



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU

LARISSA ANGELO PEREIRA

**A (in)visibilidade da violência contra a mulher em uma Unidade de
Saúde da Família.**

Botucatu

2019

LARISSA ANGELO PEREIRA

A (in)visibilidade da violência contra a mulher em uma Unidade de Saúde da Família.

The (in) visibility of violence against women in a Family Health Unit.

Trabalho de Conclusão, em formato de artigo, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Orientadora: 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

Pereira, Larissa Angelo.

A (in)visibilidade da violência contra a mulher em uma
Unidade de Saúde da Família / Larissa Angelo Pereira. -
Botucatu, 2019

Trabalho acadêmico (residência - Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade
Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Dinair Ferreira Machado

Capes: 40600009

1. Estratégia saúde da família. 2. Violência contra a
mulher. 3. Violência familiar.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Violência
Doméstica; Violência contra a Mulher.

Resumo

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública, os companheiros se configuram como principais perpetradores da violência. Assim, espera-se que as situações de violência doméstica sejam detectadas na Unidade de Saúde da Família, principal porta de entrada para os serviços de saúde localizada no território em que vivem as famílias. O presente estudo objetivou analisar a (não) detecção da violência contra a mulher por parceiro íntimo a partir das percepções dos profissionais de uma Unidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados se deu por meio de um grupo focal com seis profissionais pertencentes a equipe mínima da unidade de saúde. Após a análise do grupo focal, destacaram-se três categorias de análise: 1) a (não) identificação a violência contra a mulher; 2) correlacionando a violência contra a mulher com demanda de saúde mental; e 3) a falta de uma rede articulada de apoio às mulheres em situação de violência. Constatou-se que há dificuldade na identificação de casos de violência contra a mulher devido ao modelo de atenção adotado pelos profissionais, pautado em ações imediatistas voltadas para os sintomas fisiológicos e desconsidera a ordem societária patriarcal, além de não utilizar a rede intersetorial para enfrentamento do problema.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Violência contra a Mulher; Violência Doméstica.

Abstract

Violence against women is a serious public health problem, the partners are the main perpetrators of violence. Thus, domestic violence situations are expected to be detected at the Family Health Unit, the main gateway to health services located in the territory where families live. The present study aimed to analyze the (non) detection of violence against the woman by intimate partner from the perceptions of the professionals of a Unit. It is a qualitative research, whose data collection was done through a focus group with six professionals belonging to the minimum team of the health unit. After the analysis of the focus group, three categories of analysis were highlighted: 1) the (non) identification of violence against women; 2) correlating violence against women with mental health demands; and 3) the lack of an articulated support network for women in situations of violence. The results have shown that there is difficulty in identifying cases of violence against women due to the care model adopted by the professionals, based on immediate actions direct to the physiological symptoms and disregarding the patriarchal societal order, besides not using the intersectoral network to face the problem.

Key words: Family Health Strategy; Violence against Women; Domestic violence.

Introdução

O presente estudo aborda como tema a análise e compreensão de como é realizado o processo de identificação de mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde, mais especificamente em uma Unidade de Saúde da Família.

A partir do surgimento do movimento feminista, da década de 70 e 80, a violência contra a mulher tem recebido crescente mobilização e atenção. Entre a problemática, encaixam-se diversas formas de violência, como os estupros, assassinatos, agressões sexuais e físicas, prostituição forçada, mutilação genital, abusos emocionais e também a violência racial¹. A violência, portanto, é caracterizada como qualquer ação que cause danos – tanto físicos, como psicológicos e morais – a uma pessoa ou a um coletivo, nesse caso, especificamente a mulheres².

Estudos indicam que os principais perpetradores de tais violências são pessoas próximas, parceiros e ex-parceiros, caracterizando a chamada violência doméstica^{3,4}. Dessa forma, com a crescente de estudos que apresentam tais violências como principal causa de suicídio, abuso de drogas e álcool, cefaleia, queixas vagas e sofrimento psíquico em geral, o setor saúde passa a reconhecer a violência como uma responsabilidade da Saúde Pública e de direitos humanos, e se coloca o desafio de elaboração de programas de cuidado, assistência, prevenção e promoção de políticas públicas referente à temática¹.

No que diz respeito ao enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil, as primeiras conquistas correspondem à implantação da primeira Delegacia Especializada ao Atendimento da Mulher (DEAM) em 1985, além da promulgação da Lei Federal nº 11.340, denominada Lei Maria da Pena, no ano de 2006^{5,6}.

As DEAMs são de caráter preventivo e repressivo, tendo sido criadas para desenvolver ações de apuração, investigação, enquadramento legal, além de algumas ações de prevenção, como campanhas e discussões referentes à temática. Apesar de todos os

problemas que as DEAMs enfrentam atualmente, como falta de investimento, condições precárias para o acolhimento, falta de recursos humanos capacitados e sensibilizados à temática, a sua criação foi um importante avanço na luta contra a violência à mulher, possibilitando o acesso dessas mulheres à denúncia e, também, ao acolhimento por uma equipe multiprofissional^{7,8}.

No ano de 2001, o caso de dupla tentativa de homicídio de Maria da Penha Maia Fernandes pelo marido, obrigou o Estado brasileiro a tomar medidas mais drásticas para o combate da violência. Apesar das discussões envolvendo a temática da violência contra a mulher já acontecerem no país, o movimento feminista continuava a sua luta para a criação de leis específicas, o que corroborou para a criação da Lei Maria da Penha⁹.

A promulgação da tal Lei proporcionou mudanças no enfrentamento da violência contra a mulher, trazendo a proposta de estratégias de atendimento de acordo com os princípios e diretrizes previstos nas políticas de Assistência Social, Saúde, Segurança Pública, entre outras políticas públicas de proteção, demonstrando a importância da atuação intersetorial e da articulação das políticas^{9,10,11}.

Outro marco importante na luta contra esta violência foi a criação de políticas integradas. Exemplo disso foi a criação, em 2007, da Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, cujas propostas apoiam-se em três pilares: a transversalidade de gênero, a intersetorialidade e a capilaridade⁹.

No âmbito da saúde, um dos avanços no sentido de combater e identificar a violência contra a mulher no Brasil, foi a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), no ano de 1983. Este programa foi elaborado pelo Ministério da Saúde e trata-se de um documento histórico para a atenção à saúde integral da mulher, incorporando o ideário feminista e responsabilizando o Estado brasileiro aos aspectos da saúde da mulher, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no

planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual¹².

Enquanto diretriz política e filosófica, o programa incorporou também os princípios norteadores da reforma sanitária, como a equidade, universalidade, integralidade, bem como a participação social, a descentralização, hierarquização e regionalização da atenção. Surgiram assim diversos programas, normas técnicas e planos com o objetivo de qualificar os/as profissionais do SUS e, portanto, garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime¹³.

Porém, apesar do reconhecimento da violência como questão de saúde pública ter encontrado relativo espaço nos documentos e recomendações oficiais, a sua concretização no cotidiano das práticas dos serviços se mostra ainda insuficiente. Há uma dificuldade de integrar o atendimento às situações de violência contra a mulher à rotina de atendimentos de uma unidade de saúde, de forma apropriada¹.

A violência encontra-se como parte invisível dos diagnósticos das necessidades de saúde das mulheres, já que, muitas vezes, a violência chega como demanda indireta nos serviços, mascarada pelo adoecimento já instalado. Ao realizar o cuidado a uma mulher, o profissional de saúde não dá visibilidade à violência como sendo a causa do adoecimento, tanto físico como psicológico, o que não acarreta em uma assistência integral e no efetivo apoio a essas mulheres¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o maior grau de descentralização em saúde. Deve ser o contato preferencial dos usuários, principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tem papel fundamental na garantia do acesso à saúde de qualidade, considera o sujeito em sua integralidade e seu contexto social¹⁴. A APS tem como princípio ser resolutiva e coordenar o cuidado integral do usuário, tendo, por isso, o dever de acolher todas as demandas da população.

A principal estratégia de cuidado da APS é a Unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta oferece um acompanhamento ao longo de toda a vida, de base territorial e comunitária, destinado a responder pelos problemas mais comuns de saúde, dentre estes, às questões de violência doméstica. A ESF possui grande cobertura e contato com a diversidade de mulheres que compõe o território adstrito, podendo reconhecer e acolher os casos de violência antes de se tornarem mais graves^{14,15,16}.

Apesar de serem destacadas tais potencialidades dos serviços da APS no cuidado a violência, como apresentado, a invisibilidade dessa questão também se faz presente, principalmente no que se refere às ações preventivas e promotoras, perpassando questões acerca da formação de profissionais para atuarem na área e também pela sensibilização dos mesmos à temática.

Objetivo

Analisar a (não) detecção da violência contra a mulher por parceiro íntimo a partir das percepções dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o objetivo de explorar a dimensão subjetiva desse fenômeno. Tal método de pesquisa se desenvolve a partir de um tema central, por meio de uma pergunta, que ao ser respondida cria novos questionamentos e dúvidas, durante todas as etapas do desenvolvimento da pesquisa¹⁷.

O município de médio porto, localizado no interior paulista, onde esta pesquisa foi realizada possui 18 serviços de atenção primária a saúde, os quais estão divididos entre Unidade Básica de Saúde (6) e Unidade de Saúde da Família (12). A Unidade de Saúde da Família (USF) do presente estudo foi selecionada a partir de um sorteio simples realizada

pelas proponentes desta pesquisa. Deste modo, participaram deste estudo seis funcionários de da equipe mínima de uma USF: enfermeira, auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, agentes comunitárias de saúde e auxiliar de serviços gerais.

A coleta de dados se deu por meio de um grupo focal, o qual se caracteriza como uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais. O grupo focal coleta informações por meio do pensamento coletivo acerca de uma temática, permitindo que os participantes expressem suas percepções, crenças, atitudes, representações sociais e valores em um ambiente não constrangedor e permissivo²⁰. Diferem das entrevistas individuais, pois baseiam-se na interação entre as pessoas para a obtenção dos dados necessários à pesquisa²¹.

A formação do grupo focal constituiu-se na elaboração de critérios pré-determinados pela pesquisadora, de acordo com os objetivos da pesquisa²¹. Para o seu planejamento e pleno desenvolvimento, estabeleceu-se o propósito da sessão, selecionou-se de forma intencional os participantes.

O grupo focal foi iniciado após ciência dos objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo os depoimentos da sessão gravados por equipamento próprio para essa técnica (equipamento com 12 canais/microfones para gravação, disponibilizado pela instituição de pesquisa de referência das proponentes do estudo, os quais foram transcritos integralmente e destruídos após análise dos dados.

A análise dos dados foi realizada conforme a análise de conteúdo na modalidade análise temática de Bardin, cujas fases consistem em pré-análise, fase de exploração e fase de tratamento dos resultados²². Primeiramente, na pré-análise organizou-se o material para o levantamento das impressões que serviram para o início da análise dos dados e para reconhecimento das ideias iniciais do estudo.

Na fase da exploração, os dados brutos foram transformados em uma representação do conteúdo e categorização. Isso se deu por meio de uma análise e estudo aprofundado da

bibliografia e dos objetivos da pesquisa. Posteriormente, foram estabelecidas relações para a reflexão e fundamentação teórica, caracterizando a fase de tratamento de resultados, tecendo as considerações finais sobre o estudo e temática²².

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e aprovado sob o número de parecer 2.668.431, de 22 de Maio de 2018. Após o recebimento de todas as autorizações, iniciou-se a coleta de dados.

Resultados e Discussões

A fim de facilitar a compreensão da análise posterior e sua contextualização, foram descritas algumas características dos seis participantes do grupo focal. Para tal, esses dados foram compartilhados de forma geral, preservando o anonimato dos participantes.

Quadro 1 – Caracterização dos Participantes do Grupo Focal

Profissionais	Idade	Escolaridade	Tempo experiência
Participante 1	43 anos	2º grau completo	10 anos
Participante 2	35 anos	2º grau completo	15 anos
Participante 3	32 anos	Superior completo	10 anos
Participante 4	38 anos	Superior completo	13 anos
Participante 5	57 anos	Ensino fundamental completo	5 anos
Participante 6	27 anos	Superior completo	6 meses

Apesar do convite irrestrito de participação no grupo focal a todos os funcionários da USF em questão, participaram apenas mulheres, o que pode ser sintomático, vide o tema da pesquisa. Conforme se observa no Quadro 1, a idade das participantes variou de 27 a 57 anos, enquanto o tempo médio de experiência na USF foi de 9 anos.

Quanto ao aspecto de gênero, pelo fato de todas as participantes da pesquisa serem mulheres, segundo Wermelinger *et al.* (2010)²⁰ dados censitários mostram um aumento

contínuo e significativo da força de trabalho feminina no mercado de trabalho, mais especificamente na área da saúde. Contudo, esse aumento não representa a diminuição das desigualdades profissionais entre os gêneros. A maior parte do contingente feminino ainda permanece em “guetos” de trabalho, sendo esses, atividades socialmente consideradas como “próprias do sexo frágil”²⁰. Como também representado pelas participantes dessa pesquisa, destaca-se a Feminização do trabalho em saúde, onde a cada dez trabalhadores da área da saúde, oito são mulheres²⁰.

A análise da participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde tem sua importância tanto para compreender a expansão da participação feminina no mercado de trabalho, quanto para estudar as especificidades do setor saúde. Tais especificidades estão relacionadas ao estereótipo de cuidadora que a mulher carrega há séculos em nossa sociedade estruturalmente machista, e que é de extrema importância ser destacado e visualizado como um estigma a ser refutado²⁰.

Após a análise do grupo focal, foram destacadas três categorias temáticas de análise, sendo elas:

1. (Não) identificando a violência contra a mulher;
2. Correlacionando a violência contra a mulher com demanda de saúde mental;
3. A falta de uma rede articulada de apoio às mulheres em situação de violência.

1. (Não) identificando a violência contra a mulher

Observou-se que a invisibilidade da violência contra a mulher nos serviços de APS perpassa desde o tempo escasso dos profissionais em seus processos de trabalho, até a falta de capacitação e sensibilização para o problema. Além disso, há de se destacar também a inexistência de espaços para se debater o assunto, bem como a medicalização do corpo da mulher e da violência contra a mulher.

A gente acaba que não tem tempo também... (participante 4)

É, pra isso, a rotina, a demanda acaba nós absorvendo então a gente acaba engessando o cuidado. (Participante 3)

Diariamente eu me pego em situações assim que a pessoa tá querendo falar e eu tenho que cortar porque eu não tenho tempo pra ouvir ela. (Participante 4)

Muitas vezes ela chega para o médico e não fala, ou o médico vai ver só a dor “ah tá com dor de cabeça? Você toma dipirona trata a dor, mas ela precisa falar quer ser ouvida e a gente não tem tempo e acaba cortando para poder agilizar o trabalho. (Participante 4)

Ainda é muito tabu, assunto de briga de marido e mulher ninguém mete a colher. (Participante 6)

A gente ouve no dia a dia dos profissionais ”aquela coisa briga em casa e vem encher o saco”. (Participante 4)

Observou-se assim uma prática assistencial pautada no modelo biológico e medicalizante, restringindo-se ao cuidado técnico sem tempo para uma abordagem sociocultural da queixa da mulher que chega ao serviço de saúde. Reconhecer a violência contra a mulher demanda outras formas de pensar o cuidado e suas intervenções, demanda que o profissional também repense seus valores e cultura. Necessita dar olhar e escuta ao não patológico, à ordem societária patriarcal vigente, trabalhando com emoções e subjetividades de mulheres, o que requer além de tempo, também, um posicionamento profissional ético e político, que perpassa a formação e capacitação dos profissionais de saúde da APS.²¹ Quando isso não ocorre, acaba dificultando a identificação de uma mulher em situação de violência, que pode passar muitos anos sendo acompanhada pela equipe da unidade de saúde, devido a outras demandas, sem que seja abordada a violência como a principal queixa.

Durante sua criação e implementação o SUS foi constantemente transformado no que se refere às questões estruturantes e também de política. Dentre essas mudanças, pode-se citar as mudanças dos chamados modelos de atenção à saúde. Por modelos de atenção à saúde, compreende-se como uma representação da realidade de saúde em que se adota determinadas ações em saúde combinadas com determinadas tecnologias e meios de trabalho^{22,23}.

Para o fortalecimento do SUS, necessitou-se discutir os modelos hegemônicos de atenção à saúde, que consistiam em uma atenção focada no modelo médico-centrado, biologizante e medicalizante, e assim, direcionando-os para a priorização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral, para que assim se priorizasse a qualidade de vida de todos os cidadãos²³.

Nas constantes buscas de consolidação da integralidade, baseada em uma organização de assistência em RAS, centrada na APS, surgem dificuldades que perpassam a concretude das ações dos profissionais, como ações de cuidado que superem o cuidado técnico focado na patologia. Há a necessidade de se discutir novas perspectivas de modelo de atenção, inclusive na formação dos profissionais, sendo impossível a reorganização das práticas de saúde voltadas para o indivíduo, suas subjetividades e singularidades, sem que haja a intervenção na formação dos profissionais e em seus processos de trabalho²⁴.

Portanto, por meio de uma integração de ensino-serviço, onde os modelos assistenciais são construídos no cotidiano da atenção à saúde e também da formação, proporciona-se uma formação em saúde reorientada para APS, fortalecendo o modelo contra hegemônico e possibilitando a visibilidade para mulheres em situações de violência e, também, para um novo modo pensar e agir em saúde²⁴.

Outra questão a ser levantada sobre a perspectiva biologicista das práticas em saúde, é a questão acerca do corpo da mulher ser o mais medicalizado. Isso se dá pelo simples fato de ser mulher, o que acaba sendo ainda mais recorrente quando se trata de uma mulher em

situação de violência. Este processo institui uma forma de controle social que mantém a hegemonia masculina e patriarcal, aprofundando-se as desigualdades de gênero, e consequentemente naturalizando e invisibilizando a violência contra a mulher²⁵.

A não identificação da violência contra mulher também perpassa o sentimento de impotência dos profissionais de saúde perante a demanda, o que favorece e torna cômodo que esta não aconteça²⁶.

As participantes da pesquisa trazem em suas falas o descontentamento com as políticas públicas, pois acreditam que não existe uma forma eficaz de prevenção da violência à mulher, e de certa forma negando que a identificação de tal violência pode contribuir de alguma forma para a vida da mulher. Apenas uma participante falou sobre a informação como um fator protetivo para a mulher.

A lei não dá aquele respaldo que a mulher precisa. Eu acredito que não tem prevenção para violência, não tem como se prevenir (participante 5)

Seria bom seria fácil se órgão judiciário realmente atuasse, a justiça fosse verdadeira. (Participante 1)

Porque as vezes você quer, que nem nesse caso eu falei com muitos outros que tem o inverso também. A mulher vai dá queixa e retira a queixa pois depois ela resolve. (Participante 2)

Eu penso que orientações e informações são de extrema importância, pois vivemos em uma cultura que a mulher tem que aceitar tudo, a gente se cobra muito. É uma cultura totalmente machista em que o homem pode tudo e a mulher não pode nada. (Participante 4)

A abordagem pontual que impede a detecção e acompanhamento da violência contra a mulher na APS torna-se evidenciada pela falta de perspectiva de prevenção do fenômeno,

pelas profissionais da Unidade. Ao afirmarem que a violência contra a mulher não é passível de prevenção, automaticamente, elas apresentam propostas paliativas e imediatistas para o problema.

Com isso, demonstram a falta de leitura de uma realidade alicerçada no patriarcado, desconsiderando, inclusive, as orientações da Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher. Contrapondo a hegemonia do grupo de participantes, uma profissional citou a importância das orientações e informações sobre a ordem societária machista para combater e prevenir a violência contra a mulher.

A violência contra a mulher é explicada como um fenômeno que se constitui a partir da naturalização da desigualdade dos sexos. É um tipo de relação histórica e culturalmente legitimada, em que mulheres estão sempre expostas a situações de violências²⁷. Contudo, a permanência de uma mulher no ciclo de violência é muitas vezes questionada. A violência psicológica e a dependência financeira são reconhecidas pelas participantes desta pesquisa como determinantes para a permanência em uma situação de violência. Outros fatores também foram reconhecidos pelas próprias participantes do grupo focal, como: o amor, a culpa, a não percepção de tal ato como violência e a falha na rede de proteção.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher tem por finalidade combater todas as formas de violência contra a mulher sob uma perspectiva de gênero e de uma visão integral de toda a complexidade deste fenômeno⁹. Estabeleceu princípios, diretrizes, conceitos e também ações de prevenção, e no que tange à assistência a essas mulheres, indica a importância do atendimento humanizado e qualificado que só é garantido diante de uma formação continuada dos agentes públicos e também comunitários⁹.

Segundo a Política, por ações preventivas, devem-se entender campanhas que permitam a visibilidade das diferentes expressões da violência de gênero, e que provoquem mudanças de valores e também rompa com a cultura do silêncio e a banalização de tal

problemática⁹. Portanto, a viabilização de espaços de discussões e capacitação acerca da temática é imprescindível para que se cumpra as diretrizes da política e também para que se instrumentalize os profissionais da área da saúde para lidar com as mulheres que sofrem violência de gênero.

No âmbito preventivo, a Política propõe ações para a desconstrução dos estigmas e estereótipos de gênero, os quais são responsáveis pelo estabelecimento das relações de poder do homem sobre a mulher e também da violência. Tais ações incluem além das ações educativas, também, ações culturais baseadas em valores éticos, de igualdade e respeito às diversidades de gênero. Isto porque, necessita-se de campanhas que permitam a visualização das diferentes formas de expressão da violência contra a mulher e que desnaturalize a mesma, questionando a cultura do silêncio⁹.

2. Correlacionando a violência contra a mulher com demanda de saúde mental

Todas as falas apontam para a violência contra a mulher como um problema de saúde pública. As participantes observam que além das consequências físicas diretas de uma violência, há também a somatização. A mulher vai até a unidade de saúde com outras queixas, vagas, o que colabora para o estereótipo das mulheres poliqueixosas. Além disso, também são observados os reflexos disso na família.

Às vezes, não só a violência física como a psicológica, só um exemplo, a esposa ela sente aquela agressão, o marido as vezes não bate, mas está sempre ali xingando, brigando, ela acaba procurando a unidade com dor de cabeça, com enxaqueca, com dor no ombro, com dor na perna (participante 4)

Eu acho que é importante falar porque a gente acaba vendo diversas formas dessas agressões para saúde da mulher, vê a questão emocional que esta aumentando muito. (Participante 3)

Tem uma sequencia de vindas pra ver uma pressão, na verdade não é uma pressão simplesmente, ela quer ser acolhida e eu vejo que nós profissionais a gente acaba errando porque não tem esse olhar muitas, a gente tem que ter esse mais apurado para essas demandas. (Participante 3)

Acho que no fundo toda a violência tem a ver com a saúde, sempre acaba aqui na unidade, sempre tem uma consequência, uma dor, problema psicológico e essas coisas sempre trazem para área da saúde. (Participante 1)

Eu a trouxe aqui (filha) porque depois que ela viu meu marido me batendo ela ficou assim. (Participante 1)

Como citado por Porto (2006)²⁶, para a literatura especializada de Camargo (2000)²⁷, Franco (2000)²⁸, Schraiber e D'Oliveira (1999)⁵, a violência contra a mulher provoca agravos de ordem física e mental, resultando além dos danos visíveis. Frequentemente está associada ao abuso de álcool e outras drogas, queixas vagas, depressão, insônia, suicídio, sofrimento mental, distúrbios alimentares, dores abdominais e de cabeça, e até artrite, hipertensão, doenças cardíacas, dentre outras²⁶.

Há a percepção de uma demanda importante relacionada a saúde mental que chega até a Unidade em questão. De acordo com as participantes, as mulheres procuram o serviço com queixas de saúde mental, como denominaram as profissionais.

Consoante com Porto (2006)²⁶, Oliveira (2007)²⁹ e Jorge (2007)²⁹, a invisibilidade de casos de violência contra a mulher está relacionada, também, a psicologização de tal

violência. Há um reconhecimento de que a violência contra a mulher é uma demanda primeiramente e, apenas, de saúde mental, o que colabora para o não enfrentamento da questão pelo serviço de saúde, sendo realizado apenas um encaminhamento para a Saúde Mental. A atuação de uma equipe de saúde mental se faz necessária no que se diz respeito a uma atuação conjunta de intervenções que não enxergue a violência contra a mulher como queixa secundária^{26,29}.

A violência contra a mulher é explicada por muitos pesquisadores como um fenômeno que se constitui a partir da naturalização da desigualdade dos sexos. É um tipo de relação histórica e culturalmente legitimada, onde mulheres estão sempre expostas a situações de violências³⁰. Contudo, a permanência de uma mulher no ciclo de violência é muitas vezes questionada. A violência psicológica e a dependência financeira são reconhecidas pelas participantes desta pesquisa como determinantes para a permanência em uma situação de violência. Outros fatores também foram reconhecidos, como amor, a culpa, a não percepção de tal ato como violência e a falha na rede de proteção.

3. A falta de uma rede articulada de apoio as mulheres em situação de violência

As participantes da pesquisa citaram como dispositivos da rede para o cuidado das mulheres que sofreram ou sofrem violência: o NASF, CREAS e o CRAS. Quando abordadas a respeito das condutas diante da identificação de uma mulher em situação de violência, mencionam além do acolhimento, a notificação compulsória e o apoio psicológico do NASF e do CREAS.

Segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, os serviços ainda têm a tendência de enfatizar o trabalho fragmentado e encaminhar os casos, não exercendo a corresponsabilização, a intersetorialidade e interdisciplinariedade¹⁰. Para superar essa desarticulação e fragmentação no enfrentamento da temática, uma estratégia

apontada pela Política, é a de desenvolvimento de ações coordenadas pelas diferentes áreas governamentais, juntamente com a sociedade civil como um todo e também pelas organizações não-governamentais, efetivando um trabalho de Rede de Atendimento⁹.

A constituição dessa Rede de Atendimento enfrenta a problemática do ponto de vista de sua complexidade e caráter multidimensional, contemplando para isso diferentes áreas como: educação, saúde, segurança pública, assistência social, cultura, dentre outras⁹.

A gente costuma intermediar o cuidado com outro profissional, ou a gente liga para o assistente social, para o NASF, ou a gente entra em contato com o psicólogo (Participante 3)

Dependendo a gente pode acionar o CREAS, mas a orientação dos caminhos e também de lavrar o Boletim de Ocorrência, onde ela pode procurar ajuda a gente dá. Os agentes comunitários de saúde também são importantes no seguimento, eles passam na casa veem como estão as coisas, o que os vizinhos estão comentando. (Participante 3).

A está tentando notificar os casos, porém assim, a gente também não tem um treinamento para falar o pode ser notificado, então nos acabamos notificando os casos mais graves (Participante 4)

A Rede de Atendimento, no âmbito do Governo, é composta por inúmeros serviços, e não somente os que foram citados pelas participantes da equipe, o que evidencia a falta de conhecimento da Rede de Enfrentamento, bem como a ideia de que as questões de saúde se esvaziam nos serviços de saúde, contrapondo assim o ideário do conceito ampliado de saúde proposto pela Reforma Sanitária, ou seja, a saúde para além da ausência da doença, portanto, complexa demais para se esgotar nos serviços de saúde.

A Rede de Atendimento é composta pelos Centros de Referência, pelas casas-abrigo, pelas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), pelas Defensorias da Mulher, pelos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, pela Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, pelas Ouvidorias, pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), pelo Serviço de Responsabilização e Educação do Agressor e pela Polícia Civil e Militar⁹.

A mulher em situação de violência percorre a chamada rota crítica em uma tentativa de procurar ajuda e solução frente à situação de violência⁹. Esta rota, muitas vezes, caracteriza-se por idas e vindas, repetidas vezes, sem resolução, com desgaste emocional e ainda levando à uma revitimização⁹. Então, a Rede de Atendimento surge para que o trabalho seja realizado de forma articulada, garantindo uma assistência qualificada e constituindo uma proteção para que a mulher não permaneça no ciclo de violência.

Conforme a Lei nº 10.778 de 2003³¹, em âmbito nacional, os casos de violência contra mulheres são de notificação compulsória nos atendimentos realizados em serviços de saúde, públicos ou privados. Porém, acerca do tema, os indicadores de saúde ainda parecem escassos, o que acontece devido a subnotificação da violência contra a mulher que dificulta a produção de estatísticas sistematizadas sobre esse agravo contribuindo para a invisibilidade do problema.

Segundo estudo realizado por Kind *et al.* (2013)²⁵, evidencia-se que a compulsoriedade não é garantia, por si só, de aumento das notificações de casos de violência contra mulheres, e aos mesmo tempo verifica-se uma dimensão plural dos motivos para que a subnotificação aconteça, como por exemplo o desconhecimento dos profissionais sobre a notificação e sobre que ações devem ser conduzidas para o enfrentamento da violência contra mulheres²⁵.

Considerações finais

Este trabalho possibilitou a análise e compreensão de como acontece o processo de identificação de mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde, mais especificamente em uma Unidade de Saúde da Família. Com isso, pôde-se perceber que há dificuldade na identificação e manejo de condutas de tais casos.

Apesar das mudanças do modelo hegemônico de cuidado em saúde, priorizando-se a ESF como estratégia para reorganização da APS com ações de promoção de saúde, há a dificuldade na concretude das ações para a identificação de casos de violência contra a mulher, especialmente relacionado ao processo de trabalho dos profissionais.

Nota-se a necessidade e urgência de espaços que possibilitem a discussão da temática, tanto durante a formação dos profissionais, quanto no cotidiano de trabalho. As ações de prevenção e conscientização acerca da complexidade do fenômeno colaboram para a desnaturalização da violência contra a mulher.

A colaboração se dá por meio do questionamento do machismo estrutural, que invisibiliza uma mulher em situação de violência, medicalizando-a, e também acerca do reconhecimento do problema como questão de saúde, nos moldes do conceito ampliado de saúde, ou seja, a saúde para além da ausência da doença.

Contudo, apenas o reconhecimento e conhecimento de todas as formas de violência e de suas consequências na vida de uma mulher, não garante que o processo de identificação e acompanhamento aconteça. Há, também, um desconhecimento acerca da Rede, bem como uma desarticulação da mesma. Portanto, de acordo com este estudo, o processo de trabalho ainda não atingiu a primeira fase do enfrentamento da violência, que é a detecção.

Ao pensar nas mudanças necessárias para uma atenção mais integral e eficaz às mulheres em situação de violência, é fundamental a proposição de uma rede forte entre os

serviços especiais que tratem especificamente dessas questões, tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior In, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. Saúde Pública 2002; 36(4):470-477.
2. Januário IS. Violência doméstica contra a mulher: diretrizes legais para a assistência de enfermagem. In Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 13. 2010. Disponível em:
<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I19725.E8.T3054.D4AP.pdf>
3. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Popul Rep 1999;27(4):1-43.
4. Tjaden P, Thoennes N. Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey: research brief. Washington (DC): National Institute of Justice/ Centers for Disease Control and Prevention; 1998. [Report 93-IJ-CX-0012].
5. Schraiber, LB.; d'oliveira, AFLP. Violência contra mulheres: interface com a saúde. Interface (Botucatu), v. 3, n. 5, p. 15-26, 1999.
6. Santos, CM. Da delegacia da mulher à lei Maria da Penha: lutas feministas e políticas públicas sobre violência contra mulheres no Brasil. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2008.
7. Brasil. Ministério da Justiça. Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres – 25 anos de conquistas – DEAMs. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

8. Cortez, MB. “Sem açúcar, com afeto”: estudo crítico de denúncias de violência contra as mulheres e dos paradoxos da judicialização. 2012. 266 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, 2012.
9. Brasil. Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2007.
10. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a violência contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64 p.
11. Brasil. Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, ago. 2006.
13. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
13. Ministério da Saúde. Assistência integral á saúde da mulher: bases de ação programática I Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
14. Minayo, MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10(supp 1): S7-S18.
15. Fundação sistema estadual de análise de dados (SEADE). Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Informações dos Municípios Paulistas. São Paulo: Fundação SEADE, 2016.
16. Botucatu. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://saude.botucatu.sp.gov.br/> acesso em 18/09/2018 as 15:04.

17. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em Saúde no Brasil. *Bol. Oficina Sanit Panam* 1996; 120(6):472-481.
18. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* 2009 ; 19(3): 777-796.
19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edição 70, 1997.
20. Machado MH, Wermelinger M, Tavares MFL, Moysés NMN, Teixeira M, Oliveira ES. *Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde; 2006.
21. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. *Texto contexto - enferm* 2015; 24(1):229-237.
22. Paim J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 573-7.
23. Brehmer LCF, Ramos FRS. The healthcare model in training for nursing: experiences and perceptions. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):135-45.
24. Costa T, Stotz EN, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface* 2006 ;10 (20): 363-380.
25. Kind La, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(9): 1805-1815.
26. Porto, M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília 2006; 26 (3):426-439.
27. Camargo, M. Violência e Saúde: Ampliando Políticas Públicas. *Jornal da Rede Saúde*, n. 22; São Paulo, 2000, pp. 6-8.
28. Franco, IR. Mulheres em Situação de Violência Doméstica: Produção e Enfrentamento do Fenômeno. Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, Brasil, set. 2000. Anais. CD-rom.
29. Nazaré EO, Bessa MSJ. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2007; 8 (2): 93-100.

30. Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA.
Analysis of the cycle of domestic violence against women. *J. Hum. Growth Dev* 2016, 26
(2):139-146.
31. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial da União* 2003; 25 nov.