia e sentimento de solidariedade, mobilizou com outros profissionais para que eu não desistisse. Não esqueço tuas palavras, “vai dar tudo certo”. Eu acreditei. Gratidão.

Agradeço meus filhos que são meu orgulho e razão da minha vida, longe ou perto sempre me incentivando com carinho e compreensão, juntos passamos momentos difíceis de transição e mudanças, os quais superaram juntos. Tenho certeza de que evoluímos muito espiritualmente.

Agradeço meus irmãos que mesmo não se fazendo presente me deram forças e incentivo.

Agradeço a parceria e ajuda tão bem vinda de Elisangela, Bruna e Bruna Fátima.

Agradeço a banca na ocasião da qualificação, Professoras Claudia e Eugenia, suas sugestões foram de extrema importância para que esta pesquisa se concretizasse e ocasião da defesa professor Marcio e Claudia.

Agradeço a todas as pessoas que fazem parte da minha vida neste momento, cada uma é peculiar e especial! Agradeço por torcerem por mim, pelas palavras de carinho e incentivo que me fortalecem e me fazem acreditar que é possível quando os desejos vêm do coração.

Agradeço a Jane pelo profissionalismo, empatia e acolhimento. Agradeço aos profissionais de saúde pela disponibilidade em responder a esta entrevista. Sua participação disponibilizou a realização deste trabalho.

RESUMO

VASCONCELOS, Rita de Katia Ottes. Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica na Regional de Saúde do Paraná. 81 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2021.

A rede de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica é composta por diversos serviços em que é ofertado atendimento multiprofissional, no qual se espera desenvolver um trabalho interdisciplinar com o intuito de que se materialize a intersetorialidade. Nesse sentido, tem-se, como objetivo geral, descrever o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, nos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa quantiquantitativa, no período de abril a setembro de 2020, por meio de busca documental de Notificações de Violência doméstica no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Secretaria de Segurança Pública do Paraná, assim como no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ademais, realizaram-se 22 entrevistas semiestruturadas com gestores, diretores da atenção básica e profissionais que atendem as vítimas de violência doméstica em 22 dos 25 municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e análise de conteúdo. Identificou-se que todos os municípios possuem delegacia de polícia, unidades de saúde da família, unidades básicas de saúde e apenas um tem delegacia da mulher. Das notificações de violência doméstica, entre 2015 e 2020, foram obtidas 5912 notificações. Dos profissionais que foram entrevistados, 21 eram do sexo feminino, com idade entre 26 e 60 anos, 10 enfermeiros e 18 possuíam pós-graduação. As falas dos profissionais foram organizadas em categorias pré-estabelecidas de acordo com os questionamentos em: Percepção do profissional sobre a violência doméstica e quanto ao atendimento da mulher vítima de violência doméstica no município; Serviços Fluxo e funcionamento do atendimento dos serviços do município que realizam atendimento à mulher vítima de violência doméstica; Facilidades e dificuldades encontradas no atendimento à mulher vítima de violência doméstica no seu município e região de saúde; Percepção do profissional quanto à resolutividade dos serviços no atendimento à mulher vítima de violência doméstica. Esta pesquisa pôde indicar que o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica na Regional do Paraná se dá de forma diversificada sendo pelo fluxo estabelecido, pelo porte do município como também pela rede de serviços existentes, bem como pela equipe disponível. Observou-se que há tabu e preconceito em relação à violência doméstica vista como materialização do poder patriarcal e pela falta de conhecimento dos direitos inerentes a esta população, no entanto, o atendimento é ofertado dentro das possibilidades existentes, acredita-se ser necessário a melhoria na implementação de políticas públicas o que poderá contribuir para que os gestores, coordenadores da Atenção Básica e profissionais que atendem mulheres vítimas de violência doméstica, busquem novas e diferentes maneiras de suprir essa demanda numa perspectiva de mudança no cotidiano de forma a aprimorar o trabalho já realizado.

Palavras-Chaves: Saúde da mulher. Violência doméstica. Saúde pública.

ABSTRACT

VASCONCELOS, Rita de Katia Ottes. Care for Women Victims of Domestic Violence in the Paraná Regional Health Department. 81 f. Dissertation (Master's Degree). Post-graduation Program in Biosciences and Health, Center for Biological Sciences and Health, Campus Cascavel, Unioeste, 2021.

The network of care for women victims of domestic violence is composed of several services in which multiprofessional care is offered, in which it is expected to develop an interdisciplinary work in order to materialize intersectoriality. In this sense, we have, as a general objective, to describe the care provided to women victims of domestic violence in the cities covered by the 10th Health Regional Office of the State of Paraná. To this end, a quantitative and qualitative research was developed, in the period from April to September 2020, through a documentary search of Notifications of Domestic Violence on the site of the National Registry of Health Establishments of the Department of Public Safety of Paraná, as well as in the Information System of Notifiable Diseases. Furthermore, 22 semi-structured interviews were carried out with managers, primary care directors, and professionals who assist victims of domestic violence in 22 of the 25 cities in the 10th Health Regional Office of Paraná. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. It was identified that all municipalities have a police station, family health units, basic health units, and only one has a women's police station. Of the domestic violence notifications, between 2015 and 2020, 5912 notifications were obtained. Of the professionals who were interviewed, 21 were female, aged between 26 and 60 years, 10 were nurses, and 18 had postgraduate degrees. The speeches of the professionals were organized into pre-established categories according to the questions in: Perception of the professional about domestic violence and regarding the care of women victims of domestic violence in the municipality; Services Flow and operation of the services of the municipality that provide care to women victims of domestic violence; Facilities and difficulties encountered in the care of women victims of domestic violence in their municipality and health region; Perception of the professional regarding the resolutivity of the services in the care of women victims of domestic violence. This research can indicate that the assistance to women victims of domestic violence in the Paraná Regional Office is diversified by the established flow, the size of the municipality, the existing network of services, as well as the available team. It was observed that there is a taboo and prejudice in relation to domestic violence seen as materialization of patriarchal power and the lack of knowledge of the rights inherent to this population, however, the service is offered within the existing possibilities, it is believed to be necessary to improve the implementation of public policies that can contribute to the managers, coordinators of Primary Care and professionals who assist women victims of domestic violence, seeking new and different ways to meet this demand in a perspective of change in everyday life in order to improve the work already done.

Key-words: Women health. Domestic violence. Public Health.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Serviços que atendem mulheres vítimas de violência, nos 22 municípios, da 10ªRS do Paraná, 2020	36
Quadro 2 - Participantes da pesquisa	43
Tabela 1 - Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo o município de origem, entre os anos de 2015 e 2020.....	38
Tabela 2- Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo a etnia, entre os anos de 2015 e 2020, não levando em consideração o município de origem.....	39
Tabela 3 - Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo a faixa etária, entre os anos de 2015 e 2020, não levando em consideração o município de origem.....	40
Tabela 4 - Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo a escolaridade, entre os anos de 2015 e 2020, não levando em consideração o município de origem.....	41
Tabela 5 - Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo o tipo de violência, entre os anos de 2015 e 2020, não levando em consideração o município de origem.....	42

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
4. METODOLOGIA	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 LOCAL DE ESTUDO	30
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
4.4 COLETA DOS DADOS	32
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	34
5. RESULTADOS	36
5.1 CARACTERIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS MUNICÍPIOS DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	36
5.2 ATENÇÃO À SAÚDE NA MULHER QUE SOFRE VIOLÊNCIA	44
6. DISCUSSÃO	52
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	58
7.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A	67
APÊNDICE B	68
APÊNDICE C	69
APÊNDICE D	72
APÊNDICE E	75

ANEXO A	77
----------------------	-----------

1. INTRODUÇÃO

Considera-se a violência como uma forma de violação dos direitos humanos, relacionada a complexos e variados problemas que podem ser associada a questões de domínio e opressão, é um fenômeno multicausal, multidimensional, multifacetado e intransparente (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012; PEQUENO, 2007). A violência pode causar agravos e prejuízos à saúde física e mental. Assim, dar visibilidade violência doméstica mediante estudos que enfoquem essa temática, poderá contribuir para que os gestores, profissionais da saúde e os usuários da saúde compreendam os direitos das vítimas de violência na rede de atenção à saúde.

Atualmente, frente à pandemia da COVID-19 a violência doméstica pode ser agravada, já que, em alguns casos, possibilita a ocorrência de atritos e divergências, favorecendo discussões e o surgimento da violência. O isolamento social e a constante vigilância do agressor criam barreiras impedindo o diálogo com familiares e amigos, bem como a consequente facilidade de ação para o controle sobre a vítima. Também, ocorre a prática de violência psicológica e financeira, por meio de vigilância da economia doméstica com a frequente presença do homem no lar, onde o domínio é geralmente da mulher, podendo este sentir como se perdesse a imagem de provedor, passando a ter atitudes violentas para manter a posição de controlador da situação (VIEIRA, 2020).

Como efeito da pandemia, em 12 de março de 2020, foi publicado a portaria nº 356 de 11 de março de 2020, que estabeleceu, entre outras medidas, o isolamento social pela consequência da COVID-19, como forma de reduzir a transmissão do vírus. Sendo assim, o isolamento social passou a vigorar no Brasil (BRASIL, 2020). Essa medida visou à restrição da mobilidade dos indivíduos, de forma que o maior contato passou a ser entre os habitantes de uma mesma residência.

Em documento elaborado pela equipe do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020), menciona-se que, em vários países, notou-se aumento dos casos de violência contra mulheres e meninas, em particular, a violência doméstica, no período da pandemia, dentre eles: França, Itália, Espanha, Portugal, China, Estados Unidos, entre outros. Estimar os números da violência doméstica é desafiador, pois

as vítimas estão, em sua maioria, retidas com o agressor, o que se efetiva como obstáculo para realizar denúncia em órgão público. Os dados apresentados nesse documento se referem aos registros de boletim de ocorrência nas delegacias de Polícia Civil, em alguns estados brasileiros, e apontam o panorama de algumas formas de violência contra meninas e mulheres, publicadas no período de março e abril, no qual a pandemia de Covid-19 alastrava-se exigindo medidas de restrição (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

Os registros dos casos de lesões corporais dolosos advindos da violência doméstica mostram que, nos estados brasileiros, estudados de março a abril de 2019, houve um total de 26.604 casos e de 19.809 casos do mesmo período em 2020 (BRASIL, 2020). Nesse momento, em que a mulher está, por períodos mais longos na companhia do agressor e, conseqüentemente, mais exposta a sofrer violência, a diminuição das denúncias pode não significar que a violência reduziu, mas que a intimidação da vítima tem ocasionado a intensidade cada vez maior do silêncio pelo medo e liberdade cerceada.

Esse documento também aponta os casos de feminicídios demonstrando um aumento dos casos entre os anos de 2019 e 2020; os registros de março/abril de 2019 foram 117 vítimas; já no mesmo período no ano de 2020, esse número subiu para 143 vítimas (BRASIL, 2020). O feminicídio é considerado um crime hediondo; é o assassinato de mulheres, pela condição de pertencerem ao sexo feminino, abrangendo situações de violência doméstica e menosprezo ou discriminação à condição de ser mulher (BRASIL, 2015).

Conforme dados sobre a violência doméstica, relatados pela delegada da Delegacia da Mulher do município de Cascavel - PR, até agosto de 2017, ocorreram 1.665 casos de crimes contra a mulher (lesões corporais, estupro, ameaças, entre outros). No ano de 2014, ocorreram 1.941 casos; em 2015, 1.606 casos e, em 2016, 1.652 casos. Considera-se um número expressivo e crescente que merece constante vigilância, com ações imediatas de cuidado e proteção às vítimas (CASCAVEL, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080/90, instituiu a saúde como dever do Estado e direito de todos (BRASIL, 1990); nessas condições, as redes de assistência à saúde prestam atendimento à população nas mais diversas situações, dentre elas, de violência doméstica. As mulheres vítimas de violência doméstica passam por diversos serviços na busca de assistência. Esse

caminho perpassa serviços como: policial, jurídico, de saúde e social; alguns desses espaços são pouco efetivos e oferecem serviços fragmentados. Dessa forma, um ponto importante para instituir o cuidado oferecido às mulheres vítimas de agressão seria identificar as oportunidades de integrá-las aos serviços de que necessitam (BARAGATTI *et al.*, 2018). A fragmentação dos serviços não permite a integralidade e continuidade da assistência, conforme os princípios do SUS (BRASIL, 1990).

Conhecer o percurso percorrido pelas mulheres vítimas de violência doméstica, conforme aponta Baragatti *et al.* (2018), pode colaborar para a descoberta das dificuldades enfrentadas por elas e pelos serviços, avaliação da capacidade da oferta pelos vários setores percorridos, bem como identificação dos desafios na prevenção da violência contra a mulher. A rede de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica é composta por diversos serviços em que se oferece atendimento multiprofissional, no qual se espera desenvolver um trabalho interdisciplinar com o intuito de que se materialize a intersetorialidade.

Infere-se que o percurso de mulheres vítimas de violência doméstica pode influenciar o seguimento ou a desistência do destino traçado, dependendo do serviço ou de como foi o acolhimento. Assim, a continuidade do percurso pode apresentar a solução para a situação de violência. O fato de receber o apoio esperado no serviço ou equipe que lhe prestou atendimento influencia positivamente o diálogo e promove confiança. No entanto, quando o percurso é interrompido por obstáculos ou deficiências nos serviços, a violência continua até que a vítima se decida a realizar novamente o percurso (BARAGATTI, 2018).

Em estudo, realizado sobre as rotas críticas e redes intersetoriais, evidencia-se que os trabalhadores em saúde apresentam dificuldades no manejo com problemas da violência doméstica, identificando-os como sociais, pessoais ou princípios culturais da sociedade. São dificuldades que não estancam a ação profissional dentro de tantas outras pertinentes à categoria, mas respondem primeiramente à adoção da situação de violência enquanto pertencente à esfera de atuação em saúde (D'OLIVEIRA, 2013). Considerando que a devolutiva do profissional de saúde é notória à rota crítica que a mulher percorre na situação de violência, segundo esta fonte torna-se fundamental avaliar obstáculos colocados aos profissionais de saúde para que possam agir de maneira ativa, proporcionando, a essas mulheres, direitos inerentes aos serviços de saúde.

Trabalhar de maneira integrada, na perspectiva de vínculo entre comunidade,

profissional, serviço e demanda, torna-se fundamental para oferta de um bom acolhimento e incentivo para que a mulher vítima de violência doméstica se sinta fortalecida em dar continuidade à proposta de sair do ciclo de violência. Para os profissionais atuantes do Programa Saúde da Família (PSF), em um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, os limites da prática na assistência à mulher vítima de violência doméstica envolvem a falta de articulação entre protocolos e fluxo; também, o processo de referência e contrarreferência não estão estabelecidos. Os serviços policiais e de justiça não são suficientes e há discriminação das situações, com conseqüente incredulidade por parte das mulheres, que não se sentem acolhidas; isso gera obstáculo para a realização da denúncia e como desafio é o juízo de que a mulher deve seguir um caminho para sair do ciclo de violência, passando pela denúncia, medida protetiva, separação do agressor, julgamento do agressor (SILVA, 2013).

Valorizar e respeitar a individualidade de cada sujeito, a forma como consegue expressar a vivência, as barreiras e obstáculos existentes entre as decisões e a tomada de atitude, por parte da mulher, que sofre violência doméstica, são ações a serem desenvolvidas constantemente com equipe de saúde e serviços que atendem esses casos. Dessa forma, por estar vulnerável, sentindo, muitas vezes, medo e vergonha, a mulher precisa ser acolhida de forma a se sentir segura, independentemente de como chegou até ali para buscar ajuda.

Em revisão sistemática de produção literária, que tratou sobre obstáculos e facilitadores, sendo mais evidentes os obstáculos, foi apontada a falta de treinamento e capacitação na graduação e no serviço. Ainda nesse estudo, como dificuldade, está o fato de que os profissionais de saúde não consideram a violência como problema de saúde. A administração de medicamentos e as técnicas estabelecidas, a violência sendo tratada como patologia dificulta a percepção e o trabalho com as questões psicossociais da violência. Segundo a autora, os estudos demonstram que a objeção em apreender a violência como problema de saúde pública se traduz nas crenças e compreensão de juízo dos profissionais (D'OLIVEIRA, 2020).

A apreensão da temática para o âmbito da saúde poderá conduzir o profissional para um olhar diferenciado, sendo a abordagem mais atenta e criteriosa, podendo ser observadas lacunas pela maneira de conduzir o acolhimento à mulher vítima de violência doméstica. Assim, acredita-se que o conhecimento do percurso

dessa população, das facilidades e dificuldades encontradas, bem como a avaliação da resolutividade dos serviços prestados, poderá contribuir para a promoção de direitos das mulheres e de suas famílias, bem como para o desenvolvimento de ações de caráter integral que contemplem suas necessidades e fortaleçam o amparo legal. Ademais, com o fortalecimento e aprimoramento dos serviços existentes, na perspectiva de identificar ações a serem trabalhadas, haverá subsídio às práticas para melhor efetividade da assistência a essa clientela.

Em estudo realizado com psicólogos que atuam no Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), objetivando discutir o trabalho da psicologia nesse espaço, aponta-se que é observada a necessidade da prática interdisciplinar entre as equipes. Porém, com os impactos políticos sofridos na administração pública, resulta-se na precariedade dos vínculos e dificuldade em manutenção da equipe, sendo que, para mantê-las, há exigência de capacitação continuada (GONSALVES; GONÇALVES, 2019).

Nesse sentido, a falta de integração entre as diferentes áreas profissionais dificulta o trabalho em equipe, resultando, na maioria das vezes, em atendimento fragmentado à mulher vítima de violência doméstica. Para tanto, tem-se, como pressuposto, que, nos municípios, que fazem parte da 10ª Regional de Saúde do Paraná, há serviços de atendimento a essa clientela na rede de assistência à saúde, no entanto, há uma heterogeneidade em sua organização e práticas de atenção que interferem na integralidade da atenção ou em ações interdisciplinares as quais poderiam contribuir para o direcionamento das situações de violência com vistas a concretizar a integralidade do atendimento.

Diante do exposto, questiona-se: como é realizado o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná? Entende-se que é pertinente conhecer os serviços que prestam atendimento às vítimas de violência doméstica, tendo em vista uma assistência resolutiva para essa população, bem como propor estratégias para a concretização de um atendimento integral, na perspectiva de continuidade e integração das redes de assistência à saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a organização do atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os serviços que prestam atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde;
- Analisar os fluxos de atenção às vítimas de violência doméstica na rede de assistência à saúde;
- Compreender a percepção dos gestores, coordenadores da Atenção Básica e profissionais de saúde que estiverem diretamente ligados ao atendimento às vítimas de violência doméstica quanto ao atendimento oferecido na rede de assistência à saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua violência como "uso intencional da força física ou do poder real ou ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano, deficiência de desenvolvimento ou privação" (ZUMA, 2005 *apud* FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012, n.p.). Indivíduos em diferentes estágios de seu ciclo vital estão sujeito a violência, sendo que alguns grupos como as crianças, mulheres e idosos se encontram como mais vulneráveis.

A violência contra a mulher, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), é todo ato praticado por motivos de gênero, dirigido contra uma mulher (GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010 *apud* FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012, n.p.). No Brasil, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo a OMS, a estimativa é que ocorrem cinco feminicídios para cada grupo de 100 mil mulheres (AMARAL, 2018).

A violência, praticada em um contexto conjugal, conforme (WALKER, ANO *apud* IMP, 2021), efetiva-se em um ciclo que é continuamente repetido e classificou-os em fases, que são: aumento da tensão, em que o agressor demonstra irritação e agressividade podendo humilhar a vítima. A mulher procura não provocar, mas sente-se angustiada, triste e com medo; fica acuada e se contrapõe; desenvolve sentimento de culpa pelo acontecido; defende o agressor, acreditando que essa situação é passageira.

Outra fase, segundo esta autora é o ato da violência, pois o agressor perde o controle e as agressões materializam-se de forma verbal, física, psicológica, moral e patrimonial. Nesse contexto, a mulher está ciente do acontecido, mas fica sem ação, aparecem aqui os sintomas psicológicos, como insônia, solidão, vergonha, dor, entre outros. Nessa fase, é possível ocorrer à tomada de decisão, que pode ser denúncia, fuga para casa de parentes ou até mesmo suicídio.

Conforme a autora A terceira fase, desse ciclo caracteriza-se pelo arrependimento e comportamento carinhoso do agressor com intuito de reconciliação, causando confusão à vítima e coagindo-a a manter a expectativa de mudança; assim, parecem estar felizes, porém, é quando se intensifica a relação de dependência com o agressor. Ocorre uma mistura de sentimentos, como culpa e ilusão, sendo que, a qualquer momento, volta a tensão e iniciam-se as fases

novamente.

A violência contra a mulher tem sido moldada sob a ordem hierárquica da soberania masculina no trato social entre os sexos, sendo um modelo de relação social tradicionalmente definido, que provém de uma cultura autenticada e cultivada, em que a mulher está à mercê de ofensas direta e indiretamente em espaços públicos e privados. As conseqüências desses agravos sofridos pelas mulheres apresentam-se como problemas biológicos, psicológicos e sociais que impossibilitam a vivência humana de forma plena (LUCENA, 2016).

Acredita-se na importância de trabalhar a mudança de cultura em relação ao poder do homem sobre a mulher, no entanto, essa mudança pode ser lenta, pois as pessoas não costumam manifestar o que vivenciam. Assim, é essencial direcionar o olhar, por meio do compartilhamento de ações, que influenciem uma nova postura, a qual possibilite ver a mulher como parte de um todo, nessa sociedade, que deve ser valorizada e visualizada, de forma legal, com igualdade de direitos, dignidade e respeito.

Ainda, com as leis pertinentes a essas formas de violências, acredita-se que, por resquícios da construção social do modelo patriarcal citado, o qual se manifesta, atualmente, na sociedade, criam-se barreiras para a superação desse modo, perpetuando essa forma de violência.

A Lei Maria da Penha, no capítulo 2, trata das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; (Redação dada pela Lei nº 13.772, de 2018)

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação,

chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Em se tratando ainda dos tipos de violência também temos a autoprovocada, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) determina uma tipologia conforme a prática do ato violento, entre elas a violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida), a qual entende como sendo a “ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios” (CEVES, 2021, n.p.).

Desta forma acredita-se que quando a mulher sofre violência doméstica, não necessariamente se apresente somente um dos tipos de violência, citados acima, mas alguns deles, pois, ao sofrer violência física, seu emocional fica abalado, caracterizando a violência psicológica e as marcas da agressão. Ao serem percebidas pelos membros da família e círculo de convivência, e também quando necessita de atendimento especializado, gera-se inevitavelmente violência moral, pela vergonha e exposição da vítima, mesmo com o cuidado profissional quanto ao acolhimento e postura ética dispensados a ela.

Pensando-se na garantia de direitos a esse segmento social, foi instituída a lei 11.340 de 7 de agosto de 2006, com o nome Maria da Penha, que trata de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar. Dispõe que toda mulher goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e assegura-lhe as oportunidades de viver sem violência, preservando sua saúde física e mental (BRASIL, 2006).

Conforme estudos (BARAGATTI *et al.*, 2018). Mostram que existe um processo para a criação da rota, ou seja, o caminho que as mulheres, que sofrem violência, percorrem até a chegada ao serviço de atendimento. Tal caminho é formado por situações que estimulam ou impedem as mulheres de tomar atitude, o que é influenciado também pelo acolhimento que receberão. O referido percurso, estudado em um município brasileiro, procurou analisar os serviços pelos quais passaram as mulheres vítimas de violência, como judicial e de saúde. Conforme os

relatos há despreparo dos profissionais no atendimento, assim como condutas de alguns serviços que visam desencorajar o seguimento do caso pelas mulheres, tratando-as com indiferença e omissão.

A violência sofrida pelas mulheres é silenciosa e, em um momento, há o grito, ou seja, elas saem do anonimato e procuram ajuda. Por vezes, a família é o grande suporte de apoio, incentivando a tomada de decisão para a mudança da situação. Em outros casos, a ajuda da família é negada, abalando mais ainda o psicológico da mulher e colaborando para que ela se afaste de tudo e de todos (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Considera-se importante o suporte familiar à mulher vítima de violência doméstica, podendo contribuir para o empoderamento à tomada de decisões e alívio da angústia sentida por meio da abertura ao diálogo. Acredita-se ser relevante que também os profissionais dos serviços, que estão à frente desse atendimento, estejam abertos às situações de maneira a apreender a violência como problema de saúde, proporcionando, dessa forma, melhor direcionamento às vítimas. Assim:

Com objetivo de analisar as estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres vítimas de violência, realizou-se um estudo através de entrevista, da qual foram eleitas categorias e entre elas apontam que utilizam-se de maneiras como foco no problema com expectativa de mudar a situação, porém apresentam dificuldade em se desprender da situação, chegando esta ao extremo e a partir de então ocorre o enfrentamento. Outra forma de enfrentamento à violência por parte da mulher o foco na emoção, onde motivadas pelos sentimentos vividos, utilizam-se de mecanismos de defesa, como fuga e afastamento da situação. Para categoria enfrentamento da violência com foco na emoção e religião, as vítimas apontam a fé religiosa como sendo positivo, pois contribui para o enfrentamento de forma determinada e confiante (COSTA, 2018, p. 4).

Em um estudo realizado, em uma delegacia especializada no atendimento à mulher, na cidade de João Pessoa, com objetivo de identificar as representações sociais das mulheres vítimas de violência e o que as afetou nas esferas sociais, psicológicas e ocupacionais, os sentimentos citados por elas foram de vergonha, medo, depressão, sofrimento, o que mantém, dessa forma, o anonimato. As consequências sofridas pelas mulheres são traumáticas, tanto físicas quanto psicológicas. Atingem a autoestima, tornando-as impotentes e, conseqüentemente, passivas, de maneira que passam a alimentar a esperança de que seus agressores mudem, de que o ciclo da violência passe e de que possam ser felizes com seus parceiros e filhos, formando a tão sonhada família. Iludidas, passam anos à espera

do que, provavelmente, não acontecerá (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

O que se pode observar é que o ciclo da violência não costuma cessar, mas sim continua fazendo todas as fases; nesse contexto, a mulher vítima de violência fica acostumada a estar alienada e atrelada a uma vivência de expectativa, não percebendo que está inserida no ciclo e não age para provocar mudança.

Ainda, a violência gera impactos para a vida dessa mulher, destacando-se os problemas psicossociais, casos em que a mulher se isola calada sem possibilidade de tomada de atitude por estar afetada psicologicamente; problemas de saúde, entre eles, gastrite, dependência de psicotrópicos, depressão. Esses problemas incapacitam a mulher nas relações sociais, no mercado de trabalho e na convivência saudável com os filhos e familiares (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

No lar, é que a mulher deveria se sentir amparada, segura e protagonista de suas decisões, porém, no contexto da violência, o que se observa é que ela tem perdido a autonomia e o domínio das situações, ficando vulnerável e submissa ao cônjuge, pois, na maioria das vezes, ele é o autor da violência.

A tipologia proposta pela OMS (KRUG *et al.*, 2002) indica três grandes categorias de violência, que correspondem às características daquele que comete o ato violento: a violência coletiva, a autoinfligida e a interpessoal.

O conceito de violência também se estende a outros tipos, como violência coletiva, que compreende a violência no espaço macrossocial, político, econômico e configura o domínio de grupos e estatais, sendo crimes praticados por organizações, terrorismo, crimes de multidões, conflitos e extermínio indicado a povos e nações (COELHO, 2014)

A violência autoinfligida divide-se em comportamentos suicidas e os autoabusos. No comportamento suicida, inclui-se o suicídio, a ideação e a tentativa do ato. Nos autoabusos, acontecem as ações investidas a si próprias e as automutilações (COELHO, 2014).

A violência interpessoal, subdividida em comunitária e familiar, contempla a violência praticada pelo parceiro íntimo, o abuso contra crianças e idosos. Na categoria de violência comunitária, integra-se a violência juvenil, atos casuais, estupro e atentado sexual por desconhecidos; inclui também a violência de instituições como escolas, ambiente de trabalho, penitenciárias e asilos (COELHO, 2014).

Minayo (2006) aponta que, das formas de violência no Brasil, das mais

refutáveis, pode-se denominar de violência estrutural e estruturante pela maneira como se estabeleceu com acentuada desigualdade que perdura e instala outras expressões; segundo a autora, o Brasil foi constantemente assinalado por ambivalências e ambiguidades provenientes da escravidão e colonização sentidas ainda hoje na nossa sociedade.

Pesquisa realizada com mulheres vítimas de violência doméstica, em uma delegacia de atendimento à mulher, no Estado da Bahia, que tratou de levantar o perfil das vítimas, apontou, em seu resultado, que a violência praticada é, em sua maioria, efetivada pelos cônjuges e companheiros, manifestada pela violência física, seguida de três ou mais tipos, que, segundo esse estudo, são: moral, patrimonial, psicológica e sexual. No que tange ao perfil dessas vítimas, a pesquisa demonstra que elas possuem renda de salário mínimo acrescido de benefício social, escolaridade de ensino fundamental incompleto, com predominância para a raça negra (MENDES, 2017).

As consequências do contexto de violência, vivenciadas pela mulher e também sentidas por toda a família, impactam não só o domínio familiar, mas se estendem por outros espaços, como a comunidade, a escola e a sociedade em geral, traduzindo algumas vulnerabilidades, a exemplo de doenças e o uso de drogas relatadas em pesquisas. Um estudo que tratou da violência conjugal e o que reproduz para as mulheres e seus filhos, realizado em duas varas de violência doméstica e familiar contra a mulher, no Estado da Bahia, evidenciou que os danos da saúde física, além das marcas visíveis, causadas pela agressão sofrida, também se expressam de outras formas, a saber, as infecções sexualmente transmissíveis (CARNEIRO, 2017).

Ao tratar das consequências para as relações sociais, apontamos danos para a saúde mental, como medo, baixa autoestima, tristeza, depressão. A referência que o estudo fez sobre a repercussão para os filhos é de que estes apresentam menor rendimento escolar, comportamento agressivo e uso de drogas. Assim, a violência conjugal extrapola o âmbito da saúde para o social pela dificuldade de relacionamento que as mulheres podem apresentar; apontam, dessa forma, para a importância da atenção primária à saúde e programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, que conseguem identificar situações na abordagem por meio das visitas domiciliares, ações e encaminhamentos a essa população, como também revelam que os

serviços devem se organizar de forma a atender às demandas com visão para além das marcas visíveis deixadas pela violência, mas também tratar o lado emocional dessas mulheres (CARNEIRO, 2017).

Muitos são os agravantes à saúde da mulher vítima de violência doméstica, que se manifestam em marcas físicas, em violência moral e psicológica; esta última não visível aos olhos, porém, pode ocasionar consequências graves. Pesquisa realizada com mulheres vítimas de violência doméstica, com diagnóstico de depressão, a qual procurou agrupar as falas por meio de nuvens de palavras, apontou, como mais faladas: não, medo, marido, sofrimento, bater, apanhar, violência e problema (DA SILVA, 2019).

A palavra “não” reforçada nas respostas das entrevistadas demonstra a negação em suas vidas indicando perda do sentido, refletido no desgosto pelas atividades laborais, pelo convívio social, lazer. Salientam que o desamparo da família leva ao isolamento e a falta de amor próprio. Além disso, pela investigação do histórico familiar as entrevistadas revelam ter presenciado a violência praticada pelo pai com a mãe que se alternam entre física psicológica e até mesmo tentativa de suicídio (DA SILVA, 2019, p.3).

Outro aspecto a ser considerado na questão violência refere-se aos sinais de risco para suicídio; muitas vítimas de violência doméstica, em algum momento, apresentam tentativa de suicídio. Ainda, o comportamento depressivo resulta em sentimento de incapacidade, prejudicando a habilidade no trabalho. Ademais, o comportamento suicida indica uma possível ascensão ao ato (CORREIA, 2018). Nesse sentido, as vítimas de violência doméstica podem manifestar esse sofrimento de muitas formas, que vão desde o silêncio, quando imensamente abaladas e não possuem iniciativas para defesa, até a tomada drástica de decisão pela tentativa de suicídio.

No contexto da violência tem-se ainda, os impactos deixados em alguns casos, que podem ser de natureza física, os quais causam lesões que necessitam de reabilitação e cuidados pela rede de assistência à saúde. Os de natureza psicológica, mesmo não apresentando sinais aparentes, são os que mais acontecem, tornando as vítimas indefesas, aparentemente coniventes, no entanto, falta-lhes força. Com baixa autoestima, tornam-se incapazes de lutar contra as adversidades e retomar o comando de suas vidas (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Mesmo com os avanços e legislações pertinentes aos direitos das mulheres vítimas de violência doméstica, a exemplo da Lei Maria da Penha (11340/2006), que

cria mecanismos para coibir a violência doméstica contra mulher, há muito que ser buscado e a equipe interdisciplinar precisa ser trabalhada, treinada, capacitada para identificar iniciativas que possibilitem um atendimento especializado e de continuidade para as mulheres vítimas de violência. Para tanto, é necessário maior integração das unidades de proteção à mulher, mais ênfase na perspectiva de prevenção da violência e suas consequências (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

É importante salientar que as ações feministas, no Brasil, se deparam com a rigidez de entidades brasileiras no que se refere às mulheres, tanto que o país foi condenado, pela Organização dos Estados Americanos (OEA), quando do caso Maria da Penha Fernandes. Isso porque as autoridades não foram ativas na resposta à violência sofrida pela vítima, visto que foram duas tentativas de homicídio, sendo que, na primeira delas, ficou paraplégica. Nesse contexto, aconteceu a criação da Lei 11.340 de 2006 (SANTOS; WITEK, 2016).

A violência doméstica manifesta-se de várias maneiras e proporções. O envolvimento do agressor e da vítima pode prejudicar a percepção de uma relação doentia e ocasiona consequências a todos os envolvidos, a exemplo dos filhos, que vivenciam cotidianamente as situações (SANTOS; WITEK, 2008). A Lei 11.340/2006, que protege a mulher e seus dependentes, entre outros, com base em medidas protetivas, sofreu alteração pela Lei 13.827 de 13 de maio de 2019 (BRASIL, 2019), a qual institui que:

Verificada a existência de risco atual ou iminente à vida ou à integridade física da mulher em situação de violência doméstica e familiar, ou de seus dependentes o agressor será imediatamente afastado do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida:

- Pela autoridade judicial;
- Pelo delegado de polícia, quando o Município não for sede de comarca; ou
- III - pelo policial, quando o Município não for sede de comarca e não houver delegado disponível no momento da denúncia (BRASIL, 2019, n.p.).

No entanto, a disposição legal pode ser insuficiente, caso se considere, como exposto, o quadro complexo que envolve a violência doméstica. É necessário um esforço em aplicá-la, sendo essa tarefa da própria vítima, da sociedade, das autoridades judiciais e do profissional de saúde, que deve dispensar um olhar crítico, o qual extrapole a intenção de proporcionar proteção à vítima e sua família.

Em matéria recente, publicada em 02/08/2019, coloca-se que as denúncias de violência doméstica no estado do Paraná aumentaram em 24,6%:

O número de registros de violência doméstica no Paraná tem aumentado. De janeiro a junho deste ano foram 26.228 ocorrências, contra 21.048 no primeiro semestre do ano passado. O aumento foi de 24,6% (ou 5.180 registros a mais). São ocorrências de diversas naturezas, desde agressão verbal até lesão corporal, contra ambos os sexos, sempre dentro do ambiente doméstico (AENPR, 2019, n.p.).

Segundo essa fonte, o aumento dos registros é positivo, pois pode indicar que estão reduzindo as subnotificações; acredita-se que as mulheres estão com maior confiança nas instituições de proteção e na aplicação das penalidades ao ofensor. São 20 Delegacias da Mulher existentes no Estado do Paraná, sendo esses espaços adequados para que as mulheres que sofrem violência doméstica possam procurar ajuda e orientação desde o começo das agressões.

Apesar disso, segundo publicação do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), em alusão aos 25 de novembro, dia internacional para a eliminação da violência contra mulheres, apresentam-se, por meio de elementos da plataforma online, Evidências sobre Violências e Alternativas para mulheres e meninas - EVA, apontadas pelo Instituto Igarapé, entre 2015 e 2018, que foram registrados, no Brasil, mais de 1,7 milhão de ameaças a mulheres, 650 mil estupros, 250 mil casos de lesão corporal dolosa, 15 mil homicídios dolosos e 2 mil casos de feminicídio. Isso reforça que não são todos os estados brasileiros que propiciam e reúnem informações a respeito do tema, de maneira que esse panorama pode ser mais agravante (CEBES, 2019).

A referida matéria aponta que, dos municípios que possuem mais de 250 mil habitantes Santa Maria (RS) é o de maior número em registros de violência física contra a mulher, relacionado ao ano de 2018. Em relação à violência sexual, o estado do Mato Grosso é o de maior registro, repetindo a mesma dimensão ao se tratar de violência patrimonial (CEBES, 2019). Assim, há que se refletir que, se os serviços dispensados a essa clientela forem organizados, de maneira a prestar acolhimento correto, poderão incentivar a denúncia e possível resolução em situações que, muitas vezes, vêm de longa data, mantidas no anonimato por medo, tabu e talvez falta de conhecimento a respeito dos direitos da mulher vítima de violência doméstica.

A respeito do atendimento a essa clientela, os profissionais que trabalham na Atenção Primária identificam com maior frequência os casos de violência contra a

mulher, principalmente, quando se trata de agressão física. Já as violências psicológicas e moral, ficam alheias, pois o desconhecimento dos profissionais torna o atendimento restrito, distanciando-se de uma assistência integral e de qualidade (FEITOSA, 2017).

Em referencia ao atendimento dos profissionais às situações de violência, observa-se que essa temática não é trabalhada e a atual conjuntura, que vivenciamos na área da saúde, em relação às ações para desenvolvimento de habilidades, ficam restritas, não havendo um interesse político em tratá-las como problema de saúde. Ao abordar sobre as representações sociais da violência doméstica, em áreas urbanas e rurais, por meio de verbalização de palavras, frases ou expressões, após a pronúncia do termo indutor violência doméstica contra mulher, os termos mais presentes foram covardia e agressão, não diferindo em ambas as áreas (BROC; SILVA; ACOSTA, 2017).

Além disso, os termos que mostram a realidade dos profissionais, que vivenciam esse contexto, apresentam a submissão das mulheres, a falta de diálogo no lar e a revolta pela ausência de punição. Em relação a área sentimental, propicia a impressão de vulnerabilidade da equipe e das mulheres da área rural. O referido estudo aponta para necessidade de capacitação profissional para o atendimento às vítimas de violência doméstica, como também que essas situações não são apreendidas como sendo propósito do campo da saúde (BROC; SILVA; ACOSTA, 2017)

Um estudo que tratou de analisar a qualificação de profissionais de saúde para atenção a mulheres em situação de violência sexual, bem como a inserção do tema nas matrizes curriculares, demonstrou que não foram ofertados ou foram insuficientes na graduação. Alguns profissionais se depararam com a problemática na prática laboral (MOREIRA *et al.*, 2018). Isso indica a urgência de introdução e absorção da questão na formação acadêmica. Identificou-se, nesse estudo, que há aplicação de cursos por parte dos municípios estudados, no entanto, partiram por necessidade dos estabelecimentos de saúde. Houve ações na área de capacitação, porém, de natureza isolada, sem vínculo organizacional que preze pela educação continuada como política (MOREIRA *et al.*, 2018).

O olhar do profissional, para além do aparente, o acolhimento e criação de vínculo com o usuário dos serviços possibilitam a continuidade, fator importante em se tratando da violência doméstica. Isso porque são várias as formas apresentadas

e, por vezes, acontecem por um longo período de tempo, podendo se tornar crônica se não explorada pelo profissional que está de frente às situações. Tal vivência confirma a necessidade de capacitação profissional, para melhor atender às mulheres vítimas de violência doméstica.

Nessa perspectiva, diante do impacto da violência doméstica na vida das mulheres, bem como de seus familiares, comunidade e sociedade, reforça-se a importância de conhecer como se efetiva o fluxo do atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica. Faz-se necessário conhecer as facilidades e dificuldades encontradas, bem como a resolutividade dos serviços prestados pela equipe interdisciplinar frente às mulheres vítimas de violência doméstica, no intuito de propiciar criação de estratégias, tendo em vista um atendimento efetivo para essa população.

Em 2003, o Ministério da Saúde propôs a matriz pedagógica para a formação de profissionais, em atenção integral para mulheres e adolescentes, em situação de violência doméstica e sexual, com visão estendida e globalizante, que deveria atingir os pilares de prevenção e atenção a essa população. O objetivo desse documento era de promover, por meio da capacitação continuada, a organização e sustentabilidade da atenção integral a esse segmento social; sensibilizar profissionais sobre a importância da temática e do atendimento; cultivar competências e habilidades que venham a garantir plenitude do atendimento; e apresentar o trabalho em rede (BRASIL, 2003).

Ressalta-se que, desde então, habilitar os profissionais para o atendimento à mulher vítima de violência doméstica foi preconizado, bem como o desenvolvimento profissional para o comprometimento em fortalecer o aprendizado, além da valorização do fazer cotidiano em seu trabalho. Conforme estabelece a Política Nacional de Enfrentamento à violência contra mulheres (BRASIL, 2011), a Secretaria de Políticas para as Mulheres, instituída em 2003, instigou o fortalecimento de polícias públicas de enfrentamento à violência contra mulheres. As ações relacionadas ao tema, naquele momento, eram geralmente isoladas e direcionadas à qualificação e criação de serviços habilitados, como abrigo para mulheres e delegacias especializadas. Desde 2003, as políticas nessa área começam a crescer incorporar formas e condutas, inclusão de legislações, encorajamento à construção de redes, projetos de educação e cultura que tratam da

prevenção à violência contra a mulher.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Além disso, está estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), elaborado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (BRASIL, 2011, p. 9).

A abrangência do acesso é colocada em documentos e legislações, como a Lei Maria da Penha; ademais, há as diretrizes de abrigo, norma técnica para atendimento à mulher em situação de violência. A divulgação dessa política possibilita, entre outros, “princípios e diretrizes para prevenir e combater a violência, bem como assistir e promover direitos a esta população” (BRASIL, 2011 p. 7-8).

Esse documento, ao tratar sobre a rede de atendimento à mulher vítima de violência doméstica, prevê que ainda persiste a inclinação ao retraimento e falta de articulação dos serviços, sendo que o trabalho em rede emerge para a integração dos serviços por meio de ações de cunho governamental e da sociedade civil (BRASIL, 2011). No âmbito do governo, a Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência é composta pelos seguintes serviços:

- Centros de Referência de Atendimento à Mulher;
- Núcleos de Atendimento à Mulher;
- Casas-Abrigo;
- Casas de Acolhimento Provisório;
- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs);
- Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns;
- Polícia Civil e Militar;
- Instituto Médico Legal, Defensorias da Mulher;
- Juizados de Violência Doméstica e Familiar;
- Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180;
- Ouvidorias;
- Ouvidoria da Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres;
- Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica;
- Posto de Atendimento Humanizado nos Aeroportos;
- Núcleo da Mulher da Casa do Migrante (BRASIL, 2011, p. 30).

A conceituação de rede abrange ações integradas entre instituições e serviços de caráter governamental ou não governamental, bem como sua

comunidade, buscando o fortalecimento da atenção a mulheres, o direcionamento correto às situações e criação de técnicas adequadas para a promoção de medidas preventivas. Essa política segue os propostos no I e II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, nos seguintes pontos fundamentais: “Igualdade e respeito à diversidade; equidade; autonomia das mulheres; laicidade do Estado; universalidade das políticas; justiça social; transparência dos atos públicos; participação e controle social” (BRASIL, 2011, p. 31-32).

Entre as diretrizes dessa política, estão, entre outras:

- Reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e que precisa ser tratada como questão da segurança, justiça, educação, assistência social e saúde pública.
- Incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência.
- Estruturar a Redes de Atendimento à mulher em situação de violência nos Estados, Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2011, p. 32-33).

As diretrizes colocadas vêm ao encontro desta pesquisa, a qual trata de temas referentes ao atendimento qualificado e reconhecimento da violência doméstica enquanto problema de saúde e social; deve ser de competência não só dos profissionais, mas da sociedade como um todo. Faz-se importante a apreensão da temática como a tomada de atitudes que sejam voltadas à prevenção da violência, bem como o apoio necessário a essa população.

Além disso, a referida política visa enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral desse fenômeno, a fim de aplicar e aperfeiçoar as redes para assegurar o cumprimento da Lei Maria da Penha. Ademais, objetiva trabalhar na prevenção da violência com base em um sistema de informação e proporcionar atendimento à saúde de meninas, incluindo as expostas ao tráfico e exploração sexual (BRASIL, 2011).

Aspectos relacionados a gestão e organização dos serviços são citados como obstáculo em que foi mencionado o desconhecimento e descrença dos profissionais na rede, memorizada mais pela falta do que pela existência, porém, concomitantemente, quando a rede era identificada, foi percebida como facilitadora aos serviços (D’OLIVEIRA, 2020, n.p.).

Assim emerge a necessidade de conhecer tanto a rede de atendimento à

mulher, vítima de violência doméstica, quanto as propostas estabelecidas pelas legislações pertinentes para se entender como a violência está sendo atendida nos serviços de saúde, identificando as lacunas nesse atendimento e impossibilitam a atenção integral e resolutiva ao problema em questão. Também, é fundamental compreender como se efetiva o atendimento, visto que dispomos de alguns aparatos legais, que ordenam e orientam os serviços, primando pelo atendimento qualificado, bem como em busca de promover a prevenção e o enfrentamento à violência contra a mulher.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quanti-qualitativo, descritivo realizado, que partiu de uma investigação em banco de dados para caracterizar a violência contra a mulher na região em estudo e em segundo momento, entrevistou-se profissionais que atendem mulheres vítimas de violência doméstica, nos municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde de Cascavel-PR.

A pesquisa qualitativa, segundo Marconi e Lakatos (2011, p. 269), trata de avaliar com maior profundidade os aspectos do comportamento humano, fazendo uma análise ampla das interpretações da prática e inclinações do proceder humano. Já a pesquisa quantitativa, ocupa-se de amostragem abundante da coleta de dados numéricos.

Para Minayo (2002), a pesquisa qualitativa responde a questões específicas que não podem ser quantificadas; trabalham no mundo dos significados, desejos, comunicações que corresponde à intimidade dos fenômenos que não podem ser reduzidos com o uso de variáveis. A pesquisa quantitativa apreende os fenômenos mensuráveis e concretos; a qualitativa examina o universo dos significados dos atos e tratos humanos, que não podem ser equacionados, porém, a união dos dois métodos não se defronta, visto que se agregam interagindo com um bom desempenho (MINAYO, 2002).

A pesquisa descritiva, segundo (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007), efetiva-se por meio da observação do registro e análise e faz relação entre acontecimentos. Tem a intenção de precisar a incidência, a origem e a caracterização dos fenômenos.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Os municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná são: Anahy, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do

Oeste (PARANÁ, 2019).

Dentre os programas desenvolvidos para a atenção à saúde da população dessa região, estão: tabagismo, saúde mental, saúde do idoso, saúde bucal, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental (PARANÁ, 2019).

A vigilância epidemiológica subdivide-se em: centro de vigilância epidemiológica, doenças transmissíveis, IST, AIDS, hepatites virais e tuberculose, doenças e agravos não transmissíveis, informações epidemiológicas, programa de imunização, Centro de Saúde do Trabalhador, Laboratório Central do estado, CIEVS, CPPI, assistência farmacêutica. Pertencem ao programa de vigilância epidemiológica as notificações de violência doméstica que são realizadas pelos serviços da rede de assistência à saúde dos municipais (PARANÁ, 2019).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população deste estudo são todos os profissionais de saúde que atuam nos 25 municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A amostra caracteriza-se pelos profissionais de saúde atuantes nos 22 municípios que consentiram em participar do estudo.

Primeiramente, solicitou-se a autorização da 10ª Regional de Saúde para a realização da pesquisa em sua área de abrangência (Apêndice A). Foram solicitadas as autorizações dos municípios, que concordaram em participar da pesquisa, sendo que 23 deles assinaram a autorização para o estudo (Apêndice B).

Foi realizado contato telefônico com o gestor de cada município para agendar a entrevista, sendo que o gestor seria o entrevistado ou indicaria algum profissional de saúde que estivesse diretamente ligado ao atendimento às vítimas de violência doméstica na rede de assistência do município. Os 22 municípios sendo incluídos como participantes do estudo foram 10 enfermeiros, 7 psicólogos e 5 assistentes sociais; 18 deles possuem pós-graduação *lato sensu*. Estes profissionais foram contatados por telefone e realizados três tentativas de contato e após procede-se o agendamento de data e horário para realização da entrevista através do aplicativo *call recorder*, este instalado no celular da entrevistadora, o qual possibilitou gravar as entrevistas, as quais foram transcritas na íntegra

Com aceite em participar do estudo, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Foram excluídos da pesquisa, os

que estavam em férias, atestado ou licença, bem como aqueles que, após três tentativas de contato, não atenderam a pesquisadora para serem entrevistados.

4.4 COLETA DOS DADOS

Primeiramente, realizou-se a identificação dos serviços pelo CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e pela Secretaria de Segurança Pública, no site da Polícia Civil do Paraná (PCPR), no qual as informações foram coletadas por município pesquisado, de acordo com o número de delegacias existentes. Nesse contexto, foram analisadas as notificações de violência doméstica de mulheres residentes na área de abrangência da 10ª Regional de Saúde, em relação às categorias distribuídas em gráficos e tabelas, conforme faixa etária, escolaridade, ocupação, etnia e tipo de violência correspondente ao período de 2015 a 2020. O período foi escolhido intencionalmente, a fim de retratar as informações atuais.

Posterior ao levantamento dos dados no SInanet, a coleta dos dados com os profissionais atuantes na atenção básica junto a mulher que sofre violência foi realizada no período de abril até setembro por meio de entrevista semiestruturada. Segundo Minayo (2002), é possível articular as entrevistas abertas ou não estruturadas, de maneira que o entrevistado responde espontaneamente ao assunto; na entrevista estruturada, há perguntas formuladas. Também, pode haver a associação das duas formas, o que representa a entrevista semiestruturada.

Um roteiro para entrevista semiestruturada (Apêndice C) foi elaborado pela pesquisadora, contendo perguntas abertas e fechadas que visa descrever os serviços prestados como atendimento às vítimas de violência doméstica, os fluxos de atenção e a percepção dos gestores quanto ao atendimento oferecido. O instrumento de coleta de dados foi analisado por quatro juízes, especialistas na área de atenção à saúde e vítimas de violência, a fim de ser validado quanto à forma e conteúdo (Apêndice E). para depois dos ajustes ser aplicado aos gestores, coordenadores da Atenção Básica e enfermeiros, que foram incluídos como participantes da pesquisa.

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi advertida quanto aos casos de pneumonia, na cidade de Wuhan, província de Hubei, pertencente à República Popular da China. Tal alerta era referente a uma nova

linhagem de Coronavírus, que não ocorrera até então em seres humanos. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram a existência do novo Coronavírus (inicialmente, nomeado como 2019-nCoV), em 11 de fevereiro de 2020, denominado como SARS-CoV-2. Esse vírus é o causador da doença COVID-19. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi definida pela OMS como pandemia (OPAS; OMS, 2020).

Desde então, foram instituídas medidas de isolamento social e, nesse contexto, aconteceu a coleta de dados deste trabalho, de maneira que as entrevistas não puderam ser realizadas de forma presencial. Desse modo, passou-se a modalidade virtual para efetuar a coleta de dados, as entrevista semiestruturada foram realizadas por telefone, pelo aplicativo *call recorder*

Realizou-se contato telefônico, por parte da pesquisadora, com cada gestor de saúde do município pesquisado, o qual se dispôs a responder ou indicou o profissional para responder à entrevista. Posteriormente à indicação e a disponibilização do contato do profissional pelo gestor de saúde, a pesquisadora entrava em contato e agendava com o profissional a melhor data e horário para realizar a entrevista. Cada entrevistado foi informado de que sua participação seria voluntária e poderia desistir, caso assim desejasse, bem como seriam gravadas as entrevistas e que, após leitura do termo, a participante deveria responder se aceitava participar da pesquisa para que houvesse continuidade na entrevista. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado à participante por e-mail, a fim de que assinasse uma cópia e devolvesse para a pesquisadora.

Realizaram-se três tentativas de agendamento da entrevista, sendo que, dos 22 municípios que autorizaram a pesquisa, apenas dois não participou, por não atender às chamadas da pesquisadora

No momento da entrevista, a pesquisadora lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na íntegra e, após a afirmação do entrevistado para participar da pesquisa, começavam as perguntas, também lidas na íntegra e repetidas, caso houvesse necessidade. Dessa forma, ao ser realizada a entrevista por telefone, poderíamos ter problemas com sinal e também porque algumas entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho do participante, de modo que poderia ser interrompido por motivos de rotina de trabalho.

As entrevistas foram gravadas pelo aplicativo *call recorder* e transcritas na íntegra, respeitando os princípios éticos para tal procedimento; assim, foram

identificadas pela letra P, seguida de algarismo arábico, conforme a ordem de realização, a saber, P1, P2, P3, P23, a fim de garantir o anonimato dos participantes. Ademais, o TCLE foi lido para os participantes em chamada telefônica e enviado para que assinassem e devolvessem à pesquisadora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações quantitativas foram analisadas por estatística descritiva no software estatístico XLSTAT (Addinsoft), levando em consideração um nível de significância de 0,05. As qualitativas foram submetidas à análise de conteúdo, com vistas a propor uma visão para além do dado aparente. Conforme Minayo (2002), por meio da análise de conteúdo, pode-se descobrir o que não está exposto no tema, podendo transcender a comunicação.

Para Minayo (2002), a análise temática tem como foco o tema, o qual contém um acervo de correlações que podem ser representadas por palavras ou frases. O uso dessa técnica de análise implica em revelar a essência que integra a comunicação.

Após a pré-análise do conteúdo das transcrições, as falas foram organizadas de acordo com categorias pré-estabelecidas, segundo os questionamentos realizados. Sendo assim, organizaram-se as seguintes categorias:

- Percepção do profissional sobre a violência doméstica e quanto ao atendimento da mulher vítima de violência doméstica no município;
- Serviços Fluxo e funcionamento do atendimento dos serviços do município que realizam atendimento à mulher vítima de violência doméstica;
- Facilidades e dificuldades encontradas no atendimento à mulher vítima de violência doméstica no seu município e região de saúde;
- Percepção do profissional quanto à resolutividade dos serviços no atendimento à mulher vítima de violência doméstica.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob parecer 3.675.695 CAAE 23474819.0.0000.0107 (Anexo A), e do Hospital do Trabalhador de Curitiba,

sob parecer nº 3.803.045CAAE 23474819.0.3002.5225 (Anexo B).

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS MUNICÍPIOS DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Primeiramente, foram apresentados os dados que caracterizam os serviços e as notificações referentes à violência doméstica na 10ª Regional de Saúde do Paraná. Posteriormente, apresentam-se as informações coletadas por meio de entrevista semiestruturada.

Em relação aos serviços que atendem as mulheres vítimas de violência, nos 22 municípios da 10ª RS do Paraná, deste estudo, observa-se sua descrição no Quadro 1.

Quadro 1 – Serviços que atendem mulheres vítimas de violência, nos 22 municípios, da 10ªRS do Paraná, 2020

N.	Município	Serviços de atenção a mulher vítima de violência
1	Anahy	Delegacia de polícia, centro de saúde, secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família
2	Cafelândia	Centro municipal de saúde, unidade de estratégia de saúde da família
3	Campo Bonito	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família, unidade básica de saúde
4	Capitão Leônidas Marques	Secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família, unidade básica de saúde
5	Cascavel	Delegacia de polícia, delegacia da mulher, secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família, unidade básica de saúde, unidades de pronto Atendimento
6	Catanduvas	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família, unidade básica de saúde, unidades de pronto atendimento
7	Céu Azul	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família, unidade básica de saúde
8	Corbélia	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família, unidade básica de saúde, hospital municipal

9	Diamante do Sul	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família
10	Formosa do Oeste	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, centro de saúde, unidade de básica de saúde
11	Guaraniaçu	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidades de saúde
12	Ibema	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, centro de saúde, unidade de saúde da família
13	Iguatu	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família, unidade básica de saúde
14	Iracema do Oeste	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, centro de saúde, unidade de saúde da família
15	Jesuítas	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade móvel, unidade de saúde da família
16	Lindoeste	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade de saúde da família
17	Quedas do Iguçu	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade básica de saúde
18	Nova Aurora	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade básica de saúde
19	Três Barras do Paraná	Secretaria municipal de saúde, centro de saúde, unidade básica de saúde
20	Santa Lúcia	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade básica de saúde
21	Santa Tereza do Oeste	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade básica de saúde, unidade de saúde da família, equipe rural

22	Vera Cruz do Oeste	Delegacia de polícia, secretaria municipal de saúde, unidade básica de saúde
----	--------------------	--

Fonte: Secretaria de Segurança Pública do Paraná (2020); CNES (2020).

No quadro acima estão os 22 municípios pesquisados, sendo descrito os serviços que possuem. Identifica-se que 2 deles não possuem Delegacia de Polícia, apenas 1 possui Delegacia da Mulher, 1 deles não possui Secretaria de Saúde, a maioria possui Unidade de Saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 1 possui equipe rural. Conforme podemos observar os municípios pesquisados dispõem de serviços de saúde para prestar atendimento as mulheres vítimas de violência doméstica e em sua maioria também possuem delegacia de polícia.

Tabela 1 - Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo o município de origem, entre os anos de 2015 e 2020

Municípios	N (%)	$\bar{x} \pm sd$
Anahy	56 (0,95%)	4,67 ± 4,08
Boa Vista da Aparecida	129 (2,18%)	10,75 ± 10,06
Braganey	24 (0,41%)	2 ± 1,76
Cafelândia	114 (1,93%)	9,5 ± 11,16
Campo Bonito	31 (0,52%)	2,58 ± 3,37
Capitão Leônidas Marques	42 (0,71%)	3,5 ± 3,68
Cascavel	4.315 (72,99%)	359,58 ± 264,77
Catanduvas	83 (1,4%)	6,92 ± 6,82
Céu Azul	106 (1,79%)	8,83 ± 10,13
Corbélia	246 (4,16%)	20,5 ± 21,86
Diamante do Sul	12 (0,2%)	1 ± 1,41
Espigão Alto do Iguaçu	12 (0,2%)	1 ± 1,65
Formosa do Oeste	6 (0,1%)	0,5 ± 0,9
Guaraniaçu	72 (1,22%)	6 ± 5,64
Ibema	45 (0,76%)	3,75 ± 4,71
Iguatu	21 (0,36%)	1,75 ± 2,38
Iracema do Oeste	17 (0,29%)	1,42 ± 1,44
Jesuítas	17 (0,29%)	1,42 ± 1,93
Lindoeste	11 (0,19%)	0,92 ± 0,51
Nova Aurora	85 (1,44%)	7,08 ± 8,31

Quedas do Iguaçu	108 (1,83%)	9 ± 6,63
Santa Lúcia	29 (0,49%)	2,42 ± 2,94
Santa Tereza do Oeste	131 (2,22%)	10,92 ± 9,32
Três Barras do Paraná	150 (2,54%)	12,5 ± 13,07
Vera Cruz do Oeste	50 (0,85%)	4,17 ± 4,65
Total	5.912	-

Fonte: SinanNet, 2020.

Entre os anos de 2015 e 2020, foram atendidas 5912 mulheres de municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde (25 municípios), vítimas de violência, as quais foram classificadas quanto à sua faixa etária, escolaridade, etnia, ocupação e o tipo de violência sofrida.

Em geral, o município que menos registrou atendimentos foi o de Formosa do Oeste, com 6 ocorrências (0,1% da amostra), em relação ao município de Cascavel, que foi o que mais registrou atendimentos, com 4.315 ocorrências (72,99% da amostra) (Tabela1).

Tabela 2- Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo a etnia, entre os anos de 2015 e 2020, não levando em consideração o município de origem.

Etnia	N (%)	$\bar{x} \pm sd$
Indígena	13 (0,22%)	0,52 ± 1,45
Amarela	28 (0,47%)	1,12 ± 3,09
Preta	203 (3,43%)	8,12 ± 26,72
Parda	1.537 (26%)	61,48 ± 224,28
Branca	4.110 (69,52%)	164,4 ± 592,69
Dado em branco	21 (0,36%)	0,84 ± 4
Total	5.912	

Fonte: SinanNet, 2020.

Em relação à etnia, em geral, a menor parte dos atendimentos foi realizada em mulheres indígenas, com 13 ocorrências (0,22% da amostra), por outro lado, a maior parte dos atendimentos ocorreu em mulheres brancas, com 4.110 ocorrências (69,52% da amostra) (Tab. 4).

Em relação às mulheres indígenas, houve menos atendimentos nos municípios de Campo Bonito, Céu Azul, Corbélia e Três Barras do Paraná, com uma ocorrência cada (totalizando 30,77% da amostra), enquanto a maior parte dos

atendimentos foi realizada no município de Cascavel, com 7 ocorrências (53,85% da amostra). Já em relação às mulheres brancas, houve menos atendimentos no município de Formosa do Oeste, com 4 ocorrências (0,1% da amostra) e o município que registrou mais atendimentos foi Cascavel, com 3.002 ocorrências (73,04% da amostra).

Tabela 3 - Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo a faixa etária, entre os anos de 2015 e 2020, não levando em consideração o município de origem

Faixa etária	N (%)	$\bar{x} \pm sd$
Menos de 1 ano	350 (5,92%)	14 ± 61,89
1 a 4 anos	824 (13,94%)	32,96 ± 149
5 a 9 anos	309 (5,23%)	23,48 ± 78,98
10 a 14 anos	587 (9,93%)	34,48 ± 116,82
15 a 19 anos	862 (14,58%)	45,32 ± 158,53
20 a 29 anos	1.133 (19,16%)	31,08 ± 99,48
30 a 39 anos	777 (13,14%)	24,56 ± 76,42
40 a 49 anos	614 (10,39%)	12,36 ± 50,81
50 a 59 anos	272 (4,6%)	10,88 ± 34,82
60 a 69 anos	93 (1,57%)	3,72 ± 12,07
70 a 79 anos	45 (0,76%)	1,8 ± 7,2
Mais de 80 anos	46 (0,78%)	1,84 ± 6,99
Total	5.912	

Fonte: SinanNet, 2020.

Ao analisar faixa etária das vítimas, em geral, a minoria dos atendimentos foi em mulheres com idade entre 70 e 79 anos, com 45 ocorrências (3,97% da amostra). A maioria dos atendimentos foi para mulheres com idade entre 20 e 29 anos, com 1.133 ocorrências (19,16%) (Tab. 3).

Nas mulheres com idade entre 70 e 79 anos, a menor parte dos atendimentos foi realizada nos municípios de Boa Vista da Aparecida, Cafelândia, Céu Azul e Guaraniaçu, com 1 ocorrência cada (totalizando 8,88% da amostra), e a maior parte dos atendimentos foi realizada no município de Cascavel, com 36 ocorrências (80% da amostra). Já nas mulheres com idade entre 20 e 29 anos, apenas um atendimento foi realizado no município de Lindoeste (0,09% da amostra), a maioria dos atendimentos foi realizada no município de Cascavel, com 803 ocorrências (70,87% da amostra), o que se demonstra na Tabela 2.

Tabela 4 - Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo a escolaridade, entre os anos de 2015 e 2020, não levando em consideração o município de origem

Escolaridade	N (%)	$\bar{x} \pm sd$
Analfabeta	68 (1,15%)	2,72 ± 6,86
E.F. 1ª a 4ª série incompleta	423 (7,15%)	16,92 ± 54,25
E.F. 4ª série completa	200 (3,38%)	8 ± 22,53
E.F. 5ª a 8ª série incompleta	1.128 (19,08%)	45,12 ± 150,35
Ens. Fundamental completo	366 (6,19%)	14,64 ± 45,87
Ens. Médio incompleto	875 (14,8%)	35 ± 116,92
Ens. Médio completo	793 (13,41%)	31,72 ± 108,18
Ens. Superior incompleto	189 (3,2%)	7,56 ± 28,5
Ens. Superior completo	154 (2,6%)	6,16 ± 20,53
Dado em branco	383 (6,48%)	15,32 ± 61,51
Não se aplica	1.333 (22,55%)	53,32 ± 237,49
Total	5.912	

Fonte: SinanNet, 2020.

Em relação à escolaridade, em geral, a minoria dos atendimentos foi em mulheres analfabetas, com 68 ocorrências (1,15% da amostra), enquanto a maioria dos atendimentos foi para mulheres com 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto, com 1128 ocorrências (19,08% da amostra) (Tab. 3).

Nas mulheres com registro de analfabetismo, a menor parte dos atendimentos ocorreu nos municípios de Cafelândia, Campo Bonito, Ibema, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste, com um atendimento cada (totalizando 7 ocorrências, 10,29% da amostra), enquanto a maior parte dos atendimentos ocorreu no município de Cascavel, com 35 ocorrências (51,47% da amostra). Já mulheres com 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleta, a menor parte dos atendimentos foi realizada nos municípios de Diamante do Sul e Espigão Alto do Iguaçu, com um atendimento cada (totalizando 0,18% da amostra), sendo que a maior parte dos atendimentos ocorreu no município de Cascavel, com 764 ocorrências (67,73% da amostra), conforme Tabela 3.

Em relação à ocupação, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), para classificação no SINAN, dessas mulheres, um total de 96 ocupações obtiveram apenas um registro cada. A maioria das ocorrências foi para ocupações de código aposentado/pensionista, com 171 ocorrências (2,92% da amostra); desempregado, com 237 ocorrências (4,04% da amostra); dona de casa,

com 894 ocorrências (15,25% da amostra); e estudante, com 1040 ocorrências (17,71% da amostra). Em relação à ocupação de aposentado/pensionista, apenas uma ocorrência foi registrada no município de Anahy (0,58% da amostra) e 120 ocorrências foram registradas no município de Cascavel (70,18% da amostra). Para a ocupação de desempregado, houve um registro de ocorrência em cada um dos seguintes municípios: Braganey, Campo Bonito, Jesuítas, Lindoeste, Diamante do Sul, Capitão Leônidas Marques, Guaraniaçu, Três Barras do Paraná e Ibema, totalizando 9 registros (3,8% da amostra), sendo que a maioria das ocorrências foi no município de Cascavel, com 183 registros (77,22% da amostra).

Em relação à ocupação de dona de casa, a menor parte das ocorrências foi no município de Lindoeste, com 2 registros (0,22% da amostra), enquanto a maioria dos registros foi realizada no município de Cascavel, com 429 ocorrências (47,99% da amostra). Por fim, em relação à ocupação de estudante, a menor parte dos atendimentos foi realizada nos municípios de Lindoeste e Espigão Alto do Iguaçu, com 1 ocorrência cada (totalizando 0,19% da amostra), enquanto a maior parte dos atendimentos foi realizada no município de Cascavel, com 649 ocorrências (62,4% da amostra). O município de Vera Cruz do Oeste apresentou esses dados em branco.

Tabela 5 - Notificação de violência contra a mulher residente na 10ª regional de saúde, segundo o tipo de violência, entre os anos de 2015 e 2020, não levando em consideração o município de origem

Tipo de violência	N (%)	$\bar{x} \pm sd$
Violência física	2.149 (24,05%)	85,96 ± 228,94
Violência psicológica/Moral	730 (8,17%)	29,2 ± 59,52
Tortura	55 (0,62%)	2,2 ± 3,3
Violência sexual	338 (3,78%)	13,52 ± 41,33
Violência financeira/Econômica	33 (0,37%)	1,32 ± 4,18
Negligência/Abandono	1.543 (17,27%)	61,72 ± 284,06
Intervenção legal	2 (0,02%)	0,08 ± 0,28
Outras violências	1.803 (20,18%)	72,12 ± 303,95
Lesão autoprovocada	2.281 (25,53%)	91,24 ± 328,99
Total	5.912	

Fonte: SinanNet, 2020.

Sobre o Tipo de Violência sofrida, em geral, a menor parte dos atendimentos foi devido à intervenção legal, com duas ocorrências (0,02% da amostra), enquanto

a maior parte dos atendimentos foi devido à violência física, com 2149 ocorrências (24,05% da amostra) e, por lesão autoprovocada, com 2281 ocorrências (25,53% da amostra).

As duas únicas ocorrências de violência sofridas por conta da intervenção legal ocorreram nos municípios de Cascavel e Guaraniaçu, com uma ocorrência cada (100% da amostra). A menor parte das ocorrências atribuída à violência física foi registrada no município de Formosa do Oeste, com 3 registros (0,14% da amostra), enquanto a maior parte das ocorrências ocorreu no município, com 1166 atendimentos (54,26% da amostra). Em relação à lesão autoprovocada, houve apenas um registro no município de Iguatu (0,04% da amostra), enquanto a maioria dos atendimentos foi realizada no município de Cascavel, com 1665 ocorrências (72,99% da amostra) (Tab. 5).

Observamos com a pesquisa referente as notificações que prevaleceu a violência física com maior número, que as mulheres que sofrem violência doméstica são em sua maioria brancas, possuem escolaridade entre 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto com idades entre 20 e 29 anos e também que o município de maior ocorrência é o de Cascavel.

O município de Cascavel é o maior município da 10ª Regional de Saúde do Paraná com uma população estimada de 336.073 habitantes (IBGE, 2021), sendo conhecida como a “capital do Oeste do Paraná”.

Quadro 2 - Participantes da pesquisa

SEXO		FORMAÇÃO			ESCOLARIDADE		
F	M	Enfermeiro	Psicólogo	Ass. Social	Superior	Sup c/ pos	Mestrado
21	1	10	7	5	22	18	1

Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere às informações qualitativas, participaram da pesquisa 22 municípios, totalizando 88% dos 25 municípios da 10ª RS do Paraná, sendo que os profissionais que responderam aos questionamentos se caracterizaram por serem, na maioria, 21 (84%) do sexo feminino; a idade variou entre 26 a 60 anos; 22 (100%) atuam no setor público; 12 (54%) atuam no serviço por um período de cinco anos; 10 (45%) são enfermeiros; 7 (32%) são psicólogos; e 5 (23%) são assistentes sociais; 18 (81%) possuem pós-graduação *lato sensu*.

5.2 ATENÇÃO À SAÚDE NA MULHER QUE SOFRE VIOLÊNCIA

As categorias que emergiram na pesquisa nortearam a forma de avaliar como ocorre o atendimento, quais encaminhamentos e como é estabelecido o fluxo de atendimento às vítimas de violência doméstica dos municípios pesquisados, assim são as seguintes categorias:

Emerge na categoria **Percepção do profissional sobre a violência doméstica**, e **quanto ao atendimento à mulher vítima de violência doméstica no município**, que os participantes entendem a temática como um trauma para as vítimas, sendo o mais importante deles o trauma psicológico, do qual a mulher demora a se recuperar, bem como ficam inseguras e amedrontadas. Alguns dos entrevistados percebem que há aumento dos casos; o apoio oferecido nos serviços é básico, de modo que os casos geram indignação por parte da equipe; falta conhecimento sobre o tema, sensibilidade dos profissionais e empatia nos atendimentos; o tema é visto como tabu.

Quanto ao atendimento, percebe-se que esse é realizado de maneira heterogênea na área de abrangência da 10ª RS do Paraná. Isso porque depende dos serviços disponíveis, o que está diretamente ligado ao porte do município e à organização do fluxo de atendimento a essa clientela.

Também, que a gente percebe, é que geralmente, a vítima, ela demora a se recuperar, então é, principalmente trauma psicológico, ele tem grande força e acaba influenciando em toda a vida da mulher (P5).

A minha percepção, é que infelizmente está aumentando a violência doméstica, de várias formas não só de violência sexual, mas a violência psicológica que é o principal choque afeta mais o psicológico do que a física (P6).

Nestas falas as participantes identificam a violência psicológica como a que mais impacta na vida das mulheres em todos os sentidos o que este processo da violência causa traumas que se apresentam maiores em relação ao trauma físico

[...] falta apoio, que falta atendimento as vítimas que ainda é muito básico o que a gente faz pelas vítimas, porque assim não depende só do serviço mais das pessoas quererem o serviço, quererem o apoio então teria muita coisa ainda a ser feito enquanto equipe (P7).

Há por parte do profissional a percepção de que ainda tem muito que

fazer para prestar um bom atendimento identificando-o como básico, porém coloca que a vítima precisa querer ser atendida, entende-se desta forma que necessita uma integração maior entre paciente e serviço ofertado.

De revolta, de indignação, mas procura ajudar da melhor forma da os encaminhamentos e o suporte necessário para vítima (P8).

Violência que a gente nunca quer atender dentro das nossas unidades de saúde, pretende atender o paciente que chega com qualquer outra comorbidade do que uma violação de direitos (P22).

Estas participantes colocam sua percepção como revolta e indignação, demonstra contrariedade pelo fato de não aceitar a violência como situação cotidiana e aceitável na nossa sociedade, teriam preferência em atender outras demandas e não a violência doméstica.

Fazer o tramite o protocolo ali para ajudar eu sinto dificuldade na experiência que eu tive em alguns momentos na parte da delegacia da polícia ali sabe, uma falta de sensibilidade de empatia, de levar assim, não dá aquela atenção para aquele caso aquela situação (P10).

A entrevistada demonstra que falta a sensibilidade do profissional policial no momento em que a mulher está vulnerável, sensível pela situação vivenciada, necessitando de maior atenção e cuidado o qual poderia proporcionar confiança para que a vítima exponha a situação.

Município de porte pequeno a gente não tem assim um fluxo pronto específico de atendimento as vítimas, então a porta de entrada é a delegacia, então após isso daí a gente fica sabendo as vezes a gente faz busca ativa ou vezes alguma vítima vem até a gente, mas a gente as vezes não chega nem ter o conhecimento dos casos. (P13)

Os casos não são expostos pela vítima por vergonha, as pessoas tem uma relação mais próxima por se tratar de município pequeno, a mulher se sente acuada o que dificulta a procura dos serviços.

É possível perceber que a vítima nem sempre é reconhecida pelo serviço, por não ser referência e não possuir fluxo estabelecido, de maneira que necessita busca ativa para a identificação e orientação.

Primeiramente acolhimento, acolhimento na entrevista com a vítima compreender o contexto a história [...] sensibiliza para que ela entenda a importância dela fazer os acompanhamentos oferecidos (P17).

Então da saúde geralmente demanda espontânea, ela que procura nos procura e a

gente realiza os atendimentos (P21).

O atendimento geralmente se dá por busca espontânea, é o acolhimento e percebe-se o interesse por parte do profissional em conhecer a história o contexto em que se encontra a vítima de violência doméstica o que possibilita o melhor encaminhamento ao caso.

Na categoria serviços, **Fluxo e funcionamento do atendimento dos serviços à mulher vítima de violência doméstica**, os participantes relatam como os serviços atendem as mulheres vítimas de violência doméstica; Os serviços diferem entre os municípios pesquisados:

Nós temos o mais específico seria o CREAS, que nem aqui na saúde quando chega pra nós, eu tentamos fazer a notificação, e tentamos fazer o acompanhamento também, mas geralmente o CREAS é que faz esse acompanhamento mais de perto. Então tem também assim, os serviços da rede, CRAS, no caso a saúde, o CREAS (P1).

A secretaria de saúde, e acredito que eles dêem a assistência social (P2).

Não existe um serviço específico, elas chegam até nós ou aqui nós temos um pronto atendimento ou na unidade de saúde e ai é feito a notificação e encaminhado para o serviço adequado (P6).

Observa-se que há municípios que realizam o atendimento quando a vítima busca o serviço na APS, sendo assistida pelo médico, pela enfermeira da epidemiologia, para fazer a notificação, e pelos profissionais do NASF, sendo o primeiro suporte à saúde; as vezes, a mulher procura o CRAS ou o CREAS e, ainda, a delegacia. Também, há municípios em que o fluxo não está organizado, então, a mulher é atendida na APS e encaminhada para serviços destinados a essa demanda em outros municípios.

No nosso município pelo que eu tenho conhecimento eu faço parte além do setor da saúde aqui as mulheres vem ou pessoas, a partir da consulta com o médico na unidade de saúde básica que é a nossa referência para poder realizar o atendimento mais também temos um grupo formado por mulheres, nós temos uma policial mulher em quedas, a nossa juíza mulher também junto com CRAS, CREA, saúde em fim demais órgãos a gente se uniu e tem um grupo juntas somos mais fortes (P11).

[...] as secretárias de saúde presta os atendimentos, os atendimentos médicos quando necessário realizar ou quando solicitado também o laudo de lesão corporal, apresenta atendimento psicológico (P21).

[...] a saúde ela presta todos os cuidados em todas as atenções quando necessário na atenção primária, atenção secundária, e se precisar encaminhar para atenção terciária de urgência e emergência também faz esse acompanhamento (P22).

A porta de entrada para e referencia o atendimento as vítimas de violência doméstica são as unidades de saúde articuladas com outros setores, os quais se apresentam organizados e empenhados em realizar o atendimento de forma a promover o encaminhamento necessário e que melhor se adéque a cada situação.

Observa-se que há municípios que realizam o atendimento quando a vítima busca o serviço na APS, sendo assistida pelo médico, pela enfermeira da epidemiologia, para fazer a notificação, e pelos profissionais do NASF, sendo o primeiro suporte à saúde; por vezes, a mulher procura o CRAS ou o CREAS e, ainda, a delegacia. Também, há municípios em que o fluxo não está organizado, então, a mulher é atendida na APS e encaminhada para serviços destinados a essa demanda em outros municípios.

[...] um exemplo, se chega uma paciente que é atendida na saúde ali no consultório médico e é identificado, automaticamente o médico, ele passa pra enfermeira da epidemiologia pra que seja feita a notificação que é obrigatória e assim procede com os demais profissionais daí até então passa pro pessoal do NASF que a gente tem no caso eu, assistência social e o psicólogo, aí a gente faz a primeira abordagem, fazemos o atendimento e se necessário a gente encaminha pro CREAS também. Então, os encaminhamentos realizados sem CREAS ou quando procuram o CRAS ou o CREAS dependendo da situação a saúde encaminha pra eles também (P1).

Nós não temos um serviço, organizado, sistematizado que tenha um planejamento, um fluxo certo (P2).

Na saúde é o suporte, do suporte psicológico mesmo nós realizamos no NASF grupos de apoio, em todas as unidades de saúde, nas estratégias de saúde da família, nós somos 8 unidades no município então em todas elas são realizados trabalhos preventivos, que é esse trabalho do NASF (P3).

Eu acho que esse fluxo ainda não está bem elaborado, bem estabelecido e funcional (P10).

[...] quando é encaminhado, quando eles identificam algum problema eles acolhem aí tem a psicóloga lá também no CRAS ela faz o acolhimento e passa a acompanhar essa família, mas aí eu não sei se tipo acompanhamento se dão um apoio financeiro alguma coisa e oferece para ela participar de algum curso oficina assim do CRAS sabe, mas só também (P12).

Alguns dos serviços, os quais são direcionados ao atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica. Vale ressaltar que a integração entre os serviços é de grande importância no atendimento, visto que possibilita um acolhimento, com vistas a uma maior abrangência e de maneira a atender a cada necessidade e direcionamento ao serviço melhor indicado para cada caso.

Ainda nessa categoria, os profissionais relatam sua opinião sobre a forma como se estabelece o fluxo de atendimento. Nos relatos, há aqueles que concordam com o modo como é direcionado e ofertado o acompanhamento, justificando que os serviços de que dispõem são adequados para atender a mulher vítima de violência.

Ademais, há os que se referem à necessidade de melhoria no cuidado, principalmente, a respeito do acompanhamento da mulher após o registro do boletim de ocorrência, no que se relaciona à assistência social e psicológica. Além disso, há a necessidade de outros serviços, como os lares abrigados, que subsidiam as práticas com essa clientela.

Não eu concordo, eu acho que é tentado preservar a privacidade dela, sem fazer perguntas incabíveis, ela vai falar aquilo que ela quiser falar e a gente vai orientar ela da melhor forma possível (P6).

Olha eu concordo porque é o único que a gente tem [...] (P14).

Olha eu acho assim que nós temos que ainda temos muita coisa por melhorar o serviço sabe, [...] a gente sabe das dificuldades que é fazer esse trabalho, [...] (P15).

Eu concordo, a partir do momento que nós definimos esse fluxo ficou bem organizado e assim eu acredito que até para a vítima ficou melhor, (P20)

[...] eu não concordo com a forma que é dada o atendimento a vítima de violência doméstica no meu município, [...], não existe um fluxo de atendimento, [...] não vejo ele como efetivo [...] (P21).

Eu concordo como é feito o fluxo de atendimento, porque ele não é feito unilateralmente, ele é feito uma discussão com um grupo de profissionais técnicos aonde discute-se todas as possibilidades dos encaminhamentos que possam vir ajudar essa mulher vítimas de violência (P22).

Nas respostas apresentadas, nas quais alguns profissionais concordam com o fluxo estabelecido no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, verifica-se que os que concordam com o fluxo realizam o trabalho seguindo o que se propõe no serviço em que estão inseridos, porém, reconhecem que pode ser melhorado em algumas questões. Isso não os deixa na condição de estabilidade e concretização de atendimento como integral e amplo, expondo que, para tal, ainda, carecem de maior apoio e integração com outros serviços.

Quanto aos que não concordam, observa-se que realizam o trabalho dentro dos meios e ferramentas que possuem para tal, pois trata-se, em alguns casos, de municípios pequenos que não teriam muitos subsídios como ferramentas de trabalho, outros serviços afins e, principalmente, recursos humanos, ou seja, faltam serviços, infraestrutura e profissionais. Todavia, não deixam de realizar o

atendimento limitado ao que podem oferecer primando pelo compromisso e ética no fazer profissional.

Em relação à categoria **Facilidades e dificuldades encontradas no atendimento à mulher vítima de violência doméstica no seu município e região de saúde**, os profissionais afirmam que as facilidades se encontram na disponibilidade dos serviços e nas leis que possibilitam o acesso. E, quanto às dificuldades, há o horário de atendimento dos serviços, visto que, em muitos municípios, funcionam apenas em horário comercial. Ademais, há falta de preparo profissional para o atendimento, elaboração e criação de vínculo com a mulher, bem como a própria violência doméstica e as relações da mulher com o agressor.

Facilidade, facilidades eu não vejo, facilidade é assim que a gente, nós temos os profissionais, nós temos os serviços e os profissionais, no CREAS nós temos a equipe técnica completa, no NASF também, na saúde a gente também consulta com psiquiatra, conta com uma equipe multiprofissional completa [...] (P1).

Quanto às facilidades as portas de todos os serviços estão sempre abertas então elas não encontram dificuldades no atendimento tanto de uma secretaria, como a outra envolvida, [...] dificuldade é a chegada do conhecimento, de nós termos conhecimento desses casos, porque muitas vezes elas não procuram atendimento, por vergonha, por medo, por “N” motivos, então existe, eu acredito que existe muitos casos subnotificados, então a maior dificuldade é a subnotificação de casos (P8).

Quanto as facilidades o serviço está ali né, existe as leis, a pessoa ela é informada que ela tem todo um apoio, as dificuldades estão na execução muitas vezes desse serviço (P13).

[...] de facilidade eu acho que não existe tanto, [...] umas das maiores dificuldades que a gente tem seria realmente esse reconhecimento e encaminhamento e acompanhamento dos casos (P15).

A facilidade é meio difícil, porque quando se trata de uma violação de direitos a mulher ela bem é assim, ela fica introspectiva ela não quer assumir, ela não quer concordar [...] a gente consegue trazer mais as dificuldades do que as facilidades [...] justamente pela fragilidade que é a mulher, pela vergonha de expor, pela dependência que ela tem em relação ao agressor, então essas são as principais dificuldades que hoje a gente encontra para realizar esse atendimento (P22).

O que podemos observar, com as respostas dos entrevistados, é que existe uma descontinuidade no atendimento. Isso acontece, por vezes, por não ter outro serviço de referência para encaminhar a mulher que sofre violência doméstica; também, há também relatos de que a vítima de violência doméstica não chega até o serviço.

Apontado como dificuldade o medo que a vítima tem em denunciar e dar

segmento no caso evoluindo para o término do ciclo de violência pois existe a dependência que esta tem do agressor.

Na categoria Percepção do profissional quanto à resolutividade dos serviços, no atendimento à mulher vítima de violência doméstica, há profissionais que apresentam que não há resolutividade devido às falhas na organização de uma rede de cuidados; relutância da vítima em prestar queixa, devido a fatores psicológicos e emocionais na relação com o agressor; além de falta de capacitação dos profissionais para o atendimento.

Há aqueles que acreditam que a resolutividade acontece pelos casos que acompanharam, pela rede de serviços existente no município e pelo trabalho da equipe multiprofissional. No entanto, entendem que as manifestações psicopatológicas, decorrentes do trauma da violência, muitas vezes, são inalcançáveis ao trabalho das equipes.

Não, a gente não sente que tenha resolutividade, [...] de a gente fazer uma denúncia e realmente ser retirado o agressor da proximidade, de ser garantido a segurança das vítimas (P2).

Não, não tem. Porque você não tem, pra onde você encaminhar, não tem, o quem, como ajudar elas, não tem (P4).

Importante neste contexto o apoio da rede de assistência a saúde, mas em alguns dos municípios pesquisados os serviços são restritos, não somente pelo tamanho do município, mas pela falta de serviços de referência.

Não, não há, não há nosso número é muito baixo de notificações para você ter uma ideia em 1 ano nós temos só 2 notificações, será que só duas pessoas em um município de quase 6000 mil habitantes são vítimas de violência? Não né, então falta muita coisa um trabalho em rede, conscientização, esclarecimento de como seria esse apoio, então falta bastante ações para a gente poder estar desempenhando para que fosse mais efetivo esse atendimento (P7).

Eu acredito que há resolutividade [...] as portas estão sempre abertas se acontecer algum caso. [...] acredito que elas são, as que vieram até o momento como eu disse foram atendidas e todas encaminhadas, foi procurado dar o melhor suporte possível (P8).

Eu acredito que sim, que foram atendidas, [...] de um número assim que estava bem expressivo diminuiu bastante, mas temos muito mais a oferecer (P9).

No momento sim, de momento sim, porque ela é atendida eu só não sei se após disso tem alguma continuidade porque a única coisa que a gente oferece a ela é o atendimento psicológico não sei se é o bastante (P14).

Olha do que eu conheço do fluxo aqui do município todas que dão entrada e que procuram elas são atendidas, é assim bem de imediato sabe, não tem falta desse atendimento (P20).

Eu quero acreditar que exista assim uma resolutividade, mas a resolutividade ela só acontece quando de fato a mulher vítima de violência ela quer ser ajudada (P22).

Ao falar sobre a resolutividade os participantes manifestam um anseio que mesmo acreditando que o atendimento foi resolutivo, ainda tem o que ser feito. Há uma certa frustração e incerteza na condição de resolutivo ou não quando percebem que não conseguiram tirar a mulher do ciclo da violência.

Para alguns profissionais, a mulher deve aceitar o atendimento, pois o serviço está para o atendimento, mas nem sempre este é aceito.

6. DISCUSSÃO

Ao tratar da violência doméstica, o que podemos observar, na pesquisa realizada com 22 dos 25 municípios da Décima Regional de Saúde, é que a violência praticada é, em sua maioria, efetivada pelo cônjuge dentro do próprio lar, de maneira que ficam escondidos por várias questões, como falta de autonomia financeira, medo, vergonha, caracterizando o poder do homem sobre a mulher, resquícios presentes ainda em nossa sociedade, que se perpetuam por gerações em relação ao ciclo de violência.

Relacionado ao ciclo de violência, Lucena (2016), nos traz que este se instaura de modo demorado e silencioso; avança em intensidade e resultados, podendo o autor, além de a agressão física, censurar a liberdade da vítima, despertando a submissão e a vergonha. Concebe-se que a diferença de gênero é ponto central dos eventos de violência; o fato de oprimir a mulher reitera a diferença de gênero por meio do poder patriarcal masculino sobre a mulher, o que perpetua, assim, a desigualdade entre as categorias homem e mulher.

Corroborando, dessa forma, o achado da pesquisa em relação ao estudo que objetivou compreender as situações e repercussões de violência doméstica, em se tratando da categoria violência, que se repete. Ademais, apresentou que o cenário predominante de violência é a que se concretiza por parte dos homens, indicando a diferença de gênero. Conforme resultados indicam, a violência acontece frequentemente em diversas ocasiões da vida, com base na família biológica e se perenizando nas famílias constituídas (NOGUEIRA, 2021).

No referido estudo, apresenta-se que as mulheres, que sofrem violência doméstica, têm dificuldade na busca pelos serviços e que não os conhecem, de maneira que procuram, primeiramente, a Atenção Básica para o atendimento (NOGUEIRA, 2021).

Na pesquisa pode-se identificar que o município que possui os serviços do NASF, consegue desenvolver melhor o atendimento e encaminhamentos, pois este serviço dispõe de aparato instrumental e profissional com maior abrangência em sua estrutura e melhor acesso aos outros serviços.

Colabora com a pesquisa estudo que aponta que tais encaminhamentos acontecem de forma agregada, citando o NASF como componente de um serviço

considerável na assistência às mulheres, favorecendo um atendimento completo que atua de forma conjunta com UBS. Isso permite, dessa forma, que aconteça uma partilha entre os profissionais com intuito de assistir, com integralidade, essa população, evidenciando qualidade e humanização (OKABAYASHI *et al.*, 2020, p. 1312).

Assim, tanto podemos considerar, em nosso estudo, que se comprova essa procura pela unidade de saúde, quanto a importância de uma equipe capacitada para atendimento e encaminhamento a outros serviços de referência.

Nos serviços como o da saúde, as vítimas relataram que os profissionais parecem não tratar a violência como de sua competência, perenizando as situações. Porém, essas mulheres avaliam, de forma positiva, outros serviços, como o social e o de referência, em que, sob a perspectiva delas, o acolhimento foi realizado de maneira integral (BARAGATTI *et al.*, 2018). Seguindo essa linha, em São Paulo, no Instituto Médico Legal, foram entrevistadas 10 mulheres que sofreram violência doméstica por seus companheiros e ex-companheiros. Notou-se que as mulheres agredidas buscavam ajuda primeiramente na família e amigos e, posteriormente, procuravam serviços de saúde e judicial (LETTIERE; NAKANO, 2011).

A pesquisa nos mostra que nos municípios pesquisados inexistem alguns serviços de maior complexidade em relação a instrumentos, protocolos, espaço físico e equipe multiprofissional, mas o serviço de saúde é característica comum a todos eles, e geralmente o primeiro a ser procurado pelas vítimas de violência doméstica.

É relevante ressaltar os dados que foram apontados por este estudo, em relação ao número de notificações realizadas, em que, na sua maioria, as mulheres são brancas; assim, aponta-se que, do total de 5912 notificações de violência contra mulher, residentes na Décima Regional de Saúde, correspondente aos anos de 2015 e 2020, são brancas 4110 (69,52%). Em segundo lugar, as de cor parda são 1537 (26%); em terceiro lugar, estão as mulheres de cor preta, que representam 203 (3,43%); há as amarelas, com 28 (0,47%); e, por último, são consideradas as indígenas, com 13 (0,22%).

Diferentes dados são apresentados com estudo realizado no Estado de Pernambuco, entre 2015 e 2019, visto que se difere, já que apresenta maior prevalência às mulheres que se declaram parda, representando 66,01% dos casos; após, vem a raça branca, com 17,08%. A negra, sendo 9,92% dos casos; da raça

amarela, com 1,26%; e a indígena, com 0,54% (2021, p. 64299).

Discordam esses dados, ao tratar das brancas e pardas, no entanto, podemos observar que, em relação às demais raças, permaneceu semelhante a sequência.

Nos dados coletados nesta pesquisa, quanto ao tipo de violência, num total de 5912 notificações, temos a violência física, com maior número de notificações, 2149 (24,05%); a violência psicológica possui 730 (8,17%); e, após, há a tortura, com 55 (0,62%); financeira, com 33 (0,37%). Diante disso, ao avaliar esses três tipos de violência, percebemos que prevalece a física; o mesmo acontece no já relatado estudo do estado de Pernambuco, em período semelhante, com 11.979 notificações, sendo 53,33% dos casos; a violência psicológica surge com 9.062 notificações, 40,34%; ademais, há a tortura, com 794 notificações, sendo 3,53% dos casos (PESTANA, 2021).

Mesmo ao tratar de estado distinto, o que se observa é que as prevalências quanto aos tipos são semelhantes.

Achados, neste estudo, quanto ao fluxo do atendimento à mulher vítima de violência doméstica, há lacunas, as quais se apresentam na forma de não adesão ao serviço pela vítima, também pela inexistência do serviço, não proporcionando continuidade, pela falta de conhecimento tanto do profissional quanto da vítima que desconhece os serviços.

O estudo também objetivou identificar o fluxo de atendimentos e os encaminhamentos de mulheres, que sofreram violência e que foram encaminhadas ao CREAS, sendo que, desses 66 casos, somente 38 efetivaram o atendimento; 14 são representativos de 36,8% dos casos que apenas tiveram acolhimento inicial (PESTANA, 2021).

O fluxo do atendimento deve ser efetivado por meio de ações entre os setores hierárquicos e articulados; independentemente de qual serviço, todos devem estar receptivos, capacitados a acolher a necessidade de cada mulher e de sua família. O consentimento da mulher em manter o atendimento deve proporcionar-lhe segurança e trabalhar autonomia nas decisões de sua vida (PESTANA, 2021).

É pertinente salientar que o mais importante no atendimento é a acolhida às mulheres vítimas de violência doméstica por parte do profissional, mesmo não possuindo fluxo estabelecido, nem todos os serviços que são necessários para um atendimento integral. Assim, salientamos que a estrutura em que se apresentam os

serviços é variada, porém, o que fará a diferença é o momento em que a vítima sente amparo e que alguém proporciona importância à sua queixa, que o profissional pare para ouvir, pois é na escuta e observação que se percebe o que está por trás de uma simples queixa, por vezes, escondida, só aguardando a oportunidade para ser exposta. Que seja o profissional o responsável por impulsionar esse processo.

Conforme Bonamigo (2021) é indispensável que o enfermeiro, como elemento da equipe que conduz e organiza o cuidado apreenda a antecedência e dimensão do termo violência. Para que possa contribuir com a melhor elaboração deste conceito como base da atenção a mulher vítima de violência e tendo compreensão que mesmo que essas sejam atendidas em outros serviços, a APS é responsável pelo usuário, visto ser a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, considerando a atenção interdisciplinar e intersetorial como eixos que devem nortear as ações nessa problemática que muitas vezes não se apresenta visivelmente.

Citamos aqui o enfermeiro por considerar seu trabalho como de extrema importância e relevância, por abarcar a responsabilidade técnica da qual muitas vezes responde pela unidade inteira onde presta seus serviços e estes não se resumem somente de sua competência, mas todo um conjunto de outras situações e justifica-se também pelo vínculo de confiança que a mulher vítima de violência doméstica desenvolve especialmente pelo profissional de saúde, este vínculo geralmente direcionado à enfermagem, afirmamos desta forma o quão grandioso e importante a presença do enfermeiro nestas situações.

Apontados neste estudo as dificuldades encontradas pelos profissionais ao realizar o atendimento as mulheres que sofrem violência doméstica e colaborando com a referida pesquisa revisão interativa, que trata das dificuldades e facilidades encontradas pela atenção multiprofissional, sugere que é necessário conhecer melhor, visualizar e investir no que se refere ao amparo a essas mulheres, com intenção de enfrentamento às dificuldades cotidianas, evidenciadas no modelo habitual de assistência. Ademais, os profissionais estão despreparados e a vulnerabilidade das instituições é constante; ao resolver tais problemas, seria possível propiciar ênfase à proteção e promover a interrupção do ciclo de violência (OLIVEIRA, 2018, p. 60).

Também corrobora com esta pesquisa trazendo a necessidade de articulação de rede e capacitação do profissional para melhoria do atendimento e criação de

fluxo e conseqüente vínculo com as vítimas de violência doméstica.

Estudo de Santos e Freitas (2017) demonstra que há uma fragmentação na atenção às mulheres em situação de violência, tendo em vista a falta de articulação entre os serviços da rede institucional, em que cada equipamento se restringe à assistência com foco em seu setor e há falta de preparo de profissionais de alguns setores, o que pode afastar as usuárias ou mantê-las na mesma lógica de submissão, antes imposta pelo parceiro e, agora, pela instituição. Assim, faz-se necessário o fortalecimento da rede de atendimento e garantia de atendimento integral; para tanto, é imprescindível estabelecer comunicação efetiva entre os serviços, com a definição de fluxos e responsabilidades, além de um olhar interdisciplinar e transversal.

Em relação aos municípios pesquisados, consideramos a necessidade em articulação de redes, elaboração e implantação de políticas públicas que tenham intuito de atendimento integral o qual possa colaborar de forma expressiva com a educação, promoção de saúde e de direitos a esta população, e que impeça a continuidade do ciclo de violência; Importante neste contexto a capacitação profissional pois se trata de uma clientela vulnerável e que traz consigo uma carga bem grande de questões pessoais de sofrimento e dor o que de certa forma afeta o profissional que está a frente dos atendimentos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo conhecer o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica. Vinte e dois dos vinte e cinco municípios pertencentes à Décima Regional de Saúde participaram do estudo; o que podemos observar é que o objetivo de conhecer o atendimento às mulheres vítimas de violência dos municípios pertencentes à Décima Regional de Saúde foi alcançado, pois, pela análise das entrevistas, foi possível familiarizar-se com a forma com que é prestado o atendimento a essa clientela.

Foi possível perceber que há uma organização específica dentro das possibilidades de cada município, os quais apresentam particularidades no encaminhamento e direcionamento das situações de violência doméstica por se tratar de fluxos próprios.

Quanto à identificação dos serviços que prestam atendimento às vítimas de violência doméstica dos municípios pesquisados, foi possível, sendo também diferentes os serviços, pois alguns municípios possuem serviços que outros não possuem. Exemplo disso é o NASF, Delegacia de Polícia, Delegacia da Mulher e, em algum dos municípios pequenos, o serviço é realizado pela ação social, sendo que o atendimento às mulheres acontece de diferentes modos distintos a cada um deles.

O modo de atendimento e o fluxo acontecem de forma diferente em cada município por fatores estruturais, pelo tamanho do município e institucionais, pois nem todos os serviços são comuns aos municípios. É importante ressaltar, também, a diferença do atendimento verificada pela forma como o profissional se identifica com o serviço prestado, pois, em alguns relatos, foi evidenciada a falta de comprometimento e empatia no fazer profissional, sendo um dos fatores que dificulta a criação de vínculos e confiança para a continuidade do atendimento tanto por parte da mulher quanto pelo profissional envolvido.

Foram apontadas algumas dificuldades na realização do atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica em alguns dos municípios pesquisados em relação a rede de assistência, pela falta de continuidade no atendimento não possuindo outros serviços de referência no município para integralidade do atendimento.

Acredita-se que há necessidade de buscar melhorias no cuidado à mulher que sofre violência doméstica buscando uma maior integração entre os serviços, existente e entre os municípios, bem como a criação de rede de apoio e implantação de outros serviços de referencia.

7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Inicialmente, esta pesquisa seria realizada presencialmente, no entanto, com necessidade de isolamento social pela COVID-19, a nível mundial, isso foi impossibilitado, visto que, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi definida pela OMS como pandemia (OMS, 2020). A coleta de dados foi realizada por entrevista por meio de contato telefônico da pesquisadora com o entrevistado. Nessas condições, sentiram-se algumas dificuldades, primeiramente, em agendar as entrevistas, sendo que, antes, foi efetuado contato com o gestor de saúde de cada município, para que indicasse o profissional que melhor pudesse responder às entrevistas.

Outra dificuldade ocorreu por questões de tempo disponível do entrevistado em responder, visto que deveria dispor de tempo e ambiente adequado, o que nem sempre acontecia no primeiro momento, pois se realizava o primeiro contato para agendar a entrevista, ou seja, por vezes, eram realizadas mais que duas ligações para finalmente conseguir efetivar a entrevista.

Destacamos, também, que algumas ligações e entrevistas foram realizadas novamente por questões de qualidade na transmissão; algumas estavam quase ou nada audíveis para a realização das transcrições.

Houve dificuldade em aceitar a pesquisa apenas em um dos 25 municípios e um deles não respondeu a tempo da coleta. Acreditamos que essas dificuldades não seriam sentidas, caso a pesquisa tivesse acontecido de forma presencial.

7.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Esperamos que este estudo contribuísse para que os gestores adquiram uma visão mais ampla de como se efetiva o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica do seu município. Ademais, espera-se que percebam quais as carências

e necessidades reais de um atendimento integral, sendo responsáveis pela estrutura dos serviços, bem como pela manutenção de equipes, as quais se apresentaram em vários dos municípios pesquisados com necessidade de melhor formação, no que se refere aos recursos humanos, capacitação e sensibilidade na alocação de profissionais, a fim de que possam ter maior afinidade na realização do labor cotidiano.

Almejamos, com este estudo, contribuir para que os profissionais de saúde, judiciário e policial, inseridos nos serviços, que prestam assistência às mulheres que sofrem violência doméstica, possam rever práticas e formas de atendimento. Isso porque acreditamos ter sempre o que aprimorar, visto que a demanda apresentada é multifacetada, advinda de diferentes ambientes e situações, merecendo neutralidade, não julgamento e visão crítica para além do que se apresenta. Tudo isso, considerando que a vítima nem sempre vai expor a situação no primeiro momento, bem como o fato de a violência estar sendo reproduzida, cristalizado e aceito como natural pela vítima.

Este estudo poderá contribuir para a organização do fluxo de atendimento primando pela integridade moral, física e psicológica das mulheres que sofrem violência doméstica, o que poderá contribuir para a criação de vínculo. Consideramos tal pesquisa de suma importância para a continuidade do atendimento e possível fim do ciclo de violência, visto que cremos não ser tarefa fácil, já que carregamos marcas patriarcais que perduram nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA ESTADUAL DE NOTÍCIAS DO PARANÁ. **Denúncia de violência aumenta no Paraná** [online]. 2019. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/articulo.php?storyid=103138&tit=Denuncia-de-violencia-domestica-aumenta-no-Parana> Acesso em: 15 out. 2019.

AMARAL, J. **IBGE: Violência contra mulher e desigualdade de gênero ainda são temas atuais** [online]. Disponível em: <https://dial.news/ibge-violencia-mulher-desigualdade/>. Acesso em: 19 out. 2018.

AMARIJO, C. L. *et al.* Serviços de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica. **Brazilian Journal of Health Review**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 1306-1323, jan./fev., 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/7174/6257>. Acesso em: 19 nov. 2021.

BARAGATTI, D. Y *et al.* Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. e3025, p. 1-9, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3025.pdf. Acesso em: 21 out. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições, 2016.

BONAMIGO, V. G.; CARVALHO, D. R.; CUBAS, M. R. Domestic violence: a Rodger's evolutionist conceptual analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 74, e20200376, 2021. Suppl 3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0376>.

BRASIL. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 128, n. 182, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 21 out. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de

Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 08 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 27 Jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.827 de 13 de maio de 2019. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para autorizar, nas hipóteses que especifica, a aplicação de medida protetiva de urgência, pela autoridade judicial ou policial, à mulher em situação de violência doméstica e familiar, ou a seus dependentes, e para determinar o registro da medida protetiva de urgência em banco de dados mantido pelo Conselho Nacional de Justiça. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 3, 14 maio 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13827.htm. Acesso em: 03 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 185, 12 mar. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20356-20-MS.htm. Acesso em: 22 Abr. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Coleção: enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres / Presidência da República, 2011. 46 p.

BROCH, D.; SILVA, C.D.; ACOSTA; D.F. *et al.* Representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais de saúde: um estudo comparativo. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, [s.l.], v. 7, e1630, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1630>. Acesso em: 02 Ago 2020.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Violência Conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n.4, e20160346, 2017.

CASCAVEL. Portal do Município de Cascavel, PR. **Violência contra a mulher ganha o debate durante a reunião do CMDCM** [online]. 2017. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/noticia/violencia-contra-a-mulher-ganha-o-debate-durante-a-reuniao-do-cmdcm>. Acesso em: 05 nov. 2018.

CEBES. **Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres – panorama de crimes no BR** [online]. 2019. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/11/dia-internacional-para-a-eliminacao-da-violencia-contra-as-mulheres-panorama-de-crimes-no-br/>. Acesso em: 22 Ago. 2020.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.; DA SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2007.

CEVS. Centro Estadual de Vigilância em Saúde, RS. **Tipologia da Violência** [online]. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia>. Acesso em: 21 Jul. 2021.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** [online]. 2020. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 30 Set. 2020.

CORREIA, C. M. *et al.* Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, [s.l.] v. 14, n. 4, p. 219-225, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n4/05.pdf>. Acesso em: 15 Set. 2020.

COSTA, L. *et al.* Estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres vítimas de violência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 19334, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.19334>. Acesso em: 10 Set. 2020.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 134-140, 2013.

D'OLIVEIRA, F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e190164, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24/1807-5762-icse-24-e190164.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2021.

DE OLIVEIRA, A. P. R. *et al.* Violência contra a mulher: facilidades e dificuldades relacionadas a assistência multiprofissional. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 8, n. 1, p. 54-61, 2018. DOI: 10.13102/rscdauefs.v8.2094.

FBSP. Forum Brasileiro de Segurança Pública. **Violência contra meninas e mulheres durante a pandemia de covid-19**. Nota técnica. São Paulo: FBSP. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/06/violencia-domestica-covid-19-ed02-v5.pdf>. Acesso em: 24 Abr. 2021.

FEITOSA, A. L. X. Atendimento à mulher que sofre violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família. *In*: INTERNATIONAL NURSING CONGRESS, 2017. **Anais** [...]. Universidade Tiradentes. 2017

FERIGOLLO, J. P.; KESSLER, T. M. Physiotherapy, speech, language and hearing sciences and occupational therapy-interdisciplinary practice in disorders of human communication. **Revista CEFAC**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 147-158, 2017.

FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf>. Acesso em 21 out. 2018.

FRAZÃO, M.C.L.O. *et al.* Violência em mulheres com diagnóstico de depressão. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, e-1174, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190022. Acesso em: 28 Ago. 2020.

GONSALVES, E. N.; GONCALVES, H. S. A Psicologia junto aos Centros Especializados de Atendimento à Mulher. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 30, e180192, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642019000100210&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Out. 2020.

IMP. Instituto Maria da Penha. **Ciclo da violência**: Saiba identificar as três principais fases do ciclo e entenda como ele funciona [online]. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>. Acesso em: 20 Set. 2021.

KAUS, D.; BARBOSA, T. P.; PALUDO, S. S. Fluxo de atendimento à mulheres em situação de violência: caminhos e perdas. **PSI UNISC**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 78-94, 2021. DOI: 10.17058/psiunisc.v5i2.16514.

KRUG, E. G. *et al.* (eds.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. 381 p. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/34165228/65818661-Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 21 Jul. 2021.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 6, p. 1-8, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4460/5922>. Acesso em: 21 Out. 2018.

LUCENA, K. D. T. *et al.* Analysis of the cycle of domestic violence against women. **Journal of Human Growth and Development**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238>.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas; 2012.

MENDES, Z. R. *et al.* Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem no núcleo da delegacia em atendimento à mulher de um município do estado da Bahia. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 21-28, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965756>. Acesso em: 15 Ago. 2020.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2009. Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2015/03/MINAYO-M.-Cec%C3%ADlia-org.-Pesquisa-social-teoria-m%C3%A9todo-e-criatividade.pdf>. Acesso em: 08 Jun. 2019.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 134 p.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1039-1055, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301039&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 Set.2020.

NOGUEIRA, C. M. *et al.* Situações e repercussões da violência doméstica na saúde das mulheres. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 272-279, 2021.

OPAS; OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 21 Abr. 2021.

PARANÁ. Polícia Civil Paraná. **Lista Telefonica**. 2021. Disponível em:

<https://www.policiaci-vil.pr.gov.br/webservices/listaTelefonica>. Acesso em: 24 Set. 2020

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2762acesso>
Acesso em: 14 Dez. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Regionais SESA**, 10ª RS, Cascavel. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2762>.
Acesso em: 06 Jun. 2019.

PENHA, M. **Sobrevivi... posso contar**. 2. ed. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

PESTANA, J. T. S. *et al.* Epidemia invisível: perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência doméstica no Estado de Pernambuco entre 2015 e 2019. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 6, p. 64290-64308, 2021.

SANTOS, A. P. C. A.; WITECK, G. Violência doméstica e familiar contra mulher. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA & MOSTRA INTERNACIONAL DE TRABALHOS CIENTÍFICOS, 13, 9, 2016. **Anais [...]**. 2016.

SANTOS, W. J.; FREITAS, M. I. F. Weaknesses and potencialities of the healthcare network for women in situations of intimate partner violence. **Revista Mineira de Enferm**, Belo Horizonte, v. 21, e1048, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170058.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M.; VIANNA, L. A. C. Women in situations of violence: limits of assistance. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21202013>.

SOUZA, J. A. *et al.* Modelo baseado em regras como suporte à atuação da delegacia especializada de atendimento à mulher no encaminhamento de mulheres em situação de violência doméstica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 1, p. 71-78, 2012.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 52-62, 2016.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, e200033, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>.

WALKER, L. **The battered woman**. New York: Harper and How, 1979

APÊNDICE A

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA 10º REGIONAL DE SAUDE DE CASCAVEL

A pesquisadora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Nível Mestrado em Biociências e Saúde, Rita de Kátia Ottes Vasconcelos, apresenta o projeto de pesquisa intitulado “O atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica em uma regional de saúde do Paraná”.

O objetivo geral dessa pesquisa é conhecer o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

- 1- Convidar o participante da pesquisa após a leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e esclarecer dúvidas acerca da pesquisa.
- 2- Aplicar uma entrevista semiestruturada aos gestores dos serviços que atendem os casos de violência doméstica nos municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde do Paraná

Trata-se de pesquisa quali-quantitativa, descritiva, a ser realizada nos municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná que traz como objetivos específicos: Identificar os serviços que prestam atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde; Analisar os fluxos de atenção às vítimas de violência doméstica na rede de assistência à saúde dos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde; Compreender a percepção dos gestores, coordenadores da Atenção Básica e enfermeiros que estiverem diretamente ligados ao atendimento às vítimas de violência doméstica quanto ao atendimento oferecido na rede de assistência à saúde dos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde. Assim, solicitamos a autorização para a realização da coleta de dados na 10ª Regional de Saúde de Cascavel.

Cascavel, _____ de _____ de 2019.

APÊNDICE B**AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS PARA
PESQUISA CIENTÍFICA**

A pesquisadora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Nível Mestrado em Biociências e Saúde, Rita Kátia Ottes Vasconcelos e orientadora Gicelle Galvan Machineski, apresentam o projeto de pesquisa intitulado: “O atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica em uma regional de saúde do Paraná”.

- Trata-se de pesquisa quali-quantitativa, com perfil descritivo a ser realizada nos municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, com a finalidade de conhecer o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, sendo que serão realizadas análises descritivas e na abordagem quantitativa e qualitativa, será utilizado uma entrevista semi-estruturada aplicado aos gestores, coordenadores da Atenção Básica e enfermeiros que estiverem diretamente ligados ao atendimento às vítimas de violência doméstica dos municípios. Os achados do estudo poderão subsidiar as práticas profissionais para o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica proporcionando atenção qualificada a partir da compreensão da vivência desse fenômeno.

Assim, solicitamos a autorização para a realização da coleta de dados.

_____, _____ de _____ de 2019.

(município) / (dia) / (mês)

Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE C

Entrevista semiestruturada aos gestores, coordenadores da Atenção Básica e enfermeiros da rede de assistência à saúde dos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

1. Data de preenchimento do questionário: ___ / ___ / ___ horário: ___ : ___

2. Sexo: masculino ()
 feminino ()
 idade : _____

3. Escolaridade:

a) Ensino fundamental incompleto ()	b) Ensino fundamental completo ()
c) Ensino médio incompleto ()	d) Ensino médio completo ()
e) Ensino superior incompleto ()	
f) Ensino superior completo () Qual formação: _____	
g) Pós graduação () descreva qual/quais: _____	

4. Área de atuação: setor público () ; setor privado () .

5. Está vinculada a qual Secretaria ou serviço:

6. A quanto tempo atua neste serviço?

7. Qual a sua percepção enquanto profissional de saúde frente a violência doméstica?

11. Você concorda com a forma como se estabelece o fluxo de atendimento a mulher vítima de violência doméstica no município? Por quê? Se “não”, que sugestões você teria para o fluxo desse atendimento?

12. Quais são as facilidades e dificuldades encontradas no atendimento a mulher vítima de violência doméstica no seu município e região de saúde?

13. Pode-se dizer que há resolutividade no atendimento a essa clientela? Porquê?

APÊNDICE D



Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

CCBS - *Campus* de Cascavel

Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012,MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa se refere ao atendimento e aos encaminhamentos ofertados às vítimas de violência doméstica em uma regional de saúde do Paraná” está sendo desenvolvida por Rita de kátia Ottes Vasconcelos, do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade do Oeste do Paraná, sob a orientação do(a) Prof(a) Gicelle Galvan Machineski.

Tem como **objetivo geral**: Conhecer o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. E como **objetivos específicos**: identificar os serviços queprestam atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde; Analisar os fluxos de atenção às vítimas de violência doméstica na rede de assistência à saúde dos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde; Compreender a percepção dos gestores, coordenadores da Atenção Básica e enfermeiros que estiverem diretamente ligados ao atendimento às vítimas de violência doméstica quanto ao atendimento oferecido na rede de assistência à saúde dos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde.

Espera-se, com esse estudo, contribuir para a reflexão e melhorias na organização do cuidado às vítimas de violência doméstica, o que trará benefícios para a clientela atendida nos serviços da rede. Além de auxiliar na elaboração de políticas para a atenção em saúde desta população. Solicitamos a sua colaboração para responder a entrevista semiestruturada com 13 perguntas abertas e fechadas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá ocasionar possíveis desconfortos devido à dificuldade em responder algumas perguntas, porém, caso isso aconteça, o participante poderá ser encaminhado para atendimento na Unidade de Saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Ass: _____

Assinatura do participante, considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Cascavel, de _____ de _____

Ass: _____

Assinatura da pesquisadora responsável.

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o(a) pesquisador (a) Rita de kátia Ottes Vasconcelos, TEL: (45) 998216933 ou para o Comitê de Ética da Universidade do Oeste do Paraná - Endereço: Rua: Universitária, 2069 - Universitário, Cascavel - PR, 85819-110, telefone (45) 3220-3000. E-mail: rita20vasc@gmail.com.

APÊNDICE E

Cascavel, 22 de junho de 2019.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado (a),

De imediato, gostaríamos de solicitar sua participação como juiz da validação do instrumento, sendo este uma entrevista semiestruturada que será aplicado aos gestores, coordenadores da atenção básica e enfermeiros que estiverem diretamente ligados ao atendimento às vítimas de violência doméstica dos municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde do Paraná, sendo esta pesquisa ora intitulada “O atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica em uma regional de saúde do Paraná”.

Tal estudo é requisito parcial para Assistente Social Rita de Kátia Ottes Vasconcelos obter o título de Mestre em Biociências e Saúde, vinculado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e orientada pela Profª Dra. Gicelle Galvan Machineski, Doutora em Enfermagem, Docente Unioeste - Campus Cascavel.

O presente estudo propõe como **objetivo geral**: conhecer o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. E como **objetivos específicos**: identificar os serviços que prestam atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica nos municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde; Analisar os fluxos de atenção às vítimas de violência doméstica na rede de assistência à saúde dos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde; Compreender a percepção dos gestores, coordenadores da Atenção Básica e enfermeiros que estão diretamente ligados ao atendimento às vítimas de violência doméstica quanto ao atendimento oferecido na rede de assistência à saúde dos municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde.

Nesse sentido, pedimos a sua gentileza na apreciação do instrumento como um todo, assim como sua crítica e sugestões para validação do instrumento;

Pedimos a gentileza em nos retornar dentro do prazo de cinco dias, tendo em vista os prazos restritos que temos para envio ao Comitê de Ética da Universidade da Unioeste.

Quaisquer dúvidas, favor entrar em contato pelos e-mails:

Rita de Kátia Ottes Vasconcelos - rita20vasc@gmail.com,

Gicelle Galvan Machineski - gmachineski@gmail.com.

Não obstante, reiteramos nosso agradecimento por sua atenção e gentileza em auxiliá-los nesta etapa de desenvolvimento desse estudo.

Atenciosamente,

Rita de Kátia Ottes Vasconcelos

Mestranda em Biociências e Saúde - UNIOESTE, Campus Cascavel, PR

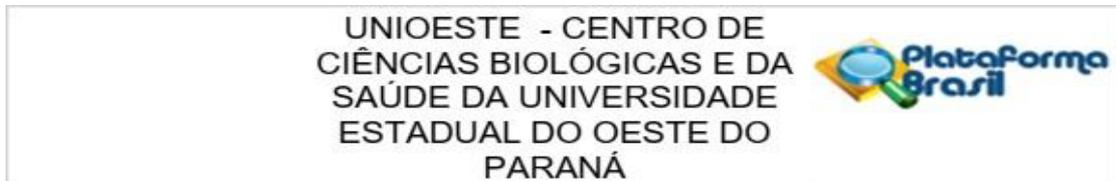
Assistente Social Pós Graduada em Intervenção Social nas Políticas de Educação
Saúde e Assistência

Profª Dra. Gicelle Galvan Machineski

Doutora em Enfermagem

Docente Unioeste - Campus Cascavel

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMESTICA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Pesquisador: Gicelle Galvan Machineski

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23474819.0.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.715.075

Apresentação do Projeto:

Informação adicional sobre a pesquisa: Título da Pesquisa: O ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMESTICA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Pesquisador Responsável: Gicelle Galvan Machineski

CAAE: 23474819.0.0000.0107

Submetido em: 20/11/2019

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Objetivo da Pesquisa:

Justificativa da Emenda:

Foi adicionada a SESA/PR como instituição coparticipante a fim de que o projeto seja analisado pelo CEP do Hospital do Trabalhador de Curitiba/Pr, pois a pesquisa será realizada com profissionais vinculados à SESA/PR e, portanto, ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já foi descrito anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já foi descrito anteriormente.

<p>Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2089 Bairro: UNIVERSITARIO UF: PR Município: CASCAVEL Telefone: (45)3220-3092</p>	<p>CEP: 85.819-110 E-mail: cep.prppg@unioeste.br</p>
---	---

**UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ**



Continuação do Parecer: 3.715.075

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já foi descrito anteriormente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aceita

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1475535_E1.pdf	20/11/2019 10:04:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/10/2019 14:15:22	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_Santa_Lucia.pdf	14/10/2019 16:47:12	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_Campo_Bonito.pdf	14/10/2019 16:24:03	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_Iguatu.pdf	08/10/2019 16:36:12	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_Capitao_Leonidas_Marques.pdf	08/10/2019 16:30:06	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_Iracema_do_Oeste.pdf	08/10/2019 16:29:41	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_Ibema.pdf	08/10/2019 16:29:20	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_Cascavel.pdf	08/10/2019 16:29:01	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_Jesuitas.pdf	07/10/2019 15:05:05	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Declaração de Pesquisadores	formulario_de_pesquisa_CEP.pdf	27/09/2019 16:17:04	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_tres_barras.jpg	27/09/2019 16:04:46	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_santa_tereza_do_oeste.jpg	27/09/2019 16:04:29	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_vera_cruz_do_oeste.jpg	27/09/2019 16:04:12	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_nova_aurora.jpg	27/09/2019 16:01:38	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_lindoeste.jpg	27/09/2019 16:01:08	Gicelle Galvan Machineski	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

**UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ**



Continuação do Parecer: 3.715.075

Outros	autorizacao_guaraniacu.jpg	27/09/2019 15:54:01	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_formosa_do_oeste.jpg	27/09/2019 15:53:37	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_quedas_do_iguacu.jpg	27/09/2019 15:53:19	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_corbelia.jpg	27/09/2019 15:52:40	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_ceu_azul.jpg	27/09/2019 15:49:09	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_catanducas.jpg	27/09/2019 15:48:25	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_cafelandia.jpg	27/09/2019 10:39:59	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_braganey.jpg	27/09/2019 10:30:48	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_anahy.jpg	27/09/2019 10:30:27	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	autorizacao_diamante_do_sul.jpg	27/09/2019 10:30:12	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/09/2019 10:26:34	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	19/09/2019 15:21:52	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	19/09/2019 15:20:46	Gicelle Galvan Machineski	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCAVEL, 20 de Novembro de 2019

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2089

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: oep.prppg@unioeste.br