

**GÊNERO E SAÚDE:
DESAFIOS NO
ENFRENTAMENTO DE
VIOLÊNCIAS CONTRA AS
MULHERES NA REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE NO
TERRITÓRIO DA SERRA
CATARINENSE**

**GENDER AND HEALTH: CHALLENGES IN ADDRESSING VIOLENCE AGAINST
WOMEN WITHIN THE HEALTH CARE NETWORK IN THE SERRA
CATARINENSE REGION**

Ciências da Saúde • 28/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/793078688](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/793078688)

Bruna Correia Vaz¹

Mareli Eliane Graupe²

Bruna Fernanda da Silva³

RESUMO

Este artigo analisa a relação entre gênero e saúde, com ênfase nos desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção das violências contra as mulheres. Parte-se da compreensão da violência de gênero como fenômeno estrutural, historicamente produzido pelas desigualdades de poder entre homens e mulheres, com impactos diretos na saúde física, mental e social das mulheres. Discute-se o papel estratégico da APS como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, destacando seu potencial para identificação precoce, acolhimento e acompanhamento de situações de violência. Contudo, evidenciam-se limites relacionados à naturalização da violência, à fragilidade na formação das/os profissionais de saúde para lidar com a temática, à sobrecarga dos serviços e à insuficiente articulação intersetorial. O trabalho problematiza ainda os desafios éticos e institucionais envolvidos na notificação, no sigilo e na construção de vínculos com as usuárias. Por fim, defende-se a necessidade de práticas em saúde orientadas por uma perspectiva de gênero, interseccional e humanizada, capazes de fortalecer a atuação da APS no enfrentamento das violências, promovendo cuidado integral, prevenção e garantia de direitos das mulheres.

Palavras-chave: saúde; gênero; violência contra as mulheres; Rede de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

This article analyzes the relationship between gender and health, with an emphasis on the challenges faced by Primary Health Care (PHC) in the prevention of violence against women. It begins with the understanding of gender-based violence as a structural phenomenon—historically produced by power imbalances between men and women—that has direct impacts on women's physical,

mental, and social well-being. The strategic role of PHC as the entry point to the Unified Health System (SUS) is discussed, highlighting its potential for the early identification of, support for, and follow-up on situations of violence. However, the text also points to limitations, such as the normalization of violence, inadequate training for health professionals to address this issue, the overburdening of services, and insufficient intersectoral coordination. Furthermore, the study examines the ethical and institutional challenges surrounding the reporting of violence, the maintenance of confidentiality, and the development of trusting relationships with service users. Finally, it advocates for health practices guided by a gender-sensitive, intersectional, and humanized perspective—approaches capable of strengthening the role of PHC in confronting violence, while promoting comprehensive care, prevention, and the safeguarding of women's rights.

Keywords: health; gender; violence against women; Health Care Network.

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa analisa a relação entre gênero e saúde a partir da compreensão de que as desigualdades entre homens e mulheres não são naturais, mas social e historicamente construídas, produzindo efeitos concretos nas condições de vida e adoecimento. A violência de gênero, nesse sentido, configura-se como uma expressão dessas assimetrias de poder, manifestando-se de múltiplas formas — física, psicológica, sexual, moral e patrimonial — e impactando diretamente a saúde das mulheres.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) a violência de gênero contra a mulher é reconhecida como um grave

problema de saúde pública, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) e, sendo também considerada como uma violação de direitos humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1993). Além disso, as violências não apenas geram agravos imediatos, como lesões e traumas, mas também desencadeiam consequências de longo prazo, incluindo transtornos mentais, sofrimento psíquico, uso abusivo de substâncias e maior vulnerabilidade a doenças crônicas. Assim, compreender a violência de gênero como um fenômeno estrutural é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de enfrentamento no campo da saúde pública.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa um lugar estratégico na prevenção e no enfrentamento das violências contra as mulheres, por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde e por sua proximidade com os territórios e as comunidades. No entanto, persistem desafios significativos, como a subnotificação dos casos, a falta de formação específica das/os profissionais para identificação e encaminhamento das situações de violência, além de barreiras institucionais que dificultam a articulação intersetorial com redes de proteção social, segurança pública e justiça. Soma-se a isso a permanência de práticas e concepções que naturalizam ou invisibilizam a violência, comprometendo a integralidade do cuidado.

Neste contexto, é importante compreendermos o conceito de violência e violências de gênero contra as mulheres. Segundo Minayo (2006) a violência constitui um fenômeno complexo, multifacetado e socialmente determinado, atravessado por relações históricas de poder, desigualdade e exclusão. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é definida como:

O uso intencional de força física ou do poder, real ou uma ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulta ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 27).

E a violência de gênero emerge como uma expressão das desigualdades socialmente construídas entre os sexos, estando diretamente relacionada às hierarquias de poder que organizam a sociedade (Scott, 1995). Trata-se de um fenômeno que incide sobre indivíduos em razão de seu sexo, identidade de gênero ou orientação sexual, manifestando-se de forma desigual e atingindo mais intensamente as mulheres (Sardenberg; Tavares, 2016). Essa realidade evidencia a persistência de estruturas patriarcais que sustentam práticas de opressão e violação de direitos.

Dessa forma, compreende-se que a mulher, ao se tornar vítima de feminicídio, frequentemente já vivenciou um histórico prévio de violências de gênero, indicando que muitas dessas mortes poderiam ser evitadas caso houvesse acesso a apoio efetivo e alternativas concretas para romper o ciclo de violência (Cerqueira, 2018). Trata-se de um fenômeno que afeta não apenas a mulher em situação de violência, mas também todos ao seu redor, configurando-se como um grave problema de saúde pública, uma vez que muitas vítimas adoecem em decorrência dessas situações (Brasil, 2009).

A vivência da violência de gênero compromete significativamente a qualidade de vida das mulheres, impactando negativamente sua saúde física, psicológica e, sobretudo, social (Fonseca; Ribeiro; Leal, 2012). Esse processo contribui para o isolamento progressivo das

vítimas, aumentando sua vulnerabilidade e reduzindo suas estratégias de enfrentamento.

A gravidade desse cenário reflete-se diretamente nos indicadores de saúde pública, sendo que os tipos de violência mais notificados e prevalentes entre mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) são, em primeiro lugar, a violência física, presente em quase 50% dos atendimentos; em segundo, a violência psicológica, com cerca de 23%; e, em terceiro, a violência sexual, correspondente a 11% dos casos (Waiselfisz, 2015).

Nesse cenário, compreende-se que os serviços, especialmente os de saúde, são fundamentais para a identificação precoce das situações de violência, devendo assumir o compromisso de ofertar um atendimento adequado, qualificado e que contribua para o enfrentamento das situações de sofrimento (Brasil, 2025).

Diante dessa complexidade, torna-se imprescindível fortalecer práticas de cuidado interprofissional e intersetorial, capazes de responder de forma integral às demandas das mulheres em situação de violência. A articulação entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como com outros setores, como a assistência social e a segurança pública, constitui elemento central para a efetivação de políticas públicas voltadas à equidade e à justiça social.

A partir do questionamento sobre as ações desenvolvidas pelas/os profissionais da Rede de Atenção à Saúde da Serra Catarinense, este trabalho objetiva analisar o cuidado interprofissional prestado às mulheres em situação de violência de gênero. A análise perpassa desde a caracterização do perfil desses profissionais e a investigação

das práticas interprofissionais cotidianas até a descrição da operacionalização do cuidado, identificando, por fim, os fatores que limitam ou potencializam essa atuação no território.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, de finalidade aplicada, voltada à produção de conhecimentos para a melhoria do cuidado em saúde às mulheres em situação de violência de gênero. Ademais, possui caráter exploratório e explicativo, ao possibilitar a aproximação com o tema e a identificação de fatores relevantes para a compreensão do processo de cuidado no contexto investigado.

O cenário escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa foi a Rede de Atenção à Saúde (RAS) disponível na região da Serra Catarinense para as mulheres em situação de violência de gênero, composta por diversos setores, como Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde), Atenção Intermediária (SAMU, PA, UPA) e Atenção Secundária (Ambulatórios especializados, Policlínicas, Centro de Atenção Psicossocial e Hospitais).

Atualmente a Serra Catarinense abrange um total de 18 municípios, os quais segundo estimativa do IBGE (2020), possuem uma população total de 287.856 mil habitantes com uma média de 144.568 mil habitantes do gênero feminino.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIPLAC, via Plataforma Brasil, sob parecer nº 4.780.957, conforme a Resolução CNS nº 510/2016.

A amostra foi composta por um total de 83 participantes considerados inclusos a partir dos seguintes itens: a) ser profissional de saúde e estar atuando em algum ponto da Rede de Atenção à Saúde da Serra Catarinense; b) concordar em participar da pesquisa voluntariamente; c) assinalar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) clicando na opção “aceita participar” em meio eletrônico; d) ser maior de 18 anos.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2021, por meio de questionário *online* elaborado na plataforma *Google Forms*, contendo perguntas fechadas e abertas acerca da temática, desenvolvido pelas autoras e baseado na operacionalização do cuidado em saúde, proposto nas políticas públicas para o atendimento às mulheres em situação de violência de gênero.

O questionário foi enviado por meio eletrônico, disparado para e-mails institucionais e, também via aplicativo *Whatsapp*, os quais foram indicados através da Supervisão Regional de Saúde de Lages. Os dados foram automaticamente registrados em planilha Excel®, sendo realizadas estatísticas descritivas e inferenciais.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção, será apresentado inicialmente o perfil das/dos participantes e na sequência três categorias definidas diante dos objetivos desta pesquisa, com ênfase ao fenômeno da violência de gênero contra a mulher: a) ocorrência de atendimentos na rede de saúde; b) operacionalização do cuidado em saúde; c) identificação dos fatores que dificultam e que facilitam o cuidado interprofissional em saúde.

Ao analisar o perfil das/dos participantes, apresenta-se uma maioria das/dos profissionais com formação na área da Enfermagem (Enfermeiros/as e Técnico-Auxiliares em enfermagem), representando 61% da amostra, seguido da categoria médica (13%) e dentistas (11%). Outras categorias de formação representam 13% da amostra, sendo psicólogas/os, assistentes sociais, auxiliares de consultório odontológico, socorrista, técnicas/os em segurança do trabalho, farmacêuticas/os, fisioterapeutas e neuropsicopedagoga. Do total de profissionais, 66% atuam há mais de 10 anos na área da saúde.

Entre as/os profissionais, 90% atuam no município de Lages e 10% atuam nos municípios da região, representando os municípios de Anita Garibaldi, Bom Jardim da Serra, Campo Belo do Sul, Cerro Negro, Palmeira, Ponte Alta e São José do Cerrito, os quais equivalem a 44% dos municípios da região da Serra Catarinense.

Acerca das informações referentes à faixa etária, 16% possuem entre 19 e 29 anos de idade, 45% entre 30 e 39 anos de idade, 28% entre 40 e 49 anos de idade e 12% entre 50 e 59 anos de idade. Em relação à identidade de gênero, 92% são mulheres. Do total de profissionais participantes, 30% representam o setor de atenção básica, 22% a atenção hospitalar e 19% o setor de gestão dos serviços de saúde.

Tabela 1. Perfil dos profissionais de saúde que atuam na RAS da Serra Catarinense.

Caracterização da população		
Profissão	N	(%)
Enfermeiro	45	54%

Medico	11	13%
Dentista	9	11%
Técnico em Enfermagem	6	7%
Psicóloga	3	4%
Auxiliar de Consultório Odontológico	2	2%
Farmacêutico	2	2%
Assistente Social	1	1%
Fisioterapeuta	1	1%
Técnico em Seg. do Trabalho	1	1%
Neuropsicopedagoga	1	1%
Socorrista	1	1%
Total	83	100%
Idade dos participantes	N	(%)
Entre 19-29 anos	13	16%
Entre 30-39 anos	37	45%
Entre 40-49 anos	23	28%
Entre 50-59 anos	10	12%
Mais de 60 anos	0	0%
Total	83	100%
Tempo de atuação na saúde	N	(%)
Menos de um ano	8	10%
Entre 1 e 5 anos	12	14%
Entre 6 e 10 anos	8	10%

Mais de 10 anos	55	66%
Total	83	100%
Município de atuação	N	(%)
Anita Garibaldi	1	1%
Bom Jardim da Serra	1	1%
Cerro Negro	1	1%
Campo Belo do Sul	2	2%
Lages	75	90%
Palmeira	1	1%
Ponte Alta	1	1%
São Jose do Cerrito	1	1%
Total	83	100%
Setor de atuação	N	(%)
Unidade Básica de Saúde	25	30%
Ambulatório Especializado	4	5%
UPA/PA	0	0%
SAMU	2	2%
Centro de triagem Covid-19	3	4%
Vigilância em Saúde	2	2%
Hospital	18	22%
Gerencia/Gestão de Serviços de Saúde	13	16%
Outros pontos da rede	16	19%
Total	83	100%

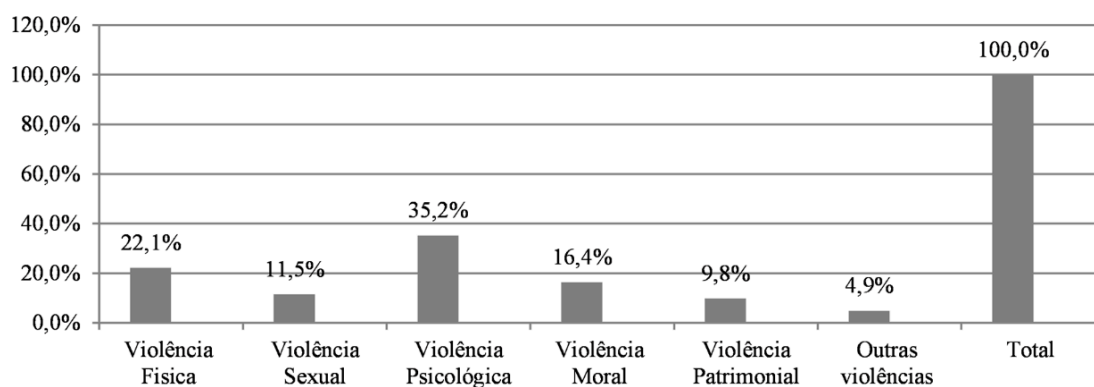
Fonte: Autoras (2021).

a. Ocorrência de atendimentos às mulheres em situação de violência na RAS

Do total da amostra, 59% dos profissionais de saúde informaram que não realizam atendimento/acolhimento/cuidado as mulheres em situação de violência nos seus locais de atuação.

Os dados apresentados na Figura 1 detalham os tipos de violência contra as mulheres atendidas/acolhidas/cuidadas por 41% das/dos profissionais de saúde que relatam atender nos seus locais de trabalho. Observa-se a prevalência da violência psicológica, seguida pelas violências física e moral. As demais categorias, como as violências sexual e patrimonial, bem como outras formas de violências não especificadas pelos participantes, compõe o restante do panorama de atendimentos ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Tipos de violência mais frequentes identificadas por meio dos profissionais de saúde da Serra Catarinense em seus locais de atuação.



Fonte: Autoras (2021).

b. Operacionalização do cuidado em saúde na RAS voltada às mulheres em situação de violência de gênero

No formulário constava uma pergunta sobre a utilização de algum protocolo institucional no que se refere ao atendimento de mulheres em situação de violências. Das/os profissionais de saúde que realizam atendimento/cuidado às mulheres em situação de violência 62% assinalaram que não se seguem ou utilizam algum protocolo institucional.

As/os profissionais também responderam sobre o conhecimento do fluxo da RAS direcionado ao seguimento do cuidado às mulheres em situação de violência, e da porcentagem total de profissionais de saúde que realizam atendimento, 63% referiram conhecer o fluxo, bem como, dos profissionais que atendem as mulheres em situação de violência, 53% referiu que sua instituição fornece liberação para participação em cursos sobre violência mais que estes não são ofertados através da sua instituição, bem como 75% destes profissionais ainda informam que a instituição onde atuam não realiza capacitações/educações continuadas sobre o tema de violência de gênero contra às mulheres (Tabela 2).

Quando questionados sobre quais aspectos consideram mais importantes no processo de cuidado/atendimento as mulheres em situação de violência, 100% dos profissionais que atendem mulheres em situação de violência acreditam que o aspecto principal é o acolhimento e a escuta qualificada de forma individual.

Tabela 2. Operacionalização do cuidado em saúde na Serra Catarinense.

Operacionalização do Cuidado em Saúde	Sim	Não
---------------------------------------	-----	-----

Você segue algum protocolo institucional durante o seu cuidado/atendimento às mulheres em situação de violência doméstica	38%	62%
Você conhece o fluxo da rede de atenção à saúde do seu município direcionada ao seguimento do cuidado às mulheres em situação de violência doméstica?	63%	38%
A sua instituição fornece liberação para realização de cursos sobre violência doméstica?	56%	44%
A sua instituição realiza capacitações/educativas continuadas sobre violência doméstica?	25%	75%

Fonte: Autoras (2021).

c) Identificação dos fatores que dificultam e que facilitam o cuidado interprofissional em saúde na RAS

Ao final do questionário solicitamos às/aos participantes que descrevessem quais fatores auxiliam e, quais fatores dificultam a concretização do cuidado/atendimento às mulheres em situação de violência, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Fatores considerados facilitadores e dificultadores do cuidado em saúde na Serra Catarinense.

Fatores facilitadores	Fatores dificultadores
Acessibilidade Ações Preventivas e Educativas Aspectos Legais Estrutura Física Existência da RAS	Desconhecimento da Rede de Proteção e da Rede de Saúde Dificuldade em Identificar as Violências Falhas no Acesso dos Serviços Falta de Acolhimento/ de Escuta e de Orientações

Existência de Protocolos e Fluxos	Falta de Ações e Movimentos Intersetoriais
Fatores Afetivos	Falta de Notificações
Formação/Capacitação/Qualificação Profissional	Falta de Protocolos e Fluxos
Medidas Protetivas	Falta de Recursos Financeiros e Humanos
Quantidade de Profissionais	Machismo
Serviços de Acolhimento 24h	Preconceitos e Julgamentos
Vínculos entre a População e os Profissionais	Medo
	Profissionais Desqualificados
	Revitimização

Fonte: Autoras (2021).

4. DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesta seção são apresentados as discussões e o aprofundamento dos dados que constam nos quadros e gráfico acima de acordo com categorias de análise elencadas para o alcance dos objetivos propostos para essa pesquisa.

4.1. Ocorrência de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência na RAS

Para compreender o cuidado em saúde que estamos produzindo no contexto da linha de cuidado em saúde da mulher é preciso perceber esse cuidado enquanto uma estratégia de criação de vínculo com as mulheres, considerando as suas especificidades e as suas vulnerabilidades, para assim ampliar a qualidade de vida destas.

Os resultados obtidos nesta pesquisa, indicam que a maior parte das/os profissionais (59%), não realizam atendimentos de saúde às mulheres em situação de violência, bem como não se sentem preparados para atender estas situações. Percebe-se desta forma

que a violência de gênero contra as mulheres ainda é invisibilizada do ponto de vista da atenção à saúde dentro dos diversos cenários da prática assistencial. Mesmo que a temática tenha sido alvo de muitos estudos científicos e discussões técnicas no âmbito dos serviços, trata-se de um problema para o qual o atendimento convencional, baseado na sintomatologia e queixa-conduta ainda não reproduz a efetividade desejada (Porto *et al.*, 2014).

Outro dado que nos chama atenção é o que diz respeito ao tempo de trabalho na área da saúde, pois 66% das/os participantes atuam entre 10 anos ou mais na área da saúde e não se sentem preparados para esses acolhimentos/atendimentos, indicando que existem falhas principalmente quando estas/es relatam que não são capacitadas/os por meio das instituições para a realização do acolhimento/atendimento com mulheres em situação de violências. Nesta perspectiva, devemos considerar que é importante que estas/es profissionais sejam constantemente sensibilizadas/os e capacitadas/os para identificar as situações de violências de gênero contra as mulheres, de modo que possibilite a longitudinalidade do cuidado e do desenvolvimento de vínculos entre usuárias/os e profissionais e o encorajamento destas para busca de cuidados. Corroborando com Ministério da Saúde (2017, p. 38), “para a superação destes desafios, é necessário adotar estratégias intersetoriais que promovam a descentralização da gestão, o fortalecimento da RAS e a ampliação da cobertura da Atenção Básica”.

Ainda que existam muitos avanços constituídos pelas iniciativas legislativas, de políticas públicas e de organização e distribuição social de serviços voltados especificamente às violências contra as mulheres, muitas dificuldades ainda persistem no que diz respeito

ao cuidado em saúde, principalmente em relação à qualidade da assistência ofertada nos serviços de saúde, na capacidade de responder à busca por ajuda vinda por parte das mulheres e na articulação dos serviços entre si (Aguilar *et al.*, 2013).

4.2. Operacionalização do Cuidado em Saúde na RAS Voltada às Mulheres em Situação de Violência de Gênero

A organização em redes de atenção garante uma maior eficácia nos serviços de saúde, melhor eficiência na gestão dos sistemas regionais de saúde e contribuem para a integralidade da assistência dos usuários do SUS, tornando possível o estabelecimento de novas propostas de inovação na organização e na gestão do SUS (Albuquerque, 2015).

Porém, esta pesquisa apresentou que 62% das/dos profissionais de saúde da Região da Serra Catarinense não seguem nenhum tipo de protocolo institucionalizado que norteie suas ações e cuidados em saúde com as mulheres em situação de violência de gênero, bem como 37% desconhece o fluxo da RAS para este cuidado.

A qualificação dos profissionais é uma das condições para o bom atendimento que irão ofertar e é também um dos critérios para definir a especialização dos serviços a serem implantados (Pasinato, 2015). Desta forma, compreende-se que para haver articulação e construção da RAS é importante ter clara a definição dos papéis das/dos profissionais de saúde, bem como permitir por meio da gestão dos serviços a articulação, a construção e o incentivo de momentos que permitam trocas de experiências e pactuações efetivas que não mudem com a troca de gestão (uma política de estado e não de governo) e, que permitam capacitar e sensibilizar de

forma contínua e permanente todas/os as/os profissionais da rede de saúde.

Vale ainda ressaltar que as ações que operacionalizam o cuidado não se resumem em apenas identificar e encaminhar os casos. É essencial que alguns pontos como o acolhimento, a escuta qualificada, o atendimento, a postura profissional, a articulação, a notificação, o seguimento, o apoio, o monitoramento, criação de espaços de comunicação e confiança, façam parte deste universo de cuidado em saúde com mulheres em situação de violência de gênero (Sardenberg; Tavares, 2016).

É possível também identificar nesta pesquisa que a maior parte dos profissionais (75%), relata que não recebe incentivo teórico por parte da gestão dos serviços relacionado a atualizações de políticas públicas de saúde que permitam desvelar a violência no interior dos serviços.

Praticar educação em saúde requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que permita compreender realidade e propor ações transformadoras que levem cada indivíduo à sua autonomia e a sua emancipação como sujeito histórico e social, que seja capaz de apoiar e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de seu coletivo (Machado *et al.*, 2007).

Portanto, em observação a estes fatores, evidenciamos que é de extrema importância ampliar a formação dos profissionais de saúde para que haja o real enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres e também o investimento em equipes interdisciplinares, onde a compreensão da situação seja compartilhada e discutida, incentivando principalmente a participação da mulher em seu

processo de cuidado. Identificação dos fatores que dificultam e facilitam o cuidado interprofissional em saúde voltado às mulheres em situação de violência de gênero.

4.3. Identificação dos Fatores Que Dificultam e Que Facilitam o Cuidado Interprofissional em Saúde na RAS

Diversos são os aspectos relatados nesta pesquisa, que dificultam e que facilitam a atuação das/dos profissionais de saúde ao ofertar o cuidado em saúde às mulheres em situação de violência (Tabela 3) e que observamos estarem muito relacionados entre si e determinam ainda os atendimentos realizados por estas/estes profissionais.

Um dos fatores que considerados como dificuldade e que chama muita atenção relaciona-se com a dificuldade dos profissionais em identificar as mulheres em situação de violência e, que por vezes, esses profissionais sentem-se desqualificados para realizar estes atendimentos. As fragilidades com relação ao despreparo dos profissionais para lidar com as situações de violência, são fortes influenciadores no processo de informação e formação técnica dos serviços e de suas atribuições para os demais encaminhamentos e que essas condições estão intimamente relacionadas à resolutividade alcançada pela assistência ofertada, tornando-se indissociáveis (Menezes *et al.*, 2014).

Considerando a complexidade que o tema envolve outro fator que chama a atenção é que as/os profissionais necessitam de capacitação continuada que considere a abordagem à mulher em situação de violência, trazendo como estratégias de identificação a rotina de discussões sobre leis, fluxos, notificações e articulações

com outros serviços como, por exemplo, a assistência social, a assistência jurídica e segurança pública.

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 936 de 19 de maio de 2004, dispõe sobre a importância da implementação de Núcleos de Prevenção a Violência em estados e municípios, composto por profissionais de saúde de diversas categorias com o objetivo de superar a violência e promover a cultura de paz, cabendo a estes ampliar as práticas de cuidado em saúde e estabelecendo um marco importante para dar visibilidade às violências contra as mulheres a partir dos serviços de saúde (Brasil, 2004).

Compreendendo que a atenção à saúde não pode se restringir ao cumprimento de rotinas e procedimentos e, que devemos garantir o não julgamento e o respeito às decisões da mulher, identificamos nesta pesquisa como um dos fatores facilitadores o que categorizamos como fatores afetivos (acolhimento, escuta qualificada, empatia, vínculo, entre outros).

No âmbito do SUS, em 2003 nasceu a Política Nacional de Humanização, que possui, entre seus princípios básicos, a valorização das dimensões subjetivas e sociais em todas as práticas de atenção e serve de base teórica para entendermos as melhores estratégias de superação da violência contra as mulheres (Brasil, 2003).

Da mesma forma que as falhas no acolhimento podem configurar um aspecto que dificulta o processo de cuidado interprofissional em saúde, a percepção de apoio e acolhimento também é um aspecto positivo encontrado.

Mulheres em situação de violências de gênero podem apresentar muitas vivências de medo, ansiedade, vergonha, culpa entre outros sentimentos. Por esse fator a forma como são acolhidas nos serviços de saúde fará com que a mulher se vincule ao serviço e sinta-se segura neste processo. O processo de interação entre os vários setores, entre as/os várias/os profissionais que integram a RAS, só se concretizará através da obtenção do conhecimento mútuo, contínuo e associado aos interesses que envolvem informações sobre suas devidas competências, atribuições, localização, tramitação interna e externa, bem como os horários de funcionamento (Menezes *et al.*, 2014).

É muito importante na minimização dos agravos decorrentes da violência uma postura acolhedora nos atos de receber, ouvir, tocar e tratar a mulher, demonstrando o interesse da equipe interprofissional pela saúde, vida e cuidado com o outro, valorizando as falas e os gestos das mulheres.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a partir desta pesquisa, foi possível atingir os objetivos propostos e ainda compreender o quão necessário é avançar nas discussões sobre o enfrentamento das violências de gênero contra as mulheres no campo da saúde.

Baseando-se no número de profissionais que respondeu nesta pesquisa nunca ter atendido mulheres em situação de violência de gênero, é essencial fortalecer as relações e a comunicação a nível interprofissional, visando enfrentar os desafios atuais relacionados ao modelo tradicional de assistência, ao despreparo das/dos

profissionais de saúde, e as fragilidades de uma assistência desqualificada e insegura nas redes institucionais.

Evidenciam-se ainda que os fatores afetivos como acolhimento, escuta qualificada e criação de vínculos, são considerados aspectos que podem influenciar tanto negativamente quanto positivamente na ocorrência do cuidado interprofissional em saúde. Neste sentido, essa pesquisa aponta a carência de investimentos nos processos de educação em saúde para as/os profissionais de saúde a respeito das questões de saúde das mulheres, visando à diminuição e prevenção das violências de gênero e ainda o enfrentamento dos preconceitos e tabus que funcionam como uma barreira para o atendimento das mulheres em situação de violências de gênero.

Recomendamos, portanto, a implantação de núcleos de prevenção de violências no âmbito da saúde em níveis municipais para que haja maior reflexão, compreensão, interação e efetivação das políticas públicas de saúde, tal como possibilite guiar o processo de educação permanente e continuada entre as equipes, da RAS na região da serra catarinense.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Janaina Marques de *et al.* Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00074912>.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as políticas públicas de saúde no Brasil**. Recife: UNA-SUS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia prático de cuidado à mulher em situação de violência**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2025.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* **Atlas da violência 2018**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* **Atlas da violência 2019**. São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2019.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* **Atlas da violência 2020**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2020.

FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 307-314, ago. 2012. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>. Acesso em: 2 fev. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama: Lages (SC). 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/panorama>. Acesso em: 2 fev. 2026.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em: 2 fev. 2026.

MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 778-786, set. 2014. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>. Acesso em: 2 fev. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher**. Nova York: ONU, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PASINATO, Wânia. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da lei maria da penha. **Revista Direito Gv**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 407-428, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://doi.org/10.1590/1808-2432201518>. Acesso em: 2 fev. 2026.

PORTO, Roberta Taynan Souza *et al.* Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, set. 2014. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300007>. Acesso em: 2 fev. 2026.

SARDENBERG, Cecília M. B.; TAVARES, Márcia S. (org.). **Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento**. Salvador: EDUFBA, 2016.

SCOTT, Joan Wallach. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: FLACSO, 2015.

World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf. Acesso em: 2 fev. 2026.

¹ Mestra em Ambiente e Saúde e Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Lages, SC.

² Doutora em Educação. Professora no Programa de Pós-Graduação em Educação e no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde na Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Doutora em Biologia Geral e Aplicada. Professora no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde na Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)