



## Introdução

A violência contra a mulher emerge como um grave problema de saúde pública e violação dos direitos humanos no mundo contemporâneo. Aproximadamente um terço (30%) das mulheres do mundo, que já estiveram em um relacionamento, vivenciaram violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo, sendo que em algumas regiões tal índice chega a 38%<sup>(1)</sup>. Em revisão sistemática para estimar a prevalência global e regional de homicídios cometidos por parceiros íntimos, com estudos de 1990 a 2011, a proporção de homicídios femininos cometidos por um parceiro íntimo foi seis vezes maior que a proporção de homicídios masculinos<sup>(2)</sup>.

As mulheres que sofrem violência doméstica têm menor qualidade de vida<sup>(3)</sup>. Segundo a literatura, há mecanismos fisiológicos que associam a exposição à violência a diferentes efeitos sobre a saúde; logo, pode haver implicações para a saúde mental e o funcionamento cognitivo, além do sistema imune se tornar suscetível, exacerbando o risco de câncer e infecções virais<sup>(4-5)</sup>.

Um aspecto importante para construir o cuidado voltado a esta população é a identificação de oportunidades para prover o suporte e conectar as mulheres com outros serviços de que precisam. Para tal, entende-se ser importante conhecer o itinerário percorrido por essas mulheres a fim de identificar possíveis lacunas e fragilidades dos serviços e de suas conexões, as potencialidades do cuidado ofertado pelos diversos serviços e setores, bem como os desafios presentes neste âmbito essencial à prevenção terciária da violência contra mulheres. A sequência de decisões e ações executadas pelas mulheres em situação de violência, bem como as respostas encontradas em sua busca por soluções, é chamada de "rota crítica" e delinea os passos antes da chegada aos Centros de Referência<sup>(6)</sup>. Tal definição proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é associada em outros países ao termo "comportamento de busca de ajuda".

A rota crítica é um processo interativo constituído por fatores que impulsionam ou inibem tanto as mulheres afetadas e suas ações, como a resposta social então encontrada, que é determinante na rota. A tomada de decisão das mulheres é influenciada pela informação, pelo conhecimento, por suas percepções e atitudes, recursos disponíveis, experiência anterior, valorização da situação e apoios ou obstáculos encontrados<sup>(6)</sup>.

O presente estudo pautou-se nas orientações acima e sua principal contribuição é dar voz às mulheres em situação de violência, buscando compreender o caminho por elas percorrido para obter apoio no enfrentamento deste fenômeno. Tal conhecimento se encontra bastante consolidado no cenário internacional, entretanto ainda

incipiente no contexto brasileiro e em países da América do Sul. São necessárias discussões mais profundas e com aporte teórico que permita sua compreensão, essencialmente que exponham possíveis diferenças culturais existentes e violências de menor gravidade física<sup>(7-8)</sup>. Destarte, o objetivo deste estudo foi conhecer e analisar a rota crítica de mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo até um Centro de Referência de um município brasileiro na perspectiva destas mulheres.

Diante da complexidade do problema, os serviços de saúde devem integrar uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência, que prescreve a atuação conjunta de áreas como educação, segurança pública, assistência social, cultura. Tal compreensão pelos profissionais de saúde e enfermagem possibilita ampliar e qualificar o atendimento às mulheres, assim como o enfrentamento das dificuldades do manejo cotidiano da violência<sup>(9)</sup>.

## Método

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, apoiada no conceito de rota crítica proposto pela OPAS<sup>(6)</sup>. Foi realizada no Centro de Referência às mulheres em situação de violência localizado em Campinas, São Paulo, Brasil. O Centro de Referência oferece o atendimento individual com psicóloga, assistente social e advogada. E viabiliza às mulheres a participação em oficinas para aprendizagem de atividades como corte de cabelos, um local adequado para deixar os filhos com uma educadora social durante o atendimento e grupo de apoio com encontros semanais, passeios, entre outras atividades.

As participantes deste estudo foram as mulheres que buscaram atendimento nesse serviço entre os anos de 2013 e 2016 e atendiam aos critérios de inclusão: (I) possuir mais de 18 anos; (II) ter sofrido violência doméstica por parte do parceiro íntimo de qualquer natureza; (III) ter buscado auxílio no Centro de Referência e (IV) ter dado continuidade aos atendimentos estando pelo menos pela segunda vez no serviço.

A pesquisadora principal começou a aproximação ao serviço frequentando o grupo de apoio. Ao final dos encontros apresentava a proposta da pesquisa individualmente às mulheres participantes. As que concordavam em participar eram entrevistadas em dias e horários pré-combinados, conforme a disponibilidade delas.

A coleta de dados deu-se entre os meses de setembro de 2015 a novembro de 2016, por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas. A observação participante desenvolveu-se nas

atividades do grupo de apoio do Centro de Referência. O grupo de apoio acontece uma vez por semana, tem duas horas de duração e é conduzido pela psicóloga do serviço com a participação de mulheres que buscam o serviço para atendimento. Em média, 15 mulheres participam de cada grupo.

A pesquisadora principal participou de 15 grupos diferentes, totalizando 30 horas de observação. Após cada encontro foram registradas as anotações em diário de campo: as pessoas presentes naquele dia, quais assuntos foram abordados, quais técnicas foram utilizadas, as principais falas das mulheres, dados sobre os locais por onde passaram em busca de ajuda, além de impressões a respeito do ambiente e eventuais intercorrências.

Para as entrevistas foi utilizado como guia o instrumento elaborado pela OPAS para investigar a rota crítica de mulheres em situação de violência, que foi traduzido e validado por pesquisadoras brasileiras<sup>(6-8)</sup>. O roteiro para as entrevistas semiestruturadas tinha por objetivo identificar o trajeto realizado por mulheres em situação de violência quando decidiram buscar ajuda, a percepção dos atendimentos e os aspectos que facilitaram ou dificultaram esse processo<sup>(9)</sup>.

As entrevistas aconteceram de maneira individual, em salas fechadas, nas dependências do Centro de Referência. O roteiro para as entrevistas começava com questões sobre as características sociodemográficas das mulheres, como idade, estado civil, escolaridade, quantos filhos, lugar de residência, ocupação e renda familiar. Em seguida, eram feitas as seguintes perguntas abertas: "Poderia contar sobre a situação de violência que vive ou viveu? Contou para alguém? O que fez com que buscasse ajuda e onde foi a primeira vez?". Sobre cada local em que as mulheres disseram ter buscado ajuda, questionava-se quem havia atendido, como foi o processo, o que disseram, como a trataram e se foi encaminhada para outro lugar.

O número de mulheres entrevistadas não foi estabelecido previamente. Estipulou-se conforme se observou repetição dos conteúdos no transcorrer das entrevistas, ou seja, quando a rota crítica percorrida por elas estava estabelecida pelos discursos, as entrevistas foram encerradas totalizando dez mulheres. O número de entrevistas se justifica também por ter havido dados corroborados pelas observações do grupo de apoio, no qual as entrevistadas e outras participantes descreviam suas histórias e, conseqüentemente, a rota crítica percorrida até chegar ao serviço de apoio. Em pesquisas qualitativas, a ênfase está nas experiências e entendimentos das pessoas sobre fenômenos particulares, o que pode ser compreendido mesmo com um número menor de participantes<sup>(10)</sup>.

Todas as entrevistas foram gravadas por meio de aplicativo de gravação de voz para aparelhos celulares e transcritas manualmente. A entrevista mais longa apresentou uma hora, 57 minutos e 15 segundos de duração, enquanto a mais curta durou 26 minutos e 41 segundos.

Tanto os dados das entrevistas quando os da observação participante foram analisados a partir da técnica de análise temática indutiva, um método para identificar e analisar padrões de dados qualitativos vinculados principalmente à linguagem utilizada pelas participantes<sup>(10)</sup>. Foram adotados os seguintes passos: (I) familiarização com os dados – após transcrição das entrevistas e sistematização dos materiais provenientes da observação participante foi realizada leitura exaustiva do material coletado; (II) codificação das informações relevantes obtidas dos dados extraídos – em função das questões e objetivo de pesquisa, bem como do conceito de rota crítica, foram estabelecidos rótulos pontuais sobre as características importantes dos dados relevantes para a pesquisa, os chamados códigos; (III) busca por temas coerentes e significativos para o padrão dos dados relevantes – os códigos criados a partir das respostas às perguntas de pesquisa foram agrupados nos temas "O início da rota crítica: fatores motivadores" e "Os serviços percorridos na rota crítica: ações tomadas e fatores de resposta"; (IV) revisão de temas – checagem se os temas estavam de acordo com os códigos de dados extraídos e sua relação com o conjunto geral de dados (para garantir a validade das análises outros pesquisadores realizaram a checagem dos códigos e temas de acordo com a leitura do material transcrito e verificação dos áudios das entrevistas); (V) definição e nomeação dos temas – escrita detalhada da análise de cada tema, identificando suas características essenciais; (VI) escrita final – elemento integral da análise temática, que envolve a tessitura conjunta da composição analítica bem como sua contextualização com literatura relevante da área, dispositivos legais e articulação com conceitos teóricos.

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos envolvendo seres humanos e foi aprovada tanto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº. 1.073.136/2015), quanto por os órgãos públicos vinculados à Cidadania, Inclusão, Assistência Social e Saúde, além de obter autorização da coordenação do Centro de Referência. Manteve-se o anonimato das participantes com o uso de nomes fictícios, sendo suas informações coletadas apenas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

### O início da rota crítica: fatores motivadores

As mulheres decidiram buscar ajuda quando as agressões ficaram mais graves, quando a situação se tornou insustentável ou houve alguma situação extrema como, por exemplo, uma filha tentar suicídio pela situação de violência em que se encontrava a mãe: (...) *Aí ele me agrediu e eu falei - Não! Chega! 60 anos, quase 61 anos apanhando! (...) E também porque eu vi que o negócio era muito sério, né? Porque do jeito que ele me agrediu eu amanheci com o rosto todo inchado, o olho inchado.* (Maria) (...) *Na semana em que minha filha estava tendo provas ele parece que ficou mais atacado ainda, começou a me xingar e a gente não dormia, e acabou que as crianças também não dormiam. Minha filha foi muito mal nas provas. Aí ela pegou e tomou um monte de remédio uns dois dias antes do natal.* (Fernanda)

Quando questionadas se contaram para alguém sobre a situação de violência, o principal apoio citado foi o dos filhos: (...) *Ela falou pro agressor - Não! Aqui você não entra. E vai embora senão eu vou chamar a polícia! Aí ele saiu, foi embora. Aí ela falou - Mãe, você não vai mais embora. Você vai ficar aqui na minha casa. Aí ela pegou a chave e correu na outra casa pegar roupa pra mim, né? Correu lá, pegou umas roupas e voltou pra casa dela, onde eu fiquei.* (Maria)

Outros apoios citados pelas mulheres foram a mãe, as amigas e irmãs. Para algumas mulheres, este foi o apoio percebido como mais importante na busca de ajuda, juntamente com o dos filhos. *Eu conto mais é pra minha mãe, sempre. Tudo o que se passa comigo a minha mãe sabe.* (Ivone) *Sim, sim, eu tenho uma amiga que participa bastante (...) Então ela sabe do que acontece.* (Léia) *Aí eu peguei falei... aí eu falei pra ela...[a irmã]. Aí ela: não, eu sempre guardei aquilo na minha cabeça, que não era você que tinha caído.* (Elaine).

Em contrapartida, muitas vezes os filhos, as mães e os membros da família não são percebidos pelas mulheres como fonte de apoio, ao não identificar os episódios relatados pelas mulheres como violentos ou até mesmo minimizando a situação: (...) *contei sobre as brigas pra minha mãe, contei pros meus irmãos, contei pra todos eles, mas acharam que era uma briguinha à toa e que depois eu e o cara iríamos voltar. Aí quando eles viram que não era coisa boba, que eu fui agredida... Bom, já era tarde demais e ninguém podia me ajudar mais.* (Camila)

### Os serviços percorridos na rota crítica: ações tomadas e fatores de resposta

Dentre as ações tomadas pelas mulheres, as principais foram: a realização de Boletim de Ocorrência (BO); busca pelas Delegacias de Defesa da Mulher (DDMs)

ou delegacias convencionais; e procura por serviços de saúde e de assistência social. Ao longo deste processo, obtiveram diferentes respostas. O percurso das mulheres em situação de violência entre os serviços não é linear. Os serviços que compuseram a rota crítica de cada mulher e quem as encaminhou ao Centro de Referência encontram-se representados abaixo na Tabela 1.

Tabela 1: Serviços que compuseram a rota crítica das mulheres e quem encaminhou ao Centro de Referência. Campinas, SP, Brasil, 2016

Nome	Serviços que compuseram a rota crítica	Quem encaminhou ao Centro de Referência
Nélia	CS*/DDM†	DDM†
Ivone	Judiciário/CRAS‡/CS*	CS*
Carol	Hospital/DDM†/Abrigo	Abrigo
Elaine	CS*/CRAS‡/Hospital/DDM†/Polícia	CRAS‡
Elisângela	CRAS‡/CS*/Hospital/Delegacia convencional	CRAS‡
Camila	Polícia/Delegacia convencional/DDM†/Justiça/CS*	DDM†
Fernanda	Hospital/ONG§	Hospital
Léia	Polícia/DDM†	DDM†
Maria	Justiça/DDM†/Hospital/CS*	Defensoria

\*CS - Centro de Saúde; †DDM - Delegacia de Defesa da Mulher; ‡CRAS - Centro de Referência em Assistência Social; §ONG - Organização Não Governamental.

Das entrevistadas, oito fizeram BO, geralmente mais de uma vez: (...) *Fiz boletim. Aí mandava a intimação, ele rasgava. Aí eu voltava lá outra vez fazer... chegou a intimação ele rasgou.* (Elaine). Cinco realizaram o BO na DDM: (...) *Já várias vezes eu fui na delegacia da mulher, fazer boletim de ocorrência contra ele.* (Ivanete); duas realizaram o BO em ambas as delegacias (DDM e convencional): (...) *Já fui nas duas* (Carol); e uma realizou o BO somente na Delegacia convencional: (...) *Já fui [na delegacia] por causa de uma agressão física (...) E na delegacia da mulher eu não cheguei a ir.* (Elisângela). As mulheres só procuraram pela Delegacia convencional nos finais de semana, período em que as DDM encontram-se fechadas. Porém, segundo a fala dessas mulheres, o registro do Boletim de Ocorrência em nada adiantou. Um dos motivos para não realizarem o BO é por não acreditarem que realizar tal procedimento ajudaria: (...) *Porque quando eu apanhei de ficar toda roxa, que falaram para mim no hospital, olha, vamos fazer um boletim. Eu falei para ela: boletim para quê? Vocês vão fazer o que por mim? Eu não fiz o Boletim, mas fui na delegacia.* (Carol).

Apesar das DDMs serem o serviço que mais encaminhou as mulheres ao Centro de Referência, o atendimento nas mesmas é um dos mais criticados pelas mulheres. Na DDM elas são constantemente desencorajadas a dar continuidade no processo,

incentivadas a dar uma nova chance ao companheiro, e tratadas com frieza e descaso: (...) *Aí as atendentes da DDM falaram - Ah, tenta mais uma vez. Se ele quiser te agredir você volta aqui de novo. (...) Ele perdeu o controle de novo. Então eu voltei lá na DDM outra vez e elas disseram - Ah!, quer o quê? Quer que alguém daqui vá lá na sua casa com camisa de força pra trazer o Fulano pra cá? Isso aí nunca vai acontecer.* (Elaine)

Houve mulheres que buscaram atendimento na Delegacia Convencional e avaliaram o atendimento de maneira positiva: (...) *O atendente era homem o atendimento foi normal. Até me orientou, né?, falou pra mim que era pra dar continuidade, porque muitos casos começam com uma agressão e depois pode chegar a virar até algo pior, um caso assim de morte, né? Quem me atendeu explicou bem isso de que o que eu sofri foi uma agressão. Ele falou pra dar continuidade, pra ir na DDM, ele orientou.* (Camila)

Outro atendimento criticado pelas mulheres é o da Polícia. Segundo os dados obtidos, a Polícia foi acionada na maioria das vezes no momento em que sofriam agressão, porém a resposta encontrada geralmente não foi positiva: (...) *Aí o policial falou assim - Olha, senhora, a gente não pode fazer nada. Ele não bateu na senhora, não arrancou sangue, então a gente não pode levar ele preso, e era sempre assim.* (Carol)

Algumas mulheres em situação de violência buscaram o sistema judiciário com o principal objetivo de se separarem do marido violento. A avaliação do serviço foi ruim na maioria das vezes, pois considerou haver certa imposição da postura de reconciliação com o companheiro: (...) *elas falavam assim - Não, é porque tem que ser assim mesmo, tem que ter uma reconciliação. Não pode ser assim e na primeira vez já ir separando. Só que depois que acontece uma morte durante o casamento, uma coisa pior como essa, quem é que vai ser responsabilizada? Não são eles.* (Ivone)

Em relação aos serviços de saúde, desvelou-se nesta pesquisa relatos da busca por atendimento nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) - (...) *Peguei fui no posto de saúde, conversei e elas mandaram levar ele lá.* (Maria)-, unidade de emergência- (...) *ah, já fui no hospital uma vez que ele cortou minha cabeça.* (Elisângela)- e mesmo no serviço de especialidades de um hospital no qual o marido fazia acompanhamento- (...) *ah, ele tinha tentado me enforcar nesse dia que eu fui lá procurar o médico [da especialidade]. O médico viu e falou: agora mesmo que a gente vai marcar consulta para ele.* (Elaine). Percebe-se ainda, nos relatos acima, que os profissionais de saúde oferecem ajuda para abordar o marido-agressor, tanto na APS quanto no serviço de especialidade.

Com relação à percepção da efetividade dos serviços de saúde oferecidos à mulher em situação de violência, observou-se que tanto hospitais quanto unidades de APS possuem como prática o encaminhamento a outros serviços de atenção como, por exemplo, o Conselho Tutelar e o Centro de Referência. Assim, as mulheres percebem-se ajudadas quando se sentem acolhidas, têm suas queixas ouvidas e, principalmente, quando são encaminhadas a outro serviço: (...) *A Fátima [Enfermeira] conversava comigo, tentava me tranquilizar... Eu falava pra ela que estava daquele jeito por causa do meu marido, que ele bebia muito e me agredia em palavras. Ela já me conhecia, conversava comigo, tentava me tranquilizar.* (Carol)

Houve duas mulheres que avaliaram negativamente o atendimento recebido nas unidades de saúde. Afirmaram, nesses casos, que nem sempre os serviços possuem profissionais de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras, o que dificulta o atendimento às mulheres em situação de violência que não se encaixam em um perfil para encaminhamento a outros serviços que disponham destes profissionais. *Inclusive lá no Centro de Saúde eu chorava, implorava, me humilhava muito para eles para poder conseguir uma psicóloga...* (Ivanete)

As mulheres buscaram com frequência o serviço social como forma de auxílio, principalmente por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Muitas chegaram ao Centro de Referência por indicação de assistentes sociais não só do CRAS, mas também do abrigo, da Defensoria Pública e de Organização Não Governamental (ONG): (...) *Aí eu fui no CRAS do bairro onde eu moro e conversei com a assistente social. Ela logo me passou pra conversar com a psicóloga e me encaminhou pra atendimento aqui no Centro de Referência.* (Camila) (...) *Foi lá no abrigo que a assistente social encaminhou para cá, para o Centro de referência.* (Carol) (...) *foi na [ONG] que eu fui. Ela falou assim, escreveu uma cartinha e falou tal dia você leve esse papel em tal lugar. Aí eu peguei e vim.* (Ivanete)

Todas as mulheres avaliaram o Centro de Referência positivamente, afirmando que se sentem bem no serviço e se percebem acolhidas para esquecer um pouco os problemas, poder chorar ou dizer o que pensam sem julgamentos; além destes aspectos, relataram ser o apoio mais importante encontrado em suas rotas: (...) *Aqui. Depois que comecei a vir aqui, as meninas me deram apoio, conversam comigo, as meninas já estão de prova, já comecei a mudar. Eu quero mudar.* (Elaine) (...) *Digamos que depois que eu estou aqui no Centro de Referência consegui filtrar melhor as coisas, estou bem melhor.* (Léia)



## Discussão

Os fatores motivadores, ações tomadas e fatores de resposta presentes na rota crítica das mulheres participantes do estudo, estão esquematizados na Figura 1:

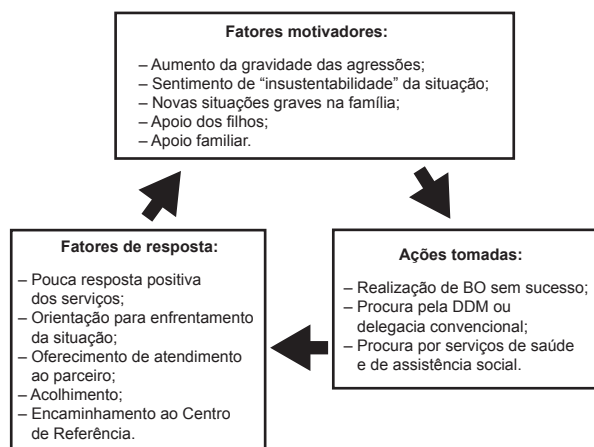


Figura 1 – A rota crítica: representação esquemática. Adaptado de Shrader, Sagot (2000)<sup>(6)</sup>

Com relação aos fatores motivadores, a busca por ajuda também cresceu conforme aumentou a gravidade da violência, consoante com pesquisas no Canadá, Sérvia, Turquia, México e África<sup>(11-15)</sup>. Resultados de estudo desenvolvido no Canadá mostrou que serviços como abrigos e programas de assistência à vítima apenas foram buscados por essas mulheres, quando houve o aumento da periculosidade dessas situações<sup>(11)</sup>. A principal razão para as mulheres não pensarem em buscar apoio formal foi o fato de não considerarem a violência tão séria e/ou entenderem que seriam capazes de lidar sozinhas com a situação<sup>(12)</sup>. A disponibilidade contínua de uma gama de serviços que garantam a segurança dessas mulheres e seus familiares é necessária para atender suas necessidades de saúde e econômicas em longo prazo<sup>(11)</sup>.

Assim como nesta pesquisa, no México, África e Estados Unidos da América (EUA), o principal apoio relatado por mulheres em situação de violência foi o da família<sup>(14-16)</sup>. Outra pesquisa brasileira também corrobora a importância da família como fator motivador, uma vez que a maioria das mulheres não buscou apoio formal, contando somente para a família a situação de violência vivida<sup>(7)</sup>. O impacto da violência nos filhos se constituiu como fator disparador importante para as mulheres buscarem ajuda, corroborando estudo da Sérvia<sup>(12)</sup>. Tal aspecto se apresenta relevante para o olhar não apenas às mulheres, mas também a crianças e adolescentes expectadores da violência.

Houve vezes em que as mulheres entrevistadas não percebia a família como apoio, casos semelhantes

foi encontrado em estudo com mulheres em situação de violência na Turquia<sup>(13)</sup>. Tal aspecto emerge como relevante obstáculo para o enfrentamento da violência sofrida, visto a importância que este apoio não formal tem para o manejo dessa situação, além de reforçar a culpa sobre a mulher<sup>(13)</sup>.

Considera-se o início da rota crítica quando as mulheres decidem romper o silêncio, revelando sua situação para alguém externo ao seu convívio doméstico e familiar imediato, e ao delimitar as respostas encontradas pelas mulheres ao longo desse processo<sup>(6)</sup>. As DDMs se configuram como importante recurso para o atendimento de mulheres em situação de violência, sendo que o Brasil foi pioneiro na criação deste tipo de serviço. As profissionais que atendem nas DDMs devem ser capacitadas para melhor acolhimento e atendimento das mulheres em situação de violência, principalmente por se tratar do serviço com maior contato e potencial de auxílio junto a essas mulheres, reconhecido e legitimado pela população. Os resultados sobre a DDM nesta pesquisa são semelhantes ao encontrado no Sul do Brasil, onde a maioria das mulheres que buscou este serviço avaliou negativamente o atendimento recebido<sup>(8)</sup>.

A única avaliação positiva do atendimento foi relatada em uma delegacia convencional, não especializada em atendimentos das mulheres, e com a assistência realizada por um homem. Levando-se em consideração que nas DDM somente mulheres realizam o atendimento (por se pressupor que tal perfil atenderia melhor outras mulheres) e, tendo como base os achados desta pesquisa, levanta-se o questionamento: se o que faz a diferença seria as mulheres atendendo ou a capacitação e discussão da problemática com os profissionais atuantes, independente do gênero.

Assim como analisado nesta pesquisa, a maior parte das mulheres em situação de violência que buscou ajuda formal acionou a polícia, seja no Brasil, Turquia, México ou EUA<sup>(7,13,17-18)</sup>. Na região Sul do Brasil, a pesquisa realizada para conhecer a rota crítica de mulheres em situação de violência analisou que a polícia é incapaz de assegurar as medidas protetivas em vigor<sup>(8)</sup>.

Os achados relativos ao serviço judiciário são corroborados pela literatura. Com relatos da pressão dos trabalhadores do setor jurídico para que as mulheres permanecessem na situação de violência como fatores de resposta<sup>(8)</sup>. Tal aspecto ainda reforça os estereótipos de gênero presentes no cotidiano profissional.

Todas as entrevistadas contataram serviços de saúde por questões relacionadas à violência, o que é semelhante ao encontrado em pesquisa no Canadá, onde 81,8% das mulheres em situação de violência tiveram contato com serviços de saúde no último ano<sup>(19)</sup>.

Ainda em relação à busca de ajuda em serviços de saúde, estudos enfatizam que os profissionais da área são os primeiros a terem contato com mulheres em situação de violência, uma vez que elas geralmente buscam cuidados em saúde devido a lesões de agressões, mesmo que não digam o real motivo do agravo<sup>(4,11)</sup>. Destacando-se o potencial desses serviços, em especial da APS, para a detecção, acolhimento e encaminhamento dos casos de violência, por se tratarem de serviços próximos e disponíveis à comunidade.

Apesar de estudos apontarem que as mulheres buscam cuidados em saúde sem relatar a situação de violência<sup>(4,11)</sup>, nesta pesquisa os achados demonstraram que nos serviços de atenção primária, elas relataram diretamente a situação vivenciada, inclusive por violência psicológica. Já os serviços de urgência e emergência foram procurados por queixas relacionadas à violência física. Por último, o serviço de especialidade foi procurado por ser local de contato frequente da mulher devido ao acompanhamento do marido, o que demonstra a importância do vínculo de confiança.

Outro achado interessante é o fato dos profissionais de saúde terem ofertado atendimento para o parceiro. A resolução de uma situação de violência perpassa não somente o acompanhamento e fortalecimento da mulher, mas também o acolhimento e tratamento dos homens perpetradores. Tal discussão vem sendo enfatizada pela literatura nos últimos anos<sup>(20)</sup>.

As avaliações negativas dos serviços de saúde nesta pesquisa podem ser explicadas pelo fato de que os profissionais de saúde têm dificuldades em lidar com problemas como a violência, não reconhecendo essa situação como pertinente ao seu campo de atuação. Tal consideração também é corroborada por outros estudos (inclusive um realizado no mesmo município da atual pesquisa) que revelaram que alguns profissionais têm dificuldades em identificar a violência como causa associada à busca pelo serviço de saúde, bem como demonstraram o despreparo para o atendimento e encaminhamento dos casos<sup>(21-22)</sup>.

Serviços de assistência social, como o CRAS, foram procurados pelas mulheres entrevistadas. Mais uma vez, a avaliação do serviço está relacionada à forma como foram tratadas pelo profissional que as atendeu, sendo positiva quando se sentem acolhidas e são encaminhadas a outro serviço. De acordo com estudo realizado no mesmo município, a atenção à violência é pessoa-dependente<sup>(22)</sup>.

Em pesquisa no Canadá sobre a demora em buscar ajuda em situações de violência, os autores descreveram características consideradas importantes nos profissionais para que as mulheres revelem sua situação, tais como: alta taxa de confiança, atitudes

de não julgamento, postura de ouvir amigavelmente e escuta que atravessasse culturas<sup>(19)</sup>.

Nas observações participantes realizadas junto ao Grupo de apoio (um dos serviços ofertados pelo Centro de Referência) percebeu-se o quão importante é este espaço de empoderamento e alívio do sofrimento. Mesmo que não tenham deixado à situação de violência, o Centro de Referência é um importante recurso para essas mulheres, onde encontram compreensão e atitudes de não julgamento.

As recomendações de um estudo realizado por pesquisadoras inglesas na África Ocidental são de que as intervenções relacionadas às mulheres em situação de violência devem concentrar-se mais na prevenção do que em mecanismos para as mulheres deixarem os relacionamentos violentos, respeitando as decisões das mulheres<sup>(15)</sup>.

Percebeu-se que as mulheres procuram vários serviços antes de encontrarem atendimento especializado com profissionais capacitados para atender esses casos de violência doméstica contra a mulher. Desta forma, enfatiza-se a importância de os profissionais da rede de atenção à mulher serem constantemente sensibilizados a conhecer melhor o perfil desse público e os serviços oferecidos no Centro de Referência, assim poderão realizar o encaminhamento mais adequadamente, uma vez que nem todos o fazem.

Além da capacitação dos profissionais que atuam na rede de atenção às mulheres em situação de violência, considera-se importante que haja cada vez mais divulgação do Centro de Referência pela mídia e a realização de palestras comunitárias. Se muitos profissionais não têm conhecimento suficiente sobre o serviço a situação se torna ainda mais alarmante. Experiências na Nicarágua, Índia e Uganda têm demonstrado a importância de ações pautadas na comunidade para modificar estereótipos de gênero e poder; tais estratégias são disparadoras para provocar mudanças culturais, sociais e políticas em contextos mais amplos<sup>(23)</sup>.

A avaliação do Centro de Referência foi positiva por todas as entrevistadas, talvez porque os sujeitos desta pesquisa tenham sido mulheres atendidas neste serviço, sendo esta uma das limitações deste estudo. Outra limitação diz respeito a não realização de entrevistas com profissionais que atendem as mulheres em situação de violência, o que poderia ampliar as discussões.

## Conclusão

Apesar da importância do atendimento em rede para mulheres em situação de violência, de acordo com os discursos das mulheres atendidas, percebe-se que

o atendimento é fragmentado. O Centro de Referência é reconhecido como apoio fundamental para essas mulheres, sendo imprescindível que os municípios implantem tal serviço.

Além dos esforços governamentais para manter a rede estruturada, é fundamental a educação permanente dos profissionais atuantes, uma vez que a avaliação positiva do serviço está relacionada à postura de quem atende e ao conhecimento dos serviços disponíveis por esses profissionais.

O encaminhamento das diversas unidades de saúde para outros serviços e, especialmente, para o Centro de Referência, deve ser precedido por postura profissional acolhedora, ética e conhecimento técnico, visando uma efetiva ajuda às mulheres em situação de violência. São recomendados novos estudos que vislumbrem os olhares de profissionais para estas vivências, com abordagens qualitativas.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). South African Medical Research Council (SAMRC). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)
2. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013; 382(9895):859–65. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)
3. Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 Jun;25(e2901):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>
4. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med*. 2011 Jun 17;5(5):428-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1559827611410265>
5. Mendonça MFS, Ludermir AB. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Rev Saúde Pública*. 2017 Jan;51(32):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006912>
6. Shrader E, Sagot M. Domestic Violence: Women's Way Out [Internet]. Washington: Pan American Health Organization; 2000. 124p. [cited Sep 12, 2016]. Available from: <http://www1.paho.org/english/hdp/hdw/womenswayout.pdf>
7. Kiss L, d'Oliveira AF, Zimmerman C, Heise L, Schraiber LB, Watts C. Brazilian policy responses to violence against women: government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health Hum Rights*. [Internet]. 2012 Jun [cited 2016 Dec 7]; 14(1):E64-77. Available from: [http://www.jstor.org/stable/healhumarigh.14.1.64?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/healhumarigh.14.1.64?seq=1#page_scan_tab_contents).
8. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Critical trajectories of female victims of gender violence: discourse analysis of women and staff professionals in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 Dec 6]; 27(4):743-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/13.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>
9. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violence against women: between critical path and assistance multisectoral networks. *Rev Med. (São Paulo)*. 2013 Apr-Jun;92(2):134-40. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140>
10. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist*. [Internet]. 2013 [cited Sep 11, 2016]; 26(2):120-3. Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/21155>
11. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med*. 2010 Mar;70(7):1011-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.009>
12. Djikanovic B, Wong SL, Jansen HA, Koso S, Simić S, Otasević S, et al. Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence. *Fam Pract*. 2012 Abr;29(2):189-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmr061>
13. Ergöçmen BA, Yuksel-Kaptanoğlu I, Jansen H. Intimate partner violence and the relation between help-seeking behavior and the severity and frequency of physical violence among women in Turkey. *Violence Against Women*. 2013 Sep;19(9):1151-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801213498474>
14. Frías SM, Agoff MC. Between support and vulnerability: examining family support among women victims of intimate partner violence in Mexico. *J Fam Viol*. 2015 Abr;30(3):277-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-015-9677-y>
15. Horn R, Puffer ES, Roesch E, Lehmann H. 'I don't need an eye for an eye': Women's responses to intimate partner violence in Sierra Leone and Liberia. *Glob Public Health*. 2016 Fev 7;11(1-2):108-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2015.1032320>



16. Flicker SM, Cerulli C, Zhao X, Tang W, Watts A, Xia Y, et al. Concomitant forms of abuse and help-seeking behavior among white, African American, and Latina women who experience intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2011 Aug;17(8):1067-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801211414846>
17. Frías SM. Strategies and help-seeking behavior among Mexican women experiencing partner violence. *Violence Against Women*. 2013 Fev 11;19(1):24-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801212475334>
18. Thongpriwan V, Buseh A, Arunothong W. Reflections on attitudes, experiences, and vulnerability of intimate partner violence among Southeast Asian college women living in United States. *Asian J Psychiatr*. 2015 Dez;18:70-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.09.007>
19. Ahmad F, Driver N, McNally MJ, Stewart DE. "Why doesn't she seek help for partner abuse?" An exploratory study with South Asian immigrant women. *Soc Sci Med*. 2009 Aug;69(4):613-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.011>
20. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro A, Winsvold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of System Rev*. 2007(3):CD006048. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006048.pub2>
21. Gomes MP, Erdmann AL. Conjugal violence in the perspective of "Family Health Strategy" professionals: a public health problem and the need. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;22(1):76-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3062.2397>
22. Carlos DM, Pádua EMM, Silva LMP, Silva MAI, Marques WEU, Leitão MNC, et al. The care network of the families involved in family violence against children and adolescents: the Primary Health Care perspective. *J Clin Nurs*. 2017 Aug;27:2452-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13692>
23. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *Lancet*. 2015;385:1672-84. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61797-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61797-9)

Recebido: 09.08.2017

Aceito: 06.05.2018

---

Correspondência:

Daniella Yamada Baragatti  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem  
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Cidade Universitária  
CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil  
[danybaragatti@gmail.com](mailto:danybaragatti@gmail.com)

**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.