



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

LORENA BALTAZAR NUNES VILLA

ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

TERESINA

2015

LORENA BALTAZAR NUNES VILLA

ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM,
apresentado à Coordenação de Pesquisa do
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da
Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI
como requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Aparecida
Pinheiro Landim Almeida

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de recursos humanos
na atenção à saúde da família

TERESINA

2015

LORENA BALTAZAR NUNES VILLA

ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

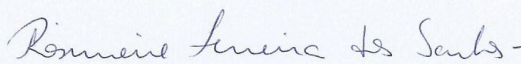
Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM,
apresentado à Coordenação de Pesquisa do
Programa de Mestrado Profissional em
Saúde da Família do Centro Universitário
UNINOVAFAPI como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde da
Família.

Data da aprovação: 10/06/2015

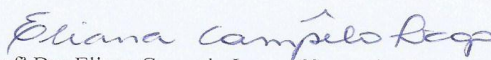
BANCA EXAMINADORA



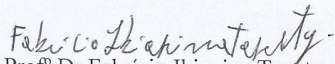
Profª Dra Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida - Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profª Dra Rosimeire Ferreira dos Santos - 1ª examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI



Profª Dra Eliana Campelo Lago - 2ª examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profº Dr Fabrício Ibiapina Tapety - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, principalmente, aos meus queridos pais, os quais nunca mediram esforços para que eu pudesse alcançar meus objetivos. Obrigada pelo amor, dedicação e educação que me proporcionaram. Aos meus irmãos, Bruno e Rafael, por sempre apoiarem as minhas escolhas.

Agradeço à minha maior inspiração e meu maior incentivador, meu esposo Lucas Villa, pelas palavras acolhedoras e de conforto, pela paciência, por acreditar em mim e estar sempre ao meu lado e, principalmente, por me servir de inspiração na dedicação aos estudos e à pesquisa.

Aos colegas de turma, por estarem sempre disponíveis nas horas difíceis e por participarem de momentos de alegria e aprendizado juntos.

Aos professores do Programa de Mestrado, por todo o conhecimento compartilhado.

À Professora Dra. Camila Landim Almeida, minha orientadora, pelo acolhimento, paciência e contribuições sempre gentis para a minha pesquisa. Muito obrigada!

À minha banca examinadora, Professora Dra. Rosimeire dos Santos, Professora Dra. Eliana Lago e Professor Dr. Fabrício Tapety, muito obrigada por aceitar o convite em avaliar o meu trabalho.

À Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Professora Dra. Maria Eliete Batista Moura e a todos da secretaria do Programa, especialmente à Gelsemânia, obrigada pelo apoio e orientações.

RESUMO

O fenômeno da violência contra a mulher é considerado, atualmente, um problema de saúde pública e tem suscitado vários estudos mundialmente. O presente estudo tem como objetivo analisar a assistência dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na atenção à mulher vítima de violência; descrever a relação existente entre a formação do profissional de saúde e as políticas públicas no combate à violência contra a mulher; e, elaborar uma cartilha voltada para os profissionais de saúde contendo estratégias de comunicação com a mulher vítima de violência. Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho descritivo e exploratório, realizado com 12 profissionais de saúde que compõem a equipe de três Unidades Básicas de Saúde referentes à zona leste do município de Teresina – PI. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo temática. Os resultados foram apresentados em cinco categorias, a saber: Formação e capacitação dos profissionais de saúde; Assistência dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher; Dificuldades na atenção à mulher vítima de violência; Demanda de casos de violência contra a mulher na ESF; e, Políticas públicas no combate à violência contra a mulher. Os resultados apontam para a existência de um sentimento de impotência dos profissionais de saúde diante de casos de violência contra a mulher, para a insatisfação dos mesmos sobre a falta de capacitações e formações sobre o tema, culminando no surgimento de dificuldades referentes à identificação, abordagem e encaminhamento, nos casos de atendimento às mulheres vítimas de violência. No que se refere à atuação dos profissionais sobre o tema, os resultados sugerem a inexistência de atuação voltada, especificamente, para a violência contra a mulher. Do total de entrevistados, apenas 33,3% referiram trabalhos voltados para a temática, como por exemplo, palestras, grupos de risco coletivo e rodas de conversa. Os participantes assinalam como maiores dificuldades para atuar nesse contexto a falta de suporte institucional e de equipe multidisciplinar no quadro funcional, sugerindo como profissionais importantes nas UBS os assistentes sociais e psicólogos. Surgiram, ainda, dificuldades relacionadas ao medo, à insegurança, receio e constrangimento na abordagem à mulher vítima de violência faltando, também, informação a respeito de uma rede articulada para assistência a essas mulheres. Considera-se fundamental que essa temática seja mais explorada, pelo fato desse fenômeno se constituir demanda diária nas instituições de saúde e sua produção científica ainda ser relativamente carente frente ao avanço da mesma no contexto geral da saúde. As capacitações dos profissionais de saúde, dirigidas para a prevenção e assistência à violência, assumem um papel importante no cenário atual, sendo necessário um investimento de forma permanente e que contemple a questão de gênero dentro do contexto da violência e saúde. Vale ressaltar, também, o valor e a contribuição que as universidades podem oferecer nesse sentido, pois o tema da violência e suas expressões culturais poderiam ser introduzidos nos currículos de formação dos profissionais de saúde, familiarizando-os com o tema e criando espaços para sua construção enquanto prática de saúde.

Descritores: Violência contra a mulher. Estratégia Saúde da Família. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

The phenomenon of violence against women is currently considered a public health problem and has raised a number of studies worldwide. This study aims to analyze the health care professionals of the Family Health Strategy (FHS) in attention to women victims of violence, describing the relationship between the health professionals training and the public policies to combat violence against women and prepare a hornbook turned to the health professionals containing communication strategies with women victims of violence. It is a qualitative study, descriptive and exploratory, performed with 12 health professionals who make up the team of three Basic Health Units (BHU) related to the east side of the city of Teresina - PI. The data collection was managed through semi-structured interviews and the data were analyzed according to the thematic content analysis. The results were presented in five categories, namely: Education and training of health professionals; Health care professionals on violence against women; Difficulties in attention to women victims of violence; Demand cases of violence against women in the FHS and public policies to combat violence against women. The results point to the existence of a ineffectiveness feeling from the health professionals on cases of violence against women, to the dissatisfaction of these professionals about the lack of education and training on the subject, resulting in the appearance of difficulties related to the identification, approach and forwarding in the case of assistance to women victims of violence. About the professionals performance on the subject, the results suggest the lack of action specifically for violence against women. Of the interviewed total, only 33.3% reported studies related to the theme, such as lectures, collective risk groups and conversation circles. The participants point out as major difficulties to operate in this context the lack of institutional support and a multidisciplinary team in the staff, suggesting important professionals in the BHU like social workers and psychologists. Also appeared difficulties related to the fear, insecurity, fear and embarrassment in approach to women victims of violence, also missing information about an articulated network to support these women. It is considered essential that this issue must be more explored, because this phenomenon is a daily demand in the health care institutions and its scientific production is still relatively lacking forward to the advance of it in the health context. The health professionals training directed to the prevention and assistance to violence play an important role in the current scenario, requiring a permanent investment and including the gender issue within the violence and health context. It is also noteworthy the value and the contribution that the universities can offer in this direction, because the violence issue and its cultural expressions could be introduced in the health professionals curricula of formation, familiarizing the professionals with the subject and creating spaces for its construction while health practice.

Keywords: Violence against women. Family Health Strategy. Health professionals

RESUMEN

El fenómeno de la violencia contra las mujeres es considerado actualmente un problema de salud pública y se han planteado una serie de estudios en todo el mundo sobre el tema. Este estudio tiene como objetivo analizar los profesionales de la salud de la Estrategia Salud de la Familia en la atención a las mujeres víctimas de la violencia, describir la relación entre la formación de los profesionales de la salud y las políticas públicas para combatir la violencia contra las mujeres y preparar un manual para profesionales de la salud que contiene estrategias de comunicación con las mujeres víctimas de violencia. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado con 12 profesionales de la salud que integran el equipo de tres Unidades Básicas de Salud de la parte este de la ciudad de Teresina - PI. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas y los datos fueron analizados según el análisis de contenido temático. Los resultados se presentaron en cinco categorías, a saber: La educación y la formación de los profesionales de la salud; Asistencia a los profesionales de la salud sobre la violencia contra las mujeres; Las dificultades en la atención a mujeres víctimas de violencia; Casos de demanda de la violencia contra las mujeres en el FHS y políticas públicas para combatir la violencia contra las mujeres. Los resultados apuntan a la existencia de un sentimiento de impotencia de los profesionales de la salud en los casos de violencia contra la mujer, a la insatisfacción de la misma acerca de la falta de formación y capacitación sobre el tema, resultando en la aparición de dificultades relacionadas con la identificación, el enfoque y la remisión en el caso de la asistencia a las mujeres víctimas de violencia. Con respecto al labor de los profesionales en la materia, los resultados sugieren la falta de acción dirigida específicamente a la violencia contra las mujeres. Del total de los entrevistados, sólo el 33,3% informó de los estudios relacionados con el tema, tales como conferencias, grupos de riesgo colectivos y círculos de conversación. Los participantes señalan como las principales dificultades para operar en este contexto, la falta de apoyo institucional y un equipo multidisciplinario en el personal, lo que sugiere cómo sería importante la presencia de profesionales como asistentes sociales y psicólogos en las UBS. Aparecieron también las dificultades relacionadas con el miedo, la inseguridad, el miedo y la vergüenza en la aproximación a las mujeres víctimas de la violencia, también la falta de información acerca de una red articulada para apoyar a estas mujeres. Se considera esencial estudiarse esta cuestión más a fondo, ya que este fenómeno constituye la demanda diaria en las instituciones de salud y su producción científica está todavía relativamente escasa ante su avance en el contexto global de la salud. La formación de los profesionales de la salud dirigida a la prevención y la asistencia a la violencia desempeñan un papel importante en el escenario actual, que requiere una inversión de manera permanente y que incluye el tema de género en el contexto de violencia y la salud. Es de destacar, también, el valor y la contribución que las universidades pueden ofrecer en este sentido, debido a que el tema de la violencia y sus expresiones culturales podría ser introducido en los programas de formación de los profesionales de la salud, los familiarizando con el tema y creando espacios para su construcción en la práctica de la salud.

Palavras-chave : Violencia contra las mujeres . Estrategia de Salud Familiar. Profesionales de la salud .

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
Cl	Classe
CNDM	Conselho nacional de direitos da mulher
ESF	Estratégia Saúde da Família
SAMVVIS	Serviço de atenção às mulheres vítimas de violência sexual
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) encontra-se estruturado de acordo com as orientações contidas na Instituição Normativa da Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

O presente relatório é composto de: Introdução, na qual se apresenta a situação-problema e contextualiza-se o objeto de estudo, objetivos, justificativa e relevância; seguido do referencial teórico, com uma contextualização histórica, conceitual e epidemiológica da violência; e, após, especificamente da violência contra a mulher. Trata-se, ainda, sobre o impacto da violência na área da saúde, os desafios acerca da formação do profissional de saúde nesse contexto e das políticas públicas de combate à violência contra a mulher.

Em seguida, traça-se o caminho metodológico, no qual se apresenta o tipo de estudo, local de estudo, a definição da população e amostra; a técnica de coleta de dados; os instrumentos utilizados; o tratamento e análise dos dados; e, os aspectos éticos da pesquisa. É apresentado, ainda, um artigo científico, sendo, este, resultado direto da produção dos dados coletados com os sujeitos do estudo.

O manuscrito denomina-se: “Assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção à mulher vítima de violência”. Como produto resultante da dissertação de mestrado foi elaborado uma cartilha destinada aos profissionais de saúde que compõem as Unidades Básicas de Saúde, intitulada: “Estratégias de comunicação com a mulher vítima de violência: uma contribuição aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família”.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
1.1 Contextualização do problema.....	10
1.2 Objetivos	12
1.3 Justificativa	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Considerações históricas e conceituais sobre a violência	14
2.2 Violência e gênero: Histórico da (in) visibilidade da violência contra a mulher	16
2.3 O impacto da violência no contexto da saúde: Desafios na formação dos profissionais de saúde	20
2.4 Histórico das políticas públicas no combate à violência contra a mulher	23
3 METODOLOGIA.....	26
3.1 Natureza do estudo	26
3.2 Cenário do estudo	26
3.3 Participantes do estudo	27
3.4 Instrumentos e técnica de coleta de dados	28
3.5 Análise dos dados	28
3.6 Aspectos legais e éticos	29
3.7 Riscos e benefícios	29
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	31
4.1 Manuscrito: Assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção à mulher vítima de violência	31
4.2 Produto: “Estratégias de comunicação com a mulher vítima de violência: Uma contribuição aos profissionais de saúde da ESF”	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	67
ANEXOS.....	73

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do problema

O fenômeno da violência tem ocupado, nos últimos anos, um lugar de evidência e se tornado assunto de vários estudos e conferências no mundo. A violência é apresentada como um fenômeno sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade. De acordo com a Declaração das Nações Unidas (1949), aprovada pela Conferência de Viena em 1993, a violência contra a mulher é caracterizada como qualquer ato de violência baseado em gênero, que resulte, necessariamente, ou possa resultar em lesão física ou agravo sexual, psicológico ou em sofrimento à mulher. Também é considerada violência a ameaça de cometer esses atos, a coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto na vida pública como privada.

Para Minayo (2006), a violência, em si, não é um problema específico da área da saúde. Entretanto, ela afeta a saúde e, por isso, se apresenta como um tema desse campo pelas seguintes razões: pelo impacto que provoca através de morte, lesões, traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais; pela diminuição da qualidade de vida das pessoas e das coletividades; pela configuração de novos problemas para o atendimento médico preventivo e curativo; pela exigência de uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; e, pela necessidade de uma atuação mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor.

A violência de gênero tem origem na violência cultural, que é aquela que se expressa por meio de valores, crenças e práticas, de tal modo repetidos e reproduzidos, que acabam se tornando naturalizados. Estima-se que o problema da violência de gênero cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e psicológicos, prostituição forçada, mutilação vaginal, violência racial e outros (SCHRAIBER et al, 2005).

Dados do World Health Organization – WHO, publicados em 2013, revelaram que, no geral, 35% das mulheres em todo o mundo foram vítimas de violência física e / ou sexual por parte de um parceiro íntimo ou violência sexual por outras pessoas que não sejam do seu convívio íntimo. Embora as mulheres possam estar expostas a muitas outras formas de violência, esse número já é uma grande percentagem da população feminina.

Em 2011, no Brasil, o número de mulheres entre 15 e 44 anos que foram a óbito por causas associadas à violência de gênero foi maior quando comparado às mortes por doenças como câncer, AIDS, doenças respiratórias, metabólicas, infecciosas e acidentes de trânsito (CARNEIRO e FRAGA, 2012).

Dados do mapa da violência de 2012 indicam que o Brasil ocupa a sétima posição na incidência de homicídios de mulheres, num ranking mundial de 84 países. De 1980 a 2010, triplicou o número de mortes e foram assassinadas acima de 92 mil mulheres no Brasil, 43,5 mil só na última década (WAISELFIZ, 2012).

As consequências da violência podem ser sérias para a saúde da mulher e facilitam o aumento do risco de vários outros problemas de saúde a longo prazo podendo resultar em dores crônicas, doenças mentais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e alterações do comportamento como distúrbios alimentares e do sono, o que, como consequência, é ampliado para dimensões maiores, afetando a vida e a saúde da família como um todo (HESLER et al, 2013).

No Piauí, há uma dificuldade de dados sobre a violência de gênero, assim como os demais estados e diversas regiões do país, pois, na maioria das ocorrências, o registro é feito em serviços de pronto-socorro, nos distritos policiais e no Serviço de Atenção À Mulher Vítima de Violência Sexual – SAMVVIS, localizado na capital, deixando a desejar um levantamento da realidade sobre esses casos no estado (LOPES et al , 2004).

Apesar das alarmantes estatísticas sobre a violência no Brasil, ainda é escassa a consciência dos gestores do setor de saúde sobre a gravidade da situação e sobre o importante papel que a área da saúde poderia desempenhar.

O Ministério da Saúde (2005) aprovou e publicou um documento chamado *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência* visando orientar o setor de saúde quanto ao problema. Neste documento, o Ministério da Saúde entende que é preciso investir na compreensão do fenômeno da violência para diagnosticá-lo, notificá-lo melhor e buscar formas específicas de atuação; analisa a precariedade de informações sobre o tema e a excessiva subnotificação, compreendendo-as como parte do reducionismo com que o modelo biomédico vinha trabalhando o tema ou, ainda, como fruto do desconhecimento, da negação, da negligência, da falta de preparação dos profissionais e das instituições.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge nesse contexto se apresentando como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção, facilitando a aproximação e a criação de vínculos entre profissionais e pessoas (PAIM et al., 2011). Assim,

a ESF ocupa um lugar de grande aliada na assistência às mulheres vítimas de violência, alicerçando a construção de um fluxo de troca importante de vivências, ideias e informações. O vínculo que os profissionais de saúde da atenção básica constroem com a comunidade aproxima-os de cada integrante das famílias, nascendo a possibilidade de criar um espaço de acolhimento e confiança para que as usuárias relatem as situações de violência vividas.

A concepção filosófica da Estratégia Saúde da Família se baseia na doutrina do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de buscar a reorganização de práticas e assistências em novas bases e critérios, tendo como objetivo a atenção ao indivíduo no seu contexto familiar (BRASIL, 2011), ampliando seu foco de atenção à saúde em busca de um cuidado holístico, onde se justifica, assim, um dos princípios do SUS, que é a integralidade.

Sendo assim, a abordagem da violência contra a mulher nos serviços de saúde demanda assistências congruentes com essa perspectiva, em que o profissional se posiciona como facilitador do processo terapêutico construindo estratégias com as usuárias que contemplem e respeitem seu contexto social e suas singularidades. Discutir, nas graduações, noções de gênero, violência e direitos humanos é fundamental para nortear a assistência dos futuros profissionais fazendo com que as suas formações se tornem importante recurso para o enfrentamento do problema.

Dessa forma, emerge a seguinte questão norteadora: Qual a assistência dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na atenção à mulher vítima de violência? Coloca-se como objeto de estudo a assistência dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na atenção à mulher vítima de violência, visando discutir a formação dos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência.

1.2 Objetivos

- Analisar a assistência dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na atenção à mulher vítima de violência.
- Descrever a relação existente entre a formação do profissional de saúde e as políticas públicas no combate à violência contra a mulher.
- Elaborar uma cartilha voltada para os profissionais de saúde da Estratégia saúde da família contendo estratégias de comunicação com a mulher vítima de violência.

1.3 Justificativa

Abordar a temática da violência no século XXI é uma tarefa, não somente, importante quanto árdua. Em um mundo marcado pela passagem de atos terroristas, conflitos étnicos, lutas e duas grandes guerras, a violência, que acompanha a humanidade desde seus primórdios, parece ter-se naturalizado como forma de resolução de conflitos entre países, grupos sociais e entre pessoas. Porém, ao mesmo tempo percebe-se, no mundo contemporâneo, o aumento constante da preocupação e aversão à violência e surgem os esforços coletivos de pacificação da vida social e política, o que, de certo modo, explica o crescente interesse despertado pelo tema no campo científico.

A assistência no campo da saúde, dentro do contexto da violência contra a mulher, se torna uma proposta importante em termos de futuros resultados que poderão indicar novas demandas, metas e estratégias de trabalho na Estratégia Saúde Família, possibilitando conhecer melhor tanto as necessidades psicológicas, quanto relacionadas às políticas públicas, que visem atenuar o sofrimento emergente da condição de mulher vítima de violência.

Entende-se que a descrição da assistência, nesse contexto, permite a possibilidade de criar subsídios para a capacitação dos profissionais de saúde para reconhecimento e intervenção em situações de violência, permitindo maior aproximação com a realidade e contribuindo para uma visão crítica do seu próprio papel dentro da ESF enquanto atores capazes de intervir no processo saúde/doença da família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Considerações históricas e conceituais sobre a violência

Ainda há certa dificuldade em definir, por certo, o termo violência. Porém, algumas questões podem ser definidas como consensuais sobre o tema: a noção de coerção ou força; o dano que se produz em indivíduo ou grupo de indivíduos pertencentes à determinada classe ou categoria social, gênero ou etnia. As violências classificadas como incivildades e microviolências ocorrem, nos dias de hoje, em todas as classes sociais, gênero e etnia, e se apresentam como fenômeno múltiplo e complexo. Há, de fato, violência quando, em um contexto de interação, um, ou vários, sujeitos agem de maneira direta, ou indireta, causando danos a uma ou mais pessoas em diversos graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral e suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais (WAISELFISZ, 2011).

Desde a antiguidade o homem se preocupa com o fenômeno da violência, buscando entender sua natureza, origem e motivações, de forma que possa atenuá-lo, preveni-lo e eliminá-lo da convivência social. O fenômeno é lembrado desde o mito de origem bíblico de Cain e Abel, quando a disputa entre os irmãos culmina na morte de um deles e destaca a convivência humana já cercada de disputas de poder (BRASIL, 2005).

A violência é um tema que aparece, frequentemente, na imprensa mundial e uma das principais preocupações da sociedade. Para Abramovay (2002), a violência é um fenômeno que vem tendo destaque cada vez maior no mundo atual, levando-nos à necessidade de analisar o contexto em que ele se coloca. A violência pode apresentar três dimensões: a primeira, nos casos que englobam danos físicos que indivíduos podem cometer contra si próprios ou contra os outros; a segunda é o conjunto de restrições que se dá no plano das instituições e que impede que os indivíduos usufruam plenamente de seus direitos fundamentais, incluindo as modalidades da violência simbólica e institucional; e, a última, corresponde às incivildades e microviolências, que costumam ser as modalidades mais recorrentes de violência e comuns no cotidiano.

Para Martins (2009), as relações que se constroem nas sociedades são marcadas por desigualdades de todos os tipos. A dominação muitas vezes é naturalizada e pode ser percebida como um arbítrio, e aqueles que estão na situação de dominados consideram a

situação inevitável, pois existe uma aceitação na “ordem das coisas”, uma concordância entre as estruturas objetivas e cognitivas, apoiadas na oposição entre dominados e dominantes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002, p.12),

Não há um fator único que explique por que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado de complexa interação de fatores individuais, de relacionamentos sociais, culturais e ambientais. Entender a violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para evitar a violência.

A violência é, portanto, um problema complexo que afeta a todos, sem distinção de estado ou de classe social, independente do sexo, idade, religião ou raça. Vem adquirindo grande significado social nos últimos tempos, não porque ocorra com mais frequência, e sim porque hoje é mais estudada, investigada e divulgada.

A violência emerge sempre que há um desequilíbrio de poder e quando a palavra e a argumentação foram abandonadas (Gauer e Gauer, 1999). Arendt (1994) foi uma das autoras que problematizou, detalhadamente, as definições de poder e violência. Para a autora, poder e violência ocorreriam em momentos opostos: onde um domina, o outro não está presente. O poder surge de um grupo e é legitimado nas relações, visa o agir e o fazer em comunidade. Já a violência é um instrumento que aparece quando o poder corre o risco de se extinguir. Mandar em vez de argumentar constitui-se em forma violenta de convivência.

Refletindo sobre a filosofia política, Arendt (1994) sinaliza que é um triste reflexo da sociedade atual não diferenciar os termos poder, vigor, força, autoridade e violência. Atualmente, todos são tomados como sinônimos e têm por objetivo demonstrar quem está no comando. Para a autora é importante a definição de tais conceitos para que o discurso e a ação, constitutivos das relações entre as pessoas tenham como meta mudar estruturas de convivência.

O comportamento violento nas relações interpessoais demonstra os traços de uma cultura de violência presente na sociedade. Quando exposta nos meios de comunicação, por exemplo, a violência influi diretamente nos valores e crenças que são perpetuados pelas pessoas. Assim, lentamente, os modelos de violência passam a ser vistos como meios adequados de resolver conflitos através de castigos e maltratos. É a "naturalização" da violência que irá influenciar a sua definição, percepção e emprego (GUIMARÃES, 2005).

Corsi (2001) identifica formas de convivência contraditórias nas resoluções de conflitos. Afirma que no espaço público, como por exemplo, nos locais de trabalho, os

conflitos são quase sempre resolvidos pelo uso de palavras e persuasão, enquanto no espaço privado, como por exemplo, na vida familiar, os conflitos são, muitas vezes, resolvidos mediante a força, com o exercício de poderes despóticos.

Essa relação violenta no contexto das relações familiares tem suas raízes na tradição patriarcal. A perspectiva masculina é valorizada com a ideia de que a mulher é, hierarquicamente, subordinada ao homem. Os relacionamentos são marcados por diferenças de gênero, que se caracterizam pela opressão e abuso da mulher pelo homem (STREY, 2004).

2.2 Violência e gênero: Histórico da (in) visibilidade da violência contra a mulher

Segundo Meyer (2003), historicamente, o termo gênero surgiu a partir dos estudos realizados por mulheres impulsionados pelo movimento feminista. A partir da década de 70, estudiosas anglo-saxãs começaram a utilizar o termo *gender*, traduzido para o português como gênero. A historiadora americana Joan Scott (1990) através de seu artigo intitulado *Gênero: Uma Categoria Útil para Análise Histórica*, publicado em 1986 e traduzido no Brasil em 1990, contribuiu, significativamente, para o desenvolvimento dos estudos de gênero. A autora cria sua definição de gênero como um conceito mutante e polissêmico, concebido de forma geral como “forma de organização social da diferença sexual”.

Meyer (2003) lembra que o registro dos movimentos de mulheres é baseado na primeira e segunda fase do movimento feminista. A autora esclarece que a primeira fase tem como referência o movimento sufragista, a qual buscou permitir e ampliar o direito de voto às mulheres.

No Brasil, esse período durou da Proclamação da República, em 1890, até a extensão do direito de voto às mulheres, o qual foi efetivado através da Constituição de 1934, ou seja, quarenta e quatro anos depois. O direito de voto às mulheres possibilitou o surgimento de novas reivindicações, entre essas o direito à educação e a novas condições de trabalho. A partir de Meyer (2003), pode se concluir que, nesse primeiro momento, o feminismo se caracterizou pela busca de direitos e reconhecimento da situação social, política e econômica das mulheres.

A segunda fase situa-se a partir dos anos 60 e 70 do século XX e caracteriza-se pela necessidade de investimento em produção de conhecimento, desenvolvimento científico de estudos e pesquisas sobre a subordinação social e a invisibilidade política pela qual as mulheres haviam sido submetidas. Essa fase tinha como objetivo primordial a denúncia, a

compreensão e a explicação da história social, econômica e política das mulheres deste período (MEYER, 2003).

Partindo de tais considerações, percebe-se que, no período anterior ao feminismo, os temas considerados marginalizados na academia, na literatura e na política eram temas relacionados às mulheres e a todo o campo de atuação feminino. Os temas apreciados e considerados relevantes para a época diziam respeito à política, à economia e à vida social de homens, discutidos sempre a partir da visão masculina. Do mesmo modo, os temas atuais continuam a sugerir que a função natural da mulher é cuidar do lar e da família.

Simone de Beauvoir (2009) contribuiu de forma significativa para o estudo das relações de gênero com seu pioneirismo e influência intelectual. Seus estudos precederam à formulação do termo gênero. Através de seu livro, lançado em 1949, tornou-se célebre pela afirmação “não se nasce, mas se torna mulher”. Tornar-se significa a transição do sexo (biológico) ao gênero (social), sugerindo que o feminino não é apenas um dado biológico, mas uma construção sócio-histórico-cultural, o que faz como que seja necessário questionar a condição das mulheres e reivindicar sua participação na vida pública, no universo discursivo e nas esferas de poder.

Simone de Beauvoir (2009) discute, também, os motivos pelos quais a mulher se submete à opressão. Segundo a autora, ao aceitar essa condição repressora, o sexo feminino estaria sendo cúmplice da dominação masculina, cabendo, portanto, à mulher reverter essa situação.

As relações de gênero advindas do patriarcado colocam que o órgão sexual determina as funções sociais. Assim, a sociedade estabelece uma identidade social, que é construída através dos diferentes papéis que são atribuídos a homens e a mulheres. “A sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que podem operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem.” (SAFIOTTI e ALMEIDA, 1999, p 8)

A análise desse referencial histórico contradita a naturalização das diferenças entre os sexos. É possível afirmar que os papéis designados a homens, ou às mulheres, não são atribuições naturais ou biológicas, mas sim construídos de acordo com as necessidades sócio-econômicas de cada sociedade. Segundo Guedes e Pedro (2010), isso pode ser comprovado através de relatos de uma sociedade matriarcal, anterior à origem da propriedade privada, na qual a mulher detinha o poder e dominava as relações, sendo o homem submisso a ela, uma vez que se acreditava que esta (a mulher) era a única detentora dos meios de reprodução e, por

este motivo, se acreditava que possuísse algum poder divino e sagrado, merecendo o respeito do homem. Para Grisci (1994, p. 33):

Nas civilizações mais antigas, embora não seja uma idéia unânime entre antropólogos e historiadores, a sociedade era matriarcal. Caracterizava-se como um sistema organizado e dirigido por mulheres, na qual a maternidade, considerada um dom da natureza, imbuía-as de poder.

Após o conceito de gênero ser constatado com mais propriedade, é possível observar, com maior clareza, as discriminações relativas a gênero. Na maior parte delas, a mulher deve apresentar características como sensibilidade, protetora da prole e do lar, procriadora, dentre outras que revelam o sexo frágil. Aos homens, ao contrário, são exigidas características como a de responsável por solucionar problemas, provedor do lar e insensibilidade. Não é permitido que o homem revele suas emoções ou que demonstre qualquer tipo de sensibilidade (GUEDES e PEDRO, 2010).

Ter ciência deste fato, uma conquista possível com os estudos de gênero, põe a necessária luta na construção do próprio conceito de gênero que figura como um dos aspectos fundantes no protagonismo das mulheres na luta pela concretização de seus direitos humanos e de cidadania. Sendo assim, a luta das mulheres está na libertação das amarras de um senso moral construído pela cultura machista, cristalizada durante séculos. Não é apenas pela igualdade econômica e política que as mulheres conquistam seu espaço, mas são, também, na construção de uma sociedade livre de relações preconceituosas e discriminações. Trata-se de uma luta pela liberdade para além da equiparação de direitos.

Uma das principais áreas temáticas de investimento do movimento feminista foi a violência contra a mulher, a qual tem sua literatura desenvolvida a partir da década de oitenta (SANTOS e IZUMINO, 2005). Almeida (1998) afirma que, nesse período, as representantes do movimento feminista decidiram questionar e intervir no poder instituído participando ativamente na elaboração de políticas públicas e órgãos de defesa dos direitos das mulheres, em nível municipal, estadual e federal. A partir destas intervenções foram criadas as primeiras Delegacias de Defesa da Mulher no Brasil. Temáticas como da saúde e da violência se tornaram objeto de interesse de pesquisadoras nas universidades, impulsionados pelas demandas de grupos e instituições ligadas ao movimento feminista.

Em seguida, vieram sucessivas conquistas por parte das mulheres, que também se evidenciaram na Constituição Federal de 1988 e nas modificações do sistema jurídico para a análise de situações de violência de gênero. Para Schraiber et al. (2002), os avanços com

relação à criação de instituições de proteção específicas para mulheres agredidas somente se deu a partir de pressões originadas pelo movimento feminista:

Nos últimos trinta anos, a violência contra a mulher tem despertado o interesse da sociedade que a partir da pressão dos movimentos feministas tem buscado formas para o enfrentamento do problema, a exemplo da criação das delegacias de defesa da mulher e das casas-abrigo (SCHRAIBER et al., 2002)

Apesar das grandes conquistas femininas no último século, sobretudo estas legais que apresentamos, ainda há muito que fazer para que seja extinto o quadro de submissão feminina. É fundamental que o Estado invista cada vez mais nas Políticas Públicas voltadas para mulheres e que o protagonismo do movimento feminista amplie a presença das mulheres na cena pública, na luta pela garantia de direitos conquistados e ampliação de novos direitos. Trata-se, entretanto, de um movimento que não se consolida à revelia da construção do conceito de gênero, uma conquista das mulheres, mas sim na consolidação das mulheres enquanto sujeitos sociais e protagonistas de sua história .

Segundo o pensamento de Dantas-Berger e Giffin (2005), a contemporaneidade é uma época de “transição de gênero”. Pode-se perceber que há um movimento duplo, de conquista gradativa e incessante de direitos e melhores condições de existência por parte das mulheres, que, ao mesmo tempo, provoca a diminuição do poder patriarcal. A violência doméstica contra a mulher pode ser percebida, atualmente, como um sintoma do choque existente entre as concepções articuladas pelo movimento feminista e a cultura tradicional legitimadora do poder do homem. A partir desta situação é possível refletir-se que parte da base da identidade masculina assentada sobre a égide da força, da razão e do controle ficaram fortemente abalados. Segundo o sociólogo inglês Anthony Giddens (*apud* DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005):

É possível que boa parte da violência que os homens praticam hoje contra a mulher, não seja apenas a persistência do velho sistema, e, sim, uma incapacidade ou recusa de adaptar-se ao novo. Ou seja, não é apenas a continuação do patriarcado tradicional, mas uma reação contra a sua derrocada.

A violência de gênero, embora se apresente de diferentes formas, pode ser considerada a forma mais abrangente de violência contra homens, mulheres e crianças de ambos os sexos, já que compreende as esferas econômica, política e social. Os homens sofrem mais violência nas ruas, nos espaços públicos, enquanto mulheres e crianças sofrem a maior parte da violência no âmbito privado. Pode-se dizer que a violência de gênero ainda está

muito associada à violência contra a mulher, entretanto, não podem ser utilizadas como sinônimos, pois a violência de gênero abrange outras formas de violência, além da violência contra a mulher, já que abrange a violência entre homens, a violência contra a criança e o abuso sexual.

Portadora de características próprias, entre as quais sobressaem a perenidade e universalidade de sua ocorrência, a violência contra as mulheres também pode, portanto, ter seu caminho duramente traçado desde os primórdios da história de nosso país. Nas últimas décadas, esta vivência, solitária e silenciosa, das mulheres foi visibilizada pelo feminismo que, ao trazer para a cena pública o que, até então, era vivido como intimidade, tornou política uma questão entendida como natural ou, no máximo, como pessoal. Apesar das resistências, é possível dizer que, hoje, a violência contra as mulheres está instituída como uma questão política, social, cultural, econômica e de saúde, colocando-se como um problema para a consolidação da democracia no Brasil (PORTELLA et al, 2004).

2.3 O impacto da violência no contexto da saúde: Desafios na formação dos profissionais de saúde

A inclusão da violência na pauta do setor de saúde vem ocorrendo muito lentamente. Em toda a sociedade ocidental, e mais especificamente no Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais no campo programático da saúde. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) produziu um relatório mundial (2002) em que o termo “causas externas”, que tradicionalmente englobava “acidentes e violências” e era usado para categorizar o tema na Classificação Internacional das Doenças, foi substituído pela expressão “Violência e Saúde”.

A violência e os acidentes que afetam a saúde dos brasileiros são responsáveis pela segunda causa de mortalidade geral e é a primeira causa nas amplas faixas etárias de 5 a 49 anos (MINAYO, 2006). Sendo assim, a violência não é doença, mas propicia e perpetua doenças e vários sofrimentos e coloca a vida em risco. Por isso, é um problema de saúde coletiva e, também, da assistência à saúde da mulher.

No mundo em geral, e também no Brasil, os danos, lesões, traumas e acidentes causados por violências correspondem a altos custos sociais e emocionais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência no trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias

e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos (NJAINÉ, ASSIS e CONSTANTINO, 2009).

Ao sistema de assistência à saúde, propriamente dito, as consequências da violência, entre outros aspectos, infligem elevados gastos com estruturas pré-hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, processos muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais.

Para Minayo (2006), para se conseguir dimensionar e compreender o impacto da violência sobre a saúde fazem-se, imprescindíveis, abordagens inter e transdisciplinares que incluam uma visão quantitativa e qualitativa do fenômeno. Não basta quantificar os mortos, os feridos, as vítimas e os agressores. Essas pessoas fazem parte de uma realidade histórica e cultural e possuem, também, razões subjetivas. Saber a magnitude do fenômeno, mas também os seus sentidos e pré-requisitos para a formulação de programas de promoção e de prevenção propostos pelo setor saúde.

No Brasil, há vários anos vêm sendo realizadas pesquisas sobre problemáticas específicas e regionais. É, também, no final dos anos 80 que se iniciam estudos mais integrados, articulando reflexões da Filosofia, das Ciências Humanas e da Epidemiologia. Hoje, ainda que informalmente, há uma rede de comunicação e de informação que potencializa as pesquisas e descobertas da temática violência na área da saúde. Há, contudo, muito a ser implementado, tanto no que concerne a investigações como a propostas de ação e de intervenção nos serviços.

Partindo do pressuposto que o comportamento e consequências da violência podem ser evitados, o trabalho dos profissionais e pesquisadores para o aprimoramento das práticas e resultados é fundamental para o enfrentamento do problema. Para a OMS “a saúde pública constitui medida coletiva do Estado e da sociedade civil, visando proteger e melhorar a saúde dos indivíduos. Trata-se de prática social de natureza multidisciplinar” (OMS, 2002) capaz de enfatizar que a responsabilidade do setor de saúde não se limita a recuperar indivíduos doentes ou vítimas de traumatismos, mas ao mesmo tempo deve buscar o bem-estar da população como condição vital para o desenvolvimento pessoal e coletivo. Assim, entende-se que questões sociais, como a violência, são questões de saúde pública. Além do impacto na saúde física, psicológica ou sexual de suas vítimas, a violência social e interpessoal tem efeitos que afetam o desenvolvimento pleno do ser humano (CONCHA-EASTMAN & MALO, 2007).

A área da saúde tem, tradicionalmente, concentrado seus esforços em atender os efeitos da violência: a reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações. Ultimamente, sobretudo em relação a alguns agravos, como violência contra a criança e a mulher, começa a haver uma abordagem que inclui aspectos psicossociais e psicológicos, tanto em relação ao impacto sobre as vítimas, como no tocante aos fatores ambientais e à caracterização dos agressores (VETHENCOURT,1990; COSTA, 1986).

Segundo os estudos de Guedes, Silva e Fonseca (2009), nos serviços de saúde, muitas vezes, evidenciam-se três aspectos cujas intersecções potencializam os efeitos da violência e ampliam seu campo de atuação: o primeiro diz respeito à tendência da mulher não denunciar a agressão sofrida, seja ela física ou psicológica, apresentando apenas queixas vagas e recorrentes nos serviços de saúde referentes aos danos físicos. Depois, há o fato da predominância de uma qualidade tradicional da assistência pautada no modelo biologicista. Há, ainda, a influência do modo como foram construídas as identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam, para as mulheres, lugares de obediência e submissão. Esses três aspectos, inter-relacionados na dinâmica da realidade social, produzem a invisibilidade do impacto da violência sobre a saúde das mulheres.

Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) atentam para o fato de que a postura dos profissionais de saúde está voltada somente para as consequências da violência (lesões físicas e tratamento medicamentoso) e não para a identificação e prevenção deste problema. Abordando a questão da prática profissional, Moreira et al (2008) afirmam que os profissionais têm tido dificuldades para identificar possíveis casos de violência contra a mulher e que, por outro lado, as mulheres apresentam dificuldades de expressar a violência vivida. Dessa forma, configura-se, diante da atenção básica, um problema que merece destaque e carece de estratégias de intervenção que possam amenizá-lo.

Em seus estudos, Oliveira e Fonseca (2007) demonstram que os profissionais atribuem a falta de iniciativa para atuação acerca desses casos como um reflexo da falta de organização do serviço para este fim. Os autores constataam a falta de concretização das políticas públicas que incluam e organizem ações conjuntas das instituições para assistir essas mulheres e que o serviço ainda carece muito de apoio concreto para a atuação dos profissionais.

Signoreli, Auad e Pereira (2013) atentam para o fato de que os agentes comunitários de saúde possuem uma relação bem mais próxima com as mulheres da comunidade, frequentando suas casas e percebendo a violência doméstica, bem como as repercussões em sua saúde, mesmo sem a verbalização das mesmas. Já outros profissionais da equipe, sobretudo os médicos, se atrelam a exames que trazem dados inconclusivos, categorizando os achados como “queixas difusas” e acabam por não detectar o problema de forma eficiente.

Pode-se constatar, também, a falta de conhecimento por parte dos médicos acerca dos recursos comunitários disponíveis para possíveis encaminhamentos das mulheres vítimas de violência, delegando ao serviço de enfermagem tal função. Nos estudos de De Ferrante, Santos e Viera (2009), e também no de Pedrosa e Spink (2011), chama a atenção o fato de que, além das barreiras institucionais, há, no relato dos médicos, barreiras pessoais, que muitas vezes os impedem de agir adequadamente frente a uma situação de violência. Ou seja, entrar em contato com a violência produz forte mobilização afetiva nos profissionais gerando ansiedade, angústia e medo.

Diante do exposto, o setor de saúde é convocado a assumir a responsabilidade no que se refere à abordagem da questão da violência nas suas diferentes formas de expressão, desde ações de prevenção primária, passando por uma assistência de qualidade às vítimas, pela geração de informações e orientações e, finalmente, chegando à provocação de uma participação conjunta com outros setores que busque definir e executar políticas públicas integrais de prevenção à violência e promoção da saúde. A crescente discussão da temática, neste contexto, tem favorecido a elaboração de ações que minimizem os danos e evitem o aparecimento de novos casos, bem como a realização de pesquisas cada vez mais relevantes para avaliar e aprimorar o trabalho desenvolvido.

2.4 Histórico das Políticas Públicas no combate à violência contra a mulher

Até 1995, os casos de violência contra mulher eram julgados segundo o Código Penal Brasileiro. A Lei 9.099, de 1995, alterou o rito de julgamento passando o réu a ser chamado de acusado e as penas de privação de liberdade foram substituídas por penas alternativas para os crimes considerados de menor potencial ofensivo e cuja pena não ultrapassasse um ano. As penas variavam entre pagamento de uma pequena multa, entrega de cesta básica a instituição de caridade e, raramente, prestação de serviço a comunidade.

No entanto, a Lei 9.099/95 mostrou-se ineficaz no combate à violência doméstica. Resultou em banalização da violência contra mulher com um grande número de casos de repetição da violência envolvendo as mesmas pessoas. Não raro, a mulher era encorajada pelos atendentes do jurídico a retratar-se da representação e suportar mais uma promessa de que as coisas iriam mudar na sua realidade familiar. Havia casos em que a mulher, cansada das sucessivas agressões, levava adiante o prosseguimento da ação criminal, saía dos juizados especiais ainda mais fragilizada por ter sido aplicada a pertinente transação penal, ineficaz no combate à violência doméstica (MINAS GERAIS, 2008).

Após várias denúncias do movimento de mulheres sobre a ineficiência do Estado no combate à violência contra as mulheres foi elaborado, em 2004, o Projeto de Lei 4.559, que propunha a criação de mecanismos de coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher. A edição desta lei era necessária, tendo em vista a constatação de que a violência doméstica contra mulher possui índices alarmantes, e, além de fragilizar a mulher brasileira, traz consequências graves para toda a sociedade.

O texto de Lei foi editado pelo Congresso Nacional, com modificações, após debate em plenário e com os movimentos populares. Em agosto de 2006 foi sancionada, pela Presidência da República, a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha em homenagem a mulher que denunciou seu caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA) após a morosidade do processo penal contra seu agressor que, após duas tentativas de homicídio, deixou-a paraplégica.

A Lei Maria da Penha

Cria mecanismos de 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 Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006).

Para os efeitos dessa Lei, configura como violência doméstica e familiar contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006, p.01).

Entre outras inovações, essa Lei introduziu um novo conceito de violência doméstica e familiar contra a mulher, não restrito somente à violência física, mas às demais formas de violência. Trata-se da ampliação para o entendimento e o combate à violência moral,

psicológica, sexual e patrimonial. Além disso, equiparou esse tipo de violência como uma das formas de violação dos direitos humanos; modificou a atuação da Polícia Civil frente a casos de violência doméstica; estabeleceu amparo à vítima, através do atendimento por equipe multidisciplinar, como profissionais de saúde e da assistência social; determinou a participação ativa do Ministério Público em defesa da mulher; ampliou as formas de medidas cautelares ao agressor e medidas protetivas às vítimas, com efeitos civis e penais (MINAS GERAIS, 2008).

A consolidação dos direitos das mulheres, previstos em lei, se dá pela implementação de Políticas Públicas específicas para a prevenção e combate à violência. Para tanto, foi promulgada em 24 de novembro de 2003 a Lei 10.778, que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos, ou confirmados, de violência de qualquer natureza contra a mulher (BRASIL, 2003).

Assim, torna-se necessária a criação de redes intersetoriais para formulação e execução de ações que promovam os direitos das mulheres. Para Bourguignon (2001), redes intersetoriais são aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

Juntamente com a criação da primeira Delegacia para assistir casos específicos de violência contra a mulher foi criado, também, o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM). Esse conselho possui a missão de promover políticas para assegurar condições de igualdade às mulheres, sendo responsável pelo monitoramento das políticas públicas de combate à violência contra as mulheres, que estavam voltadas para a criação e manutenção de delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAMs) e de Casas-Abrigo (BRASIL, 2011).

Para o enfrentamento da violência, o estado do Piauí disponibiliza, para a mulher, a assistência na área da saúde, com o Serviço de atenção às mulheres vítimas de violência sexual – SAMMVIS; no setor jurídico, com a Defensoria Pública e o programa VIVA (Vítimas apoiadas) , como também, assistência policial com as Delegacias Especializadas da Mulher e da Infância e Juventude; assistência psicológica e social, com o Programa Sentinela, Casa de Zabelê, Casa Abrigo, Casa Maria Menino, Casa Savina Petrilli e o Abrigo Feminino (PIAÚÍ, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza do estudo

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo de caráter descritivo e exploratório, a qual Minayo (2010) caracteriza como um método voltado para os aspectos subjetivos, que possibilitam um aprofundamento nas redes de significações das ações e relações humanas.

O estudo descritivo caracteriza-se por descrever como determinado fenômeno acontece, suas características e relações com outros fenômenos, identificando suas causas. É, também, conceituado como aquele que aborda as características de um grupo social, incluindo o levantamento de opiniões, atitudes e crenças de um determinado grupo populacional (GIL, 2009).

Minayo (2010) afirma que o método qualitativo é aplicável quando se estuda a história, as relações humanas, as representações sociais, as crenças, as percepções e opiniões, as quais são produtos das interpretações de que os homens fazem sobre sua vivência, sentimentos e pensamentos. É o mais adequado para investigação de grupos, pois possibilita desvendar processos sociais pouco conhecidos, à medida que permite a construção de novas categorias.

3.2 Cenário do estudo

O cenário da pesquisa corresponde ao município de Teresina, capital do Estado do Piauí, mais especificamente as equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, da Regional Leste/Sudeste. A pesquisa foi realizada em 3 Unidades Básicas de Saúde – UBS referentes à Zona Leste da cidade. São elas: UBS Planalto Ininga, UBS Vila Bandeirante e UBS Bom Samaritano.

A ESF, no município de Teresina, é organizada e distribuída em regionais, considerando a localização na cidade. A Regional de Saúde Leste-Sudeste funciona em Centros de Saúde de Teresina-PI, que se constitui como operacionalizador do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas ações desenvolvidas são embasadas na política que norteia os princípios desse sistema e que tem como objetivo assistir à comunidade local na prevenção, promoção e recuperação da saúde. A Regional Leste/Sudeste, atualmente, conta com 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 26 urbanas e 9 rurais, composta por mais de uma

equipe de saúde da família, totalizando 94 equipes de Saúde da Família, sendo 82 urbanas e 12 rurais.

As Unidades Básicas de Saúde têm uma estrutura física adequada para atender e acompanhar a saúde da população, contendo: recepção para pacientes e acompanhantes, sala de espera, consultórios com e sem sanitários, sala de procedimentos, almoxarifado, consultório odontológico, área para depósito de material de limpeza, sanitário (para usuários), copa/cozinha, área para reuniões e educação em saúde, sala de curativos, sala de vacina, farmácia, sala de esterilização e estocagem de material, recepção, gerência/administração (BRASIL, 2006).

Convém destacar que o processo de trabalho da ESF demanda, além de atendimentos na UBS, atividades extra-muros exercida pela equipe multidisciplinar tais como, visitas, consultas e procedimentos domiciliares, além de reuniões com a comunidade (BRASIL, 2006).

A UBS é composta por equipes de ESF, onde cada equipe tem a responsabilidade por uma população delimitada entre 2.400 a 4.000 mil pessoas. As equipes da ESF são compostas, no mínimo, por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada conta, ainda, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal (BRASIL, 2006).

A UBS foi escolhida como cenário de estudo por permitir o contato com os participantes da pesquisa, já que é local onde os profissionais de saúde da Atenção Básica atuam, realizam busca ativa e é o elo entre os profissionais e a mulher vítima de violência, já que existe a possibilidade, destas, procurarem o serviço devido às consequências físicas oriundas da violência.

3.3 Participantes do estudo

Participaram, do estudo, os profissionais de saúde que integram a equipe de cada uma das UBS, sendo estes: três médicos, três enfermeiros, três odontólogos e três agentes comunitários de saúde, totalizando 12 participantes.

Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, no município de Teresina, há pelo menos 06 meses, que, atualmente, estejam lotados na regional leste/sudeste, que aceitassem voluntariamente contribuir com a pesquisa e tivessem disponibilidade de tempo para participar, portanto, foram excluídos indivíduos que

não se adequaram nessas características e os estagiários e os profissionais que exercem atividades voluntárias nas UBS.

Considerando a disponibilidade dos participantes do estudo após aceitação verbal, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 466/12.

3.4 Instrumentos e técnica de coleta dos dados

Elegeu-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas no período de agosto a dezembro de 2014, em uma sala reservada nas dependências do cenário de estudo, conforme disponibilidade dos sujeitos. Foram gravadas, após o consentimento dos participantes e transcritas na íntegra, preservando a fala dos sujeitos para o estudo posterior e análise dos dados colhidos, obedecendo aos horários e as limitações dos sujeitos.

As entrevistas foram realizadas pela mestrande e dois alunos do curso de Graduação em Enfermagem da UNINOVAFAPI, os quais foram treinados para essa atividade. O encerramento das entrevistas se deu após a saturação dos depoimentos, que ocorre, conforme Sá (1998), quando as ideias contidas nas falas dos participantes começam a se repetir ou a expressarem uma consonância entre as mesmas.

3.5 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temático proposto por Bardin (2014), que afirma “atualmente, e de um modo geral”, designa-se sobre o termo da análise de conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) desta mensagem. Ou seja, constituiu uma análise transversal, onde as entrevistas foram recortadas ao redor de cada tema-objeto, quer dizer, tudo o que foi afirmado acerca de cada objeto preciso no decorrer da entrevista foi transcrito

para uma ficha, seja qual for o momento em que a afirmação tenha tido lugar (BARDIN, 2014).

3.6 Aspectos éticos e legais

Os dados foram coletados após autorização do responsável pelo local da pesquisa (ANEXO A), respeitando a Resolução 466/12 do CNS/MS e a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa UNINOVAFAPI, sobre o CAAE N° 33701614.3.0000.5210 e o parecer N° 713.429 (ANEXO B).

Essa Resolução trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Ela incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

A participação se deu em total anonimato, permanecendo sigilosas as identidades dos participantes. Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE (APÊNDICE B) em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador, garantindo a segurança de ambos.

3.7 Riscos e Benefícios

Conforme preconiza a Resolução CNS 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Houve riscos previsíveis mínimos para os participantes desse estudo, tais como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores.

Para minimizar estes riscos, foi realizada a apropriada abordagem, priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas foram previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos indivíduos e estes ficaram à vontade para responder ou não aos questionamentos, tendo as identidades preservadas. As informações coletadas foram utilizadas exclusivamente com finalidade científica.

Acredita-se que o estudo pode trazer benefícios, mesmo que não imediatos, por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, possibilitando o conhecimento da

formação dos profissionais de saúde para a abordagem das mulheres vítimas de violência na Estratégia Saúde da Família no Município de Teresina-Piauí, através de proposta de projeto de educação permanente que beneficie a melhoria da qualificação do sujeito, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Manuscrito

ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Lorena Baltazar Nunes Villa¹

¹Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, PI. E-mail: lorenabalt1@hotmail.com

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida²

²Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Professora Orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNINOVAFAPI. E-mail: camila@uninovafapi.edu.br

Rosimeire Ferreira dos Santos³

³Farmacêutica. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher – Mestrado Profissionalizante da UFPI. E-mail: rosimeiref@gmail.com

Eliana Campelo Lago⁴

⁴Enfermeira e Odontóloga. Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professora Orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNINOVAFAPI. E-mail: eliana@uninovafapi.edu.br

Fabício Ibiapina Tapety⁵

⁵Odontólogo. Doutor em Clinical Dentistry pela Universidade de Niigata, Japão (U.NII). Professor Orientador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNINOVAFAPI. E-mail: ftapety@uninovafapi.edu.br

Endereço do autor responsável:

Lorena Baltazar Nunes Villa
Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro Uruguai. CEP: 64073-505.
Teresina (PI), Brasil (86) 9406-1301
E-mail: lorenabalt1@hotmail.com

RESUMO: O fenômeno da violência contra a mulher é considerado, atualmente, um problema de saúde pública e tem provocado vários estudos mundialmente. O objetivo da pesquisa consistiu em analisar a assistência dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na atenção à mulher vítima de violência. Efetuou-se um estudo qualitativo, realizado com 12 profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde de três Unidades Básicas de Saúde referentes à zona leste do município de Teresina, Piauí. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo temática. Os resultados apontam para a existência de um sentimento de ineficácia dos profissionais de saúde diante de casos de violência contra a mulher, para a insatisfação destes sobre a falta de capacitações e formações sobre o tema, resultando no surgimento de dificuldades referentes à identificação, abordagem e encaminhamento nos casos de atendimento às mulheres vítimas de violência. Considera-se fundamental que essa temática seja mais explorada, pelo fato de esse fenômeno se constituir diariamente nas instituições de saúde e sua produção científica ainda ser relativamente carente frente ao progresso da questão no âmbito geral da saúde.

Descritores: Violência contra a mulher. Estratégia Saúde da Família. Profissionais de saúde.

CARE PROFESSIONALS OF FAMILY HEALTH STRATEGY AT ATTENTION TO WOMAN VICTIM OF VIOLENCE

ABSTRACT: The phenomenon of violence against women is currently considered a public health problem and has led several studies worldwide. The aim of this study was to analyze the health care professionals of the Family Health Strategy in attention to women victims of violence. We conducted a qualitative study with 12 health professionals that make up the

health teams of three Basic Health Units regarding the east side of the city of Teresina, Piauí. Data collection was conducted through semi-structured interviews and data were analyzed according to thematic content analysis. The results point to the existence of a feeling of ineffectiveness of health professionals on cases of violence against women, to the dissatisfaction of the same about the lack of training and training on the subject, resulting in the emergence of difficulties relating to the identification, approach and referral in the case of assistance to women victims of violence. It is considered essential that this issue be explored further, because this phenomenon constitute daily in health institutions and their scientific production is still relatively lacking against the progress of the same general field of health.

KEYWORDS: Violence against women ; Family Health Strategy ; Health professionals.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher tem preocupado vários setores da sociedade em todos os níveis. Ela é apresentada como um fenômeno sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade e se caracteriza como qualquer ato de violência baseado em gênero, que resulte ou possa resultar em lesão física, agravo sexual, psicológico ou em sofrimento à mulher. Também é considerada violência a ameaça de cometer esses atos, a coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto na vida pública como privada¹.

As consequências da violência podem ser sérias para a saúde da mulher e facilitam o aumento do risco de vários outros problemas de saúde a longo prazo, podendo resultar em dores crônicas, doenças mentais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e alterações do comportamento como desordens alimentares e do sono, e, como consequência, ampliam-se para dimensões maiores, afetando a vida e a saúde da família como um todo².

Dados da World Health Organization (WHO) ³ publicados em 2013 revelaram que, no geral, 35% das mulheres em todo o mundo foram vítimas de violência física e/ou sexual por parte de um parceiro íntimo ou violência sexual por outras pessoas que não sejam do seu convívio. Embora as mulheres possam estar expostas a muitas outras formas de violência, esse número expressa uma grande porcentagem da população feminina.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge nesse contexto possibilitando uma nova visão de trabalhar a saúde, colocando a família como foco principal, com o propósito de facilitar a aproximação e a criação de vínculos entre profissionais e pessoas⁴. A ESF ocupa uma posição de grande aliada na assistência às mulheres vítimas de violência, alicerçando a construção de um fluxo de troca de experiências e conhecimentos. O vínculo que os profissionais de saúde constroem com a comunidade facilita suas intervenções, nascendo a possibilidade de criar um espaço de acolhimento e confiança para que as usuárias relatem as situações de violência vividas.

Apesar das alarmantes estatísticas sobre a violência no Brasil, ainda é escassa a consciência dos gestores do setor de saúde sobre a gravidade da situação e sobre o importante papel que a área da saúde pode desempenhar. No Piauí, há uma dificuldade de dados sobre a violência de gênero, assim como os demais estados e regiões do país, pois na maioria das ocorrências o registro é feito em serviços de pronto-socorro, nos distritos policiais e no Serviço de Atenção À Mulher Vítima de Violência Sexual – SAMVVIS, localizado na capital Teresina, deixando a desejar um levantamento da realidade sobre esses casos no estado⁵.

O Ministério da Saúde aprovou e publicou um documento chamado *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência*, visando orientar o setor de saúde quanto ao problema. Neste documento, o Ministério da Saúde entende que é preciso investir na compreensão do fenômeno da violência para diagnosticá-lo, notificá-lo melhor e buscar formas específicas de atuação; analisa a precariedade de informações sobre o tema e a

excessiva subnotificação, compreendendo-as como parte do reducionismo com que o modelo biomédico vinha trabalhando o tema ou, ainda, como fruto do desconhecimento, da negação, da negligência, da falta de preparação dos profissionais e das instituições⁶.

Considerando esse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a assistência dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família à mulher vítima de violência, englobando três Unidades Básicas de Saúde – UBS referentes à zona leste da cidade de Teresina-PI. A caracterização da assistência dos profissionais da atenção básica se torna uma proposta importante em termos de resultados que indicam novas demandas, metas e estratégias de trabalho na ESF, possibilitando conhecer melhor as necessidades relacionadas às políticas públicas que visem atenuar o sofrimento da condição da mulher vítima de violência.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo de caráter descritivo e exploratório, realizada em três Unidades Básicas de Saúde – UBS localizadas na Zona Leste da cidade de Teresina - PI. São elas: UBS Planalto Ininga, UBS Vila Bandeirante e UBS Bom Samaritano. Participaram do estudo os profissionais de saúde que integram a equipe das UBS, sendo estes: três Médicos, três enfermeiros, três odontólogos e três agentes comunitários de saúde, totalizando doze participantes. Os critérios de inclusão dos participantes foram: estar atuando na ESF no município de Teresina há pelo menos seis meses e integrar equipes da regional Leste/Sudeste da cidade.

Esleveu-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, as quais foram agendadas previamente e realizadas no período de agosto a dezembro de 2014, em uma sala reservada nas dependências das Unidades Básicas de Saúde, conforme disponibilidade dos sujeitos. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e

transcritas na íntegra, preservando a fala dos sujeitos para o estudo posterior e a análise dos dados colhidos, obedecendo aos horários e às limitações dos sujeitos.

O processo de análise dos dados realizou-se por meio da análise de conteúdo temática de Bardin⁷. Trata-se de uma série de técnicas voltadas à análise da comunicação que, ao se valerem de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visam marcar e classificar todas as unidades de sentido do texto, permitindo que do documento evidenciem-se suas principais regularidades.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 713.429, acordado com os requisitos da Resolução 466/12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise cuidadosa dos discursos permitiu identificar cinco categorias de significados, a saber: Formação e capacitação dos profissionais de saúde; Assistência dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher; Dificuldades na atenção à mulher vítima de violência; Demanda de casos de violência contra a mulher na ESF; e Políticas públicas no combate à violência contra a mulher.

Formação e capacitação dos profissionais de saúde

Os participantes da pesquisa demonstraram que a sua formação pouco contribuiu para um atendimento voltado à violência contra a mulher, fazendo com que surja, assim, um sentimento de grande ineficácia diante da demanda. Da mesma forma, verificou-se uma grande insatisfação dos profissionais a respeito da falta de capacitações oferecidas pelo Estado para que possam aperfeiçoar suas práticas relacionadas à violência contra a mulher. Percebem-se essas questões nas seguintes falas:

“(...) primeiro, que nesse tempo todo de atuação na ESF, eu não lembro de ter tido nenhuma capacitação ou curso oferecido pra gente voltado pra esse tema. Fora que é uma questão muito complicada de lidar. A gente não pode resolver isso. Nem nas pós-graduações que eu fiz, não vi em nenhum momento uma atenção especial pra esse tema. Lógico que é comentado, é falado sobre isso, mas de maneira superficial. Não tem uma disciplina específica que ensine os profissionais como trabalhar com a violência contra a mulher...”

(Entrevistado nº 2)

“ (...) falta capacitação para os profissionais de saúde. Nós não temos condições de atuar especificamente nessa área, pois não sabemos como. O máximo que faço é chamar atenção, dar alguma opinião, etc. Mas ainda temos muitas dúvidas.”

(Entrevistado nº 3)

É possível identificar que os profissionais percebem que ainda não conseguem trabalhar em uma perspectiva inclusiva, emancipatória e intersetorial. Esses dados corroboram com o estudo de Vilela⁸, quando este aponta que os profissionais de saúde recebem pouco ou nenhum treinamento para atender as mulheres vítimas de violência, na perspectiva de contribuir para o rompimento do círculo de violência em que estão inseridas, cabendo a cada profissional criar estratégias para lidar com a problemática. Essas ações são essenciais no sentido de garantir a integralidade na atenção à saúde.

Percebe-se então que o não preparo profissional, seja durante a graduação ou na atuação profissional, conduz, muitas vezes, a um atendimento de forma "pessoal", distanciando-se de uma assistência qualificada e singular no que tange à especificidade e necessidades de cada vítima de agressão.

Oliveira e Fonseca⁹ destacam essa questão ao alegarem que a situação possa até ser reconhecida como violência, mas não como objeto da intervenção em saúde. Dessa forma, em muitos dos casos em que o sujeito optou por intervir, vê sua ação como pessoal e até mesmo uma demonstração afetiva e não profissional. Não reconhecendo nenhuma qualidade técnico-

científica nesse agir, os profissionais consideram tais ações deslocadas e ineficazes, ainda que as tenham ocupado.

Contribuindo com a temática, os estudos de Lettiere et al¹⁰ apontam que há falta de orientação para lidar com o tema, observando que os currículos das faculdades ainda não estão preparados para abordar a questão de forma multidisciplinar. A política nacional de saúde instaurada com o SUS e, conseqüentemente, a ESF pressupõem a atenção à saúde que amplie o recorte do objeto de trabalho para além dos limites do biológico, de modo a considerar as formas de trabalhar e caminhar a vida na sociedade como determinantes do processo saúde/doença. Porém, como afirmam Franzoi et al¹¹, no cotidiano das práticas, essa política, em alguns aspectos, não tem se concretizado, pois, historicamente, os profissionais, desde a formação, não têm tido suporte com tecnologias específicas para a abordagem de problemas complexos que fogem à lógica singular e biologicista da atenção em saúde.

Assistência dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher

No que se refere à assistência dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família sobre o tema, a maioria dos entrevistados afirma que não há atuação voltada especificamente para a violência contra a mulher. Referem-se à saúde da mulher de forma geral e citam palestras, atividades e planejamento a respeito da prevenção do câncer de mama e de útero, importância do pré-natal adequado e prevenção de DST's.

“Nós não atuamos diretamente com esse tema. Não temos nenhuma atividade específica para isso.”

(Entrevistado nº 4)

“Não é feita nenhuma atividade desse tipo na área da odontologia da UBS.”

(Entrevistado nº5)

“Nunca tive nenhum atendimento relacionado a esse tema.”

(Entrevistado nº 6)

“Aqui nunca houve procura no serviço por causa de violência contra a mulher. Portanto não atuamos nessa área.”

(Entrevistado nº 8)

Assim, percebe-se que o fato de inexistir procura ao serviço com essa demanda não significa que não seja uma área de atuação possível para os profissionais de saúde. Ainda que muitas das consequências da violência sejam claramente notáveis – como uma fratura ou contusão – a revelação da relação dessas lesões com a violência vivida pelas mulheres não é um processo simples e exige, além de conhecimento sobre o problema e suas manifestações, grande sensibilidade por parte das equipes profissionais para identificar e saber como abordar essa mulher¹².

Conforme argumenta Batista¹³, o mais comum é que os profissionais de saúde não identifiquem a violência como um problema de saúde, mesmo quando a mulher sugere que sua história de violência seja registrada em prontuário. Os estudos de Pedrosa e Spink¹⁴ propõem que os profissionais não são preparados para interagir de forma ativa e de estabelecer vínculo com o paciente, de modo que, geralmente, as sintomatologias são tratadas e ignora-se a história de vida da pessoa, havendo uma dificuldade em manter uma atitude de escuta durante o atendimento. Tais situações comprometem a assistência adequada à mulher.

Atualmente, diversas organizações não-governamentais feministas têm produzido material didático, com orientações sobre o tema, e oferecido treinamentos aos profissionais de saúde de modo que eles possam identificar, apoiar e dar o devido encaminhamento às vítimas de violência. Um avanço já pode ser percebido no que tange ao enfrentamento da violência sexual pelos serviços de saúde. Tais medidas resultam tanto da compreensão de que a violência representa uma violação dos direitos humanos, como também do reconhecimento de que esta é uma importante causa do sofrimento e adoecimento, sendo fator de risco para diversos problemas de saúde (físicos e psicológicos)⁶.

Apesar desses avanços, os serviços de saúde nem sempre oferecem uma resposta satisfatória para o problema, que acaba diluído entre outros agravos, sem que seja levada em consideração a recorrência do ato que ocasionou aquela morbidade.

Segundo Silva¹⁵, esta "invisibilidade" da violência decorre do fato de alguns setores ainda se limitarem a cuidar dos sintomas das doenças e não contarem com instrumentos capazes de identificar o problema. Desta forma, as intervenções acabam por mostrar respostas insuficientes dos serviços para as necessidades das mulheres, pois, uma vez que a situação de violência não se extingue, as repercussões sobre o adoecimento físico ou mental ressurgem e voltam a pressionar os serviços¹⁶.

Do total de entrevistados, apenas 33,3% referiram alguma atividade voltada para a violência contra a mulher, como se pode observar nas falas abaixo:

“As atividades na UBS são palestras relacionando o tema violência contra a mulher, utilizando de métodos da educação em saúde para identificar fatores de ocorrência.”

(Entrevistado nº 7)

Já foi feito algumas palestras. Geralmente é no dia de hipertensos, ou no dia relacionado só à saúde da mulher. A gente tenta abordar esse assunto, explicando.”

(Entrevistado nº 9)

Utilizamos os métodos da educação em saúde através de palestras com grupos de risco coletivo... Todas as quintas fazemos esse grupo e os temas são variados.

(Entrevistado nº 10)

“Na nossa equipe temos alguns trabalhos relacionados à mulher. Dentre eles nós temos estratégias voltadas à violência sofrida pela mulher. O nosso trabalho se volta para orientação, através de palestras e grupos de discussão. Muitas mulheres são desinformadas e não sabem nem quais são os tipos de violência e nem que estão sofrendo um dos tipos de violência. Atuamos oferecendo informações e palestras sobre o tema.”

(Entrevistado nº 11)

O Ministério da Saúde⁶ aprovou e publicou um documento chamado *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência*, visando orientar o setor

de saúde quanto ao problema. Neste documento, o Ministério da Saúde entende que é preciso investir na compreensão do fenômeno da violência para diagnosticá-lo, notificá-lo melhor e buscar formas específicas de atuação.

A atenção básica de saúde pode vir a ser uma eficaz porta de entrada para a mulher que está vivendo relações violentas de gênero. Os estudos de Oliveira e Fonseca ⁹ dão conta de que os serviços de saúde muitas vezes podem ser escolhidos pelas mulheres para relatar a situação de violência em que vivem. Neste caso, deveria ser adotado o acolhimento, caracterizado por uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho.

No entanto, verificou-se que a maioria dos profissionais entrevistados evidencia em suas falas os limites e impossibilidades de atuação. Nesse sentido, ao contrário do que poderia se esperar dos profissionais de saúde de estarem em posição estratégica para detectar riscos de violência, a maioria se mostra tímida em suas ações.

Dificuldades na atenção à mulher vítima de violência

A delimitação do espaço da assistência na atenção às mulheres vítimas de violência inclui as dificuldades de atuação que vão além da barreira da formação profissional, em que se encaixam a falta de suporte institucional e de equipe multidisciplinar no quadro funcional, fazendo com que as ações dos profissionais fiquem restritas, conforme apresentado nas falas:

“(...) tem que ter profissional mais habilitado pra isso também, como psicólogo e assistente social. Pois só a gente não consegue resolver nada. Não é só a gente querer conversar e pronto, problema resolvido. Fica um trauma na cabeça dessas mulheres e elas precisam de acompanhamento de um psicólogo também (...)”.

(Entrevistado nº 1)

“(...) isso é uma questão difícil. Eu, como dentista, não chega a mim nenhum caso desses. Porque eu acho que é a pessoa que tem que tomar a iniciativa, quem sofreu a agressão deve procurar ajuda, se ela não quer falar sobre isso,

não podemos fazer nada. Se tivesse uma assistente social aqui, seria melhor.”

(Entrevistado nº 2)

“Se tivéssemos a participação de psicólogos ou serviço social teria um andamento bem melhor. A estrutura da ESF tem que ser voltada a outros profissionais para dar apoio para uma conduta correta e mais completa para o usuário.”

(Entrevistado nº 11)

As Unidades de Saúde têm potencial para identificar os casos de violência e o vínculo que mantém com a população é favorável nas ações de intervenção. Entretanto, os profissionais apresentam dificuldades para essa prática, tais como as relacionadas ao medo, à insegurança, ao receio e ao constrangimento na abordagem à mulher vítima de violência, faltando também informação a respeito de uma rede articulada para assistência a essas mulheres. Tais condições mostram-se presentes na fala dos participantes do estudo:

“É muito difícil um atendimento com alguém que sofre violência. Porque ela só fala se quiser, não podemos forçar ninguém. Como vou invadir a privacidade alheia? E não sei se esse é nosso papel.”

(Entrevistado nº 4)

“Essas questões não chegam no consultório.”

(Entrevistado nº 2)

“Caso tenha uma situação dessa, acho que o certo seria conduzir para a enfermeira ou para a médica intervir.”

(Entrevistado nº 6)

Abordando a questão da prática profissional, Moreira et al ¹⁷ afirmam que os profissionais têm tido dificuldades para identificar possíveis casos de violência contra a mulher, e que, por outro lado, as mulheres apresentam dificuldades de expressar a violência vivida. Existem dificuldades no que se refere à identificação, atendimento, notificação e encaminhamento das mulheres em situação de violência para os serviços especializados,

reforçando a ideia de que, de forma geral, os profissionais não se sentem capacitados para lidar com este problema.

Frente à fragilidade para atuar, os profissionais tendem a se conduzir por protocolos institucionais, os quais são exatas sequências de ações a serem desenvolvidas, representando um poderoso instrumento de orientação técnica que determina a competência de cada profissional, tal qual a *Ficha de registro de atendimento das situações de violência sexual para os serviços de saúde*, disponibilizada pelo Ministério da Saúde¹⁸ e a qual não parece pertencer à rotina dos profissionais de saúde entrevistados:

“Não me lembro de ter utilizado alguma vez um protocolo de atendimento específico para casos de violência. Como eu disse, esses casos não chegam até o consultório.”

(Entrevistado nº 2)

“Parece que tem um documento pra casos de violência, mas não chegamos a usar.”

(Entrevistado nº 9)

Na ausência destes, os profissionais se sentem inseguros. Ao medicalizar o corpo da mulher que sofreu violência, se reafirma a ideologia médica de definir a realidade apresentada, obscurecendo a raiz social, política e cultural do problema¹⁰.

Demanda de casos de violência contra a mulher na ESF

A demanda de casos de violência contra a mulher na rotina ocupacional dos profissionais entrevistados é praticamente nula. Pode-se observar, por meio dos relatos, que quando a demanda da mulher em situação de violência surge, ela se apresenta sempre de forma implícita, ou seja, não é esta situação que diretamente a leva para as unidades de saúde e sim as consequências e sequelas da violência.

A violência aparece como demanda "explícita" apenas nos casos de violência sexual praticada por estranhos. A violência praticada contra as mulheres pelos parceiros, no âmbito

doméstico, seja ela física, sexual, ou psicológica, não constitui uma demanda imediata para os serviços de saúde¹⁹.

“Olha, conduzi só um atendimento nessa área. Na verdade, acompanhei um caso, onde nas visitas domiciliares foi identificado que a mulher sofria violência física do marido.”

(Entrevistado nº 12)

“Nunca atendi nenhum caso diretamente por causa de violência contra a mulher. Caso mesmo de vir para cá pra UBS.. nenhum.”

(Entrevistado nº 10)

Ainda não tive nenhum atendimento voltado pra esse tema.

(Entrevistado nº 8)

Esta constatação sugere que, apesar de em alguns casos conseguirem identificar a violência, alguns profissionais ainda encontram dificuldade percebê-la como demanda de ação específica para o setor saúde, o que, certamente, repercute no seu envolvimento e intervenção posterior.

Políticas públicas no combate à violência contra a mulher

Quando questionados acerca das políticas públicas relacionadas ao combate à violência contra a mulher, a maioria dos profissionais demonstra o reconhecimento das principais modificações feitas na atualidade através de Normatizações, criações de Leis, campanhas e projetos em benefício às mulheres. Porém, expressam que ainda faltam muitas mudanças, como se pode perceber nas seguintes falas:

Acho que as políticas públicas estão fracas! Primeiro porque é um tema de suma importância e que nós poderíamos abordar, nós temos condição de fazer isso, mas não temos capacitação.

(Entrevistado nº2)

Acho que as políticas são escassas. Pois a violência está presente na nossa vida todos os dias e é um problema de todos. Mas infelizmente, não temos capacitação para atuar diante desse problema. Existem muitas campanhas boas contra a violência, de conscientização para a sociedade. Mas não existe

nada voltado para nós, profissionais de saúde. Podemos ajudar, mas não sabemos como.

(Entrevistado nº4)

Em seus estudos, Oliveira e Fonseca⁹ constataam a falta de concretização das políticas públicas que incluam e organizem ações conjuntas das instituições para assistir essas mulheres e que o serviço ainda carece muito de apoio concreto para a atuação dos profissionais.

Considerando os diferentes momentos e contextos históricos, pode-se observar que diversas políticas foram criadas, mas poucas efetivadas e executadas com plenitude. No entanto, a violência contra a mulher é um problema complexo que não se resolverá de forma simples e rápida. Encontrar soluções representa um enorme desafio para as mulheres em geral e para os demais segmentos da sociedade. Diante desse cenário, as políticas preventivas são fundamentais. O combate à violência contra a mulher exige ações integradas em diversos níveis, áreas e instâncias. Também é necessário conquistar a estabilidade dos órgãos de apoio para garantir a continuidade das políticas públicas²⁰.

CONCLUSÃO

Diante da realidade encontrada no estudo, a qual revela a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com um tema que os coloca cotidianamente perante seus valores, como no caso da violência contra a mulher, fica evidente a necessidade de melhorar a qualificação dos recursos humanos em saúde para o devido acolhimento das mulheres vítimas da violência. A sensibilização dos profissionais para a existência e magnitude da violência contra a mulher, bem como o seu reconhecimento como um problema que precisa ser enfrentado também pelo setor de saúde, é uma tarefa fundamental.

No entanto, as ações não devem se limitar apenas às sensibilizações. Espera-se que as políticas de prevenção e assistência à mulher contemplem a discussão das relações de gênero, a atuação crítica e contínua, descentralizada, interdisciplinar e intersetorial. Por meio dos serviços oferecidos, as mulheres têm a possibilidade de recuperar a história de violência que enfrentaram, podendo, assim, refletir sobre ela, o que as leva a tomarem uma posição, saírem do papel passivo de vítima e reagir de acordo com suas possibilidades.

Apesar das dificuldades apontadas e dos limites que elas representam, existe a possibilidade de se criar, no espaço de atuação das equipes de saúde da família, estratégias locais para o enfrentamento da violência contra a mulher. Para tanto, é necessária, antes de tudo, uma nova postura profissional alicerçada na reflexão sobre as relações sociais de gênero e complexidade da violência contra a mulher. Aliada a esta reflexão há que se buscar junto às próprias mulheres a construção de alternativas de enfrentamento da violência.

LBN Villa e CAPL Almeida: trabalharam na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

RF Santos, EC Lago e FI Tapety: trabalharam na interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

REFERÊNCIAS

1. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FBM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2005 Jan [acessado 2015 fev 12];67(2): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/14.pdf>
2. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 Mar

[acessado 2015 fev 8]; 2013;34(1). Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n1/23.pdf>

3. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013.

4. Paim J et al. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* 2011;377(9779):11-31.

5. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCG, Nunes BDC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. *Rev Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet] 2004 Mar [acessado 2015 fev 8] 2004;26(2):111-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n2/a05v26n2.pdf>

6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

7. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2014.

8. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc.* [Internet] 2011 Jun [acessado 2015 fev 12] 2011;20(1):113-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/14.pdf>

9. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2007 Dez [acessado 2015 fev 12] 2007;41(4):605-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/09.pdf>
10. Lettiere A, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet] 2008 Set [acessado 2015 fev 12] 2008;42(3):467-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a07.pdf>
11. Franzoi NM, Fonseca RMGS, Guedes RN. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2011 mai-jun [acessado 2015 fev 12] 2015;19(3):589-97. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_19.pdf
12. Gomes APPF. Situação de saúde e violência contra as mulheres no Recife –PE. 149 f. Dissertação de Mestrado (Saúde Pública) - Centro de pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife-PE, 2008.
13. Batista KBC. Violência contra a mulher e Programa Saúde da Família: a emergência da demanda na visão dos profissionais. In: Vilela W, Monteiro S (Org.). *Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em Questão*. São Paulo: Arbeit Factor, 2005;1:11-16.

- 14.** Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc.* [Internet] 2011 jan-mar [acessado 2015 fev 12] 2011;20(1):124-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>
- 15.** Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saude Coletiva.* [Internet] 2003 out [acessado 2015 fev 12] 2003;19(2):263-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800008>
- 16.** Schraiber LB, D'oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saude Publica.* [Internet] 2002 ago [acessado 2015 fev 12] 2002;36(4):470-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013>
- 17.** Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. . Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública.* [Internet] 2008 out [acessado 2015 fev 12] 2008;42(6):1053-59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000058>
- 18.** Brasil. Ministério Da Saúde. Norma Técnica. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 19.** Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de

Janeiro. *Interface*. [Internet] 2009 jan-mar [acessado 2015 fev 12] 2009;13(28): 165-74.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100014>

20. Azevedo RG. Sistema penal e violência de gênero: análise sóciojurídica da Lei 11.340/06. *Sociedade e Estado*. [Internet] 2008 jan - abr [acessado 2015 fev 12] 2008;23(1):124. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v23n1/a05v23n1.pdf>

4.2 Produto

“ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA.”





SUMÁRIO

Apresentação	04
Por que as mulheres suportam tanto tempo a violência doméstica?	05
O ciclo da violência	06
Conversando com mulheres vítimas de violência	07
> Revelando o problema	
> Acolhendo o relato espontâneo	
> Perguntando quando há suspeitas	
> Perguntando indiretamente	
> Perguntando diretamente	
> Suspeitando do problema	
Principais componentes da rede de	
enfrentamento à violência contra a mulher	12
Lista de endereços e telefones úteis	15
Referências	16



O CICLO DA VIOLÊNCIA

Fase 1: Evolução da tensão

Atitude do agressor: Conduta ameaçadora e violenta, com agressões verbais e destruição de objetos da casa.

Atitude da vítima: Passiva, paciente, sente-se responsável pelas explosões do agressor, constrói justificativas para o comportamento violento (cansaço, desemprego, bebidas alcoólicas, etc.).

Fase 2: Incidente de agressão

Atitude do agressor: Tensão além do limite, comportamento descontrolado, agressões de grande intensidade e ausência de amêdo à vítima. A cada novo ciclo as agressões se tornam mais violentas.

Atitude da vítima: Fragilizada. Em algumas situações, por não suportar mais a constante sensação de medo e ansiedade, a vítima acredita que não tem controle da situação.

Fase 3: Comportamento gentil e amoroso

Atitude do agressor: Arrependimento. Torna-se atencioso e carinhoso. Faz promessas de mudanças. A cada novo ciclo a duração dessa fase diminui.

Atitude da vítima: Sente-se iludida e enganada, acredita na mudança de comportamento do agressor, confiando que os episódios de violência não se repetirão. Aos poucos, a relação retorna à 1ª fase (tensão).

Em relacionamentos abusivos, a repetição do ciclo de violência condiciona a mulher a um sentimento de incapacidade, e acredita que não é possível controlar o que acontece consigo, tornando-se desmotivada e completamente passiva.

ATENÇÃO! ESSES SÍMBOLOS TAMBÉM PODER APARECER DA FORMA COMO VÍTIMA ALGUMAS MULHERES ASSUM COMO PODER NUNCA CONHECER ESSE É MUITO UM MUNDO GERAL E CADA CASO PODE SE MANIFESTAR DE MODO DIFERENCIADO. PORÉM, É IMPORTANTE CONHECER O CICLO DA VIOLÊNCIA PARA AJUDAR AS MULHERES A IDENTIFICÁ-LO, COMEÇANDO POR O CASO, E PERCEBER QUE ELE SE REPETE.

06

CONVERSANDO COM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Revelando o problema

Para que relatos das situações de violência possam emergir, algumas condições institucionais são importantes. A falta destas condições não significa que não há nada a fazer, pelo contrário: a construção destas condições institucionais é em si um trabalho contra a violência e a favor de uma melhor qualidade de serviços de saúde. É importante que:

- O serviço tenha uma cultura institucional de respeito aos usuários, propiciando aos profissionais tempo e condições de escutar a mulher e estabelecer um diálogo com ela;
- Existam indicações claras no serviço de que este é um lugar aberto e preocupado com estas questões (cartazes, folders, bottons, recepção informada sobre o problema podem ajudar nisto);
- Existam espaços grupais, educativos, e atenção a dimensões psicossociais nos atendimentos, onde a emergência de temas como esses podem ser facilitadas;
- Os profissionais conheçam a relação da violência com a saúde, saibam detectar o problema e tenham alternativas assistenciais disponíveis para oferecer às mulheres;
- As pessoas sejam acolhidas e respeitadas quando têm vergonha do problema;
- As pessoas saibam que os profissionais do serviço se importam com situações deste tipo, podem oferecer recursos e não desvalorizar o seu relato ou fazer julgamentos sobre suas escolhas e situação de vida;
- A privacidade e a confidencialidade sejam garantidas.
- Exista informação sobre a rede intersectorial (serviços jurídicos, policiais, de orientação psicológica e social) que aborda o problema na região.

LEMBRE-SE:

NÃO NUNCA O TRABALHO SEM ESTAS CONDIÇÕES. SE ELAS NÃO EXISTEM EM SUA INSTITUIÇÃO, A PRIMEIRA TAREFA É CONSTRUI-LAS!

07

Para que possamos identificar as mulheres em situação de violência existem diversas propostas:

ACOLHENDO O RELATO ESPONTÂNEO

Não são apenas mulheres com o corpo cheio de hematomas que podem nos lembrar situações de violência. Existem falas não tão claras que podem significar um pedido de ajuda e devem chamar nossa atenção, como relatos de:

- Ataques a seres queridos, objetos pessoais, ou a animais de estimação;
- Restrição de liberdades individuais (impedimento de trabalhar fora, estudar, ou sair de casa, mesmo para visitas a familiares);
- Práticas que resultam em restrições de liberdades, como não disponibilizar dinheiro; ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas;
- Humilhação (maus tratos, desqualificações públicas ou privadas), xingamentos e ofensas por conhecidos e/ou familiares;
- Discussões e brigas verbais frequentes;
- Ameaças de agressão; ameaças com armas ou instrumentos de agressão física;
- Relações sexuais forçadas;
- Submissão a práticas sexuais indesejadas;
- Agressão física de qualquer espécie.

Muitas pessoas têm vergonha ou medo de abordar o problema, ou não acreditam que poderão encontrar alguma resposta sobre o assunto em serviços de saúde. Mas isto não significa que não podemos ajudá-las, ao contrário, podemos abrir canais de comunicação que facilitem este relato e seu acolhimento.

O primeiro passo do cuidado é o **ACOLHIMENTO**, que significa uma disponibilidade do profissional para realizar uma escuta sensível e atenta que permita criação de vínculos de confiança com o usuário e favoreça o compartilhamento de suas angústias e vivências de violência. Isso possibilita a identificação dos casos e assim o profissional pode atuar facilitando o acesso às ações de saúde disponíveis.

Quando a mulher vítima da violência consegue falar, expor sua subjetividade, a partir da experiência traumática, poderá atribuir um novo significado à vivência armazenada, e, ao fazê-lo, será possível mudar a significação do sofrimento, e, assim, superá-lo.

PERGUNTANDO QUANDO HÁ SUSPEITAS:

A melhor estratégia para lidar com este problema é a pergunta direta, que facilita as pessoas que querem discutir a questão e a iniciar a abordagem do assunto. A disponibilidade do profissional para ouvir os problemas da pessoa em atendimento e sua preocupação com as raízes de seu sofrimento também são importantes para a detecção do problema.

PERGUNTANDO INDIRETAMENTE

Sabe-se que mulheres que apresentam estas queixas muitas vezes têm problemas em casa. Por isto pode-se abordar esse assunto através de qualquer uma destas perguntas:

- Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?
- Você está com problemas no relacionamento familiar?
- Você se sente humilhada ou agredida?
- Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?
- Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?
- Quando vocês discutem, ele fica agressivo?

PERGUNTANDO DIRETAMENTE

- Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você?
- Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto aconteceu com você?
- Você já foi forçada a ter relações com alguém?

SUSPEITANDO DO PROBLEMA

Alguns sintomas mostram-se consistentemente associados com a violência contra a mulher, e podem servir de critério para selecionar para quem perguntar. São eles:

- Transtornos crônicos, vãos e repetitivos;
- Entrada tardia no pré-natal;
- Companheiro muito controlador, reage quando separado da mulher;
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Dor pélvica crônica;
- Síndrome do intestino irritável;
- Transtornos na sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão;
- Ansiedade;
- História de tentativa de suicídio;
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada

ESCOLHA É UM MOMENTO QUANDO PESSOAS DIRETAMENTE UMA ÁRREDE DE RESERVO
INTERESS E NÃO-VULGARISMO E A MANUTENÇÃO EXATIDA DO SEU SÃO PROFISSIONAIS
E NECESSÁRIO TAMBÉM RESERVAR O TEMPO DO USO DO O NOSSO PROFISSIONAIS COM POUCO TEMPO
PARA REVELAR O PROBLEMA E OFERECEB AS ORIENTAÇÕES CABÍVEIS

10

Quando houver algum destes sintomas, deve-se suspeitar do problema e introduzir ativamente o assunto. As perguntas acima podem ser feitas também a outras pessoas que por um motivo ou outro nos pareçam poder estar ou ter estado em situação de violência, já que o problema é frequente e o conjunto de sintomas aqui colocado não é definitivo. Quando há a suspeita, diversos estudos sustentam que a pergunta, direta ou indireta, é a melhor estratégia. Se a pessoa não estiver nesta situação, ela responderá com tranquilidade e perceberá a importância da pergunta para o coletivo de mulheres, desde que suficientemente esclarecida. Se a mulher negar e você estiver convencido de que não é verdade, respeite! É bom que ela saiba que estamos dispostos a ajudá-la.

O PROFISSIONAL ATUA NO SENTIDO DE:

- Escutar a história da mulher e suas expectativas em relação à assistência.
- Buscar entender seu problema, a origem de seu sofrimento.
- Evitar julgar a mulher.
- Mapear conjuntamente a rede de suporte social que ela já tem ou pode acionar: seu trabalho, amigos, família, recursos materiais. Apontar as possibilidades e reforçar pontos positivos.
- Mapear potenciais riscos que ela pode correr: presença de armas, ameaças e a avaliação da mulher sobre elas, tentativas anteriores, medo.
- Tentar, partindo das questões que são trazidas pelas mulheres em atendimento e que lhes são específicas, deixar bem claro que a violência é situação de alta ocorrência, tem caráter social e está associada às desigualdades nas relações de gênero.
- Discutir os projetos da mulher para sua vida, buscando encontrar alternativas à situação atual.
- Respeitar as opiniões e limites a essas buscas expressas pelas mulheres em atendimento.
- A partir destes elementos, as "rotas" possíveis são discutidas e o Guia de Serviços é consultado para fornecer referências cabíveis.
- Se houver situação de risco, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança.

11

PRINCIPAIS COMPONENTES DA REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

CENTROS DE ATENDIMENTO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Os Centros de Referência são espaços de acolhimento/atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico a mulher em situação de violência, que devem proporcionar o atendimento e o acolhimento necessários à superação de situação de violência, contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania.

CASAS-ABRIGO

As Casas-Abrigo são locais seguros que oferecem moradia protegida e atendimento integral a mulheres em risco de vida iminente, em razão da violência doméstica. É um serviço de caráter sigiloso e temporário, no qual as usuárias permanecem por um período determinado, durante o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas.

CASAS DE ACOULHIMENTO PROVISÓRIO

Constituem serviços de abrigamento temporário de curta duração (até 15 dias), não sigilosos, para mulheres em situação de violência, acompanhadas ou não de seus filhos, que não correm risco iminente de morte. Vale destacar que as Casas de Acolhimento Provisório não se restringem ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar, devendo acolher também mulheres que sofrem outros tipos de violência, em especial vítimas do tráfico de mulheres. O abrigamento provisório deve garantir a integridade física e emocional das mulheres, bem como realizar diagnóstico da situação da mulher para encaminhamentos necessários.

DELEGACIAS ESPECIALIZADAS DE ATENDIMENTO A MULHER (DEAMS)

São unidades especializadas da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. As atividades das DEAMs têm caráter preventivo e repressivo, devendo realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, as quais devem ser pautadas no respeito aos direitos humanos e aos princípios do Estado Democrático de Direito.

NÚCLEOS OU POSTOS DE ATENDIMENTO A MULHER NAS DELEGACIAS COMUNS

Constituem espaços de atendimento à mulher em situação de violência (que em geral, contam com equipe própria) nas delegacias comuns.

DEFENSORIAS DA MULHER

Têm a finalidade de dar assistência jurídica, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência. É órgão do Estado responsável pela defesa das cidadãs que não possuem condições econômicas de ter advogado contratado por seus próprios meios. Possibilita a ampliação do acesso à Justiça, bem como a garantia, às mulheres, de orientação jurídica adequada e de acompanhamento de seus processos.

JUZADOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

São órgãos da Justiça Ordinária com competência civil e criminal que poderão ser criados pela União (no Distrito Federal e nos Territórios) e pelos Estados, para o processo, julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher. Segundo a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), que prevê a criação dos Juizados, esses poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde.

LISTA DE ENDEREÇOS
E TELEFONES ÚTEIS

DEAM - DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO A MULHER End: Rua Bom Jesus, s/n - Buenos Aires - 64.000-000 - Teresina/PI Telefone: (86) 3225-4597 Fax: (86) 3225-4597 End: Rua 24 de Janeiro, 500 - Centro - 64.001-230 Telefone: (86) 3222-2323 Fax: (86) 3216-5212 End: Quadra 66, s/n - Dirceu Arcoverde I - 64.077-200 Telefone: (86) 3216-1572
NÚCLEO DA MULHER NAS DEFENSORIAS PÚBLICAS End: Rua Nogueira Tapety, 138 - Novos - 65.046-020 - Teresina/PI Telefone: 0800 280 5202
SERVIÇO DE ATENÇÃO AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL (SAMVMS) Maternidade Dona Evangelina Rosa - Endereço: Av. Higino Cunha, 1552 - Ilhotas - 64014-220 Telefone: (86) 3228-1509
NUPEVID - Núcleos das Promotorias de Justiça de Defesa da Mulher Vítima de Violência Doméstica e Familiar End: Rua Alvaro Mendes, 2294 - Centro - Teresina/PI Telefone: (86) 3221-1902
Juizado Especial de Combate a Violência Doméstica e Familiar de Teresina End: Rua Benjamin Constant, 1344 - Centro - Teresina/PI Telefone: (86) 3221-4364

SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS PARA O ATENDIMENTO
DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA

A área da saúde, por meio da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, tem prestado assistência médica, de enfermagem, psicológica e social às mulheres vítimas de violência sexual, inclusive quanto à interrupção da gravidez, prevista em lei nos casos de estupro. A saúde também oferece serviços e programas especializados no atendimento dos casos de violência doméstica.

CENTRAL DE ATENDIMENTO A MULHER – LIGUE 180

A Central de Atendimento a Mulher é um serviço da Secretaria de Políticas para as Mulheres (Presidência da República) que auxilia e orienta as mulheres em situação de violência por meio do número de utilidade pública 180. As ligações podem ser feitas gratuitamente, de qualquer parte do território nacional.

OUIDORIAS

As Ouvidorias consistem no canal de acesso e comunicação direta entre a instituição e o(a) cidadão(ã). É um espaço de escuta qualificada, que procura atuar por meio da articulação com outros serviços de ouvidoria em todo o país, encaminhando os casos que chegam para os órgãos competentes em nível federal, estadual/distrital e municipal, além de proporcionar atendimentos diretos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Cristina et al. Guia de serviços de atenção a pessoas em situação de violência. Salvador: Fórum Comunitário de Combate a Violência/Grupo de Trabalho Rede de Atenção, 2002.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a Violência contra a Mulher – Brasil: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64p.
- Walker L. The Battered Woman Syndrome. New York: Harper and Row, 1999.
- Cartilha Lei Maria da Penha. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República. Brasília, 2007.
- D'OLIVEIRA A. F. P. L., DREZZET J., SCHRAIBER L. B. Protocolo de Atenção à Violência Sexual e Doméstica. Rede de Atenção Integral à Violência Sexual e Doméstica no Distrito de Saúde Escola do Butantã. Prefeitura Municipal de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde Co-autoria, 2002. no prelo
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres e Adolescentes. Norma Técnica. Ministério da Saúde, 1ª Edição, Brasília, 1999.





5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada contribui para a reflexão sobre a assistência à mulher em situação de violência a partir da atuação dos profissionais de saúde que atuam no setor da atenção básica. Constitui-se também, em um instrumento de reflexão para a equipe multiprofissional, que partilha das orientações contidas no conceito ampliado de saúde. Nesse sentido, os serviços de saúde e a ação de seus agentes constituem a materialização de qualquer e toda política de saúde.

Pelo exposto ao longo deste estudo, percebe-se a necessidade e urgência em assegurar esta temática na formação dos profissionais de saúde, primeiro pela dimensão da problemática, segundo por ser uma realidade presente na Estratégia Saúde da Família, contexto de inserção desses profissionais. Vale ressaltar que a “fórmula” das formações e capacitações não será suficiente, a menos que haja um debate consistente sobre a atuação da saúde, nas suas diferentes modalidades de atendimento, seus limites e, sobretudo, na perspectiva de cidadania que hoje se impõe e que é almejada. Não pode ser esquecida a contribuição das universidades. O tema da violência e suas expressões culturais poderiam ser introduzidos nos currículos de formação dos profissionais de saúde.

A incorporação da perspectiva de gênero constitui elemento básico para a construção de uma ordem societária mais justa e igualitária. A adoção da categoria gênero pelos profissionais poderia, portanto, resultar em uma compreensão mais crítica da violência contra a mulher, vinculando-a à relação desigual de poder e às relações assimétricas que se estabelecem entre homens e mulheres, proporcionando respostas mais adequadas à realidade desta população.

Ressalta-se que o contínuo desenvolvimento científico sobre a temática é imprescindível para o melhor aprofundamento e entendimento deste fenômeno, haja vista sua complexidade e implicações. No entanto, percebe-se que os profissionais de saúde apresentam resistência na participação de pesquisas nesta área, o que compromete o avanço científico sobre a necessidade de repensar e organizar as práticas de saúde direcionadas à mulher brasileira. Dessa forma, espera-se que este estudo seja um incentivo para a realização de demais pesquisas na busca do conhecimento sobre esse tema, focando na importância de um cuidado integral à saúde da mulher em situação de violência.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. (Org.). **Cotidiano das escolas: entre Violências**. Brasília: UNESCO; Obsevatório de Violências nas escolas; MEC, 2005.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2001.

_____. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

ALMEIDA, Suely Souza de. Femicídio: algemas (in) visíveis do público- privado. Rio de Janeiro: **Revinter**, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo**. Tradução Sergio Milliet. 2ed. Rio de Janeiro,: Nova Fronteira, 2009.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDAO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 28, Mar. 2009.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de Rede Intersetorial**. 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2006). **Lei Maria da Penha Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006 coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Disponível em URL: <http://www.palnalto.gov.br>

_____. Ministério da saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e Violências**. (2ª ed.). Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

CARNEIRO, Alessandra Acosta; FRAGA, Cristina Kologeski. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 110, p. 369-397, June 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200008&lng=en&nrm=iso>.

CONCHA-EASTMAN, A.; MALO, M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1), 1179-1188. 2006

CORSI, J. (Org.). **Violência familiar** — uma mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós, 2001.

DE FERRANTE, Fernanda Garbelini; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, Dec. 2009.

GAUER, G., GAUER, R.M. **A fenomenologia da violência**. Curitiba: Juruá, 1999.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 10 (supl. 1), Rio de Janeiro, 1994. Disponível em : <www.scielo.com.br>. Acesso em: 15 mar. 2007. 150 p

_____. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública** 18 (suplemento), Rio de Janeiro, 2002.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GRISCI, C. L.I. **Ser mãe, produção dele, reprodução dela**. In: CARDOSO, Reolinas S.(Org.) É uma mulher. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

GUEDES, O. de S.; PEDRO, C. B. **As conquistas do movimento feminista como expressão do protagonismo social das mulheres**. In: Simpósio sobre estudos de gênero e políticas públicas, 1, 2010, Londrina. Anais... Londrina: UEL, 2010. Disponível em <http://www.uel.br/eventos/>. Acesso em: 27 abr. 2014

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Sept. 2009

GUIMARÃES, M.R. **Educação para a paz**: Sentidos e dilemas. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, Mar. 2013.

LOPES, Ione Maria Ribeiro Soares et al. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p.111-116, mar.2004.

MARTINS, M.T.S.L. Uma reflexão sobre a violência simbólica e a sua expressão na trajetória educacional de mulheres em idade avançada. **Revista de Ciências da Educação**. UNISAL. Americana, SP –Ano XI –nº 21 –2º Semestre/ 2009.

MEYER, Dagmar. Gênero e Educação: teoria e política. In. **Corpo, Gênero e Sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Louro, G; Neckel, J. e Goellner (Orgs)- Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAS GERAIS. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Promotoria de Justiça de Combate à Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. **Algumas reflexões sobre a Lei Maria da Penha**. Edição atualizada. Belo Horizonte, novembro, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz et al . Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 6, Dec. 2008.

NJAINE, K. et al. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro, RJ. Fundação Oswaldo Cruz; Educação à distância da Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca, 2009.

OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 41, n. 4, Dec. 2007 .

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres**. Resolução nº 48/104, 20 de dezembro de 1993 [sob proposta da Terceira Comissão (A/48/629)], 85ª sessão plenária. Nova York: ONU, 1993.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/en>.

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Volume 377, Issue 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: www.thelancet.com

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 1, Mar. 2011 .

PIAUÍ. Secretaria do Estado de Saúde do Piauí. Coordenação de atenção à saúde da mulher, 2008.

PIAUÍ. Secretaria do Estado de Saúde do Piauí. Unidade de vigilância e atenção à saúde. Coordenação de atenção à saúde da mulher. **Proposta de organização de Serviço de atenção às mulheres vítimas de violência sexual – SAMVVIS**, 2004.

PORTELLA, Ana Paula et. al. **Os sentidos da violência**: consensos e dissensos entre mulheres e homens. Recife: SOS Corpo, 2004.

SÁ, C. P. A construção do objeto de pesquisa em representações Sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SAFFIOTI, Heleieth; ALMEIDA, S. **Violência de Gênero – Poder e Impotência**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 1995.

_____. Já se mete a colher em briga de marido e mulher In: **Violência disseminada**. São Paulo Perspectiva. Vol.13, no. 4. São Paulo. Oct./Dec.1999, pág. 82- 91, 1999

SANTOS, Maria Cecília. & IZUMINO, Wânia. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre os estudos feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinários de America Latina y El Caribe**.16(1), 147-164, 2005.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 6, June 2013 .

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saude Coletiva**, v.19, sup.2, p.263-72, 2003.

SHARAIBER, L. B. et al. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

_____. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saude Publica**, v.36, n.4, p.470-7, 2002.

STREY, M. N. **Violência de gênero**: Uma questão complexa e interminável. In: M. N. Strey; M. P. R. Azambuja; F. P. Jaeger (Orgs). Violência, gênero e políticas públicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

VENTURI G., RECAMÁN M., OLIVEIRA S., organizadores. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

VETHENCOURT, J. L. **Psicología de la violencia**. Gaceta de la Asociación de Profesores de la Universidad de Venezuela, 11: 05-10. 1990.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência**. Os Jovens do Brasil. Brasília, Ministério da Justiça, Instituto Sangari, 2011.

WASELFIZ, J. J. Mapa da violência 2012: Atualização Homicídio de Mulheres no Brasil. São Paulo: Flacso: Disponível em: <www.agenciapatriciagalvao.org.br/images/stories/PDF/pesquisas/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women:** summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, 2005a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Addressing violence against women and achieving the millennium development goals.** Geneva, 2005b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women:** Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013.

WILKE, M. E. V. M. **A Intervenção de Profissionais junto a Mulheres Vítimas de Violência Conjugal.** Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 92f. 2007

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Roteiro de entrevista da Pesquisa

Entrevistado nº: Formação: Ano de Formação: Pós-graduação:
Tempo de atuação na ESF:
UBS:

1. Fale sobre suas atividades relacionadas à violência contra a mulher na ESF.
2. Como você conduz um atendimento no caso de violência contra a mulher?
3. Qual a sua opinião sobre as políticas públicas no âmbito da violência contra a mulher?

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE****APÊNDICE C**

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: LORENA BALTAZAR NUNES VILLA
Pesquisador Participante: CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM

Este é um convite especial para você participar voluntariamente do estudo "ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ESF SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER". Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo.

JUSTIFICATIVA

A identificação das práticas dos profissionais de saúde da atenção básica dentro do contexto da violência contra a mulher se torna uma proposta importante em termos de futuros resultados que poderão indicar novas demandas, metas e estratégias de trabalho na ESF, possibilitando conhecer melhor as necessidades tanto psicológicas quanto relacionadas às políticas públicas que visem atenuar o sofrimento emergente da condição de mulheres vítima de violência.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Conhecer o enfrentamento dos profissionais de saúde da ESF em Teresina – PI no atendimento a mulheres vítimas de violência, discutindo e identificando as práticas profissionais e seus sentidos estabelecidos do âmbito da violência contra a mulher.

PROCEDIMENTOS

Este trabalho será desenvolvido através de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, sendo estes médicos, enfermeiros e odontólogos visando obter dados sobre a percepção do profissional de saúde da atenção básica acerca da violência contra a mulher no contexto Saúde da Família. As informações obtidas serão confidenciais e o participante pode se retirar ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, não lhe causando nenhum prejuízo.

BENEFÍCIOS

Os benefícios surgirão por meio dos resultados da pesquisa, os quais podem indicar novas demandas, metas e estratégias de trabalho na ESF, contribuindo para um novo olhar sobre as práticas e demandas dos profissionais de saúde no que diz respeito a atenção à mulher vítima de violência.

Para a comunidade científica, o estudo beneficiará os pesquisadores podendo ser utilizado como subsídio para embasar pesquisas futuras da mesma temática.

RISCOS

Os participantes do estudo correrão riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. No entanto, para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala climatizada, de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada, sendo estes nomeados como "entrevistado nº".

DESPESAS DO VOLUNTÁRIO

Todos os sujeitos participantes deste estudo estão isentos de qualquer custo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação nesse estudo é voluntária e você terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento para você.

SIGILO

As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Sua identificação será mantida sob sigilo.

DÚVIDAS

Você pode fazer todas as perguntas que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo.



TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Fui informado (a) que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNINOVAFAPÍ e que no caso de qualquer problema ou reclamação em relação à conduta dos pesquisadores poderei procurar o referido comitê.

Diante do exposto, eu,

Abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa acima descrita. Declaro que fui informado sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém, além da pesquisadora, terá acesso aos nomes dos participantes da pesquisa. Entendo também, que tenho direito de receber informação adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com a pesquisadora e/ou orientador da pesquisa. Fui informado, ainda, que a participação é voluntária e se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo a qualquer momento, a pesquisadora compreenderá a opção. Bem como este estudo não me acarretará nenhuma despesa financeira. Declaro não possuir nenhum grau de dependência com os pesquisadores envolvidos e, portanto não me sinto pressionado de nenhuma maneira a participar desta pesquisa, que compreendi tudo o que me foi explicado sobre o estudo. Fui informado, ainda, que este documento é emitido em duas vias, ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Teresina, ____ de ____ de 2014.

Participante

Lorena Baltazar Nunes Villa

Pesquisador Responsável:
Lorena Baltazar Nunes Villa
RG: 1973.706-PI

Camila Aparecida Pinheiro Landim

Pesquisador Participante:
Camila Aparecida Pinheiro Landim

Contatos:

Pesquisadora Responsável: Lorena Baltazar Nunes Villa
Rua Miosotis, 1135. Jockey. Cep 64048130. Teresina-Piauí
Tel: (86) 9406-1301

Pesquisador Orientador: Camila Aparecida Pinheiro Landim
Tel: (86) 8138 8997

CEP UNINOVAFAPÍ

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 Bairro Uruguai CEP: 64073-505.
Teresina - Piauí. Tel: (86) 2106-0700

APÊNDICE C
CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO ARTIGO CIENTÍFICO

Teresina-Piauí, 1de abril de 2015

Prezada Profa. Dra. Maria Cecília de Souza Minayo,
Editora Chefe - Revista Ciência & Saúde Coletiva

Segue o nosso manuscrito intitulado “**Assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção à mulher vítima de violência**” para avaliação Editorial para possibilidade de publicação na **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, na categoria de Artigos Originais.

Declaramos que esse estudo é original, portanto nunca foi publicado e não está sendo está sendo enviado para publicação em nenhum outro periódico.

Confirmamos que este manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, não existindo outras pessoas que atenderam aos critérios de autoria. Trata-se de um estudo relacionado ao escopo do Periódico, pois contribui para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde, da Psicologia e de áreas correlatas.

Atenciosamente,

Os autores:

Lorena Baltazar Nunes Villa

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

Rosimeire Ferreira dos Santos

Eliana Campelo Lago

Fabrício Ibiapina Tapety

ANEXOS

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Teresina, 07 de março de 2014.

Ilustríssimo Senhor Luiz Gonzaga Lobão Castelo Branco
Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Eu, **Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura**, coordenadora responsável pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa na Fundação Municipal de Saúde de Teresina, no setor de Vigilância em Saúde, para o trabalho de pesquisa sob o título **“ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ESF SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER”**, juntamente com a aluna do mestrado **Lorena Baltazar Nunes Villa**.

Este projeto de pesquisa atendendo ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tem como objetivo conhecer o enfrentamento dos profissionais de saúde da ESF no atendimento à mulher vítima de violência, identificando as práticas profissionais e analisando os sentidos estabelecidos dessa prática no âmbito da violência contra a mulher.

Este trabalho será desenvolvido através de entrevista espontânea com os profissionais de saúde das equipes das Unidades Básicas de Saúde, a saber: médicos, dentistas e enfermeiros, através de um questionário semi-estruturado, para obter dados concretos e objetivos sobre a prática e atuação destes profissionais em atendimentos a mulheres vítimas de violência. As informações obtidas serão confidenciais e em qualquer momento que o profissional preferir não participar ou deixar de participar do estudo, tal atitude será compreendida pela pesquisadora.

Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir através dos resultados da pesquisa, que poderão indicar novas demandas e estratégias na ESF, contribuindo para um novo olhar sobre as práticas na atenção à mulher vítima de violência.

Os procedimentos não implicarão em risco ou desconforto à saúde, serão apenas entrevistas, em que o sujeito fica à vontade para responder ou não. Sua identificação também não será revelada, sendo estes nomeados como “entrevistado n”.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário UNINOVAFAPI e pelos pesquisadores responsáveis através do e-mail camila@uninovafapi.edu.br – telefone (86) 8138-8997 - lorenabalt1@hotmail.com - telefones (86) 9406-1301.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores se encontram aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Maria Eliete Batista Moura
Prof. Dra. Maria Eliete Batista Moura - CPF: 139.054.143-68

Coordenadora do Programa de Mestrado em Saúde da Família

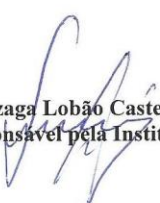
Lorena Baltazar Nunes Villa
Lorena Baltazar Nunes Villa - CPF: 020.698.993-81

Aluna do Mestrado em Saúde da Família

Autorização Institucional

Eu, **Luiz Gonzaga Lobão Castelo Branco** responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

 Luiz Gonzaga Lobão Castelo Branco Responsável pela Instituição	 Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura Coordenadora do Programa de Mestrado em Saúde da Família
---	--

Dados da instituição de ensino

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI – PROGRAMA DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, nº 6123, Bairro do Uruguai, Teresina - PI,
CEP: 64.073-505 - Fone/Fax: (86)2106-0700 - Fax: (86) 2106-0740.
site: www.uninovafapi.edu.br

ANEXO B

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ESF SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Pesquisador: LORENA BALTAZAR NUNES VILLA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31833014.0.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 713.429

Data da Relatoria: 25/06/2014

Apresentação do Projeto:

Nos termos do projeto, "o fenômeno da violência contra a mulher é considerado, nos dias de hoje, um problema de saúde pública e tem suscitado vários estudos nacionais e internacionais. Esta é uma pesquisa de cunho qualitativo, de caráter descritivo e exploratório e será realizada na cidade de Teresina – PI, em três Unidades Básicas de Saúde referentes à zona leste da cidade. Participarão do estudo os profissionais de saúde que integram a equipe das UBS, são eles: médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários de saúde, totalizando 12 participantes da pesquisa. A coleta de dados será realizada através de entrevistas semiestruturadas previamente agendadas e para o processo de análise de dados será utilizado o Software Iramuteq, que trata-se de um programa que se ancora no software R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre o corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a atuação dos profissionais de saúde da ESF (Estratégia Saúde da Família) em Teresina – PI no atendimento a mulheres vítimas de violência.

Objetivo Secundário: Analisar a percepção dos profissionais de saúde da atenção básica a respeito do fenômeno da violência contra a mulher. Discutir acerca dos sentidos atribuídos à prática profissional nos casos de mulheres vítimas de violência. Propor a sistematização de um

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai **CEP:** 64.073-505
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 **Fax:** (86)2106-0740 **E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br

Francisco Pereira Coelho Neto
Coordenador do
CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 713.429

atendimento voltado para a mulher vítima de violência através de uma cartilha para os profissionais de saúde contendo estratégias de comunicação para tratar a mulher vítima de violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos e benefícios, o projeto dispõe:

Riscos: Os participantes do estudo correrão riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. No entanto, para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala climatizada, de porta

fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada, sendo estes nomeados como "entrevistado n°".

Benefícios: os benefícios surgirão por meio dos resultados da pesquisa, os quais podem indicar novas demandas, metas e estratégias de trabalho na ESF, contribuindo para um novo olhar sobre as práticas e demandas dos profissionais de saúde no que diz respeito a atenção à mulher vítima de violência. Para a comunidade científica, o estudo beneficiará os pesquisadores podendo ser utilizado como subsídio para embasar pesquisas futuras da mesma temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto relevante na medida em que contribuirá para ampliar o olhar do profissional da ESF no que diz respeito a atenção à mulher vítima de violência. Entende-se que a identificação de suas práticas dentro desse contexto oferece a possibilidade de compor elementos para a definição de políticas públicas no que tange ao enfrentamento da violência contra a mulher, assim como subsídios para a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos para reconhecimento, prevenção e intervenção em situações de violência, permitindo maior aproximação com a realidade objetiva e contribuindo para uma visão crítica do seu próprio papel dentro da ESF, enquanto atores capazes de intervir no processo saúde/doença da família.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Francisco Pereira Coelho Matos
Coordenador do
CER UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 713.429

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados ao protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluiu-se pela aprovação do protocolo de pesquisa porque o mesmo encontra-se elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que o protocolo de pesquisa está aprovado porque o mesmo encontra-se elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

TERESINA, 09 de Julho de 2014

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPI

Assinado por:

FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br