



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

LARISSA DE MORAES OLIVEIRA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência, realizado na Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Tiago Rocha Pinto

**Botucatu
2026**

LARISSA DE MORAES OLIVEIRA

Educação Permanente sobre violência doméstica para profissionais da atenção primária à saúde: um relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Residência, realizado na Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Rocha Pinto

Botucatu
2026

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU – UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ANA CLARA GATTO – CRB 8/10577

Oliveira, Larissa de Moraes.

Educação permanente sobre violência doméstica para profissionais da atenção primária à saúde : um relato de experiência / Larissa de Moraes Oliveira. - Botucatu, 2026.
27 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu
Orientador: Tiago Rocha Pinto

1. Atenção primária à saúde. 2. Educação permanente. 3. Violência familiar. 4. Equipes de saúde. I. Título.

LARISSA DE MORAES OLIVEIRA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

TCR apresentado à Universidade Estadual Paulista(UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu(FMB), Botucatu, para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família.

Data defesa: 20/02/2026

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Tiago Rocha Pinto
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof. Dr. Ana Paula Pinho Carvalheira
Faculdade de Medicina de Botucatu

Mestre Thayná Santos Buesso
Faculdade de Medicina de Botucatu

RESUMO

A violência contra mulher configura-se como um fenômeno social complexo no âmbito mundial, sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) como uma grave questão de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. De acordo com dados do Instituto DataSenado (2023), uma em cada três brasileiras é afetada pela violência doméstica no país, entretanto o fenômeno deve ser analisado pelo olhar da interseccionalidade, pois ele se manifesta de maneira heterogênea devido aos diferentes sistemas de opressão. Diante desse cenário de elevada incidência no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como um componente fundamental para identificação e o enfrentamento das situações de violência. Sob essa perspectiva, esse trabalho descreve a experiência de uma assistente social e residente multiprofissional na realização de uma atividade de educação permanente sobre violência doméstica junto aos profissionais da APS no município de Botucatu, com o objetivo de fortalecer as práticas do cuidado e o enfrentamento da violência doméstica. Conclui-se que a atividade mostrou-se uma estratégia potente para reflexão crítica das práticas da APS, ao ampliar a compreensão dos profissionais e fortalecer o cuidado em rede.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde; Educação permanente; Violência Doméstica; Residência multiprofissional em saúde.

ABSTRACT

Violence against women constitutes a complex social phenomenon worldwide and is recognized by the World Health Organization (WHO) (2002) as a serious public health issue and a violation of human rights. According to data from Instituto DataSenado (2023), one in three Brazilian women is affected by domestic violence; however, this phenomenon must be analyzed through an intersectional perspective, as it manifests heterogeneously due to different systems of oppression. Given this high prevalence scenario in Brazil, Primary Health Care (PHC) emerges as a fundamental component for the identification and management of violence-related situations. From this perspective, this study describes the experience of a social worker and multiprofessional health resident in conducting a continuing education activity on domestic violence with PHC professionals in the municipality of Botucatu, aiming to strengthen care practices and the response to domestic violence. The activity proved to be a powerful strategy for promoting critical reflection on PHC practices, expanding professionals' understanding, and strengthening network-based care.

Keywords: Primary Health Care; Continuing Education; Domestic Violence; Multiprofessional Health Residency.

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 5 |
| OBJETIVO..... | 6 |
| Objetivo Geral..... | 6 |
| Objetivos Específicos..... | 6 |
| MÉTODO..... | 6 |
| REFERENCIAL TEÓRICO..... | 10 |
| Contribuições dos movimentos feministas..... | 10 |
| Violência doméstica como questão de saúde pública..... | 12 |
| RELATO DE EXPERIÊNCIA..... | 14 |
| Aproximação do fenômeno..... | 14 |
| Papel da atenção primária..... | 15 |
| Identificação..... | 15 |
| Manejo..... | 16 |
| A Rede de Proteção à vítima de violência..... | 18 |
| Notificação Compulsória..... | 18 |
| DISCUSSÃO..... | 19 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 20 |
| REFERÊNCIAS..... | 21 |
| APÊNDICE A- Violência Doméstica contra mulher Na APS..... | 24 |
| ANEXO A- Violência contra mulher é crime..... | 25 |

INTRODUÇÃO

A violência doméstica é interpretada por pesquisadores como um fenômeno complexo, determinado por fatores históricos, culturais e sociais, que impactam diretamente o processo saúde-doença. Segundo a Lei Maria da Penha, “configura violência doméstica e familiar contra 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, Art. 5º). Trata-se, portanto, de uma expressão das desigualdades nas relações de gênero, cujas manifestações são atravessadas por diferentes marcadores sociais, de raça, território, geração e condições de vida, sexualidade e gênero. São produzidas, assim, repercussões distintas para a saúde individual e coletiva.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) indica um marco para identificação de necessidades de saúde da população brasileira, inclusive de situações de violência doméstica. Segundo Schraiber (2007), no SUS, três a cada quatro usuárias já sofreram violência doméstica. Nesse contexto, o fenômeno passa a ser reconhecido como uma relevante questão de saúde pública, devido aos impactos sobre os perfis demográficos e epidemiológicos da população e do funcionamento do sistema de saúde. A inserção do princípio da equidade no SUS reforça o compromisso que temos em compreender as desigualdades que atravessam a violência contra a mulher para que sejam ofertadas respostas diferenciadas e adequadas às múltiplas vulnerabilidades. Nessa perspectiva, alguns aspectos da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e, em específico, da Estratégia de Saúde da Família garantem um importante papel na identificação e no enfrentamento da violência doméstica. Conforme destacado no Guia Prático para Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Doméstica na Atenção Primária à Saúde (2025), utilizado como referencial teórico neste trabalho, evidenciam-se como elementos essenciais a condição de porta de entrada preferencial do SUS, o acompanhamento longitudinal dos usuários, a inserção da equipe no território, o conhecimento da sua realidade e o foco em ações de promoção e prevenção de saúde. Tais características favorecem a construção de

vínculos entre usuários e profissionais e possibilitam maior identificação desse fenômeno.

Diante da complexidade que envolve a temática da violência doméstica, bem como a posição estratégica da APS na identificação desses casos, surge a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS), como estratégia de reflexão das práticas profissionais e fortalecimento dos aspectos que possibilitam o enfrentamento desse fenômeno.

OBJETIVO

Objetivo Geral

- Relatar a experiência vivenciada por residentes multiprofissionais em Saúde da Família voltada ao fortalecimento das práticas do cuidado, à identificação e ao enfrentamento da violência doméstica.

Objetivos Específicos

- Descrever o processo de planejamento, desafios e percepções da ação de educação permanente;
- Evidenciar o papel da APS e as contribuições da residência multiprofissional e da educação permanente para o enfrentamento da violência doméstica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, desenvolvido através de uma ação de EPS realizada com os profissionais da APS no município de Botucatu-SP no contexto de uma residência

Multiprofissional em saúde. A experiência ocorreu no período de agosto de 2025 a fevereiro de 2026, em quatro Unidades de Saúde da Família (USF), dispositivos que configuram o território de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família na FMB teve início no ano de 2002 no município de Botucatu, interior de São Paulo. O programa caracteriza-se como ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinado às profissões que estão relacionadas à saúde, com dedicação exclusiva e carga horária de 60 horas semanais, totalizando 24 meses de duração. Inicialmente, as vagas fornecidas pelo programa eram exclusivamente dedicadas a enfermeiros e médicos, contudo, em 2008, houve uma ampliação relacionada às outras categorias profissionais. Atualmente, são oferecidas 4 vagas para enfermagem e uma vaga para cada uma das seguintes categorias profissionais: odontologia, serviço social, nutrição, psicologia, educação física e fisioterapia. O programa é regido pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS), pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (MEC) e tem como objetivo favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, com ênfase em áreas prioritárias para o SUS.

O município de Botucatu está localizado no interior do Estado de São Paulo e, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, possui 145.155 habitantes. Além da composição urbana e rural, o município possui três distritos industriais: Cesar Neto, Rubião Júnior e Vitoriana. Botucatu é conhecida como “a cidade dos bons ares” e também destaca-se por outras características, como seu polo educacional, perfil econômico-industrial e atrações turísticas. Nesse contexto, a inserção da Universidade Estadual Paulista (UNESP) no município assume papel central, estando distribuída em dois câmpus, a Fazenda Lageado e o Hospital das Clínicas (HC) que são compostas pelas seguintes unidades: Faculdade de Ciências Agrônômicas (FCA), Faculdade de Medicina (FMB), Faculdade de

Medicina Veterinária e Zootecnia (FMVZ) e Instituto de Biociências (IBB). A universidade fornece diversos cursos de graduação e pós-graduação e contribui significativamente para o destaque de Botucatu na área da saúde, tanto pela atuação do HC, que atende o município e região, quanto pela inserção dos estudantes em campos de atuação do território. A atenção primária à saúde do município conta com 23 unidades de saúde, sendo 6 unidades básicas de saúde, 15 unidades com estratégia de saúde da família e 2 centros de saúde escolas.

A ação de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi desenvolvida pelos residentes da eMulti independente, grupo composto por psicóloga, assistente social e nutricionista da Residência de Saúde da Família. A proposta da eMulti independente é similar à própria proposta das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMULTI do município. Este campo contém ações de matriciamento, atividades coletivas e discussões de caso. Entretanto, a atuação do grupo eMulti acontece de maneira independente, como o próprio nome descreve, configurando certa autonomia ao processo de trabalho. As atividades do grupo foram norteadas através de um levantamento das demandas emergentes nos territórios, realizado com as enfermeiras das USF e também com a eMulti do município. Nesse contexto, a temática da violência doméstica surgiu como uma demanda comum entre as USF, gerando dúvidas sobre o manejo. A intervenção teve como público-alvo os profissionais da APS e a participação se deu de forma voluntária. Cada encontro teve sua composição própria, uma vez que a participação não era compulsória, e contou com profissionais com as seguintes atuações: dentista, enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico e auxiliar de enfermagem, médico, auxiliar de serviços gerais e funcionários administrativos.

Ademais, o planejamento da atividade envolveu visitas a serviços como Pronto Atendimento da Mulher, contatos telefônicos com o Centro de Referência da Mulher (CRM), participação da equipe em Simpósio de Enfrentamento da Violência e reuniões para produção de folder com as informações principais da atividade e elaboração da ação de EPS. Como referência teórica para elaboração da atividade e do material que seria

disponibilizado às unidades, utilizamos o Guia Prático para Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Doméstica na Atenção Primária à Saúde, publicado em 2025. O guia é uma revisão do Protocolo de Atendimento a Mulheres em Situação de Violência (2019), produzido pelo Grupo de Pesquisa e Intervenção Violência e Gênero nas Práticas de Saúde, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

As atividades foram executadas através de metodologias participativas, como rodas de conversa, problematização das práticas, discussão de experiências, de modo a possibilitar a troca de saberes e a reflexão acerca dos processos de trabalho. Além da ação em si, foram disponibilizados dois folders sobre a temática, um realizado pelas participantes da E-multi independente e o outro pelo serviço do CRM, ambos os modelos estão anexados no final deste trabalho. As ações abordaram temas como a violência doméstica como uma questão de saúde pública; o papel da APS na assistência desses casos; sinais e sintomas de alerta associados à questão da violência, bem como o manejo, fluxos e articulação com a rede de proteção.

O registro dessa experiência foi realizado através de diário de campo pela residente de serviço social, com base na sua percepção individual, mas também por reflexões e apontamentos construídos pelo grupo da eMulti independente após os encontros, respeitando os princípios éticos e a confidencialidade das informações. A análise da experiência ocorreu de maneira descritiva e reflexiva e foi articulada com achados da literatura, as políticas públicas relacionadas à violência doméstica, à APS e à EPS.

REFERENCIAL TEÓRICO

Contribuições dos movimentos feministas

Ao longo da história, o movimento feminista e suas produções teóricas denunciaram a desigualdade entre homens e mulheres na sociedade e foram primordiais para a análise do fenômeno da violência doméstica e também responsáveis pela inserção da temática nas agendas governamentais para formulação de políticas públicas. Considerando a importância dessas produções teóricas, realiza-se a seguir uma breve síntese das principais correntes do feminismo e de suas reivindicações centrais, tendo como base o texto “A história das mulheres e a violência doméstica entre interseccionalidades” de Passos et al. (2024).

No século XIX, temos a primeira onda do feminismo, posteriormente intitulada como feminismo liberal burguês. Esse movimento era centrado na luta por direitos civis e políticos, como o direito ao voto, à educação e à participação de mulheres na vida pública. Apesar de o período representar um avanço na luta das mulheres pela cidadania, o movimento foi amplamente criticado por focar sua luta pela igualdade formal perante a lei, mas desconsiderar a igualdade material, que compreende as desigualdades sociais como a de classe e raça, que exige repensar as estruturas sociais em vista da justiça social.

A segunda onda de feminismo teve início na década de 1960 e ampliou o campo das suas lutas, questionando estereótipos impostos às mulheres e as opressões relacionadas aos campos da sexualidade, família, trabalho e saúde reprodutiva. A frase “O pessoal é político” de Carol Hanisch (1996), sintetiza a essência do movimento, pois retrata que as experiências vivenciadas pelas mulheres dentro da sociedade não são questões isoladas, mas uma manifestação de estruturas mais amplas de poder e opressão. Nesse contexto, o conceito de patriarcado e gênero ganham destaque como categorias de análise fundamentais

para a compreensão da violência doméstica. O patriarcado refere-se a um sistema que perpetua a dominação dos homens sobre as mulheres na sociedade e gênero como uma construção social que determina os papéis de homens e mulheres desse sistema de dominação e opressão.

Segundo Saffioti (1987), a manutenção do fenômeno de violência doméstica está diretamente relacionada a estruturas de opressão como o patriarcado. O autor discorre que, ao serem instituídas relações desiguais de poder entre homens e mulheres e a imposição de papéis sociais, o patriarcado contribui para a normalização e o silenciamento desse fenômeno, visto que, dentro dessa estrutura, a mulher é colocada no lugar de subalternização e o homem de dominação.

A partir da década de 1990, consolidou-se a chamada terceira onda do feminismo, marcada pela crítica à concepção homogênea de “mulher” e pela valorização da diversidade das experiências femininas. Esse movimento evidenciou que as análises centradas exclusivamente na categoria de gênero tendem a inviabilizar as desigualdades produzidas por outros marcadores sociais. Nesse contexto, o conceito da interseccionalidade, formulado a partir do feminismo negro, surge como uma nova maneira de conceituar o problema. Segundo Crenshaw (2002), a interseccionalidade busca compreender as consequências estruturais e dinâmicas decorrentes da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Nesse sentido, a autora destaca que sistemas como o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros mecanismos de opressão produzem desigualdades básicas, responsáveis por estruturar as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outros grupos sociais.

A incorporação da interseccionalidade no contexto da saúde e das políticas públicas, é essencial para a superação de análises homogêneas do fenômeno da violência. Segundo Collins e Bilge (2021), a interseccionalidade é uma ferramenta que possibilita a compreensão da complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. Portanto, utilizar essa perspectiva é reconhecer os contextos históricos e caminhar para a construção de práticas de

cuidado mais sensíveis às desigualdades presentes no fenômeno da violência, alinhadas aos princípios da equidade e da integralidade presentes no SUS.

Violência doméstica como questão de saúde pública

Nas últimas quatro décadas, o tema da violência ganhou maior visibilidade entre a sociedade e o poder público, possibilitando a formulação de mecanismos para seu enfrentamento. No campo da saúde pública, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconhece que a violência assume caráter endêmico devido ao elevado número de vítimas e dos múltiplos agravos produzidos à saúde da população, além do seu impacto sobre os serviços de saúde (Brasil, 2005). De acordo com a OMS (2002), a violência produz impactos profundos de curto a longo prazo sobre a saúde física, mental, sexual e reprodutiva da mulher, que se expressam por meio de lesões, dores crônicas, alterações da autoestima e comprometimento da capacidade de participação social.

Apesar desse reconhecimento, a autora Minayo (2007) ressalta que a inserção da temática da violência na agenda da saúde ocorreu de forma lenta e atrelada ao protagonismo defendido pelo movimento feminista. Nesse contexto, as reivindicações feministas buscaram introduzir a consciência de gênero no campo da saúde, bem como demandar respostas concretas em relação à violência doméstica. A assistência até então fornecida às vítimas se limitava ao olhar biomédico, centrado no tratamento de lesões e traumas. Desta forma, a mobilização feminista evidenciou a necessidade de avançar para além do modelo já existente, incorporando ações que atuassem também sobre a causa do fenômeno.

A OMS (2002) buscou avançar nesse sentido quando reforçou o poder das ações de prevenção e promoção da saúde coletiva para o enfrentamento da violência doméstica. Segundo o relatório publicado pela instituição, a violência é um fenômeno que pode ser evitável quando abordado por ações coletivas,

interdisciplinares e intersetoriais que envolvam a saúde, educação, assistência social e justiça. Nesse sentido, o documento propõe um conjunto de etapas a serem percorridas pela saúde pública para o enfrentamento dessa questão.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a primeira etapa consiste na produção e sistematização de conhecimento sobre a temática, englobando sua extensão, dados e características. A segunda refere-se à investigação das causas e fatores de risco associados ao fenômeno. A terceira envolve a identificação e desenvolvimento de estratégias de prevenção, a partir do conhecimento adquirido. Por fim, a quarta etapa discorre sobre a implementação das ações consideradas efetivas, bem como a divulgação das evidências e resultados obtidos.

O Ministério da Saúde, através do documento *Violência intrafamiliar: Orientação para a prática em serviço* (Brasil, 2002), discorre sobre a posição estratégica da APS, bem como sobre ações práticas que facilitam a identificação de situações de risco e ajudam a traçar medidas preventivas, sendo elas: promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos; facilitar o acesso a uma rede de apoio social (trabalho, moradia, entre outros), buscando incluir a mulher e elevar suas condições de acesso a cidadania; promover grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da auto-estima e formas alternativas de resolução de conflitos.

Nesse sentido, torna-se essencial destacar a reorganização do modelo assistencial da APS, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e sua contribuição para o enfrentamento da violência. Criada no ano de 1994, a ESF tem como objeto de atenção a família, compreendida a partir do ambiente em que estão inseridos, com o objetivo de estabelecer vínculos e responsabilidades entre os profissionais de saúde e a população. Segundo Colussi e Pereira (2016), essa aproximação com a realidade do território desdobra-se em ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas levantados, bem

como no foco de intervenções sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida.

Além disso, o programa assume o compromisso com o princípio da equidade, ao direcionar maiores investimentos e intervenções para grupos e territórios em maior vulnerabilidade, incluindo intervenção em fatores de risco como o da violência. Outros atributos da APS também contribuem para o enfrentamento da violência doméstica, tais como a integralidade do cuidado, o fato de caracterizar-se como porta de entrada do sistema de saúde, ser ordenadora da rede de atenção à saúde e também coordenadora do cuidado. Por fim, outros aspectos são citados pelo Guia Prático para Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Doméstica na Atenção Primária à Saúde (2025) como as ações preventivas, frequentemente buscadas por mulheres, como o exame preventivo do câncer de colo do útero e a vacinação.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aproximação do fenômeno

Nesse primeiro momento, o objetivo foi analisar as compreensões prévias dos profissionais acerca da violência, bem como facilitar a troca de saberes entre estes. Para tanto, questionamos quais eram os diferentes tipos de violência existentes na sociedade e o que cada uma delas representava. A partir da participação dos envolvidos, indagamos se eles já tinham experienciado algo similar dentro do território de atuação da USF. Esse momento propiciou o reconhecimento da violência como um fenômeno presente no cotidiano dos serviços e ampliou o entendimento para além da violência física.

Na seqüência, propusemos uma discussão se valendo da perspectiva interseccional a respeito da violência doméstica, discutindo os diferentes marcadores sociais que incidem sobre o fenômeno, como raça, classe social, orientação sexual, território e outras dimensões que operam de forma articulada

na produção de desigualdades. Neste sentido, questionamos se a violência impacta a todas as mulheres da mesma maneira. Nesse momento, apresentamos os seguintes dados epidemiológicos a respeito da magnitude do problema:

- De acordo com o Instituto DataSenado (2023) a violência doméstica afeta 1 em cada 3 Brasileiras;
- De acordo com Schraiber *et al.*(2007), no SUS 3 a cada 4 mulheres já sofreram violência doméstica;

Em seguida, realizamos uma breve fundamentação acerca da Lei Maria da Penha, destacando seu papel no enfrentamento da violência e apresentando as atualizações mais recentes, como a de 2025, que estendeu sua proteção à casais homoafetivos do sexo masculino ou que envolvam travestis e mulheres transexuais.

Papel da atenção primária

Após a contextualização do fenômeno, perguntamos aos profissionais por que a atividade sobre a temática era tão relevante no contexto da APS. Esse momento teve como objetivo reconhecer a violência doméstica como uma questão de saúde pública, bem como intensificar o papel das equipes na identificação e enfrentamento dessa demanda. Após as contribuições dos profissionais, sinalizamos para que eles olhassem a primeira página do folder, que já continha características da APS que justificam a posição estratégica para identificação da violência doméstica.

Identificação

Nesse momento, a atividade abordou a identificação dos sinais de alerta para suspeita de violência doméstica, que se manifestam através de queixas físicas, psíquicas e gerais durante os atendimentos. Nesse sentido, questionamos o grupo sobre o que levantava a suspeita de violência doméstica e se eles identificavam sinais de alerta. A partir das contribuições dos participantes, abordamos aspectos

relacionados à saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, saúde materno-infantil e também queixas gerais. Essa discussão foi essencial para ampliar o olhar clínico dos profissionais, bem como para a compreensão de que a violência se expressa de diferentes formas em um serviço de saúde.

O Guia Prático para atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária à saúde (2025) discorre sobre esses sintomas. Segundo ele, as queixas de saúde mental envolvem: baixa autoestima, estresse, ansiedade, depressão, Ideação e/ou tentativas de suicídio, autoagressão, abuso de substâncias, entre outros. Já sobre sintomas relacionados à saúde sexual, saúde reprodutiva e saúde materna e infantil, o material cita: lesões na região genital, infecções sexualmente transmissíveis de repetição e HIV, dor pélvica, dor durante o ato sexual e demais problemas sexuais, infecções urinárias de repetição, gestações não desejadas, faltas frequentes ou não realização do pré-natal, prematuridade e baixo peso, óbito fetal. Por fim, as queixas gerais, que se apresentam como lesões repetidas e/ou não explicadas, dores crônicas, consultas repetidas sem diagnóstico claro, parceiro intrusivo nas consultas e faltas constantes.

Manejo

Nessa etapa, discorreremos sobre a temática da violência, construindo com os profissionais quais seriam os pontos essenciais para o acolhimento da vítima e de que forma eles realizaram esse processo. Em seguida, apresentamos as recomendações da OMS sobre a temática, que divide o manejo em cinco passos, sendo eles: escutar, perguntar, validar, aprimorar a segurança e apoiar.

O primeiro passo representa ouvir as demandas da vítima de forma empática e sem julgamento moral. O segundo passo envolve a compreensão das necessidades da vítima naquele momento. O terceiro passo representa validação e crédito às demandas da vítima, bem como o reforço de que ela não tem culpa da violência sofrida. O quarto passo envolve a construção, com a usuária, de um

plano de segurança para proteção dela em caso de novos episódios de violência. Por fim, o quinto passo implica no apoio da vítima em falar sobre a violência sofrida, bem como a orientação sobre possibilidades, locais e pessoas que podem auxiliar no enfrentamento da violência.

Outras observações foram feitas sobre como realizar abordagem a essa população, como, por exemplo, o uso da linguagem adequada com o conteúdo trazido pela usuária, garantia de privacidade, não culpabilização da mulher, tendo em vista os obstáculos relacionados a romper com uma situação de violência, o respeito ao tempo da usuária e a importância do cuidado contínuo pela equipe de saúde.

Ainda dentro dos passos da OMS, focamos na elaboração do plano de segurança. Nesse sentido, indagamos aos profissionais quais são os riscos a serem avaliados nesse momento e de que forma realizar o plano. Após a exposição coletiva sobre as questões, reforçamos que as situações de risco são: Violência Sexual, Suicídio; Femicídio; Homicídio e Violência contra Criança/Adolescente. Também discutimos orientações práticas para a condução dessas situações, como, por exemplo, as formas de cuidar dos limites profissionais, como avaliar as repercussões para a vítima, a importância da articulação com outros serviços da rede de saúde e de proteção social.

Em caso de violência sexual, é essencial avaliar quando ocorreu o episódio e se a vítima teve contato com o material biológico do agressor, para, caso se faça necessário, tomar medidas como a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) que deve ocorrer em até 72 horas e a contracepção de emergência que deve ocorrer em até 120 horas (5 dias). Para a avaliação de risco de suicídio, devemos realizar perguntas diretas como “Você pensa em acabar com a própria vida?”. Se a resposta for afirmativa, é necessário que o profissional realize questionamentos a respeito de planejamento e histórico de tentativas. Por fim, sobre o risco de feminicídio e violência contra crianças, devemos realizar perguntas como “Seu companheiro tem arma ou fácil acesso a uma?”, “Ele ameaça você e/ou seus filhos de morte?”,

“Você tem medo de voltar para casa?”. Por fim, se identificado risco de realização de homicídio contra o agressor por parte da vítima, devemos orientar sobre as repercussões para a vida da própria vítima de violência após o ato, bem como não incentivar a vingança.

A Rede de Proteção à vítima de violência

Nessa etapa, apresentamos os fluxos de encaminhamento e a rede de proteção intersetorial disponível no município para acolhimento de pessoas em situação de violência. No entanto, constatou-se que muitos profissionais apresentaram pouco conhecimento sobre a temática. A atividade apresentou-se essencial para qualificar esse processo de trabalho, apresentando os serviços e seus respectivos papéis e formas de articulação, fortalecendo a capacidade dos profissionais de socializar essas informações com as usuárias e de realizar encaminhamentos de forma mais segura. Destacou-se, ainda, que o encaminhamento não representa a isenção de responsabilidade sobre o caso, mas sim uma corresponsabilização da rede com o cuidado da vítima.

Diante da dificuldade em identificar os serviços de cuidado a essa população, foram apresentados serviços de diversas áreas de intervenção. No âmbito da rede de saúde, foram citadas a eMulti e o Pronto Atendimento da mulher. De assistência social, foram mencionados o Centro de Referência da Mulher (CRM), o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). Por fim, referente à proteção das vítimas, foram citadas a Delegacia da Mulher (DDM), a Patrulha Maria da Penha e a Guarda Civil Municipal (GCM).

Notificação Compulsória

Por fim, abordamos a importância da notificação compulsória dos casos de violência, esclarecendo a sua finalidade epidemiológica e seu caráter sigiloso. Essa etapa foi primordial para que os profissionais compreendessem a importância

do preenchimento da ficha, demonstrando que, através da produção de dados e de suas respectivas contabilizações, conseguimos ter dimensão da situação e maior visibilidade desse agravo à saúde. O acesso a essas informações possibilita a construção de políticas públicas mais eficazes.

DISCUSSÃO

A experiência da EPS viabilizou a construção de um espaço coletivo de reflexão sobre a violência doméstica, compreendida, conforme a literatura feminista e de saúde coletiva, como uma expressão da desigualdade de gênero e um agravo complexo de saúde das mulheres. Os encontros evidenciaram que, embora a violência doméstica esteja presente nos territórios, seu enfrentamento continua atravessado por desafios institucionais, confirmando o que autores como Minayo (2007) descreveram sobre o atraso da incorporação da temática no campo da saúde.

A inserção da perspectiva interseccional durante a EPS possibilitou ampliar a compreensão dos profissionais acerca da complexidade da violência doméstica, superando abordagens homogêneas do fenômeno. Observou-se que os profissionais reconhecem que os diferentes marcadores sociais modificam a experiência da violência. Durante os encontros, surgiram reflexões que relacionam a vivência desse agravo a fatores como raça, classe social, território e condições de vida, evidenciando que esses elementos impactam tanto na exposição do fenômeno quanto no acesso à rede de proteção. Esses aspectos dialogam com a literatura que aponta a interseccionalidade como ferramenta de análise primordial para compreensão de fenômenos complexos da sociedade, como discorrem Collins e Bilge (2021), além de contribuir para formulação de respostas mais equitativas no campo da saúde.

De acordo com as reflexões trazidas, a APS comprovou-se, na prática, como espaço privilegiado para identificação das situações de violência, conforme citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). A proximidade com o território, o

vínculo construído com a população e o acompanhamento longitudinal possibilitaram o reconhecimento de sinais e sintomas que, muitas vezes, não se apresentam de forma explícita. A experiência reforça, ainda, a capacidade de enfrentamento da temática na APS, não apenas por configurar-se como porta de entrada do SUS, mas também como espaço de cuidado e acolhimento com a potência de extrapolar o modelo biomédico.

Entretanto, apesar da sensibilidade demonstrada pelos profissionais em relação à temática, a experiência evidenciou fragilidades no que se refere ao manejo dos casos, especialmente sobre os fluxos de atendimento e sobre a rede de proteção à vítima. Essa constatação se articula com o referencial trazido pela OMS (2002), que discorre sobre a violência como um fenômeno evitável, quando abordado por ações coletivas, interdisciplinares e intersetoriais que envolvem a saúde, educação, assistência social e justiça. Nesse sentido, a EPS apresenta-se como uma estratégia essencial para qualificação do cuidado, ao favorecer a reflexão sobre as práticas e fortalecer o trabalho em rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros evidenciaram a potência da EPS para a construção de uma reflexão coletiva das práticas de trabalho, especialmente diante da complexidade que envolve a violência doméstica enquanto expressão das desigualdades de gênero e como questão de saúde pública.

A experiência possibilitou a ampliação do olhar dos profissionais sobre a temática da violência doméstica, proporcionando uma maior compreensão sobre as diversidades de manifestações desse fenômeno, bem como sobre a importância da APS para seu enfrentamento. Isso é possível a partir das práticas de escuta qualificada, do vínculo e do cuidado longitudinal presentes em sua organização. Além disso, destaca-se a importância do fortalecimento da rede de proteção e do

conhecimento por parte dos profissionais acerca do fluxo de atendimentos, para realização de um manejo adequado e com responsabilização.

A experiência também reconheceu limites e desafios para a realização das ações de EPS no contexto da APS. Dentre eles, destacam-se as dificuldades de conciliação de agenda para realização das atividades, o tempo reduzido de participação de alguns profissionais e, em alguns casos, a impossibilidade de participação devido à elevada demanda assistencial das USF, como por exemplo, a baixa participação da categoria médica devido a quantidade de atendimentos. Adiciona-se a esse cenário a alta rotatividade de profissionais nas equipes, que impacta a continuidade das ações formativas e a consolidação de processos educativos no cotidiano dos serviços. Além disso, foram identificados obstáculos relacionados à própria organização da equipe eMulti durante o planejamento e execução das atividades, que foram atravessados por constantes mudanças decorrentes de estágios eletivos e períodos de férias, o que dificultou a continuidade do planejamento e a conciliação das agendas. Como consequência, em uma das USF, não foi possível realizar a atividade proposta, evidenciando limites operacionais e institucionais para implementação das ações. Considerando que a Residência Multiprofissional possui tempo delimitado, reconhece-se ainda que as ações não puderam ocorrer com a frequência desejada. Ainda assim, a experiência evidencia a potência da Residência como espaço estratégico de articulação entre ensino, serviço e território, que é capaz de estimular processos reflexivos acerca do cotidiano da APS. Esses resultados reforçam a necessidade de que a EPS seja incorporada de maneira contínua e estruturada nos serviços de saúde, com envolvimento e responsabilização da gestão e da rede de atenção.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientação para práticas em serviços. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 8).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
3. BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 20 dez. 2025.
4. CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER. Violência contra mulher é crime. [Folder]. Botucatu, s.d.
5. COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo, 2021.
6. COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Karla Giacomini. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. Florianópolis: UFSC, 2016.
7. CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.
8. HANISCH, Carol. Using history to make history: learning from our successes. 1996. Disponível em: <<http://www.carolhanisch.org/Speeches/Gainesville1996/GainesvilleSpeech.html>>. Acesso em: 10 jan. 2026.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jan. 2026.
10. INSTITUTO DATASENADO. Pesquisa DataSenado: Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher. Brasília, DF: Secretaria de Transparência do Senado Federal, nov.2023. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/pesquisa-nacional-de-violencia-contra-a-mulher-datasenado-2023>.

11. MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 1259-1267, 2007.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS, 2002.
14. SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. O poder do macho. São Paulo: Moderna, 1987.
15. SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007.

APÊNDICE A- Violência Doméstica contra mulher Na APS

Sobre a

Lei Maria da Penha nº 11.340/2006.

Ela define a violência doméstica e familiar contra a mulher como crime, e cria mecanismos para evitá-la e combatê-la. Também tipifica as formas de violência como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause dano **físico, sexual, psicológico, moral** ou **patrimonial**.

Em 2025, o Supremo Tribunal Federal (STF) estendeu a proteção da Lei a casais homoafetivos formados por homens e mulheres travestis e transexuais.

 Fonte: GUIA PRÁTICO PARA O ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CRM

Avenida Paula Vieira, 511 - Vila Jahu
Telefones: (014) 3811-1580
Celular/WhatsApp: (14) 98177-7551 E-mail:
crmulher@botucatu.sp.gov.br

PATRULHA MARIA DA PENHA

Celular: (14) 996 311 996 (segunda à sexta das 08 às 18h) e-mail:
mariadapenha.gcm@botucatu.sp.gov.br

Guarda Civil Municipal - GCM

Telefone: 153 (Plantão 24 horas)

PA da Mulher

Em casos de Violência Sexual. Localizado na Maternidade HC - FMB - Rubião - Botucatu.

Delegacia de Defesa da Mulher - DDM

R. Vinte e Três de Setembro, 208 - Vila Carmelo
Telefone: (014) 3814-2636

Entenda a

Violência Doméstica contra mulher Na APS

A Atenção Primária à Saúde (APS), é o nível de atenção mais importante na identificação de situações de violência doméstica. A APS possui proximidade com o território e atenção longitudinal, além da perspectiva de integralidade.



A CADA QUATRO MULHERES QUE UTILIZAM O SERVIÇO, TRÊS VIVEM OU JÁ VIVERAM ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.

 Material elaborado pela Residência de Saúde da Família - Unesp/2025

Sinais de alerta

- 1.SAÚDE MENTAL**
Baixa autoestima. - Estresse. - Ansiedade. - Depressão. - Ideação e/ou tentativas de suicídio. - Autoagressão. - Abuso de álcool e outras drogas. - Insônia.
- 2.SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA; SAÚDE MATERNA E INFANTIL**
Lesões na região genital. - Infecções sexualmente transmissíveis de repetição - Dor pélvica, dor durante o ato sexual. - Infecções urinárias de repetição. - Gestações não desejadas. - Irregularidade do pré-natal. - Prematuridade, baixo peso e óbito fetal.
- 3.QUEIXAS GERAIS**
Dores crônicas - Consultas repetidas sem diagnóstico claro. - Parceiro intrusivo nas consultas. - Falta constante à própria consulta e das crianças



Sigilo Profissional

O SIGILO PROFISSIONAL É UM DIREITO DO USUÁRIO E UM COMPROMISSO ÉTICO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE. ELE GARANTE QUE TODAS AS INFORMAÇÕES COMPARTILHADAS PERMANEÇAM PROTEGIDAS E RESTRITAS À EQUIPE DE CUIDADO.

SE NECESSÁRIA, A QUEBRA DO SIGILO DEVE SER PENSADA E EXECUTADA EM EQUIPE.

Notificação compulsória

A Notificação para vigilância é compulsória e deve ser feita em até 24h, incluindo na suspeita de violência, preferencialmente pelo profissional que acolheu.

Manejo em 5 passos

- 1.ESCUTAR**
Com empatia e sem julgamentos.
- 2.PERGUNTAR**
Sobre as necessidades e preocupações.
- 3.VALIDAR**
A fala da paciente, reforçando que ela não é culpada.
- 4.APRIMORAR A SEGURANÇA**
Pensar junto da paciente estratégias de proteção.
- 5.APOIAR**
Sua iniciativa de falar sobre o ocorrido e orientar sobre seus direitos, serviços disponíveis e pessoas que podem ajudar.



NINGUÉM GOSTA DE SOFRER!

ANEXO A- Violência contra mulher é crime

Conheça os serviços de atendimento à mulher que sofre violência em Botucatu:

DELEGACIA DE DEFESA MULHER
Rua Vinte e Três de Setembro, 208 - Vila Carmelo
Telefone: (14) 3814-2636




Central de Atendimento à Mulher
Cabe à Central de Atendimento à Mulher o encaminhamento da mulher para os serviços da rede de atendimento mais próxima.

CENTRO DE REFERENCIA DA MULHER
Avenida Paula Vieira, 511 - Vila Jahu
Telefones: (14) 3811-1580
Celular/WhatsApp: (14) 98177-7551
E-mail: crmulher@botucatu.sp.gov.br

GCM - GUARDA CIVIL MUNICIPAL
Telefone: 153 (Plantão 24 horas)

Patrulha Maria da Penha
Celular: (14) 996 311 996 (segunda à sexta das 08 às 18h)
e-mail: mariadapenha.gcm@botucatu.sp.gov.br




Você não está sozinha!

Não se cale, busque ajuda!

Nós estamos aqui por você!

Secretaria Municipal de Assistência Social
Rua Silva Jardim, 395 - Centro
Telefones: (14) 3811-1468




CRM
CENTRO DE REFERENCIA DA MULHER
ALINE APARECIDA DA SILVA



PREFEITURA DE BOTUCATU
SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER É CRIME



É PRECISO METER A COLHER SIM!

DIGA NÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER!

○ **CRM - Centro de Referência da Mulher Aline Aparecida da Silva** oferece atendimento às mulheres que sofreram violência, realizando acompanhamento social, psicológico e jurídico.

Os atendimentos são individuais e sigilosos com Psicólogos e Assistentes Sociais, o **CRM** conta com uma equipe da **OAB por Elas**, composta por advogadas que realizam a orientação jurídica às mulheres que são atendidas pelo **CRM**.

Quais os tipos de Violência?

Violência Física: entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.

Violência Psicológica: conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

Violência Sexual: manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação.

Violência Patrimonial: retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

Violência Moral: entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.


A violência doméstica e sua repercussão na família

A **violência intrafamiliar** traz danos psicológicos e físicos a todos da família, principalmente às crianças e adolescentes, que muitas vezes assumem o papel de proteção da mãe, não importa a idade, esse comportamento não é sinal de amor, é sinal de medo, medo de perder a mãe, medo de ficar sozinho.

Como identificar que está em um relacionamento abusivo

- 1.** A família se afasta, a rede de amigos diminui, e no fim a mulher se percebe tendo apenas o companheiro como apoio.
- 2.** O companheiro passa a controlar suas roupas, seu dinheiro, suas saídas, suas amizades e esse controle se confunde com uma forma de cuidado e proteção, porém é um abuso, uma violência.
- 3.** Força relações sexuais, e acaba por mantê-las sem consentimento, associa isso ao prazer de sua presença.
- 4.** Xingamentos, ofender você na frente dos outros através de insultos e piadas, também é uma forma de violência. Ele tentará convencê-la de que é uma inútil, incapaz e de que não têm beleza como as outras.
- 5.** Para o agressor a culpa de qualquer ato violento nunca é dele, e sim de seu comportamento, se eximindo de qualquer responsabilidade.

Identifique em que fase está!



FASE 1 - AUMENTO DA TENSÃO
Nesse primeiro momento, o agressor mostra-se tenso e irritado por coisas insignificantes, chegando a ter acessos de raiva. Ele também humilha a vítima, faz ameaças e destrói objetos.

FASE 2 - ATO DE VIOLÊNCIA
Esta fase corresponde à explosão do agressor, ou seja, a falta de controle chega ao limite e leva ao ato violento. Aqui, toda a tensão acumulada na Fase 1 se materializa em violência verbal, física, psicológica, moral ou patrimonial.

FASE 3 - ARREPENDIMENTO E COMPORTAMENTO CARINHOSO
Também conhecida como "lua de mel", esta fase se caracteriza pelo arrependimento do agressor, que se torna amável para conseguir a reconciliação. A mulher se sente confusa e pressionada a manter o seu relacionamento diante da sociedade, sobretudo quando o casal tem filhos. Em outras palavras: ela abre mão de seus direitos e recursos, enquanto ele diz que "vai mudar".

Não permita que o ciclo se repita!