



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

Paula Rafaela Pegorer Geromini

**Detecção da violência contra mulher na consulta médica
com o uso do instrumento “Conflitos Familiares Difíceis”:
uma sistematização de experiência**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família, da
Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para a obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino
Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Dinair Ferreira Machado

**Botucatu
2019**

PAULA RAFAELA PEGORER GEROMINI

Detecção da violência contra mulher na consulta médica com o uso do instrumento “Conflitos Familiares Dífíceis”: uma sistematização de experiência

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador (a): Prof.Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino
Coorientador(a):Prof(a).Dr(a). Dinair Ferreira Machado

Botucatu
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO – CÂMPUS DE BOTUCATU – UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Geromini, Paula Rafaela Pegorer.

Detecção da violência contra mulher na consulta médica com o uso do instrumento "Conflitos Familiares Difíceis": uma sistematização de experiência / Paula Rafaela Pegorer Geromini. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Antonio de Padua Pithon Cyrino

Coorientador: Dinair Ferreira Machado

Capes: 40600009

1. Acolhimento. 2. Atenção primária à saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Violência familiar. 5. Violência por parceiro íntimo.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Violência Doméstica; Violência por Parceiro Íntimo.

RESUMO

A violência contra a mulher por parceiro íntimo é um fenômeno social e um problema de saúde pública com significativo impacto na vida e saúde das mulheres em situação de violência no Brasil. **Objetivo:** Sistematizar e analisar a experiência de uso do Confad (Conflitos Familiares Díficeis) em consultas médicas como instrumento de detecção de violência doméstica. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa que teve como orientação metodológica a sistematização de experiência, a qual possibilita ao profissional, que também é ator da pesquisa, repensar sua prática e responder a novas situações de modo reflexivo, permitindo a construção de um novo conhecimento integrado e coerente com os saberes prévios. Para tanto utilizou-se registros em caderno de campo e em diário de campo realizados durante e após o atendimento e aplicação do “Roteiro de Abordagem Inicial para Detecção de Situações de Violência Doméstica Contra Mulheres” (Roteiro), elaborado a partir do instrumento Confad. Este roteiro foi aplicado às mulheres, com idade superior a 18 anos, que apresentavam algum sinal ou sintoma sugestivo de violência, mediante questionamento direto ou indireto a este respeito, ao qual responderam positivamente. O material colhido através do Roteiro foi categorizado em campos temáticos para melhor análise dos casos. **Resultados:** A experiência, objeto do estudo, possibilitou a construção do conhecimento prático por meio de sua sistematização ao organizar e fundamentar os saberes adquiridos durante a prática. Foi possível descrever como ocorreram os diagnósticos de violência perpetrada por parceiro íntimo a partir da introdução do Confad, os principais obstáculos experimentados e os achados inesperados como a associação do descontrole de comorbidades crônicas com o diagnóstico da violência doméstica contra mulheres.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Violência por Parceiro Íntimo; Estratégia Saúde da Família; Acolhimento; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Violence against women as an intimate partner is a social phenomenon and a public health problem with a significant impact on the lives and health of women in situations of violence in Brazil. **Objective:** To systematize and analyze the experience of using Confad (Difficult Family Conflicts) in medical consultations as a tool to detect domestic violence. **Methods:** This research had as methodological orientation the systematization of experience, which enables the professional, who is also a researcher, to rethink his practice and respond to new situations in a reflexive way, allowing the construction of a new knowledge integrated and consistent with previous knowledge. In order to do so, we used field and field diary records made during and after the care and application of the "Initial Approach Roadmap for Detection of Situations of Domestic Violence Against Women" (Roadmap), elaborated from the Confad instrument. This script was applied to women, aged over 18 years, who presented some sign or symptom suggestive of violence, through direct or indirect questioning in this respect, to which they responded positively. **Results:** The experience, object of the study, allowed the construction of practical knowledge through its systematization in organizing and substantiating the knowledge acquired during the practice. It was possible to describe how diagnoses of intimate partner violence occurred since the introduction of Confad, the main obstacles encountered and the unexpected findings such as the association of the lack of control of chronic comorbidities with the diagnosis of domestic violence against women.

KEY WORD: Domestic Violence; Intimate Partner Violence; Family Health Strategy; User Embrace; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
1.1 Objetivo	10
1.1.1 Obejtivo Geral	10
1.1.2 Objetivos específicos	10
2. A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER NA LITERATURA CIENTÍFICA	11
3. PERCURSO METODOLÓGICO	19
4. DA CASA AO CONSULTÓRIO: O USO DO CONFAD NA DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	23
4.1 O Bairro	23
4.2 A USF e o consultório médico	23
4.3 As mulheres	24
4.4 A consulta médica com o Confad	25
4.5 Obstáculos ao diagnóstico da violência doméstica na prática clínica na APS	33
4.6 Desafios à detecção e atenção a mulheres vítimas de violência doméstica	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6. RECOMENDAÇÕES	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	50

1. INTRODUÇÃO

Junho de 2016. A mulher que adentrou meu consultório pela manhã tinha a minha idade, mas aparentava pelo menos dez anos a mais. Trazia para a consulta a caçula de seus quatro filhos. Não pude deixar de notar o hematoma periorbital bilateral em seu rosto. Ela passou o tempo todo sem mencionar nada sobre o evidente sinal de violência. Pedi que a menina saísse do consultório para que pudesse lhe perguntar a respeito.

Deixou claro em sua fala que entendia que o posto de saúde não seria o lugar mais adequado para resolver ou entender o seu problema. Já tinha procurado a delegacia e o serviço de emergência para tratar o trauma físico, uma fratura nasal. Para ela já estava resolvido e não iria me dizer mais nada sobre o ocorrido.

Esta vivência me despertou para o problema da violência contra a mulher que envolvia minha atuação como médica de família e comunidade em uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebi que mesmo tão próxima de meus pacientes e de suas famílias, havia uma lacuna no atendimento específico à mulheres em situações de violência.

A violência, de modo mais abrangente, já era conhecida como um problema e seu enfrentamento como uma das necessidades daquele território em que iniciei minha prática profissional, no final de 2011. Continuo integrando uma das duas equipes desta unidade de saúde da família (USF), de um município de pequeno porte, cerca de 50.000 habitantes, no interior do Estado de São Paulo. Nossa área de abrangência possui aproximadamente 5.300 pessoas cadastradas e se caracteriza por ter a maior vulnerabilidade econômica e social de toda a cidade.

Meu cotidiano de atenção à saúde da comunidade me obriga a lidar com problemas sociais muitas vezes complexos, o que exigiu que buscasse a ajuda de outros colegas – enfermeira e psicóloga -, aspecto fundamental para meu crescimento profissional. Com elas pude discutir casos e refletir a cerca da nossa crescente inquietação com as questões veladas com as quais nos deparávamos nas consultas em que identificamos a violência doméstica, de gênero e sexual infantil. Muitas vezes não conseguíamos estruturar o cuidado requerido por medo de nos aproximarmos de situações íntimas – do âmbito familiar – num cenário dominado pela violência estrutural. Outras vezes, a falta de um olhar mais abrangente sobre o tema nos paralisava diante das dificuldades.

Frente a esses obstáculos e entraves começamos a procurar ajuda em outros serviços de nossa região. A partir de 2012, por iniciativa do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que presta assistência a população da área de abrangência, nossa unidade de saúde foi convidada a participar das primeiras reuniões com os diversos equipamentos sociais de nosso território. Passei a representar a USF nas reuniões mensais. Tratava-se de um espaço de diálogo no qual tentávamos, além de compartilhar nossas angústias diante de situações de extrema pobreza, abusos, abandono e negligências, conseguir, entre os serviços ali representados, a oferta de um ponto a mais de apoio social para as famílias que atendíamos.

Paulatinamente, nós, como membros daqueles encontros, percebemos a potencialidade que o trabalho intersetorial oferecia para implementar ações de prevenção e promoção da saúde daquela comunidade e com isso estruturamos as reuniões para que funcionasse como uma Rede de Cuidados Intersetorial. Nela tínhamos a parceria do CRAS, de duas creches, duas escolas, uma de nível fundamental e outra de nível médio e um centro social. Atualmente participam também o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar (CT) e as Secretarias da Cultura e do Esporte.

Com o objetivo de planejar e colocar em prática projetos mais abrangentes, protagonizamos, no final de 2015, nosso primeiro diagnóstico situacional com a participação de todos os equipamentos sociais. Foram pesquisadas situações de acolhimento institucional¹, casos de dependência de álcool e/ou drogas, evasão escolar, situações de violência sexual/física e/ou psicológica, negligência e/ou maus tratos, pobreza extrema, jovens em cumprimento de medida sócio-educativa e/ ou egressos da Fundação Casa, pessoas inseridas ou egressas do sistema penitenciário, com medidas de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - casos acompanhados pelo Conselho Tutelar.

Os principais problemas encontrados se relacionavam direta e/ou indiretamente com o uso abusivo de drogas, o que nos fez pensar em estratégias que pudessem contemplar este e outros problemas identificados no levantamento. Com isso, foi possível articular os serviços em parcerias e constituir uma “rede” de

¹ Anteriormente denominado de *abrigo em entidade*, é uma das medidas de proteção previstas pela Lei Federal n 8069/1990 (ECA) e aplicáveis a crianças e adolescentes sempre que os direitos reconhecidos naquela lei forem ameaçados ou violados.

atendimento especial para as famílias de pessoas inseridas ou egressas do sistema penitenciário centrado no CRAS. Organizou-se, também, uma proposta de atenção à saúde mental para usuários com transtornos psiquiátricos leves, drogadição e alcoolismo, mediante a articulação da USF e do CRAS, mas que atendesse os usuários a partir de qualquer ponto da nossa rede intersetorial.

O diagnóstico do território e a construção das parcerias intersetoriais nos provocou, principalmente a mim e a psicóloga, a buscar uma melhor compreensão e respostas para enfrentar a violência doméstica invisibilizada naquela USF, como será detalhado mais à frente. A existência de uma demanda de violência contra a mulher não diagnosticada nos incomodava. Tínhamos em mente que a invisibilidade do problema teria que ser trabalhada em uma via de mão dupla: ações que facilitassem o acesso das vítimas aos serviços de saúde e que garantissem, ao mesmo tempo, o diagnóstico do problema.

Passamos a nos reunir semanalmente, eu e a psicóloga, para definirmos a violência doméstica, orientadas pela literatura científica, contextualizando a violência de gênero neste cenário, visto ser a família o foco de nossa atuação profissional. Nosso objetivo, nesta primeira etapa de articulação interna, era o de estruturar uma ação que envolvesse duas propostas: a sensibilização da comunidade para a violência no âmbito familiar e a oferta de atendimento para as mulheres na USF, com especial atenção ao sigilo.

Para alcançar a primeira proposta - a sensibilização da comunidade para a violência doméstica - propusemos encontros nos diversos equipamentos sociais do bairro na tentativa de ampliar e diversificar o público. Nesta fase, a articulação ocorreu nas reuniões da rede intersetorial e mediante contatos telefônicos. Foi elaborada e apresentada uma atividade com o uso de material audiovisual. Trabalhamos com um vídeo disparador² e o subsequente diálogo sobre diversos aspectos da violência familiar: os motivos envolvidos no ciclo da violência e as diversas formas de expressão no ambiente doméstico. A atividade foi desenvolvida, durante todo o mês de agosto de 2016, com diferentes grupos: adolescentes nas escolas do bairro, com mulheres e idosos em projetos sociais do território e para trabalhadores de empresas. Os encontros duravam uma hora a uma hora e meia, variando em função do interesse do grupo na discussão do tema.

² Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4xOqCR3KtIM>

Ao final dos encontros, ofertávamos um cartão com a frase “Preciso Conversar”, como forma de estimular a busca por atendimento sigiloso na USF. Ao dirigirem-se a USF, com este cartão, o oficial administrativo da recepção, imediatamente, e sem questionamento, encaminhava para a enfermeira, psicóloga, ou médica que realizavam a escuta direcionada do problema e agendavam o atendimento psicológico ou demais seguimentos cabíveis. Toda a equipe da USF foi devidamente orientada previamente ao início da implantação do projeto. Com isto, as vítimas não sofriam nenhum constrangimento dentro do serviço, o que possibilitava a procura por ajuda às pessoas que pudessem estar envolvidas e em sofrimento decorrente de situações de violência doméstica, seja vítima ou agressor, oportunizando uma estratégia para mensurar a demanda reprimida.

Até agosto de 2016, antes do início do projeto, a USF tinha, em seguimento psicoterápico, um único caso de violência doméstica, cujo relato abriu esta introdução. Após o primeiro mês de sua implantação, recebemos seis pessoas, chegando a nove em dezembro do mesmo ano. Ao completar um ano de projeto a busca por atendimento por meio do cartão “Preciso Conversar” interrompeu-se.

Ao longo deste período de implantação das ações voltadas a reduzir a invisibilidade da violência doméstica no território, eu e minha colega psicóloga, buscamos nos qualificar³ para o processo de identificação e acompanhando de mulheres vítimas de violência doméstica no território. O que nos permitiu desenvolver um novo olhar sobre as diversas situações que envolvem violência. Passamos a considerar a questão como um grave problema de saúde pública e percebemos que nosso projeto havia alcançado resultado, dado o trabalho com foco na sensibilização da equipe de saúde e da comunidade onde atuávamos com o objetivo claro de desmistificar, falar sobre o tema, ofertar ajuda e trazer para o tratamento as pessoas que sofriam com esta situação.

Dessa forma, mesmo nos deparando com a redução da procura espontânea por atendimentos – e o fim do projeto “Preciso Conversar” em 2018 - a proposta de atenção às famílias e vítimas de violência doméstica foi mantido, contando, inclusive, com a parceria dos equipamentos sociais do bairro para promover a integralidade em nosso trabalho.

O projeto “Preciso Conversar” tornou-se referência de estratégia de

³ Participamos do curso de especialização “Impactos da Violência na Saúde” da FIOCRUZ (outubro, 2016 – fevereiro, 2018)

enfrentamento do problema no município. Com o resultado positivo, a Rede Municipal de Atenção a Violência nos solicitou o matriciamento para outras unidades de saúde e centros de referência de assistência social – Cras – no intuito de ampliar as ações de sensibilização e capacitação profissional para lidar com a violência no âmbito familiar. Esta articulação foi possível graças à abertura proporcionada pela nossa assídua participação nas reuniões da rede municipal ⁴.

Com isso, minha experiência de trabalho em rede pôde ser ampliada. Além de conhecer nossas necessidades territoriais e ajudar a desenvolver ações na nossa área de abrangência, consegui participar do planejamento de uma outra rede de atendimento especializado, mais abrangente, voltada a violência sexual infantil, na qual, foi possível conhecer a complexidade de um outro trabalho intersetorial.

Cabe destacar que, ao longo desta vivência de trabalho nas redes, tive um grande crescimento profissional, desenvolvendo minha habilidade de diálogo com profissionais e usuários. O contato frequente com tantos outros profissionais - assistentes sociais, professores, coordenadoras pedagógicas, fonoaudiólogas, nutricionista, contadora de história, psicólogas e muitas outras enfermeiras – não só me permitiu conhecer as especificidades de seus trabalhos, seus saberes, como também me permitiu construir uma “rede interprofissional” que tem me permitido melhor atender as demandas de meus pacientes. Pude discutir casos, processos de trabalho, dificuldades, trocar experiências com os colegas e o mais importante: conheci pessoas. Parece simples isso, mas o fato de estar em contato mensal com cada profissional e conhecer o que cada um fazia facilitou o meu trabalho, pois sabia a quem recorrer quando cessavam minhas opções de atuação. Além disso, o contato pessoal prévio minimizava possíveis entraves burocráticos que porventura poderiam surgir durante o acompanhamento dos casos.

Apesar da experiência de trabalho em rede intersetorial com a protagonização de ações interdisciplinares – o que considero essenciais no processo de construção do atendimento médico integral que realizo – ter me proporcionado maior segurança para o manejo de casos relacionados a violência, percebi que o tema demandava aprofundamento teórico e prático, pois as ações não se sustentavam ao longo do tempo. Encontrei no mestrado profissional a oportunidade de realizar reflexão sobre o meu trabalho orientada pelo conhecimento técnico-científico a que tive acesso e

⁴ Além de membro, participei como representante da Rede de Cuidados Intersetorial nas reuniões municipais de 2015 a 2017.

enriquecido pelo debate com colegas de turma.

A sistematização de experiência foi o método de estudo escolhido para proporcionar aprimoramento de minhas consultas voltadas à mulher em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo. Todo o trabalho desenvolvido na USF representou o fértil terreno no qual se desenvolveu a experiência de atendimento utilizando um novo instrumento para me orientar: o Confad – Conflitos Familiares Difíceis.

Deste modo, são objetivos deste estudo:

1.1 Objetivo

1.1.1 Obejtivo Geral

Sistematizar e analisar a experiência de uso do Confad (Conflitos Familiares Difíceis) em consultas médicas como instrumento de detecção de violência doméstica contra mulher.

1.1.2 Objetivos específicos

- 1- Desenvolver roteiro para consulta médica de mulheres que contemple as seguintes etapas do Confad: identificação, suspeitando do problema, descrição da violência, orientações e intervenções.
- 2- Descrever como ocorreu a identificação das situações de violência perpetradas por parceiro íntimo nos atendimentos médicos, os tipos de violência detectados, as dificuldades encontradas para se proceder ao diagnóstico destas situações, bem como os fatores facilitadores e os achados relacionados a prática pretendida.

2. A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER NA LITERATURA CIENTÍFICA

Definida como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher tanto na esfera pública quanto privada (BRASIL, 1996). A violência contra a mulher representa uma forma de poder ou força social que estrutura as relações interpessoais (de gêneros), as ações coletivas e as relações sociais. A ordem patriarcal representa a base desta força social, a qual vai estruturar as relações de poder dos homens sobre as mulheres, moldando culturalmente a sociedade. Origina-se deste modo a situação de exclusão da mulher em detrimento a satisfação masculina ao ser desvalorizada e desconsiderada como sujeito de direitos, impondo-lhe, assim, a condição de subordinação. Quando o “poder” masculino é ameaçado, recorre-se a violência (STEVENS et al, 2017).

Não surpreende, portanto, ser a violência praticada pelo parceiro íntimo uma das formas mais comuns de violência contra mulher (KRUG, 2002). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, 38% dos homicídios de mulheres, em todo o mundo, tiveram o parceiro do sexo masculino como o autor, contrastando com a proporção correspondente para os homens que foi de 6%. Estima-se também que cerca de 30% das mulheres que já tiveram parceiro, sofreram algum tipo de violência física ou sexual em algum momento de sua vida, o que reforça a percepção da maior susceptibilidade das mulheres a sofrerem diversos tipos de agressões não fatais (OMS, 2014).

A violência contra a mulher é considerada um grave problema de saúde pública mundial por ser uma importante causa de morbimortalidade entre as mulheres (HEISE, 1994).

No Brasil, a violência contra a mulher é também um sério problema de saúde pública. Um estudo de base populacional brasileiro, mostra que entre a região rural, em Pernambuco, e a urbana, São Paulo, as maiores prevalências de violência contra mulheres por parceiros íntimos, ao menos uma vez, oscilam, respectivamente, como segue: violência psicológica (N=383; 41,8% e N=580, 48,9%), física (266; 27,2% e 401; 33,7%); sexual (95; 10,1% e 170; 14,3%) O desenho deste estudo, ao permitir a comparação com outros países, revela que as taxas de violência por parceiro íntimo encontradas no país são altas, mas encontram-se em posição intermediária ou baixa quando comparadas com a variação de tipos de violência entre outros países -

violência física de 13% (Japão) a 61% (Peru), e da violência sexual entre 6% (Japão e Sérvia/Montenegro) a 59% (Etiópia) (SCHRAIBER, et al, 2007a).

Outro estudo sobre prevalência de violência física e sexual, entre diferentes países, revelou que elas ocorrem frequentemente de modo conjunto, sendo o Brasil com taxas de prevalência intermediárias para região urbana (28,9%) e rural (36,9%) quando comparadas com os outros países, como região urbana do Japão (15,4%) e região rural da Etiópia (70,9%) (OMS, 2012).

Diferente de alguns países como a Tailândia e a Etiópia, as mulheres que vivenciam a violência por parceiro íntimo no Brasil, estão entre as que possuem as menores porcentagens das que experimentam a violência sexual de modo exclusivo (ELLSBERG & HEISE, 2005).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Brasil, 2005), define os tipos de violência contra as mulheres de acordo com o que preconiza a Lei 11.340/2006, com base na violência doméstica:

“Violência doméstica - entendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação”.

Para cada tipo:

- a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
- a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Muito se avançou no reconhecimento das raízes históricas e culturais da violência de gênero. Graças a luta social das mulheres representada pelos movimentos feministas que buscaram a igualdade de direitos, liberdade e autonomia, a violência de gênero passou a ser reconhecida como uma prática de dominação masculina e com isso reforça-se a necessidade de iniciativas para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres (STEVENS et al, 2017). No Brasil, a conquista de medidas protetivas como a Lei Maria da Penha (de 07 de agosto de 2006), que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, foram fundamentais para o enfrentamento deste problema.

Muitas vezes a mulher não quer denunciar seu agressor, mas recorre a lei por não encontrar outro tipo de ajuda. No entanto, acaba desistindo de processar seu agressor ou não é devidamente acolhida e encaminhada a instituições ou serviços organizados para lidar com esta questão. Muitas mulheres que denunciam a violência sofrida se vem vulneráveis e com medo, pois não há garantias e aparato policial suficiente para mantê-las a salvo com as medidas protetivas, o que as fazem retirar a queixa seja pela coerção do parceiro ou por sua promessa de mudança de comportamento (CARNEIRO & FRAGA, 2012).

Esta promessa de mudança de comportamento é parte do chamado “Ciclo de Violência” e explica a perpetuação deste cenário em três fases. Na primeira há uma acumulação de tensão mediante atos violentos graduais e cada vez mais graves que culminam na segunda fase, também chamada de explosão, na qual há agressão física que representa o ataque de fúria. Posteriormente a isto, a terceira fase se faz presente pela promessa de mudança, também chamada de “lua-de-mel”, em que o parceiro fica mais amoroso e dócil, mas logo se reinicia a fase de acumulação e de explosão novamente, completando o ciclo (BRASIL, 2016)

Esse tipo de violência ocorre em qualquer grupo social, econômico, religioso ou cultural, e suas causas são descritas a partir de uma interação de fatores pessoais, sociais e culturais. Há muitas controvérsias quanto a determinação exata dos fatores protetores e de risco para sua ocorrência. Mesmo assim, algumas condições foram apontadas como de risco para a violência perpetrada por parceiro íntimo: pobreza, baixo capital social, conflitos e instabilidade conjugal, alcoolismo, transtornos mentais, baixo nível de escolaridade, normas sociais de gênero rígidas. Destaca-se, ainda, a forte tendência da relação de história familiar prévia de violência e o abuso por

parceiros íntimos, revelando o ciclo perpetuador de tal fenômeno (KRUG, 2002).

As graves repercussões deste tipo de violência podem ser contextualizadas no âmbito da saúde da mulher e de sua família, gerando impactos sociais e econômicos.

As mulheres que sofreram algum tipo de violência estão mais propensas a desenvolver transtornos mentais comuns, depressão, tentativas de suicídio, síndrome do pânico, transtorno do estresse pós-traumático, distúrbios do sono e alimentares, comportamentos de risco como uso abusivo de álcool e outras drogas, doenças ginecológicas, maior risco de contrair HIV e DSTs, sentimentos de baixa autoestima e solidão, comprometimento da sexualidade feminina, doenças crônicas como câncer, diabetes e acidentes vasculares, além das injúrias físicas imediatas (HEISE, 1994; MENDONÇA & LUDERMIR, 2017; SILVA & OLIVEIRA, 2015; NETTO, 2014; OMS, 2014; KRUG, 2002; GUEDES, SILVA, FONSECA, 2009).

Em decorrência destes, as mulheres em situação de violência passam a utilizar com maior frequência os serviços de saúde de um modo geral, e também aqueles de saúde mental, emergências e hospitais, o que influencia nos custos diretos deste problema. Indiretamente, o mercado de trabalho sofre com a baixa produtividade e o absenteísmo destas mulheres (OMS, 2014; KRUG, 2002).

No contexto familiar, as crianças que testemunham tais agressões desenvolvem com maior frequência uma ampla gama de distúrbios emocionais e comportamentais como baixa autoestima, ansiedade, depressão, baixo rendimento escolar, desobediência, além de doenças físicas. Há evidências ainda de que este tipo de violência pode influenciar direta e indiretamente as taxas de mortalidade infantil (KRUG, 2002). Além disso, o controle sobre a mulher diante dos filhos pode ser tomado como uma maneira natural de se relacionar, perpetuando o comportamento violento da prole fora da família (STEVENS et al, 2017).

Por se tratar de um problema de alta prevalência, sua abordagem deve incluir o máximo suporte dos serviços públicos de saúde e assistência social, bem como de rede social de apoio. Muitas vezes a mulher possui um frágil vínculo familiar devido às vulnerabilidades a que está exposta. A construção da rede social de apoio pode ser feita juntamente com a mulher assim que percebida a violência. Este processo demonstra ser o primeiro passo para a mulher retomar seu reconhecimento como parte de uma dinâmica rede social, na qual ela é capaz de tomar decisões, organizar sua vida e assim recuperar sua autonomia, rompendo com o estado de individualização e isolamento que não lhe permite que exponha a violência que sofre

(NETTO et al., 2017a).

Este aspecto é fundamental uma vez que já é sabido que a configuração da rede social de apoio às mulheres sob condição de violência perpetrada por parceiro íntimo muda ao longo do tempo de casamento, reduzindo-se a poucos atores capazes de oferecer apoio, bem como reflete na dificuldade em acessar a rede de apoio socioinstitucional. O agressor tem como estratégias de domínio as proibições: de trabalhar, estudar, frequentar a igreja e até o contato com familiares (DUTRA, et al, 2013).

Apesar dos graves desfechos nos diversos contextos onde a violência contra mulher se insere, esta ainda possui uma grande invisibilidade nos serviços de saúde, de um modo geral, e na atenção primária à saúde (APS), em especial.

Esta situação pode ser explicada em parte pela naturalização que as vítimas imprimem às experiências sofridas. Embora a maioria delas afirmem que, em algum momento de sua vida adulta, vivenciaram algum tipo de agressão, muitas não o reconhece como um ato violento (SCHRAIBER, 2003; SCHRAIBER et al., 2007).

Outras vezes, a mulher em situação de violência doméstica, não relata a agressão por viver num cenário de vulnerabilidades socioeconômicas que a prendem ao seu agressor, gerando medo e vergonha. O isolamento social a ela imposto como uma forma de controle praticada por seu parceiro também pode agravar o silêncio (NETTO et al., 2017b; MOREIRA, BORIS, VENÂNCIO, 2011).

É, ainda, importante destacar que os próprios profissionais de saúde ao fazerem o diagnóstico das situações de violência contra suas pacientes se sentem incomodados, impotentes, constrangidos e até mesmo receosos de serem ofensivos ao abordar o tema (SILVA et al, 2011). Alunos de graduação de enfermagem referiram não ter o devido preparo técnico para colocar em prática as estratégias de intervenção diante das vítimas de violência perpetrada por parceiro, o que pode agravar a situação de violência vivida (RIGOL-CUADRA et al, 2015).

Dada a dificuldade dos profissionais de saúde lidarem com os problemas de natureza biopsicossociais é comum que acabem por valorizar somente as queixas físicas de suas pacientes vítimas de violência, o que decorre do caráter fragmentado e da ainda orientação essencialmente biologicista da graduação médica e de enfermagem, bem como de outros fatores como a falta de apoio institucional e do amparo de uma equipe multiprofissional (LATTIERE, NAKANO, RODRIGUES, 2008; SILVA et al, 2011).

Os aspectos acima apontados podem contribuir para uma subnotificação dos casos na maioria dos serviços de saúde, ainda que seja de caráter compulsório e essencial para a produção de informações que norteiem as políticas públicas de enfrentamento da violência contra a mulher.

Inúmeros motivos são citados pelos profissionais como justificativa para não proceder à notificação e não intervir nesta situação. Dentre os quais se destacam a percepção equivocada de que tal instrumento seria um veículo de denúncia, as dificuldades em lidar com assuntos considerados do ambiente privado e restrito do casal, o medo de retaliações e por não saber lidar com a situação exposta de violência (KIND et al., 2013; ALMEIDA, SILVA, MACHADO, 2014; PEDROSA & ZANELLO, 2014).

De modo geral, o profissional da saúde se mostra mais sensibilizado e mais apto em acolher demandas de violência contra mulher quando lhe é proporcionado espaços educativos que permitam a troca de informações sobre o tema e os capacitem para o trabalho em rede (BRUM et al., 2013).

Apesar de haver um entendimento, por parte dos médicos da atenção primária, com relação à necessidade de uma abordagem mais humanizada que transcenda o olhar puramente biológico da questão, muitos ainda limitam suas práticas a atuações fragmentadas diante destas situações, limitando-se ao atendimento baseado na queixa-conduta (HASSE & VIEIRA, 2014).

A oferta de um cuidado médico predominantemente fragmentado na atenção primária resulta de uma formação acadêmica tradicionalmente biomédica, pouco integradora e limitada para que os estudantes alcancem uma abordagem crítica inclusiva, emancipatória e intersetorial, que atenda adequadamente as necessidades das vítimas de violência (PEDROSA & SPINK, 2011).

A problematização de casos representa uma das formas de oportunizar o ensino médico integrado (CYRINO, GODOY, CYRINO, 2014). O método possibilita a construção de um olhar ampliado pelos estudantes a cerca deste tema, pois discute no processo de aprendizagem questões de relevância sociocultural, histórica e o dimensiona no contexto da saúde pública. Além disso, o ensino integrado e humanizado pode oportunizar a aproximação do estudante a ferramentas essenciais no cuidado inicial das vítimas de violência (MACHADO et al., 2016).

Preconizado como uma destas ferramentas, o acolhimento proporciona a aproximação médico-paciente, através da escuta qualificada e permite a criação do

vínculo na abordagem destas mulheres (BRASIL, 2001; BRASIL; 2013).

Neste sentido, entende-se que todos os profissionais da atenção primária podem e devem adquirir habilidades para realizar a escuta. Este processo deve ser priorizado e pactuado entre toda a equipe de saúde de modo que o acolhimento dos casos de violência doméstica contra mulheres não se restrinja a uma ou outra categoria profissional, limitando o acesso das vítimas à escuta ampliada sobre o problema de tal modo que agrave a invisibilidade por não permitir o espaço adequado para realizar o reconhecimento dos casos (BARBOSA, DIMENSTEIN, LEITE, 2014). Alguns profissionais da atenção primária relatam que a estratégia mais eficaz para reconhecer os casos é o vínculo de confiança que estabelecem com estas mulheres, possibilitado pela escuta atenta e acolhedora (VISENTIN et al., 2015).

Uma das propostas para estruturar esta escuta e proceder ao acolhimento mais direcionado das mulheres em situação de violência doméstica consiste na aplicação do Protocolo de Orientação para Conflitos Familiares Díficeis (Confad) (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2003). Ele se constitui numa tecnologia de acolhimento e escuta em saúde que permite o reconhecimento do problema e a realização de orientações.

Inicia pela identificação da origem do problema ou do sofrimento através de uma escuta sem julgamentos e mapeia conjuntamente com a mulher a sua rede de suporte social, os potenciais riscos que ela pode correr, esclarece questões referentes à violência de gênero, discute os planos de vida da mulher como forma de buscar alternativas à situação atual e fornece orientações sobre a rede de apoio e os planos de segurança caso haja situação de risco. Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde familiarizado e devidamente treinado para trabalhar com esta questão (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2003).

Outro ponto importante que deve ser salientado quando se discute a abordagem da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo é não se esquecer do agressor. Entender os motivos que levam os homens a agredir e lidar com a presença deste indivíduo, na unidade de saúde e no consultório se faz necessário quando pensamos na integralidade da atenção à este problema.

Alguns podem culpabilizar a própria esposa pela agressão que cometeu, seja por considerar inadequados certos tipos de comportamento da parceira ou como forma de revidar uma agressão dela. Outras vezes ele assume a responsabilidade pelos atos violentos cometidos, o que geralmente se associa a dependência química e situação financeira como motivadores de desentendimentos e agressões (ROSA et

al, 2008).

Uma abordagem centrada nas necessidades do agressor são tão importantes quanto as da vítima para buscar o sucesso na quebra do ciclo de violência do casal. Sugere-se, ao profissional de atenção primária que encaminhe o perpetrador a um centro especializado de atendimento a agressores, quando houver disponível, que oriente o mesmo sobre o impacto negativo para a vítima e sua família, bem como ofereça uma adequada atenção para o controle do uso abusivo de substâncias químicas e a outras questões relacionadas a saúde mental do paciente, guardando sempre uma proximidade no seguimento dos casos (PENTI, TIMMONS, ADAMS, 2018).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Para responder ao objetivo desta pesquisa, o de sistematizar e analisar a experiência de uso do Confad nas consultas médicas, busquei, com a utilização deste novo instrumento de escuta qualificada, responder a seguinte questão: qual o potencial deste instrumento na prática de atenção à saúde para a detecção da violência contra mulher por seu parceiro íntimo.

Este estudo foi orientado pela Metodologia de Sistematização de Experiência, a qual possibilita ao profissional, que também é parte de um processo de intervenção e/ou pesquisa, repensar sua prática e responder a novas situações de modo reflexivo, permitindo a construção de um novo conhecimento integrado e coerente com os saberes prévios (BERNECHEA, GONZÁLEZ, MORGAN, 2009).

Na investigação que aqui apresento, a experiência de atenção à mulheres, como parte de minha rotina de trabalho em USF, se fez mediante o uso de um roteiro elaborado a partir do Confad, proposta estruturada de atenção que objetiva fomentar o diagnóstico de violência doméstica (VD), promover o primeiro acolhimento e referenciamento das situações identificadas (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2003). Embora o Confad trate dessas três dimensões e o utilizei na íntegra nas consultas realizadas, nesse estudo destaco a dimensão diagnóstico de violência doméstica.

Para qualificar o processo de sistematização desta experiência realizei registro de todos os atendimentos a mulheres em que suspeitei de VD, tenha ou não sido provocada pelo uso do Confad, como detalho mais a frente. Portanto, minha prática cotidiana de atenção aos usuários desta unidade se confundiu com minha atividade de “pesquisa”, a parte da qual realizada mediante o registro sistemático em caderno de campo.

O método de Sistematização de Experiência requer um diagnóstico situacional que traga à tona os problemas da realidade na qual se pretende intervir, bem como objetivos claros para caracterizar o caminho a ser percorrido durante o processo de intervenção. Este diagnóstico se fez possível nesta experiência, ao longo de todo o trabalho desenvolvido no território, por meio de ações conjuntas com outros equipamentos sociais e com a própria equipe de nossa unidade de saúde, como já tratado na introdução, o que nos permitiu reconhecer a violência perpetrada por parceiro íntimo como um problema de saúde pública no município estudado.

Ao organizar e fundamentar a experiência, objeto deste estudo, vislumbramos

que aplicar o Confad não só permitiria experimentar um novo instrumento de apoio à detecção da VD, como também nos permitiria construir um conhecimento sobre a prática de atenção e cuidado às mulheres e as articulações empreendidas com a equipe da USF e a rede de apoio. Ao mesmo tempo, a reflexão sobre esta experiência nos daria a possibilidade de enriquecer o saber teórico que embasou a formulação do Confad. Dessa forma, novos métodos e estratégias de intervenção poderão ser propostos para melhorar essa abordagem, orientando novas formas de enfrentamento desses problemas cotidianos (GARCIA & TIRADO, 2010).

Os registros em caderno de campo se realizaram durante e após o atendimento e aplicação do “Roteiro de Abordagem Inicial para Detecção de Situações de Violência Doméstica Contra Mulheres” (Roteiro). Este roteiro foi aplicado, durante consultas de rotina ou eventual, somente às mulheres, com idade superior a 18 anos, que apresentavam algum sinal ou sintoma sugestivo de violência, mediante questionamento direto ou indireto a este respeito, ao qual responderam positivamente. Ao final do dia, na unidade de saúde ou em casa, realizava o registro em diário de campo, com base no caderno de campo.

O “Roteiro de Abordagem Inicial para Detecção de Situações de Violência Doméstica Contra Mulheres” foi elaborado a partir do protocolo de orientação para conflitos familiares difíceis (Confad) (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, 2003), ver anexo I.

Este instrumento permitiu realizar a caracterização sócio-demográfica das mulheres, de suas histórias de violência e, por fim, estabelecer o projeto terapêutico e de seguimento de cada mulher. Para tanto, o Roteiro contempla o seguinte: dados para identificação (idade, nível de escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar, se recebe algum tipo de benefício financeiro por transferência de renda, cor de pele, religião, tempo de relacionamento, tipo de moradia e número de pessoas que residem na casa), indicadores para a suspeita de violência, tais como: transtornos, síndromes, sintomas e algumas doenças que as mulheres podem apresentar como queixas iniciais ou durante seu segmento no serviço que sinalizem a necessidade de se perguntar direta ou indiretamente a respeito; questões diretas ou indiretas para a detecção, diagnóstico e exploração da história de violência; e por fim, as orientações e intervenções requeridas para o caso.

O uso do Roteiro, primeira etapa de produção de dados, foi também útil para provocar outros questionamentos sobre cada atendimento realizado às mulheres, os quais foram registrados no caderno de campo. Assim que concluía a consulta fazia o

registro em caderno de campo, a fim de não perder detalhes das minhas primeiras impressões.

Quando isto não foi possível, dada a rotina de trabalho, fazia em casa, no mesmo dia, a composição de meu diário de campo buscando descrever minhas impressões, angústias e diálogos, detalhadamente, bem como as histórias e situações vivenciadas, para que a memória trabalhasse a meu favor.

As informações produzidas a partir do Roteiro e do caderno de campo permitiram a escrita do diário de campo, que geralmente era feita em casa após o trabalho.

A leitura sobre o trabalho etnográfico me permitiu compreender como se elabora um diário de campo, enquanto instrumento de registro sistemático de meus encontros. Primeiro aprendi que o olhar e o ouvir de forma disciplinada e contextualizada foram os elementos cognitivos primários que utilizaria para elaborar o diário em si. O escrever, representa esta etapa final, fora do consultório onde ocorreram os encontros, na qual a textualização de minha experiência se fez mediante a interpretação dos dados produzidos, apoiados pela bibliografia. Seria o que se aponta como um processo de “refração” destes dados que ocorre durante a escrita, os quais já não são puros pois foram produzidos no processo de observação, escuta e posterior registro (OLIVEIRA, 1996).

Cabe destacar ainda que todos os registros do Roteiro, do caderno de campo e do diário de campo não foram inseridos nos prontuários das interlocutoras e não foram arquivados na unidade de saúde para garantir o sigilo de todas as informações produzidas. Os nomes das pacientes e alguns detalhes de suas histórias foram alterados, nos Roteiros e nos diários de campo, para preservar a identidade das mulheres.

A aplicação do Roteiro e a produção do diário de campo e a correspondente sistematização de experiência teve início em novembro de 2017, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Todas as participantes foram devidamente esclarecidas sobre o estudo mediante a explicação detalhada do mesmo e a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No período de oito meses do estudo – novembro (2017) a junho (2018) - foram realizados 16 diagnósticos de violência contra mulher perpetrada por parceiros íntimos, em consultas médicas. Deste total, duas pacientes não retornaram para seguimento, mesmo após busca ativa, o que impediu a solicitação do consentimento

das mesmas para participação no estudo. Outras duas mulheres não aceitaram participar do estudo.

O diário de campo, após digitação compõe-se de 67 páginas. Com base nos registros do Roteiro e do diário de campo elaborei uma narrativa com a história de cada uma das mulheres.

O material colhido através do Roterio foi categorizado em campos temáticos para melhor análise dos casos.

Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (processo nº 77927517.7.0000.5411).

4. DA CASA AO CONSULTÓRIO: O USO DO CONFAD NA DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

4.1 O Bairro

Este estudo foi realizado em uma unidade de saúde de bairro periférico de cidade do interior paulista com população entre 40 e 60 mil habitantes⁵.

A população do bairro, campo deste estudo, é de baixa renda e baixa escolaridade, com ocupação predominante em trabalho braçal na lavoura de cana de açúcar e laranja e em serviços eventuais. A região mais precária do bairro localiza-se as margens de um rio que corta parte do município.

4.2 A USF e o consultório médico

A USF onde foi realizado este estudo tem entre 5 e 6 mil usuários cadastrados e está localizada numa via de movimento intenso no bairro, pois além de dar acesso ao centro é a rota principal para o único cemitério do município.

A recente ampliação e reforma do prédio possibilitou melhor acomodação dos pacientes e da equipe, pois com o maior espaço físico, a unidade passou a ofertar mais serviços (como coleta de sangue) e sua equipe a desenvolver mais atividades (grupo de mulheres e ludoterapia⁶).

Sua equipe trabalha de modo bastante articulado por meio de um diálogo constante entre seus membros. Todos são incluídos na reunião de equipe semanal, quando é realizada a comunicação de informes gerais, seminários de temas de interesse das agentes comunitárias de saúde (ACS) e de outros membros da equipe e discussão sobre o seguimento de alguns casos, momento este em que as ACS tiram dúvidas da equipe sobre usuários da USF. Foi por meio destes encontros que conseguimos realizar parte importante da sensibilização para a abordagem das mulheres potenciais vítimas de violência doméstica. As reuniões representam, portanto, um espaço para articular diversas ações de promoção e prevenção em

⁵ Para preservar o sigilo de minhas interlocutoras, procurou-se não citar nomes de localidades, serviços de saúde, instituições de assistência etc.

⁶ Grupo desenvolvido pela psicóloga com crianças e adolescentes para atender a grande demanda para esta faixa etária.

saúde como ações de combate da dengue, oficina da memória, grupo de gestantes, grupo de hipertensão e diabetes, grupo de combate ao tabagismo e o grupo de caminhada. O grande mérito para o sucesso destas ações deve-se ao comprometimento de todos, em especial das ACS⁷ que tem um bom vínculo com a comunidade, o que lhes permite desenvolver um bom trabalho.

O consultório médico é um espaço bastante acolhedor e permite que se preserve a intimidade das mulheres. A janela e a porta podem ficar o tempo todo fechadas durante o atendimento, pois o consultório dispõe ar condicionado. Possui ainda uma antessala reservada à coleta de exame ginecológico, com banheiro para que a mulher possa se preparar para o exame⁸.

4.3 As mulheres

Embora o grupo de mulheres que participam desse estudo sejam de estratos de baixa renda, como já destaquei no item acima “o bairro”, esse perfil não decorre de uma escolha deliberada, mas da conveniência de se realizar esse estudo a partir do lugar em que atuo como profissional. Cabendo, também, destacar novamente que a violência contra a mulher, em nosso país, atinge todos os estratos sociais, embora alcance um maior prevalência nos grupos de maior vulnerabilidade social.

As interlocutoras deste estudo são 12 mulheres residentes na área de abrangência da USF, com idade média de 39 anos, sete delas se auto declararam negras ou pardas e cinco brancas, apenas três são solteiras ou separadas e cinco estavam empregadas. Todas tinham filhos, exceto uma delas; e há uma gestante. Quanto a religião havia o predomínio de evangélicas e católicas. Metade delas vive em casa própria e a outra metade em casa alugada. A média do número de pessoas por domicílio foi de 3,16 pessoas.

O tempo médio de relacionamento com parceiro íntimo foi de 12,8 anos. Mais

⁷ São as ACS que também produzem as informações necessárias para o planejamento de ações de prevenção no nosso território. Como exemplo cito o levantamento sobre o risco de ocorrência de dengue no território baseado na presença de recipientes potenciais criadouros do aedes nos domicílios visitados. Com esta informação elas mapearam o risco e mediram a eficácia da fiscalização dos domicílios e das orientações para a população. Além disso, desenvolveram palestras e atividades lúdicas com as crianças das escolas e creches do bairro a partir de outro levantamento sobre o aparecimento de escorpiões a fim de orientar as crianças sobre o risco de acidentes com estes animais e as principais medidas preventivas para evitar a sua proliferação nos domicílios.

⁸ Esta antessala também é utilizada para pacientes que procuram a USF para realizar o teste de gravidez.

da metade das mulheres não haviam concluído o ensino fundamental⁹.

Com relação a renda familiar, a maior parte delas estava alocada numa faixa inferior ao salário médio mensal dos trabalhadores formais do município¹⁰ e duas delas recebiam benefício financeiro por transferência de renda. Três interlocutoras não souberam responder este item.

Sara é a mais jovem, namora e ainda não tem filhos. Marta possui o menor tempo de relacionamento com o atual parceiro íntimo. Diná chega a trabalhar quase todos os dias da semana para complementar a renda familiar. Adriele conta com o apoio de parentes para enfrentar a atual separação. Lia trabalha e mora com seu único filho. Talita tem o sonho de voltar a estudar e a trabalhar. Noemi possui a amizade de familiares e o trabalho como fonte de apoio. Débora está aprofundando seus estudos para conquistar um futuro melhor. Maria é a estabilidade financeira da família. Raquel frequenta assiduamente sua igreja. Eunice é a mais tímida e Judite a que me pareceu mais desesperançosa diante de sua situação.

4.4 A consulta médica com o Confad

Abrindo as portas para questões sensíveis¹¹: identificando as situações e os tipos de violência doméstica.

Onze e meia: Sara entrou no consultório com os olhos inchados de tanto chorar e em companhia de sua prima. (...) Perguntei: o que está acontecendo? Ela simplesmente olhou para a prima e disse: “eu não sei explicar”. Larguei a caneta ao perceber que a consulta iria demandar certo tempo para entender o caso. Ela não conseguia se expressar, só olhava pra mim, chorava e dizia que não conseguia conversar com as pessoas por causa de um sentimento ruim.(dc)¹²

A epigrafe acima expressa bem a sutileza das situações que vivi no consultório e que serão aqui apresentadas para que se possa reconhecer como identifiquei as situações de violência perpetrada por parceiro íntimo. E, também, em que medida a aplicação do instrumento Confad contribui para que tais situações delicadas pudessem “abrir a porta” para o diagnóstico do problema.

Para tanto, descrevo inicialmente os motivos de procura do serviço de saúde,

⁹ Em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade para o município foi de 96,3%

¹⁰ Em 2016, segundo dados do IBGE este valor correspondia a 2.4 salários mínimos.

¹¹ O sensível aqui é usado no sentido de “propenso a participar das dores alheias” (Dicionário de Português, Oxford University Press).

¹² Dc, indica que o trecho foi retirado de meu diário de campo.

que nos permitirá analisar as demandas e sua relação com a etapa “suspeitando do problema”, na qual busca-se sintomas que se mostrem consistentemente associados à violência contra mulher e fornecem um critério de seleção de possíveis vítimas às quais caberia dar continuidade ao interrogatório (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, 2003).

Em algumas consultas as queixas e os sintomas iniciais – choro fácil, dificuldade para dormir, irritabilidade, nervosismo, ideação suicida, baixa autoestima – foram sugestivos de quadro depressivo ou de ansiedade.

Sara apresentava choro fácil no momento da consulta e precisou de uma acompanhante para vir a USF. A história de Sara é representativa do que reconhecemos na etapa “suspeitando do problema” dado seus sintomas depressivos e também pela história anterior de tentativa de suicídio relatada pela acompanhante. Todavia, o diagnóstico de violência não foi realizado por meio do questionamento direto. Como explicarei mais adiante, este caso me fez notar algumas dificuldades que experimentei para suspeitar das situações de violência contra mulher.

Ao questionar-lhe há quanto tempo vinha apresentando aqueles sintomas Sara respondeu me que: há cerca de uma semana vinha brigando com seu marido, cada vez com maior frequência, culminando numa discussão, no dia anterior, que fugiu do controle. (dc)

Adriele deixou claro sua ansiedade ao solicitar, sem rodeios, um medicamento para dormir. O diagnóstico se fez imediatamente ao lhe perguntar o motivo de sua insônia: “estou sendo ameaçada de morte pelo meu ex”.

O mesmo ocorreu com Maria que chegou com uma queixa de dor nos joelhos e, como seu médico estava de férias, a atendi. Maria logo me disse “eu queria te contar uma coisa que não falo pro outro doutor porque tenho vergonha e medo dele me achar louca”(dc).

Percebi seu constrangimento, por seu tom de voz, ao detalhar seus sentimentos: “- Estou estranha já faz um tempo doutora. Eu me olho no espelho e tenho me achado muito gorda e feia, com choro toda hora, muito irritada com as pessoas e as vezes com vontade de me matar... nem durmo”(dc).

Os motivos que Maria apontou como desencadeadores dos sintomas depressivos eram a morte do pai, a traição e ameaças do marido: “- Ele me disse que se largasse dele quem ia querer uma mulher assim feia como eu. Nossa isso ficou pra sempre na minha cabeça, não consigo esquecer” (dc).

Já com Raquel, a investigação da situação de violência ocorreu com o

questionamento direto do problema, mas ela precisou sinalizá-lo para mim, pois, além de estar focada no quadro depressivo que ela apresentava, eu queria ser o mais resolutiva possível com os pacientes no período em que cobria férias do médico da outra equipe de nossa USF. Ao final da consulta, de cabeça baixa preenchendo papéis, escuto: “E ainda tem o namorado pra ajudar...”(dc). A primeira coisa que me passou na cabeça foi tratar-se de mais um caso de violência doméstica e lhe perguntei: “Como assim? Ele tem brigado com você?”(dc)

Débora procurou a USF para resolver um problema de pele. Seu sintoma inicial não se encaixava na etapa “suspeitando do problema”. Não a questionei direta ou indiretamente sobre situação de violência doméstica. Apesar de nunca ter atendido Débora como paciente a conhecia desde a infância. Ela adentrou o consultório perguntando de meus filhos e eu dos dela. Conforme íamos falando de nossas famílias veio a tona sua história. O relato, portanto, ocorreu de uma maneira espontânea, pois ela se sentiu a vontade para me contar detalhes sobre sua vida e com isso fui identificando com ela as situações de violência psicológica que o ex-companheiro lhe provocava.

Para Marta, Diná, Lia e Talita os motivos para a busca de nossa USF - sequela física e emocional, dor e isolamento social -, estavam diretamente relacionados à violência doméstica, recente ou pregressa, a que foram vítimas.

Marta queria tratamento para uma sequela motora decorrente de uma pancada no pé: “- Olha...não consigo mexer o pé direito, está sempre inchado. Depois disso não consegui mais trabalhar direito.”

Logo que ouvi a palavra “pancada” pensei que Marta pudesse ser mais uma candidata para aplicar o Confad. Fui logo perguntando quando havia ocorrido aquilo e quem a havia agredido. Para minha surpresa informou que a agressão fora perpetrada por um ex-parceiro íntimo, que possui sequela de derrame cerebral, com sua bengala. Não houve qualquer constrangimento ou dificuldade da paciente em me relatar a agressão sofrida, assim como os abusos que vinha sofrendo do atual parceiro, os quais identifiquei após perguntar sobre o término do relacionamento com o ex-marido: “Daquele eu larguei. Agora estou com outro. Mas ele me agride também.”(dc)

Assim como Marta, Diná também me procurou com uma queixa física de dor, desta vez nas costas. Ela foi logo me explicando como a dor começou, muito receosa, o tempo todo olhando a porta atrás dela, como se quisesse verificar que estava bem

fechada para que ninguém ouvisse o que iria me dizer: “Na segunda-feira ele chegou em casa e me deu um soco aqui oh...nas costas...bem aqui. Eu tava no sofá. Eu não tinha feito nada.”(dc)

Cabe destacar que para a identificação das situações de violência perpetrada por parceiro íntimo de Lia e Talita pude contar com a ajuda de membros da minha equipe. Por possuir um vínculo de compromisso e co-responsabilização com a população atendida, a equipe de saúde da família tem um papel fundamental na atenção às mulheres vítimas de violência doméstica (ANDRADE & FONSECA, 2008).

A sensibilização sobre a violência doméstica contra mulher, proporcionada pelo projeto “Preciso Conversar” representou um divisor de águas no acolhimento das mulheres vítimas deste tipo de violência em nossa USF. A equipe é especialmente atenta a possível situação de violência quando há aparente sinais físicos na paciente, como ocorreu com Lia, que chegou à USF com um hematoma no braço e solicitando consulta médica, pois não tinha condições de ir trabalhar. Tanto os auxiliares administrativos da recepção quanto as auxiliares de enfermagem se mobilizaram para que fosse prontamente atendida prontamente. As auxiliares concluíram ser uma possível vítima de violência pelo evidente sinal físico da minha interlocutora.

A boa articulação da equipe também permitiu que Talita retomasse sua rotina de pré-natal (PN), após várias faltas a consultas médicas com o médico obstetra do nosso serviço de saúde. Mediante busca ativa por contato telefônico, a enfermeira descobriu o motivo das faltas do PN e sugeriu-lhe continuar o PN comigo. Ao atender Talita, já sabendo de sua história, lhe pedi que me contasse o motivo do abandono do PN com o médico obstetra. Respondeu me que seu parceiro lhe proibiu de comparecer às consultas por ciúmes do médico.

Os acolhimentos realizados pela equipe da USF com Lia e Talita revelam bem a importância que uma equipe capacitada para suspeitar de uma situação de violência perpetrada por parceiro íntimo tem no reconhecimento, na abordagem e no devido encaminhamento requerido para tais condições, o que nos remete para a ideia do acolhimento como uma “rede de conversações” no interior da equipe de saúde (TEIXEIRA, 2003).

Noemi, Eunice e Judite estavam em tratamento para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Faziam consulta de rotina para seguimento dessas comorbidades quando as situações de violência foram identificadas.

O atendimento à Noemi foi o que primeiro me chamou a atenção para a possível

associação entre violência doméstica e descontrole de tais comorbidades crônicas.

Inicialmente, acreditei que, a dificuldade de Noemi no controle do DM e da HAS decorresse da prisão de sua neta. Quando procurei esclarecer melhor a razão de sua tristeza, me disse que a neta estava bem e que o motivo era o marido que, havia descoberto, mantinha um relacionamento extra-conjugal.

Foi então que suspeitei de violência e perguntei diretamente se alguma vez havia sido agredida por ele.

Noemi relatou sobre o comportamento agressivo do marido que chegou a ameaça-la de morte com arma branca¹³, e controlador sob diversos aspectos de sua vida, inclusive financeira.

Até este momento não havia pensado na possível associação entre violência e descontrole da HAS e do DM. Portanto, o diagnóstico de violência se fez pela suspeita que levantei a partir da história de relacionamento extra-conjugal do marido.

Após a experiência no cuidado de Noemi busquei investigar situações de violência doméstica nas consultas de rotina de mulheres com HAS e DM de difícil controle ou sem controle, como Eunice e Judite.

Para Eunice, após verificar o uso correto das quatro classes de medicações anti-hipertensivas – e ainda assim, sem resultado clínico esperado no controle de sua HAS – investiguei o que poderia estar afetando sua pressão daquele modo. Para minha surpresa, respondeu que o problema poderia ser o marido.

Ao conversar com Judite, que também não conseguia controlar sua HAS e DM, sobre a relação de seu sofrimento psíquico com um quadro crônico de dores generalizadas diárias, explorei a ocorrência de algum episódio de estresse emocional que justificasse sua condição. Relatou estar muito nervosa com a situação das filhas, usuárias de droga, e do marido que voltou a beber abusivamente. Foi a oportunidade para indagar diretamente se a maltratava quando bebia e ouvir sua confirmação.

A identificação das situações de violência foi possível pela escuta atenta das queixas iniciais e pelo desdobramento investigativo dessas queixas, o que me levou a suspeita. Ter o conhecimento acerca do instrumento norteador, Confad, e saber que poderia dispor desta ferramenta caso houvesse necessidade, foi o fator que me proporcionou a segurança para aprofundar a investigação a partir dos sinais e sintomas, sugestivos ou não de violência perpetrada por parceiro íntimo, em busca do

¹³ Arma branca aqui é entendido como qualquer objeto que possa ser utilizado para atacar ou se defender de alguém, mas que a princípio não tem esta finalidade.

seu diagnóstico. O Confad, portanto, instrumentalizou-me para que, no espaço de escuta, pudesse identificar o problema. Mas, além dos recursos que permitiram alcançar um sucesso técnico, cabe identificar outras dimensões que contribuíram para o sucesso prático, tais como: o reconhecimento do outro como pessoa, o acolhimento das mulheres em sofrimento, o não julgamento moral de suas vidas (SCHRAIBER, 2011), uma escuta interessada e respeitosa na singularidade de cada história, a construção de uma relação de confiança e o cuidado com a intimidade e o sigilo (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2003; SALETTI-CUESTA, AIZENBERG, RICCI-CABELLO, 2018; BRASIL, 2005).

Como vimos até aqui, foram muitas as formas de expressão de violência psicológica descritas por nossas interlocutoras, podendo-se afirmar que mais da metade delas relataram alguma forma de violência psicológica provocada pelo parceiro íntimo, tais como: expressão de ciúmes, subestimação da capacidade da mulher, como cuidar dos próprios filhos, enaltecimento de defeitos físicos, comportamentos controladores (limitação do direito de ir e vir e de uso de roupas e/ou maquiagem, de trabalhar), xingamentos, perseguição, e diversas formas de ameaças - perda da guarda dos filhos – e de morte.

No presente estudo, a violência psicológica foi relatada, por algumas interlocutoras, com episódios de violência física. A violência física foi identificada nos atendimentos por meio de sinais físicos, como hematoma e sequela motora, ou pelo próprio relato da agressão, principalmente para os episódios prévios. Como me relatou Judite quando perguntei se o companheiro a agredia e me respondeu que agora não, mas que há uns dez anos atrás apanhava muito dele.

Estes achados corroboram com os estudos sobre prevalência dos tipos de violência perpetrados por parceiros íntimos que indicam que a psicológica é a mais prevalente, podendo chegar a 80,2% no decorrer da vida (MOURA et al, 2009).

É a violência psicológica que também mais acompanha as outras formas de violência, física e sexual, detectadas em relatos de mulheres num estudo de base populacional brasileiro, assim como a maior taxa de ocorrência exclusiva (SCHRAIBER et al, 2007a).

Em serviços públicos de saúde da Grande São Paulo, quando se analisou as formas exclusivas de violência, ou seja, sem superposição dos tipos de violência sofrida, a psicológica correspondeu a 26% dos casos, a física a 9% e a sexual a 3%. Este estudo também apontou que o critério utilizado para mensurar a recorrência dos

tipos de violência apareceu em maior porcentagem para a violência psicológica seja na violência atual ou ocorrido em algum momento na vida (SCHRAIBER et al, 2007b)

Esta forma de violência pode contribuir para o isolamento social, barreira para que a mulher busque instituições que possam lhe ajudar. Isto ocorre por meio do comportamento controlador do parceiro, com as proibições de ir e vir, de visitar parentes etc. Este isolamento, que muitas vezes tem como motivo a vergonha e o medo de outras atitudes violentas dos companheiros (NETTO et al, 2017b), pode resultar no desenvolvimento, no qual pode se privar do convívio com outras pessoas, ampliando o isolamento social.

É importante que os profissionais de saúde conheçam a magnitude da epidemiologia da violência contra a mulher, para que possam estar mais atentos e suspeitar dessas situações no cotidiano da clínica.

Embora a violência contra a mulher alcance todos os estratos sociais, a vulnerabilidade das mulheres à violência física é inversamente proporcional a situação de escolaridade e renda, alcançando seu extremo para as formas de violência física grave. Além disso, o uso abusivo de álcool é apontado como um fator de associação com a violência grave contra mulheres (LINDNER et al, 2015).

Metade das minhas interlocutoras relataram o uso abusivo de álcool, seja do parceiro ou dela própria.

Estudo de base populacional brasileiro, realizado entre 2005 e 2006, demonstrou uma frequência quatro vezes maior de relatos de homens alcoolizados em episódios de violência por parceiro íntimo (ZALESKI et al, 2010). Outro estudo chega a apontar que o uso de álcool por parceiro ou pela própria mulher chega a ser significativo e mais importante para a mulher porque pode detectar um risco duas vezes e meia maior de violência por parceiro íntimo quando comparado com quem não faz uso abusivo (VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011).

Outro tipo de violência identificado neste estudo foi a patrimonial. Esta foi caracterizada pela destruição parcial ou total de bens e pela retenção dos recursos econômicos destinados a satisfazer suas necessidades, como identificamos no caso de Talita que perdeu uma moto e teve o carro todo riscado. E, de Marta que não podia pintar o cabelo porque o parceiro alegava que nunca sobrava dinheiro para isso e de Noemi que devia satisfação de todo o dinheiro que ganhava para o marido.

Também identifiquei violência moral¹⁴ praticada por meio de calúnias sobre a vida pessoal e de relação da interlocutora com seus filhos, com ameaças de que poderia perder a guarda dos filhos.

O outro tipo de violência detectado neste estudo foi a sexual. Ao relatar o episódio de violência sexual dentro do relacionamento, Raquel passou-me a impressão de não compreendê-lo como tal: “tem hora que eu viro de costas na cama e falo pra ele “faz aí o que você tem pra fazer”. Vou lá me lavo e volto pra dormir.” Mesmo após tentar explicar-lhe que o que vinha ocorrendo em sua vida íntima com o companheiro era uma forma de violência sexual, Raquel me surpreende, ao afirmar: “doutora, sou muito religiosa e fui ensinada que na bíblia está escrito que a mulher tem a obrigação de servir ao marido”. (dc)

Para este tipo de violência também há significativa predominância entre as mulheres, de ser perpetrada por parceiro íntimo, tendo-se como os principais fatores de risco os baixos níveis de educação formal e de renda (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA, JUNIOR, 2008).

Muitas mulheres podem tentar resisitir e se negar ao ato sexual contra sua vontade, mas acabam cedendo por medo de serem agredidas fisicamente, de perderem o apoio financeiro do parceiro ou por serem acusadas de infidelidade (DANTAS-BERGER & GIFFIN, 2005).

Esse consentimento ao sexo não desejado deve ser relativizado, uma vez que se percebe pelo relato uma demonstração de aversão e nojo semelhante às narrativas de vítimas de estupro (DANTAS-BERGER & GIFFIN, 2005): “Vou lá me lavo e volto pra dormir.”(dc)

Deve-se refletir, portanto, sobre aspectos que expliquem a condição de subordinação destas mulheres a condições tão degradantes como a da violência sexual por parceiro íntimo. Não estamos lidando apenas com um determinado valor moral, seja ele religioso ou de qualquer outra ordem, que por si só determinaria o comportamento submisso de uma mulher. Estamos diante da condição de subordinação da mulher na sociedade, na qual ela assume o papel de sujeito de menor valor e, portanto, de menor poder social no agir e expressar-se (SCHRAIBER et al, 2005).

¹⁴ Violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Lei Maria da Penha: Formas de violência contra a mulher. Fonte: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoaes/lei-maria-da-penha/formas-de-violencia>

E é neste sentido que o estupro conjugal se coloca como uma das representações mais cruéis da exclusão e marginalização da mulher, dada a satisfação do desejo do agressor em detrimento da violência vivida pela mulher e muitas vezes em função de um falso amor (STEVENS, et al, 2017).

Esta naturalização do sexo vaginal forçado no casamento, como se fosse parte de uma relação normal, acaba por ser aceito sexual e socialmente (DANTAS-BERGER & GIFFIN, 2005).

4.5 Obstáculos ao diagnóstico da violência doméstica na prática clínica na APS

Ao longo do período desse trabalho foi possível perceber diferentes obstáculos que limitaram minha capacidade de identificar a ocorrência de VD na minha prática cotidiana de atenção às mulheres: valores morais, éticos e culturais dos profissionais de saúde; o fato de atender vítima e abusador; o caráter velado da VD; a difícil relação dessa violência com as demandas trazidas pelas interlocutoras e o tempo das consultas.

Quando Sara e sua acompanhante entraram no consultório, a primeira coisa na qual reparei foram as suas roupas, maquiagem e acessórios. Aparentavam ter uma condição sócio econômica melhor que a maioria das pessoas que costumo atender na unidade, o que me fez descartar a violência perpetrada por parceiro íntimo como motivo de procura.

Estudos já demonstraram que um dos obstáculos que as mulheres em situação de violência enfrentam para receber uma abordagem efetiva para o problema refere-se aos valores que profissionais de saúde possuem sobre o tema. A violência doméstica e o abuso sexual, por exemplo, são assumidos, frequentemente, como de ocorrência exclusiva entre mulheres pobres ou de determinado perfil étnico ou religioso (HEISE et al, 1999).

Mesmo sabendo que a violência contra mulher não está restrita aos estratos sociais de mais baixa renda, mas alcança a todos (HEISE et al, 1999), meus estereótipos me impediram de suspeitar desse problema, antes mesmo de conhecer a história de minha interlocutora. Isto pode ser explicado, também, pela identificação próxima que tive com a paciente. Sugg & Inui (1992), nos Estados Unidos, reconheceram que médicos e médicas de cor branca, de classe média e sem experiência pessoal com violência doméstica, geralmente achavam os pacientes, com

características semelhantes as suas, com baixo risco de violência.

Sara não foi a única pessoa com a qual percebi o quanto meus valores pessoais poderiam interferir na suspeita do problema. Com Adrielle também pude perceber o quanto meu julgamento baseado em generalizações apressadas me levaram a desvalorizar sua queixa de dificuldade para dormir, em função do que ouvira a respeito de sua vida pregressa: ser uma mãe 'irresponsável', uma vez que perdera a guarda das filhas mais velhas e não trabalhava, vivendo na casa do padrasto.

Mesmo sabendo da maior vulnerabilidade para a ocorrência da violência contra mulher em estratos sociais menos favorecidos, como a de Adrielle, não suspeitei do problema quando ela se queixou de dificuldade para dormir, tendo recusado lhe prescrever psicotrópico. Só fui descobrir a gravidade do que ela vinha enfrentando quando perguntei o motivo da insônia. A partir do relato das ameaças que vinha recebendo do ex-parceiro é que dei a devida atenção para sua história de vida.

Identifiquei outro obstáculo quando atendi Noemi. Por ser médica também de seu esposo, a imagem de um perpetrador de violência não correspondia à daquele senhor idoso e gentil, que tantas vezes o atendi junto com sua esposa. Atender em uma comunidade tanto o abusador quanto a vítima pode ser uma barreira para o reconhecimento das situações de violência contra mulher, o que contribui para a perpetuação do relacionamento abusivo e pode ser considerado como uma barreira profissional ao diagnóstico de tais situações, como identificaram Gremillion & Kanof (1996).

O caráter velado da violência doméstica na história das mulheres vítimas de tal violência é um outro obstáculo experimentado no encontro médico-paciente. É necessário que os profissionais de saúde compreendam que as demandas relacionadas a violência não são trazidas nas consultas médicas de modo explícito pelas mulheres. Como aponta Schraiber (2001) a invisibilidade da violência vivida se deve ao fato dela não se apresentar como um problema trazido pelas mulheres nos atendimentos em saúde, aparecendo apenas seus efeitos, como a "ponta do iceberg".

Percebi, na vivência clínica cotidiana, como a violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo pode gerar inúmeras demandas que eu ainda não compreendia como intrínsecas a esse problema. Dentre elas, o papel do profissional de saúde em romper o silêncio em torno da violência, dado que as minhas interlocutoras não o exporiam caso não as tivesse interrogado direta ou indiretamente a respeito.

A importância da investigação das situações de violência doméstica contra mulher decorre justamente das dificuldades que as mulheres podem ter em relatar tais episódios. Isto pode ocorrer porque muitas não os reconhecem quando ocorrem no ambiente doméstico, de forma física isolada ou verbal, o que lhes dificulta nomear as agressões sofridas (SCHRAIBER, et al, 2005).

Outras vezes o medo do estigma social e a negação podem ser apontados como motivos para que as mulheres não busquem ajuda. Há estudos que apontam a alta frequência de mulheres que nunca relataram os abusos sofridos antes de serem questionadas diretamente nas entrevistas (HEISE, 1999).

Para que tal investigação ocorra, a suspeita diante dos sinais e sintomas sugestivos deve ser precedida, portanto, da compreensão a cerca da invisibilidade da violência de gênero, a qual requer a difícil desconstrução cultural da posição de subordinação da mulher na sociedade (SCHRAIBER, et al, 2005).

Com a Noemi, a Eunice e a Judite a dificuldade em perceber a relação de violência com suas demandas foi maior. Após anos de acompanhamento de suas condições crônicas, marcadas pela enorme dificuldade de controle, não percebi que a causa desse descontrole ficou encoberta, em suas histórias de vida, por um olhar mais centrado nas suas doenças e no seu tratamento clínico clássico: o medicamento, a orientação da dieta e de atividade física.

Como já conhecia a história de Noemi e sua família, sempre conversávamos sobre a mesma questão familiar, o que dificultava a pesquisa de outras possíveis causas para o descontrole de sua HAS e de seu DM. O diagnóstico da violência só foi possível, como já relatado, após o relato do relacionamento extra-conjugal do marido. Somente a partir disso, é que comecei a associar o estresse advindo da violência doméstica ao descontrole de comorbidades crônicas.

Tanto o estresse familiar, apontado por Fisher et al (2007), quanto características biológicas e psíquicas podem influenciar o controle dos níveis glicêmicos de pacientes diabéticos, assim como as adequações que ele precisa fazer para seguir as recomendações médicas e o quanto executa da terapêutica proposta (WILLIAMS, et al, 1967). Por isto, é tão importante identificar os fatores emocionais que podem comprometer a adesão à terapia (FISHER et al, 2007; WATTS, 1980).

A violência doméstica pode ser considerada um importante fator desencadeador de estresse emocional para estas pacientes, o qual representa um

campo problemático¹⁵ ao autocuidado e ao autocontrole do DM, pois o conflito familiar que experimentam funciona como um entrave a esta tarefa (CYRINO, 2009).

Além disso, outros fatores emocionais como a depressão e sentimentos relacionados ao DM, como a frustração com os sintomas, podem diminuir a concentração, a energia, a motivação, a auto-suficiência assim como o autocuidado, percebidos com a elevação dos níveis de glicose no sangue, dos custos com o tratamento e do risco de complicações (RUBIN, 2005).

No caso da HAS, os sintomas de quadros depressivos, moderados a graves, favorecerem a dependência funcional e dificultam o uso das medicações (BORGES & MOREIRA, 2011).

O fator emocional também é apontado, pelos pacientes hipertensos, como um dos motivos para a não adesão ao tratamento tanto medicamentoso quanto não medicamentoso (DOSSE et al, 2009).

Como o atendimento de Judite aconteceu posteriormente ao de Noemi, eu estava mais atenta à investigação de situação de violência perpetrada por parceiro íntimo nos atendimentos às mulheres com o mesmo perfil de comorbidades crônicas, apesar de também conhecer e acompanhar seu marido.

Além de diabética e hipertensa, Judite é portadora de dislipidemia e de dores crônicas generalizadas. A presença concomitante de duas ou mais comorbidades crônicas com a HAS também representa um entrave à adesão ao tratamento devido ao maior número de efeitos adversos decorrentes das interações medicamentosas, impactando na comodidade e na qualidade de vida do paciente (BORGES & MOREIRA, 2011; PINTO et al, 2009).

Por isso, focava seu seguimento nos aspectos relacionados ao uso correto das medicações e nas orientações sobre mudanças do estilo de vida a fim de reduzir o máximo possível o número de medicações.

O mesmo se deu com Eunice. A investigação e diagnóstico da violência só foi possível depois que incorporei a suspeita da violência doméstica nos atendimentos a pacientes diabéticas e hipertensas com difícil controle clínico.

Apesar de ter identificado as situações de violência por meio dos fatores emocionais que podem influenciar a adesão ao tratamento e consequentemente o controle do DM e da HAS, não podemos esquecer que a adesão à terapêutica

¹⁵ Campo problemático é entendido aqui como uma dificuldade experimentada pelo portador de DM no seu cuidado diário.

proposta deve ser entendida como um fenômeno multidimensional que leva em consideração as dimensões do paciente, da doença, do sistema de saúde, do tratamento e das condições socioeconômicas (GUSMÃO & JUNIOR, 2006; MOUSINHO & MOURA, 2008; MELCHORS, 2008; FAVA et al, 2013),

Deve-se destacar ainda, que fornecer ao paciente o conhecimento sobre sua doença, seus desencadeantes e seu cuidado, apesar de importante, não garante que o autocuidado ocorra a contento. Orientar o cuidado a partir dos problemas experimentados pelas pacientes ajuda a desenvolver novas práticas de enfrentamento dos obstáculos ao autocuidado (CYRINO & SHRAIBER, 2016), principalmente no que se refere a atenção de pacientes diabéticas e hipertensas de difícil controle que enfrentam problemas advindos da violência doméstica.

Saber administrar o tempo das consultas também foi um obstáculo para o diagnóstico de violência doméstica em minha prática clínica. Para algumas pacientes eu não podia simplesmente encerrar com brevidade a consulta. Era preciso ter a sensibilidade e dar espaço para ouvir a demanda, investigar os sinais e sintomas e conhecer toda a história de vida e da violência. Conciliava, muitas vezes, a falta de tempo com retornos breves, porém, percebi que para algumas mulheres isto não foi bom porque acabavam não retornando, requerendo solicitar às ACS a busca ativa das interlocutoras.

A falta de tempo do profissional de saúde para a investigação da violência doméstica foi também apontada por diversos autores como uma barreira para o seu diagnóstico (GREMILLION & KANOF, 1996; SUGG & INUI, 1992; MCCAULEY et al, 2017).

4.6 Desafios à detecção e atenção à mulheres vítimas de violência doméstica

A primeira abordagem que realizei em violência contra mulher perpetrada por parceiro íntimo, o caso índice, despertou me para a lacuna que enfrentávamos no atendimento especializado às vítimas, como já tratei na introdução dessa dissertação. Foi por meio dessa vivência que percebi, juntamente com a equipe, a necessidade de trabalhar com o tema da violência doméstica na área de abrangência. Desenvolvemos, então, o projeto “Preciso Conversar”. Em seguida, aprofundei meus estudos no tema ao vislumbrar a aplicação do instrumento Confad nas minhas consultas como uma forma de experimentar, de modo sistematizado, a prática de detecção de tal problema.

Toda esta trajetória, juntamente com o conhecimento que tinha de meu território de atuação, o vínculo com as pacientes, a articulação interna da equipe e a experiência de trabalho em rede, no território da USF e no município, podem ser considerados os pilares que alicerçaram a experiência que possuía na atenção a violência doméstica antes de iniciar este estudo. Mesmo assim, como relatado no item anterior, em inúmeros momentos, tive dificuldades de suspeitar da violência, mesmo com a aplicação do instrumento Confad nas minhas consultas.

Estar devidamente sensibilizada para o tema e possuir especialização em violência na área da saúde foram os fatores facilitadores para utilizar e aplicar tal o instrumento, mas como vimos não foram suficientes.

A detecção das situações de VD podem ocorrer por meio de relatos espontâneos, de questionamento direto ou indireto diante da suspeição do problema ou através da investigação de rotina. Quando realizada de rotina, durante as consultas, a investigação é - sem dúvida - o caminho com maior poder para detecção dessas situações. Todavia, deve-se levar em consideração os cuidados requeridos em tal prática. Nem todo profissional está devidamente sensibilizado e preparado para realizar a pergunta direta sobre o problema a todas as usuárias que são atendidas no serviço de saúde, o que pode fazer o questionamento cair em desuso ou até provocar algum dano à paciente caso o façam com comentários apressados, julgamentos ou sem preservar adequadamente a intimidade e sigilo requerido (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2003).

Para exemplificar relembro os atendimentos de Sara, Maria e Débora. A Suspeita de violência não ocorreu logo que elas me apresentaram suas queixas iniciais. Foi por meio da investigação dos sintomas e do quadro depressivo de Sara e Maria e da conversa íntima que tive com Débora que consegui identificar a violência. A escuta, portanto, foi o fator primordial para que a detecção da situação de violência contra mulher ocorresse. Escutar é tão importante quanto perguntar diretamente (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2003).

No entanto, para que tal escuta possa se fazer com o devido acolhimento das mulheres com suspeita de violência doméstica, de modo que se utilize adequadamente a investigação de rotina, deve-se desenvolver um processo de educação permanente em saúde (EPS) dos profissionais da APS, partindo da sensibilização da equipe para este problema e avançando para a formação específica para lidar com este problema. Foi o que aconteceu com nossa equipe quando

oportunizamos momentos de discussão do tema antes de iniciar os trabalhos do projeto “Preciso Conversar”.

Há uma diversidade de caminhos para uma EPS em torno dessa questão da violência contra a mulher, seja por meio da problematização do tema em oficinas que instiguem o conhecimento mediante trocas com outros profissionais e especialistas no assunto. Uma experiência exitosa neste sentido, realizada com ACS, mostrou que trabalhar o tema dando o devido respeito às opiniões e crenças dessas profissionais, pode instrumentalizá-las para a realização do acolhimento respeitoso das mulheres atendidas no serviço de saúde (BERGER et al, 2014).

Por ser muitas vezes a porta de entrada para as demandas relacionadas a violência doméstica, os serviços da APS e seus profissionais devem também estar capacitados para o cuidado integral das vítimas, o que compreende reconhecer, acolher, encaminhar e acompanhar os casos diagnosticados. Para tanto é fundamental que, além do preparo técnico, os profissionais conheçam quais são os demais serviços que podem assistir as mulheres em situação de violência doméstica (MENEZES et al, 2014), construindo uma rede de serviços articulada que consiga atender a complexidade das demandas advindas dos casos de VD.

Trabalhar em rede intersetorial, como a disponível em nosso território e município, auxiliou na ampliação de estratégias de enfrentamento do problema, oportunizando, além do amparo de outras instituições para resolver demandas sociais, pactuações para o desenvolvimento de projetos de prevenção e promoção em saúde, como ocorreu quando desenvolvemos o projeto “Preciso Conversar”. Porém, tanto a rede intersetorial local quanto a municipal devem dispor de estratégias para promover a aproximação com instituições judiciais e policiais, fundamentais quando se pensa na atenção integral a vítimas de violência doméstica.

Outro desafio na abordagem da violência perpetrada por parceiro íntimo refere-se ao estabelecimento de uma atitude empática com a paciente vítima, o que requer a compreensão dos processos de tomada de decisão da paciente, de sua autonomia, dando o devido apoio emocional aos impactos da violência nos sentimentos desta mulher (SALETTI-CUESTA, AIZENBERG, RICCI-CABELLO, 2018).

Além disso, inúmeros fatores de ordem sociocultural, profissional e pessoal são apontados como entraves ao relacionamento empático com a vítima. Os médicos, assim como qualquer outra pessoa, estão susceptíveis a constante desensibilização e naturalização da violência apresentada diariamente nos meios de comunicação em

massa como televisão e cinema. Historicamente estabelecida, a desigualdade na relação de gêneros dentro do matrimônio legitima uma regra social que gera tolerância aos relacionamentos abusivos o que pode influenciar o médico a não acreditar que um homem e uma mulher estejam vivendo um relacionamento agressivo (GREMILLION & KANOF, 1996).

Outras vezes, as questões pessoais são apresentadas como barreiras para se proceder ao diagnóstico. Citam-se as experiências prévias com a violência, o medo de ofender o paciente, desconforto em perguntar sobre questões de áreas culturalmente associadas ao âmbito privado, sensação de impotência e frustração diante da suspeita ou do diagnóstico de violência, dificuldade em encaminhar devidamente a paciente se o diagnóstico se revelar (GREMILLION & KANOF, 1996; SUGG & INUI, 1992).

Também experimentei frustração e sensação de impotência com Talita, pois descartou todas as alternativas de rota de fuga ou de apoio familiar e social. Argumentava que já tinha tentado ou que não seria possível colocar em prática. Tive dificuldade, como profissional, de aceitar que o melhor plano de segurança para ela naquele momento, grávida, fosse continuar convivendo com o companheiro. Respeitar a sua decisão e controlar a minha ansiedade diante da situação insegura de Talita foram os principais desafios com os quais tive que aprender a lidar durante o seu seguimento. Dessa forma tentava, com a equipe, convencê-la a iniciar tratamento psicoterápico direcionado para o problema.

Provavelmente, o fato de ser uma médica mulher pode ter contribuído para que Débora, Maria e Raquel se sentissem mais à vontade, o que ajudou a criar a oportunidade facilitadora para a identificação das situações de violência doméstica por mim e não durante os atendimentos com o médico que as acompanhava de rotina.

Débora conversou comigo como conversaria como uma amiga. Maria relatou seu receio anterior de comentar o que sentia com seu médico pela vergonha e medo dele a achar louca, o que talvez agora, diante de mim, isso pudesse não acontecer. E Raquel sinalizou, durante a consulta, sua vontade de me confidenciar algo íntimo de seu relacionamento, o que também me disse não conseguir fazer com seu médico.

A figura feminina no papel de médica tem sido associado a taxas de screening maiores de 10%, juntamente com outros fatores como especialidade de ginecologia e obstetrícia, alta estimativa de prevalência de violência doméstica entre as mulheres adultas na prática médica, maior confiança na capacidade de reconhecer as vítimas

de violência doméstica, maior confiança na capacidade de ajudá-las, bem como na aceitação de que a rotina de screening para violência doméstica deva ser parte do exame anual da mulher (ELLIOTT et al, 2002).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira ação voltada para o enfrentamento da violência doméstica em nosso território tinha como pressuposto norteador reduzir sua invisibilidade, mediante o acolhimento das vítimas para que pudessem narrar sobre a violência que vinham sofrendo. Pretendíamos, com o projeto “Preciso Conversar”, vencer este silêncio por meio da sensibilização e da oferta de atendimento especializado, de tal modo que pudessem reconhecer a unidade de saúde como ponto de apoio para o problema, estando a vontade para relatar os abusos.

Ao levar o tema para discussão em diferentes pontos do bairro e com a equipe, contemplamos a violência enquanto objeto de intervenção em saúde, o que colaborou para romper com a invisibilidade da violência contra a mulher no nosso serviço. Todavia, esperávamos realizar os diagnósticos apenas a partir do relato das vítimas, de modo espontâneo, e esse pode ter sido o motivo da procura não ter se sustentado ao longo do tempo, mostrando-se um entrave à assistência das vítimas como apontado por Kiss (2011).

A introdução do Confad nos atendimentos médicos produziu uma mudança significativa na condução das consultas para alcançar o diagnóstico, o que permitiu o diagnóstico de um maior número de casos, comparado ao alcançado durante o projeto “Preciso Conversar”.

Embora, não nos é possível saber o quanto o projeto “Preciso Conversar”, e meu envolvimento no mesmo, sensibilizou algumas mulheres para buscarem a unidade de saúde e a mim.

A sistematização da experiência desenvolvida no território, na unidade de saúde e no consultório me permitiu reconhecer as dificuldades e as potencialidades do uso do Confad no diagnóstico da violência perpetrada por parceiro íntimo na prática clínica, sob a minha perspectiva de mulher, profissional e pesquisadora. Esta foi fortemente influenciada pelas discussões realizadas na unidade com a equipe como um todo, com colegas de trabalho ao discutir casos específicos, com a experiência desta pesquisa e das discussões ocorridas ao longo deste percurso.

6. RECOMENDAÇÕES

Na expectativa de que esse trabalho possa ser difundido para além do espaço acadêmico, um dos objetivos desse mestrado profissional, pretende-se elaborar um relatório e fazer uma apresentação com os resultados produzidos nesse estudo a fim de apresentá-los à equipe de saúde da USF onde se realizou este estudo e à Rede de Cuidados Intersetorial do nosso território e em algumas instituições do município. Com isto, espero disseminar o conhecimento produzido com a experiência do uso de um novo instrumento na detecção das situações de violência perpetrada por parceiro íntimo.

Elaborou-se, ainda, uma versão preliminar de um pequeno guia direcionado aos médicos da equipe de Saúde da Família, intitulado "Manual de Detecção da Violência Doméstica para a equipe de Saúde da Família" (anexo 2). Este documento deve contemplar informações epidemiológicas sobre a violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública, orientações sobre os aspectos que levam o médico a suspeitar do problema e os principais cuidados na assistência à vítima.

O Manual deve incluir um pequeno “guia de serviços”, que deverá ser elaborado a partir de pactuação com a rede de atenção local e municipal, para que a mesma disponha dos serviços de referência disponíveis e dos contatos nessas instituições para atenção às vítimas de violência doméstica contra mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 48, p. 47–59, 2014.
- ANDRADE, C. J. M.; FONSECA, R. M. G. S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm.*, v. 42, n. 3, p. 591-5, 2008.
- BARBOSA, L. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: Questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Avances en Psicología Latinoamericana*, v. 32, n. 2, p. 311–322, 2014.
- BERGER, S. M. D. et al. Formação de Agentes Comunitários de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista. *Interface*, v. 18, p. 1214-1254, 2014.
- BERNECHEA, M. M.; GONZÁLEZ, E.; MORGAN, M. de la L. La producción de conocimientos en sistematización. *Diálogo de Saberes*, n. 3, p. 104–117, Caracas, 2009.
- BORGES, J. W. P.; MOREIRA, T. M. M. Variáveis relacionadas à adesão e não adesão ao tratamento da hipertensão: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, v. 6-7, n. 6-7, p. 221-240, 2010-2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, n.34. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço*. Brasília, 2001.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto 1.973 de 1 de agosto de 1996*. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*, Brasília, 2005.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Enfrentando a Violência contra a Mulher, Brasília, 2005.

BRUM, C. R. S. et al. Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em Pesquisa*, v. 7, n. 2, p. 242–250, 2013.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. 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.*, n. 110, p. 369-397, 2012.

CYRINO, A. P. *Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes*. 1ª ed. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

CYRINO, A.P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. *Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B. *Promoção da saúde e prevenção de doenças: o papel da educação e da comunicação*. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG. (Org.). *Clínica Médica*, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina física e reabilitação, medicina laboratorial na prática médica. 2ª ed. Baureri: Manole, 2016, v. I, p. 464-470.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 417-425, 2005.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev. Lat-am. Enfermagem*, v. 17, n. 2, 2009.

DUTRA, M. L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, 2013.

ELLIOTT, L. et al. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med*, v. 17, p. 112- 116, 2002.

ELLSBERG, M.; HEISE, L. *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. Washington DC, United States: World Health Organization, 2005.

FAVA, S. M. C. L. et al. Fatores relacionados à adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 15, n. 2, p. 354-61, 2014.

FISHER, E. B. et al. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *The Diabetes Educator*, v. 33, n. 6, 2007.

GARCÍA, M. M. B.; TIRADO, M. de la L. M. La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias y Retos*, n. 15, p. 97–107, 2010.

GREMILLION, D. H.; KANOF, E. P. Overcoming barriers to physician involvement in identifying and referring victims of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, v. 27, n. 6, p. 769- 73, 1996.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 13, n. 3, p. 625-31, 2009.

GUSMÃO, J. L.; JUNIOR, D. M. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev. Bras. Hipertens*, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate*, v. 38, n. 102, p. 482–493, 2014.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, (supl. 1) p. 135–145, 1994.

HEISE, L., ELLSBERG, M., GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. *Population Reports*, v.27, n.4, p.1-43, 1999.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, p. 1805–1815, 2013.

KISS, L. B., SCHRAIBER, L. B. Temas médicos-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1943- 1952, 2011.

KRUG, E. G. et al. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm*, v. 42, n. 3, p. 467-73, 2008.

LINDNER, S. R. et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n.4, p. 815-826, 2015.

MACHADO, D. F. et al. Abordagem da Violência contra Mulher no ensino Médico : um Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 3, p. 511–520, 2016.

MCCAULEY, M. et al. “Keeping family matters behind closed doors”: healthcare providers’ perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 17, n. 318, 2017.

MELCHIORS, A. C. *Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas,

Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

MENDONÇA, M. F. S.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 32, 2017.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B.; VENÂNCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 2, p. 398–406, 2011.

MENEZES, P. R. M, et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersectorial e atenção integral. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.

MOURA L. B. A. et al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 6, p. 944-53, 2009.

MOUSINHO, P. L. M.; MOURA, M. E. S. Hipertensão Arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. *Saúde Coletiva*, v. 5, n. 25, p. 212-216, 2008.

NETTO L. A. et al. Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas. *Acta Paul Enferm*, v. 27, n. 5, p.458- 464, 2014.

NETTO, L. A. et al. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição de redes sociais. *Esc Anna Nery*, v. 21, n. 1, 2017b.

NETTO, L. A. et al. Social support networks for women in situations of violence by na intimate partner. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 2, 2017a.

OLIVEIRA, R. C. O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir , Escrever. *Revista de Antropologia*, v. 39 n. 1, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência*, 2014. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo, 2015.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 124–135, 2011.

PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, p. 1–8, 2014.

PENTI, B.; TIMMONS, J.; ADAMS, D. The Role of the Physician When a Patient Discloses Intimate Partner Violence Perpetration: A Literature Review. *Journal of the American Board Family Medicine*, v. 31, n. 4, p. 635-644, 2018.

PINTO, L. C. et al. Controle inadequado da pressão arterial em pacientes com diabete

melito tipo 2. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 94, n. 5, p. 651-655, 2010.

RIGOL-CUADRA, A. et al. Percepção de estudantes de enfermagem sobre violência do parceiro: conhecimentos, crenças e função profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 23, n. 3, p. 527-34, 2015.

ROSA, A. G. et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. *Saúde Soc.*, v.17, n.3, p.152-160, 2008.

RUBIN, R. R. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *The American Journal of Medicine*, v. 118. n. a5, p. 27-34, 2005.

SALETTI-CUESTA, L.; AIZENBERG, L.; RICCI-CABELLO, I. Opinions and Experiences of Primary Healthcare Providers Regarding Violence against Women: a Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Family Violence*, v. 33, n. 6, p. 405-420, 2018.

SCHRAIBER L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.7, n.12, p. 41–54, 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. v. 41, n.5, p. 797-807, 2007a.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Revista de Saude Publica*, v. 41, n. 3, p. 359–367, 2007b.

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

SCHRAIBER, L. B. Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 3041-3042, 2011.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*, São Paulo, n.51, p. 104-113, setembro/novembro 2001.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. São Paulo: Editora USP, 2003.

SCRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; JUNIOR, I. F. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública*, v.42, n. 1, p. 127-37, 2008.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 11, p. 3523–3532, 2015.

SILVA, R. et al. O fenômeno da violência de gênero à mulher a partir da produção científica de enfermagem. *Revista eletrônica trim. De Enfermería*, n. 22, 2011.

STEVENS, C. et al. *Mulheres e violências: interseccionalidades*. Brasília, DF: Technoplítik, 2017.

SUGG, N. K.; INUI, T. Primary care physicians' response to domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, v. 267, n. 23, p. 3157-60, 1992.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n.4, p. 730-7, 2011.

VISENTIN, F. et al. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Invest Educ Enferm*, v. 33, n. 3, p. 556–564, 2015.

WATTS, F. N. Behavioural aspects of the management of Diabetes Mellitus: education, self-care and metabolic control. *Behav. Res.Teraph*, v. 18, p. 171- 180, 1980.

WILLIAMS, T. F. et al. The Clinical picture of diabetic control, studied in four settings. *A.J.P.H*, v.57, n. 3, 1967.

ZALESKI, M. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 53-9, 2010.

ANEXO I

Roteiro de abordagem inicial para detecção de situações de violência doméstica contra mulheres

Identificação

Nome:

DN: / /

Estado civil:

Profissão:

Escolaridade:

Nº de filhos:

Religião:

Cor da pele:

Endereço:

Tempo de casamento e/ou namoro:

Renda familiar:

Recebe Benefícios por Transferência de Renda () sim () não

Tipo de moradia () própria () alugada () financiada

Número de pessoas que moram na casa:

Suspeitando do problema:

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

- () Transtornos crônicos, vagos 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

Quando houver algum destes sintomas, deve-se suspeitar do problema e introduzir

ativamente o assunto.

Perguntando indiretamente

- 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?
- Alguém lhe bate?
- Você já foi forçada a ter relações com alguém?

Descrição da violência/ Orientações/ Intervenções

Histórico da violência (tipo de violência, tempo de duração, implicações, etc)

Já recorreu a algum serviço para solicitar ajuda para o caso? Qual?

Exame físico com presença de lesões () sim () não

Rede de apoio social existente () sim () não

Potenciais riscos:

Plano de segurança estabelecido:

Discussão das expectativas e planos de vida:

Plano assistencial traçado e encaminhamentos realizados:

Expectativas quanto ao atendimento realizado:

Avaliação do processo de abordagem inicial:

Paciente:

Médica:

ANEXO II

Manual de Detecção da Violência Doméstica para a equipe de Saúde da Família

1) Por que a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública?

Porque é uma importante causa de morbimortalidade entre as mulheres. As graves repercussões deste tipo de violência podem ser contextualizadas no âmbito da saúde da mulher e de sua família, gerando impactos sociais e econômicos.

As mulheres que sofreram algum tipo de violência estão mais propensas a desenvolver transtornos mentais comuns, depressão, tentativas de suicídio, síndrome do pânico, transtorno do estresse pós-traumático, distúrbios do sono e alimentares, comportamentos de risco como uso abusivo de álcool e outras drogas, doenças ginecológicas, maior risco de contrair HIV e DSTs, sentimentos de baixa autoestima e solidão, comprometimento da sexualidade feminina, doenças crônicas como câncer, diabetes e acidentes vasculares, além das injúrias físicas imediatas.

Apesar dos graves desfechos nos diversos contextos onde a violência contra mulher se insere, esta ainda possui uma grande invisibilidade nos serviços de saúde.

2) Como identificar as situações de violência doméstica contra mulheres?

A detecção das situações de violência podem ocorrer por meio de relatos espontâneos, de questionamento direto ou indireto diante da suspeição do problema ou através da investigação de rotina.

A escuta deve ser repleta de atitude de respeito, sem julgamentos, com demonstração de real interesse pelo que a mulher está relatando.

Com frequência as mulheres procuram ajuda nos serviços de saúde em decorrência de palpitações, ansiedade, nervosismo, insônia ou perturbações digestivas vagas que podem ser sintomas decorrentes da tensão e da violência em seu cotidiano.

Observou-se num determinado serviço que, ao serem perguntadas sobre violência em sua casa, as mulheres diziam não, mas respondiam afirmativamente a perguntas do tipo: você já foi agredida em casa por alguém da família? Já sentiu ou sente medo de alguém? Esse tipo de abordagem mostra que a escolha das palavras é fator importante para reconhecer o problema da

violência e falar dele abertamente.

A visita domiciliar é de grande importância, pois permite a observação mais adequada para identificar, com mais segurança, a situação de violência.

A maioria das mulheres, se perguntadas abertamente, discutirá as situações de violência que vivenciam. Mesmo que num primeiro momento elas neguem por não estarem preparadas para lidar com o problema, o questionamento pelo profissional de saúde, de maneira cuidadosa, facilita o início de um diálogo e a possibilidade de um canal de ajuda.

3) Quando suspeitar do problema?

Quando estiver diante dos seguintes sinais ou sintomas:

- Transtornos crônicos, vagos 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;
- Diante de comorbidades crônicas de difícil controle clínico, como DM e HAS.

Mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, são tidas como “poliqueixosas”, por suas queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados.

4) Quais os cuidados ao abordar o tema?

- A) Reconhecer o outro como pessoa e não culpabilizá-la pela situação;
- B) Acolher as mulheres em sofrimento e não oferecer soluções imediatistas para resolver o problema, por exemplo, sugerir a separação e ou forçá-la a realizar um boletim de ocorrência;
- C) Não realizar julgamento moral da vida da mulher a partir de sua experiência e contexto de vida;
- D) Antes de medicá-las, os profissionais de saúde devem sempre procurar

conhecer sua história de vida, pois o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema.

5) Quais os principais obstáculos que podemos encontrar na realização do diagnóstico das situações de violência doméstica e como enfrentá-los?

- A influência dos valores pessoais dos profissionais na suspeição do problema;
- A proximidade com o perpetrador e a vítima no contexto de assistência a comunidade;
- O problema não é trazido de modo explícito pelas mulheres;
- A dificuldade dos profissionais de saúde em compreender a violência como um problema de saúde e de decifrar a demanda da violência por detrás dos sintomas fisiológicos;
- O tempo das consultas.

Esteja atento(a) aos seus valores pessoais com relação a abrangência do problema a certas camadas sociais. É importante ressaltar que a violência doméstica contra as mulheres abrange todas as camadas sociais, é menos denunciada e publicizada pelas camadas sociais mais altas.

Conhecer e atender o perpetrador pode também dificultar a sua suspeição diante de uma mulher que apresente algum dos sinais e sintomas descritos acima, pois pode dificultar a construção da imagem do perpetrador.

A invisibilidade da violência vivida se deve ao fato dela não se apresentar como um problema trazido pelas mulheres nos atendimentos em saúde, aparecendo apenas como a “ponta do iceberg”, seus efeitos. Inúmeros fatores podem dificultar o relato como medo, negação e o não reconhecimento dos episódios de agressão pela vítima.

Saiba que o tempo pode ser seu maior aliado no diagnóstico do problema. Oportunize espaço de escuta quando for necessário para que a mulher relate seus problemas.

6) O que fazer após diagnosticar a situação de violência doméstica?

- Anamnese completa da história de violência;
- Exame físico;
- Identifique os potenciais riscos;
- Estabeleça com ela um plano de segurança;
- Estabeleça com ela também um projeto terapêutico singular que poderá contemplar outros profissionais e serviços de referência;

- Acione a rede de atenção especializada quando houver necessidade;
- Mantenha o seguimento próximo quando necessário.

Lembre-se:

A garantia dos direitos das mulheres depende da nossa sensibilização para o problema e da nossa compreensão da condição de subordinação das mulheres na sociedade!

O profissional também necessita de ajuda! Conduza os casos de modo compartilhado e busque supervisão para os casos mais complexos.

Para saber mais:

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica, n.8*. Brasília, 2001.
- SCHRAIBER, L. B. et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. São Paulo: Editora USP, 2003.
- SOARES, B. M. *Enfrentando a violência contra mulher*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2005.

Serviços úteis na assistência às vítimas: (após pactuação em rede)

- Delegacia das Mulheres – tel: End:
- CREAS – tel: End:
- UPA – tel: End:
- Assistente Social da saúde – tel: End:
- USF – tel: End: