

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**AÇÕES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
NA PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM
FEIRA DE SANTANA-BA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Marcia Gomes Silva

**CRUZ DAS ALMAS - BAHIA
2019**

AÇÕES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM FEIRA DE SANTANA-BA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Marcia Gomes Silva

Bacharel em Enfermagem

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, 2003

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social.

Orientador: Prof. Dr. Edgilson Tavares de Araújo

**CRUZ DAS ALMAS - BAHIA
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL - PPGGPPSS
MESTRADO PROFISSIONAL**

**AÇÕES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA
PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM FEIRA DE
SANTANA-BA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Comissão Examinadora da Defesa de Dissertação de Mestrado
Marcia Gomes Silva

Aprovada em: 24 de abril de 2019

Prof. Dr. Edgilson Tavares de Araújo
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Orientador

Prof. Dr^a Susana Couto Pimentel
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Examinadora Interna

Profa. Dr^a Fernanda Matheus Estrela
Universidade Estadual de Feira de Santana
Examinadora Externa

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S581 Silva, Marcia Gomes

Ações das unidades de Atenção Básica à Saúde na prevenção à violência contra a mulher em Feira de Santana-BA : desafios e perspectivas / Marcia Gomes Silva. – 2019.

111 f. il.

Orientador: Edgilson Tavares de Araújo

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, 2019.

1. Violência contra a mulher. 2. Atenção Básica à Saúde – Feira de Santana, Bahia. 3. Saúde da mulher – Políticas públicas. I. Araújo, Edgilson Tavares de, orient. II. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Campus Cruz das Almas. III. Título.

CDU: 614:323.285(814.22)

CDD: 362.83

Luis Ricardo Andrade da Silva – Bibliotecário – CRB-5/1790

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado é o resultado de muitas horas de trabalho e é importante exprimir os meus sinceros agradecimentos a algumas pessoas que me ajudaram em mais uma etapa da minha vida. Trata-se de uma etapa dura, porém, prazerosa não apenas pelo produto que se observa delinear, construir e lapidar como uma obra, mas, principalmente, pelos frutos os quais surgem e pela rede de relações que é construída. Nunca se caminha sozinha! Mesmo nos desejos ínfimos a presença de coadjuvantes e protagonistas faz-se necessária. Dessa maneira não poderia esquecer de AGRADECER infinitamente aqueles que se fizeram presentes nessa trajetória de mestranda.

A Deus, meu maior mestre e por estar sempre guiando meus passos e dando forças a prosseguir todos os dias.

Ao amigo Dr Antônio Carlos, esse ser humano tão lindo sempre presente em minha vida.

À minha família por estar ao meu lado, me incentivando e apoiando sempre. À minha mãe, Lila, pelo amor incondicional, por estar sempre perto, ajudando, protegendo, orando pela minha saúde, para que nada de mal me acontecesse. Ao meu pai, Carlinhos, pelo esforço de nos dar o melhor, no que se refere aos estudos, para sermos alguém na vida. Aos meus irmãos e em especial minha irmã Marcele por todo o encorajamento, paciência, reflexões, ensinamentos. Ao meu irmão Saulo que sempre esteve presente deixando a minha vida mais leve, com reflexões, trocas, momentos únicos, de lágrimas e sorrisos, importantes no meu processo de amadurecimento, conselhos, conversas, risadas, amor; por ser esse ser incrível e tão evoluído.

Ao meu noivo, Renato, por toda a paciência, carinho, atenção e por sempre acreditar em mim.

Ao meu orientador Prof. Dr. Edilson Tavares de Araújo, de modo especial, por ter aceitado meu convite de orientação, pela paciência e por todos os ensinamentos. Admiro-o muito pela sabedoria, competência e respeito.

Aos colegas da UEFS, Estácio, UNINASSAU e do Mestrado que permitiram vivenciar com leveza e ternura essa jornada, em especial Darlane, Tenório, Adalcio, Cibele e Genesis. Nossa! Como foi especial conhecê-los!

SILVA, Marcia Gomes. **Ações das unidades de atenção básica à saúde na prevenção à violência contra a mulher em Feira de Santana-BA: desafios e perspectivas.** 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, 2019.

RESUMO

A violência contra a mulher é um problema público imbricado no campo biopsicossocial que atinge todas as classes sociais, raças, etnias, religiões e culturas, interferindo na saúde individual, coletiva e na qualidade de vida. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar quais os desafios e perspectivas na gestão das ações de prevenção à violência contra a mulher, percebidos pelas equipes de atenção primária à saúde no município de Feira de Santana-BA. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e de caráter exploratório tendo como foco quatro unidades de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Feira de Santana-BA. Delimitou-se como lócus duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas Unidades de Saúde da Família (USF). Para fins de comparação na delimitação do estudo verificou-se o nível de violência geral dos bairros alocados as unidades baseado nos dados do SSP (Serviço de Segurança Pública de Feira de Santana- BA) no ano de 2018. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 18 (dezoito) profissionais da equipe multidisciplinar - médico, enfermeiras, gestores, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Os resultados da pesquisa apontam que muitos profissionais têm uma opinião formada sobre a violência contra a mulher e acham importantes ações preventivas, mas não têm implementado ações nas unidades e não se sentem capazes de assistir vítimas em sua integralidade, realizando apenas orientações, escuta ativa e encaminhamentos. A violência de gênero expressa-se nas formas psicológica, patrimonial, sexual e física e o consumo de álcool associado a substâncias ilícitas tem aumentado as consequências da violência. No que se refere à articulação com a rede de atenção à saúde da mulher, os achados evidenciaram a fragmentação desta e despreparo por parte dos profissionais. Em relação ao instrumento de notificação ficou evidenciada a subnotificação dos dados e a não devolutiva da mesma.

Palavras-chave: Atenção Básica. Prevenção. Violência contra mulher.

SILVA, Marcia Gomes. **Actions of the units of basic health care in the prevention of violence against women in Feira de Santana-BA:** challenges and perspectives. 2019. 111 f. Dissertation (Master in Management of Public Policies and Social Security) - Federal University of Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, 2019.

ABSTRACT

Violence against women is a public matter imbricated in the biopsychosocial field that affects all social classes, races, ethnicities, religions and cultures, interfering in individual and collective health and also in quality of life. The main goal of this study was to analyze which are the challenges and perspectives in the management of actions to prevent violence against women observed by the primary health care teams in the city of Feira de Santana-BA. This is a qualitative and exploratory study focusing on four Units of Basic Care of the Brazilian Unified Health System (SUS) in the city of Feira de Santana-BA. It was established as a *locus*, two Units of Basic Care (UBS) and two Units of Family Care (USF). Considering the need of comparison, the limitation of this study took in consideration the level of general violence in the neighborhoods where the units are located based on data from the Public Security Service of Feira de Santana (BA) in 2018. Semi-structured interviews were conducted with 18 (eighteen) professionals of the multidisciplinary team (doctor, nurses, managers, nursing technicians and community health agents (ACS)). The results of this research indicate that many professionals have an opinion about violence against women and find preventive actions important, but they have not implemented actions in the units and do not feel able to assist victims in their fullness, only conducting guidelines, active listening and referrals. Gender violence is expressed in psychological, patrimonial, sexual and physical ways, and the consumption of alcohol associated with licit substances has increased the consequences of violence. Regarding the articulation with the women's health care network, the results evidenced the fragmentation of it and unpreparedness of the professionals. Regarding the instrument of notification it was evidenced the underreporting of the data and the non-devolution of the same.

Keywords: Basic Assistance. Prevention. Violence against women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 – Marcos da violência contra mulher no contexto histórico internacional	33
Quadro 02 – Marcos históricos sobre as ações de combate à violência contra mulher no contexto nacional	40
Quadro 03 – Perfil dos participantes cargo, formação, idade, sexo e tempo de atuação no cargo atual, vínculo e carga horária	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNJ	Comissão Nacional de Justiça
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRMQ	Centro de Referência Maria Quitéria
CVLI	Crimes Violentos Letais Intencionais
DEAM	Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESM	Enfermagem na Saúde da Mulher
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MOC	Movimento de Organização Comunitária
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional Integral de Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PSF	Programa de Saúde da Família
SEDIM	Secretaria de Estado de Direitos da Mulher

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAM	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UOM	Unidades Odontológicas Móveis
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VCM	Violência contra a Mulher
VD	Violência Doméstica
VG	Violência de Gênero
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	19
1.1 ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE VIOLÊNCIA	19
1.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA PERSPECTIVA DE GÊNERO	23
1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À MULHER NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	27
2 ASPECTOS DA SAÚDE PÚBLICA	43
2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	43
2.2 ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	48
2.3 AÇÕES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO SUS E SEUS DESAFIOS	53
3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA	61
3.1 AÇÕES E DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS VIVENCIADOS NO CONTEXTO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	66
3.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA QUE BUSCAM O SERVIÇO E ARTICULAÇÃO	75
3.3 ARTICULAÇÃO, ENCAMINHAMENTOS DA REDE ÀS AÇÕES DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	77
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	108
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ANUÊNCIA DO ENTREVISTADO)	110

INTRODUÇÃO

A violência tem presença marcante na construção histórica da humanidade em seus vários momentos. Trata-se de um processo complexo, multicausal e de difícil conceituação, sendo necessário buscar suas raízes nas diferentes épocas porque estas são histórica e culturalmente construídas. A problemática da violência vem sendo cada vez mais discutida na atualidade e investigada no contexto acadêmico. Este fenômeno passa a ser reconhecido como parte da agenda da Saúde Pública a partir dos anos 1990, fundamentalmente, pelo crescente número de mortes e traumas que provoca na sociedade. Tal reconhecimento também se observa quanto à violência de gênero, principalmente, no âmbito doméstico (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1994).

Infelizmente a temática da violência é tema cotidiano na sociedade brasileira. O Brasil possui uma das mais altas taxas de homicídio do mundo tendo, assim como outros países da América Latina, grandes índices de Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI) – homicídio, latrocínio e lesão corporal seguida de morte –, apresentando um quantitativo de 62.517, o que equivale a uma taxa de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes. O Estado da Bahia é um dos que possuem grande incidência desses crimes; no ano de 2017, totalizaram 6.200 casos de CVLI na Bahia (BAHIA, 2018).

A violência contra a mulher (VCM) é um dos principais tipos de violência que ainda prevalecem na sociedade, dada a história de primazia da cultura do patriarcado e do machismo. Trata-se de uma expressão da questão social, um problema público que demanda por políticas públicas. O tema vem sendo estudado há mais de vinte anos por disciplinas variadas como a sociologia, o direito, a psicologia e a antropologia. Tem sido objeto de luta dos movimentos sociais e tem inspirado o planejamento e implantação de políticas públicas para sua redução e combate.

A violência contra a mulher pode acarretar diversas consequências físicas, sendo a causa mais comum de lesões graves em mulheres (RAMSAY et al., 2002). Diferentes problemas crônicos de saúde podem afetar as mulheres vítimas de violência, sendo os sintomas mais frequentes: a dor crônica e os sintomas relacionados ao sistema nervoso central, problemas gastrointestinais, problemas ginecológicos e distúrbios cardíacos (DÍAZ-OLAVARRIETA et al., 2002).

A redução da violência contra a mulher deve envolver os diferentes setores da sociedade brasileira na compreensão e identificação dos fatores que a determinam, buscando soluções de enfrentamento e articulando uma rede social de apoio e prevenção às mulheres expostas a contextos de violência.

As repercussões físicas, psicológicas e sociais da violência, assim como a instituição de medidas de proteção à vítima e sua família, ganham relevância quando se escuta a trajetória percorrida e as interações sociais vivenciadas pela mulher na sua sujeição à violência.

O Brasil possui sistemas policial e judiciário pouco eficientes, com baixa taxa de conclusão de processos, o que gera uma sensação de impunidade com relação aos casos de violência. Segundo levantamento realizado pela Comissão Nacional de Justiça (CNJ), em 2017, com base em dados de 2016, apenas 27% de todos os processos foram solucionados, o que significa que, mesmo sem novas demandas, os tribunais brasileiros levariam aproximadamente 2 anos e 8 meses para emitir todas as sentenças pendentes, indicando baixo desempenho em comparação com sistemas penais de porte semelhante (ADORNO, 1994).

A VCM consiste em qualquer ato violento baseado no gênero, que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para a mulher, incluindo a ameaça de praticar tais atos, a coerção ou privação arbitrária da liberdade em ambiente público ou privado. Também pode ser denominada violência doméstica (VD) ou violência de gênero (VG) e representa um fenômeno extremamente complexo, que atinge mulheres em todas as partes do mundo e tem suas raízes na inter-relação de fatores biológicos, econômicos, culturais, políticos e sociais (GONTIJO et al., 2010).

Segundo Morgado (2008), a violência de gênero não é um fenômeno recente, estando em todas as sociedades, compondo um conjunto de relações sociais que tornam complexa sua compreensão. Apesar de se tratar de uma problemática antiga, a violência conjugal foi pouco visualizada ao longo do tempo, adquirindo maior atenção na atualidade. Na realidade, esse problema ainda permanece invisível em muitos espaços socioculturais contemporâneos (CANTERA, 2007).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)(2018), em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras. Em dez anos, observa-se um aumento de 6,4%. Acrescenta-se ainda o fato de que as categorias de gênero e raça são

fundamentais para entender a violência letal contra a mulher. Desagregando-se a população feminina pela variável raça/cor, confirma-se um fenômeno já amplamente conhecido. Considerando-se os dados de 2016, a taxa de homicídios é maior entre as mulheres negras (5,3%) que entre as não negras (3,1%) – a diferença é de 71%. Em relação aos dez anos da série histórica, a taxa de homicídios para cada 100 mil mulheres negras aumentou 15,4%, enquanto que entre as não negras houve queda de 8% sem falar na taxa de morbidade considerada elevada.

Segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2011a), a violência doméstica contra a mulher subdivide-se em: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e violência moral. Articular serviços e programas de prevenção à violência contra mulher é uma tarefa imprescindível para evitar que haja novas ocorrências e/ou para interromper seu ciclo, incentivando a busca precoce de orientação e apoio pelos órgãos competentes, tantos os serviços jurídicos como a Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher (DEAM), os serviços de saúde e serviços especializados. Nesse contexto, o profissional de saúde pode agir como um importante ator na identificação de diferentes formas de violência de gênero e nos possíveis encaminhamentos que podem ser dados para a prevenção e proteção das vítimas.

Avaliando-se o contexto das vítimas, percebe-se que prevalece a vergonha, o medo e o desconhecimento do arcabouço legal que imponha limites à violência. Esses fatores dificultam a ida das vítimas aos serviços de saúde e de acesso à justiça. Mesmo quando se veem obrigadas a procurar esses serviços, devido à presença de lesões físicas, as mesmas tendem a silenciar o problema e raramente fazem queixas espontâneas durante os atendimentos. Atrelado a isso, ainda existem questões quanto às posturas e procedimentos adotados por profissionais que atuam nos equipamentos públicos que devem prestar esses serviços. Isso proporciona um caráter de invisibilidade à violência, que não é algo consentido, mas sim cedido, devido às mulheres estarem em situação de desvantagem de poder com relação aos seus opressores. Além disso, os reflexos da violência, decorrentes das lesões e dos traumas gerados, são claramente percebidos, seja pelos custos econômicos com assistência médica, seja no âmbito do sistema judiciário e penal ou pelos custos sociais decorrentes da queda de produtividade (LEITE et al., 2014).

Neste contexto, os profissionais que trabalham nos equipamentos possuem a função primordial de implementar a Política Nacional para as Mulheres (BRASIL, 2004), que tem como princípios igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia nas mulheres, estado laico, justiça social, transparência nos atos públicos e participação e controle social. Esta será discutida nos próximos capítulos. A implementação da política se dá por meio de ações que envolvem escuta ativa, apoio, orientação das vítimas, independente de qual seja a raça, a religião e a classe social, bem como ações de prevenção realizadas pelos profissionais, tais como oficinas de mulheres, grupos de gestantes, encorajamento a busca da delegacia especializada e outros órgãos especializados com objetivo assegurar medidas protetivas conforme Lei Maria da Penha, entre outras.

Segundo Cavalcanti (2002), diante da complexidade relativa à questão, para enfrentar a violência é preciso considerar ações intersetoriais e transdisciplinares. Tais ações envolvem diversos atores de políticas públicas como os da saúde, da educação, da segurança pública, da assistência social, do poder judiciário e as organizações da sociedade civil. Os serviços prestados por estes contribuem para a tomada de decisões, que criam e fortalecem as redes de atenção, a fim de dar maior resolubilidade ao problema e maior suporte às vítimas por meio de ações como: escuta ativa, atendimento emergencial, encaminhamentos conforme o protocolo de cada município.

Sob esse mesmo ponto de vista, os serviços de saúde merecem destaque, nas ações de prevenção à violência contra a mulher, principalmente aqueles que trabalham diretamente com as vítimas, destacando os da atuação da Rede de Atenção Básica, que é considerada porta de entrada do serviço de saúde, através da implementação de oficinas, palestras, grupos de mulheres, escuta ativa, com objetivo de que essas ações fortaleçam este público-alvo. Todavia, tanto os profissionais quanto os serviços de saúde ainda enfrentam uma série de problemas que vão da estrutura ao perfil dos profissionais para lidar com a problemática relacionada à prevenção da violência de gênero.

Em função do crescimento da violência de gênero, da imprecisão de informações e indicadores sobre o problema e da dificuldade de determinação dos fatores de risco associados a essa, têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, objetivando a vigilância desse agravo. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 104/2011,

passou a prever a obrigatoriedade da notificação compulsória, que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência (BRASIL, 2011b). A notificação sendo obrigatória constitui-se um instrumento fundamental para o conhecimento do perfil da violência, possibilitando a realização de ações para a prevenção do problema. Assim, destacam-se os benefícios dos casos singulares e o meio de controle epidemiológico dos agravos. Porém, é importante elucidar que existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que especifiquem os procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e quebra de sigilo profissional (VELOSO, 2013).

A dificuldade de articulação com as instituições de saúde pode estar associada à pouca percepção por parte dos profissionais de que a vivência de violência representa um agravo à saúde individual e coletiva. Entretanto, estudos como o de Schraiber e colaboradores (2002) mostram ser o setor saúde a porta de entrada para os casos de violência doméstica, podendo ser esta identificada durante qualquer atendimento de saúde, desde os desempenhados nas unidades de emergência até aqueles realizados nos espaços da atenção básica, a partir de sinais e/ ou sintomas físicos, psicológicos ou mesmo pela revelação da usuária.

Nesse sentido, os serviços de saúde pública ofertados na atenção básica apresentam-se como possibilidades de prevenção e de enfrentamento do problema. Esse nível de atenção dá o primeiro acesso da população aos serviços de saúde, oferecendo um acompanhamento ao longo de toda a vida, tendo base territorial e comunitária, destinado a responder pelos problemas mais comuns de saúde, destacando a atenção à família em seu contexto de vida. Assim, tem como prioridade não apenas as ações de cura, mas também de prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 2011c).

Em relação às ações de prevenção a violência doméstica realizadas pela equipe multidisciplinar na rede primária, tem-se a detecção precoce nas consultas de atenção à mulher (como planejamento familiar; pré-natal; rodas de conversa e sala de espera) através do acolhimento, escuta ativa, observação, atendimento propriamente dito com devidos encaminhamentos. A participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) proporciona uma ligação efetiva entre a comunidade e a unidade de saúde no sentido da detecção precoce. Uma pesquisa realizada por D'Oliveira e colaboradores (2009) aponta para a importância de se redefinir instrumentos,

materiais e saberes para o trabalho cotidiano dos profissionais na atenção básica. Estes novos instrumentos levam em consideração a subjetividade da mulher frente à violência e os determinantes sociais e culturais que a amparam ou suavizam esse fenômeno.

Para além das questões teóricas trazidas até aqui, é importante ressaltar que as motivações pessoais desta pesquisa são decorrentes da percepção da autora, desde a época da graduação do curso de enfermagem somada à experiência vivenciada enquanto docente da disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher, na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), na Atenção Primária à Saúde (APS) e no Centro de Referência Maria Quitéria (CRMQ). Desse modo, justifica-se o interesse em aprofundar o conhecimento nesse campo devido aos relatos das vítimas da violência nas rodas de conversa e oficinas de saúde, em que muitas delas retratavam a falta de acolhimento e encaminhamento na atenção primária, conhecida como a porta de entrada do serviço de saúde.

Tendo em vista os motivos teóricos e práticos relatados anteriormente, percebe-se que violência é o resultado de uma extensa cadeia de fatores determinantes. O conhecimento dos fatores associados à violência poderá possibilitar o planejamento de intervenções mais adequadas às necessidades dos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade. Assim sendo, partindo da ideia que a atenção primária é porta de entrada dos serviços de saúde, tendo unidades com o potencial de acolher, atender e encaminhar as mulheres, surge como problema desta pesquisa de mestrado: *Quais os desafios e perspectivas na gestão das ações de prevenção a violência contra mulher, identificados pelas unidades de atenção primária à saúde no município de Feira de Santana-BA?*

O objetivo geral da pesquisa foi analisar quais os desafios e perspectivas na gestão das ações de prevenção a violência contra a mulher, percebidos pelas equipes de atenção primária à saúde no município de Feira de Santana-BA. Especificamente, objetivou-se:

- a) Identificar as ações de prevenção à violência contra a mulher, desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares nas unidades de atenção primária a saúde;
- b) Analisar, sob a ótica da equipe multidisciplinar as opiniões e atitudes dos profissionais relativas à atenção às mulheres em situação de violência;

- c) Compreender a percepção sujeitos pesquisados sobre o nível de resolutividade das demandas de mulheres vítimas de violência em Feira de Santana-BA nas Unidades de Saúde.
- d) Analisar comparativamente as ações de prevenção à violência contra mulher desenvolvidas nas unidades de saúde básica pesquisadas em territórios com maior e menor prevalência de índices de violência.

Este estudo possui relevância de cunho acadêmico, social e profissional, haja vista que promove reflexões sobre políticas públicas de gênero. Um aspecto significativo é a possibilidade de contribuir com a comunidade acadêmica ao promover discussões acerca da temática estudada, uma vez que apresenta os dados de um estudo de caso local, refletindo a realidade vivenciada pelos profissionais da atenção primária do município de Feira de Santana-BA, local que possui uma rede de atenção à violência contra a mulher. No que se refere à relevância social, este trabalho poderá contribuir para identificar e divulgar quais ações preventivas são prestadas à comunidade que busca atendimento nas unidades primárias de saúde e, assim, fortalecer a rede de atenção.

Para atingir tais objetivos, esta pesquisa qualitativa traçou um percurso metodológico buscando conjugar algumas etapas e técnicas investigativas pertinentes, a saber: levantamento bibliográfico, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas¹ com 18 (dezoito) sujeitos diretamente envolvidos com o objeto em questão: 01 (um) médico, 05 (cinco) enfermeiros, 03 (três) técnicos de enfermagem, 07 (sete) agentes comunitários, 02 (dois) gestores.

A pesquisa de campo foi realizada entre 17/09/2018 e 09/10/2018, buscando informações diretamente *in loco* junto aos atores que devem gerir e executar as ações de prevenção na Atenção Básica do município de Feira de Santana-BA. O critério utilizado para escolha do recorte territorial onde foi realizada a pesquisa foi o nível de violência geral no município, e os níveis em seus territórios, conforme dados da Secretária de Segurança Pública (BAHIA, 2018). Foram selecionadas duas USF em bairros mais violentos e duas UBS, em bairros com menores índices de violência. Nos dois bairros mais violentos (Conceição e Campo Limpo) pesquisou-se na USF Videiras e USF Campo Limpo IV; e nos dois bairros menos violentos (Serraria Brasil e Jardim Acácia) as UBS Serraria Brasil e Dispensário Santana foram utilizadas, para

¹ Ver roteiro no Apêndice A.

fins de comparação nas unidades de AB. A escolha por dois territórios com maiores e menores índice de violência se deu no sentido de compreender de há diferenciação nos tipos de ações de prevenção realizadas e possível incidência destas em termos de efetividade na diminuição da violência contra a mulher.

Em relação à abordagem das entrevistas, inicialmente os participantes foram informados sobre o tema e o objetivo da pesquisa, e aqueles que se dispuseram a participar, ou seja, uma amostra aleatória da equipe multidisciplinar nas unidades supra citadas, assinaram um termo de consentimento livre e informado (Apêndice A), que assegurou aos participantes a confidencialidade das informações fornecidas, sendo estas utilizadas exclusivamente para fins deste estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (n. 3.039.438) respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde.

Em relação ao método de análise de dados, realizou-se a análise das narrativas coletadas nas entrevistas, sendo associada aos referenciais de autores discutidos na revisão de literatura deste estudo.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro contempla esta introdução que aborda informações sobre o tema e sua importância, problema de pesquisa, objetivos e organização do estudo. O segundo aborda a questão do fenômeno da violência contra a mulher, no qual são apresentados aspectos gerais, violência de gênero e políticas de atenção à saúde da mulher embasada na teoria de instrumentalização. O terceiro capítulo retrata os aspectos da saúde pública, tendo como destaque a dimensão da violência contra a mulher nos serviços de saúde, estratégias da APS e ações de prevenção à violência contra a mulher. O quarto capítulo traz o percurso metodológico adotado na execução do trabalho, no qual é apresentado de modo mais detalhados o método da pesquisa, os resultados e discussões do estudo de caso acerca da Atenção Primária no município de Feira de Santana-BA, evidenciando-se as ações de prevenção à violência contra a mulher. Por fim, são feitas as considerações finais e sugestões para estudos futuros.

1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Os estudos sobre violência contra a mulher constitui-se como um campo teórico-empírico fundado a partir das lutas do movimento feminista brasileiro e internacional. Além disso, compõe um campo linguístico e narrativo, ao contribuir para a nomenclatura e intervenção no fenômeno nas esferas da segurança pública, da saúde e do judiciário. A partir da década de 1980, no Brasil, estabeleceu-se uma nova área de estudos e ação, abrindo-se um espaço cognitivo novo, e, sobretudo, uma abordagem política singular, levando à criação de serviços públicos e leis especializadas.

Com vistas a elucidar essas questões, este capítulo está dividido em três blocos: o primeiro aborda os aspectos teóricos sobre violência, em seguida apresenta e discute as políticas de atenção à saúde da mulher e, posteriormente, as questões sobre violência de gênero, com o objetivo de propor e compreendê-la como elemento construído historicamente na perspectiva de esboçar a rota crítica transitada pelas mulheres em situação de violência, permitindo fundamentar as políticas públicas e a rede de proteção no combate à violência.

1.1 ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE VIOLÊNCIA

O termo violência, de natureza polissêmica, é utilizado em muitos contextos sociais. Etimologicamente, a palavra violência vem do latim *violentia*, que está associado ao ato de forçar, desrespeitar, constranger (FERREIRA, 2010). O termo geralmente faz referência ao uso da força, mas essa definição extrapola o plano físico e perpassa, também, o aspecto psicológico. Como exemplo, podemos pensar que o termo violência pode ser empregado tanto para um homicídio quanto para maus-tratos emocionais, verbais e psicológicos. Na esfera conjugal manifesta-se com frequência através dos maus-tratos; submissão da mulher a práticas sexuais contra a sua vontade; maus-tratos físicos; isolamento social; proibição do uso de meios de comunicação e do acesso aos cuidados de saúde; intimidação. No ambiente profissional observa-se a presença de assédio moral e sexual (SACRAMENTO; REZENDE, 2006).

A violência é definida pela Organização Mundial da Saúde (2002, p. 5) como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra

si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações.”

Do ponto de vista histórico, Silva e Silva (2005) definem a violência enquanto dominação, demonstrando principalmente a sua existência no momento em que se instala qualquer tipo e relação na qual um indivíduo tenta impor sua vontade ao outro: trata-se de um fenômeno social presente no cotidiano de todas as sociedades sob várias formas.

No sentido antropológico, trata-se de um problema especificamente humano, o que implica que os termos “violência” e “agressividade” referem-se a fenômenos que se recobrem apenas parcialmente, mas não são idênticos. Assim, pode-se dizer que não há propriamente violência na natureza, mas apenas no mundo humano; apenas os seres humanos são realmente violentos (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011).

Segundo Minayo (2004), a violência torna-se um tema mais ligado à saúde por estar associada à qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares e, também, pela concepção ampliada do conceito de saúde. Assim a violência enquanto uma negativa expressão da questão social não é objeto próprio de nenhum setor específico de políticas públicas e nem no campo acadêmico.

Nos dias atuais, em que, de fato, estamos nos voltando para a violência como grande problema social, este não encontra profícuo nível de publicização e reconhecimento: não existe ainda um lugar social e um campo de intervenção e saberes que a reconheça como objeto próprio: como seu alvo de estudos e de atuação. Sem reconhecimento e definição de seu lugar no mundo da ciência torna-se difícil o relato e a exposição de seus detalhamentos. De acordo com Schraiber e D'Oliveira (1999), é por este motivo que muitos que estudam o fenômeno apontam para sua invisibilidade social, ou seja, esta impossibilidade de ter um lugar no discurso da ciência e nas práticas sociais, bem como não haver uma linguagem apropriada para nomeá-la e lidar com suas questões internas – dos seus determinantes, antecedentes, das suas consequências, no âmbito da vida e da saúde da população.

As discussões sobre o tema devem permear uma integração entre Estado e sociedade, pois o enfraquecimento dessa relação abre espaço para a ocorrência da violência. Apresenta-se, portanto, possuindo uma dimensão social com raízes macroestruturais, tendo várias formas e faces, encontrando-se diluída na sociedade

sob forma das diversas manifestações que se interligam, interagem, alimentam e fortalecem, e, dessa forma, permanece presente historicamente na sociedade (MINAYO, 1994).

A maneira de reagir frente à agressividade varia de acordo com os diversos tipos de sociedade ou cultura à qual o indivíduo pertence, pois cada grupo social tem suas normas, regras de convivência, valores e tradições. Assim sendo, algumas manifestações agressivas são aceitas e outras podem ser proibidas (CORSINI, 2004). Nas sociedades ocidentais, por exemplo, por terem como uma de suas características a competição, a agressividade costuma ser tolerada e receber estímulos, representando sinônimo de determinação, ambição ou coragem. Vale ressaltar que a violência é impedida, reprimida ou punida quando identificada como atitude de hostilidade ou sentimento de cólera. Em uma sociedade na qual a violência é valorizada os indivíduos tendem a ser mais agressivos. As notícias, a banalidade com que se exibem armas, a falta de realismo ao retratar o sofrimento das vítimas, filmes e séries violentas são fatores que influenciam comportamentos agressivos (SILVA et al., 2012).

A violência no geral está classificada, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva. A categorização inicial estabelece uma diferença entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência infligida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos e a violência infligida por grupos maiores, como Estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas. Estas três categorias amplas são ainda subdivididas, a fim de melhor refletir tipos mais específicos de violência.

A violência autoinfligida é subdividida em comportamento suicida e agressão autoinfligida. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio – também chamadas em alguns países de "para-suicídios" ou "autoinjúrias deliberadas" – e suicídios propriamente ditos. A autoagressão inclui atos como a automutilação.

A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: 1) violência de família e de parceiros íntimos – isto é, violência principalmente entre membros da família ou entre parceiros íntimos, que ocorre usualmente nos lares; 2) violência na comunidade – violência entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecerem, que geralmente ocorre fora dos lares. O primeiro grupo inclui formas de violência tais como abuso infantil, violência entre parceiros íntimos e maus-tratos de

idosos. O segundo grupo inclui violência da juventude, atos variados de violência, estupro ou ataque sexual por desconhecidos e violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Acrescenta-se ainda que a violência coletiva subdivide-se em violência social, política e econômica. Diferentemente das outras duas grandes categorias, as subcategorias da violência coletiva sugerem possíveis motivos para a violência cometida por grandes grupos ou por países. A violência coletiva cometida com o fim de realizar um plano específico de ação social inclui, por exemplo, crimes carregados de ódio, praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de hordas. A violência política inclui a guerra e conflitos violentos a ela relacionados, violência do estado e atos semelhantes praticados por grandes grupos.

Neste contexto, de tipologias da violência, destaca-se a Violência Contra a Mulher (VCM), conforme a Lei Maria da Penha em 2006, que diz respeito a qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994). A VCM está dividida em: física, sexual, patrimonial, psicológica, moral e institucional. A **violência física** aparece como sendo qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher. Já a **violência sexual**, como a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. A **violência patrimonial** diz respeito a 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 psicológica** trata da conduta que cause danos emocionais e diminuição da autoestima da mulher ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou ainda que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões. A **violência moral** é entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Por fim, existe ainda a **violência institucional**, que é aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos (BRASIL, 2011c).

É difícil calcular o impacto exato de todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde ou seus efeitos na produtividade econômica em todo o mundo. A

evidência existente indica que as vítimas de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, custos significativamente mais altos de tratamento de saúde e consultas mais frequentes aos atendimentos de emergência durante toda a sua vida do que os que não sofreram tais abusos. O mesmo sucede com vítimas de abuso e abandono infantil. Tais despesas contribuem substancialmente para o aumento do orçamento anual de tratamentos de saúde (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Segundo dados do IPEA (2017), em 2015, 4.621 mulheres foram assassinadas no Brasil, o que corresponde a uma taxa de 4,5 mortes para cada 100 mil mulheres. Com base nesses dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) não é possível, contudo, identificar que parcela corresponde às vítimas de feminicídio (um termo de crime de ódio baseado no gênero, amplamente definido como o assassinato de mulheres, mas as definições variam dependendo do contexto cultural), uma vez que a base de dados não fornece essa informação. Ainda que a taxa de homicídio de mulheres tenha crescido 7,5% entre 2005 e 2015, quando se analisam os anos mais recentes, verifica-se uma melhora gradual, tendo este indicador diminuído 2,8%, entre 2010 e 2015, e sofrido uma queda de 5,3% apenas no último ano da série.

Os dados indicam ainda que, além da taxa de mortalidade de mulheres negras ter aumentado, cresceu também a proporção de mulheres negras entre o total de mulheres vítimas de mortes por agressão, passando de 54,8% em 2005 para 65,3% em 2015. Assim, 65,3% das mulheres assassinadas no Brasil no último ano eram negras, na evidência de que a combinação entre desigualdade de gênero e racismo é extremamente perversa e configura variável fundamental para compreendermos a violência letal contra a mulher no país (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2017).

1.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Conceituar gênero é falar de relações sociais, relações de poder que se exercem nos espaços privado e público. As relações de gênero e de classe dinamizam todos os campos do social são transversais. Historicamente, as desigualdades sociais não são oriundas apenas da condição de classe, de raça/etnia ou de religião, mas também da forte marca das relações de gênero definidas segundo atributos culturais impostos ao masculino e ao feminino que fazem a mulher ser vista como cidadã de segunda categoria (FOUCAULT, 1998).

Segundo Butler (1998), o conceito de gênero como culturalmente construído, distinto do de sexo, como naturalmente adquirido, formaram o par sobre o qual as teorias feministas inicialmente se basearam para defender perspectivas “desnaturalizadas” sob as quais se davam, no senso comum, a associação do feminino com fragilidade ou submissão, e que até hoje servem para justificar preconceitos. A principal proposta de Butler foi com a premissa na qual se origina a distinção sexo/gênero: sexo é natural e gênero é construído. O que Butler (1998, p. 26) afirma é que, “nesse caso, não a biologia, mas a cultura se torna o destino.” Para a contestação dessas características ditas naturalmente femininas, o par sexo/gênero serviu às teorias feministas até meados da década de 1980, quando começou a ser questionado.

Diante das ideias de Butler (1998) e Foucault (1998), a desigualdade entre homens e mulheres desdobra-se e culmina nas diversas práticas violentas contra as mulheres. Conforme Marcondes Filho (2001), do ponto de vista histórico brasileiro herdamos uma cultura com raízes em uma sociedade escravocrata, construída a partir de um modelo colonizador que aqui se instalou. Acrescem-se também os diversos mitos propagados pela Igreja, consolidados ao longo do tempo e internalizados como resposta a essa imposição ideológica.

Partindo-se para o contexto específico sobre a perspectiva de gênero, costuma-se associar a identidade feminina a suas características biológicas e comportamentais “típicas”, a exemplo da celebração da maternidade e suas consequências relacionadas. Tal realidade demonstra alto poder persuasivo na conformação do senso comum, podendo ser remontado a uma origem cristã, mas ainda persistente no cotidiano em que se vive (SUAREZ, 2000).

Segundo Butler (2003), sexo e gênero são intercambiáveis, pois ambos estão imbricados nas marcas dos construtos sociais. Dizer que o gênero existe é pensar e aceitar as normas culturais que governam a interpretação dos próprios corpos. Nesse sentido, expõe que Beauvoir possui uma concepção biologista do gênero que não a deixa trabalhar com outras possibilidades além de homem e mulher. Complementa ainda que o sistema sexual binário impõe modelos dados de existência corporal (gerados pela metafísica da substância) e manter essa divisão só tem significado porque há interesse cultural nisso.

A noção de gênero serve quase como uma saída lógica de um impasse linguístico/político contra o qual já nos alertava Simone de Beauvoir com sua famosa

frase de abertura de *O Segundo Sexo*: “Não se nasce mulher [...]” Postos dessa maneira, a emergência e o uso dessa noção levam também quase inevitavelmente a estabelecer a sua relação com o par que tem sido seu irmão, ou irmã, – (bio) lógico e político – ao longo da história, a noção de raça. Se os questionamentos feministas, somados aos questionamentos dos estudiosos, definem e classificam que parte da essência humana, em nossa trajetória nesta terra, são as de sexo e raça, teríamos de chegar à discussão de sua relação. Talvez por isso os estudos sobre o corpo estejam se tornando tão evidentes na agenda dos estudos de gênero nesses últimos anos: é no corpo que essas marcas classificatórias são impressas (LANCASTER, 1997).

Neste sentido, as instituições de “poder” têm um papel de legitimar os estereótipos sexuais. O papel das doutrinas religiosas, educativas e jurídicas, sempre foi o de afirmar o sentido do masculino e do feminino, construído no interior das relações de poder. O patriarcado é, portanto, uma máquina que tem como base o controle e o medo. Este não é um ser que tenha vida própria, é, sim, um conjunto de procedimentos sociais, configurados em poderes, criados nas relações desiguais entre as pessoas, subjugando as mulheres e, muitas vezes, colocando-as em situações de violência (SAFFIOTI, 2004).

Para Minayo (2014), a violência contra as mulheres precisa ser vista sob a perspectiva de gênero, a autora descreve que a violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade construído nas relações de poder entre homens e mulheres, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias. Para Gomes e colaboradores (2007), os papéis de gênero são considerados como próprios da condição de ser homem ou mulher, configurando uma imagem idealizada do masculino e do feminino. A categoria gênero foi introduzida, fundamentalmente, para compreender as relações de violência perpetuadas no espaço doméstico, possibilitando entender os papéis de homens e mulheres pré-definidos socialmente, como perpetradores de relações hierárquicas desiguais.

Na história da humanidade, o traço da violência, forjada por meio da subjugação e da exploração pelo homem, as relações de gênero, afetivas e sociais, são marcadas pelo poder e submissão (SILVA, 2012).

Realizando uma retrospectiva histórica a partir da década de 1970 até 1990, as reivindicações feministas mostraram-se notórias e significativas na problematização da violência contra a mulher, em decorrência da saída desta mulher do lócus privado (a casa) para os espaços públicos. Questionava-se, entre outros aspectos, a

marginalização sofrida pela mulher no contexto no qual efetivamente se dão as relações entre homens e mulheres como no trabalho, na disputa política e nas relações familiares. À medida que as relações existentes entre masculino e feminino são relações desiguais, assimétricas, mantêm a mulher subjugada ao homem e ao domínio patriarcal (COSTA, 2008).

Os movimentos feministas denunciaram as relações desiguais e discriminatórias à mulher nos espaços sociais tornando necessária uma reflexão das condições de vida dessas mulheres. A temática da violência também passa a ser motivo de denúncia, pois era um fenômeno invisível para a conjuntura social e política da época, devendo de tal maneira ser compromisso prioritário de grupos feministas e de governantes (BRASIL, 2014).

A discussão das relações de gênero e sua ligação com a violência torna-se útil para definir vítimas e autores da violência, para entender o contexto de sua ocorrência e os motivos que possam ter desencadeado o evento violento. Isso decorre da compreensão de que homens e mulheres podem muitas vezes firmar mediante a violência suas identidades masculinas e femininas, pois possibilitam compreender papéis socialmente pré-definidos para homens e mulheres, como perpetradores de relações hierárquicas desiguais e violentas. É preciso desconstruir a naturalização das relações de opressão e domínio do homem sobre a mulher, fortalecidas ao longo da história pelas relações de gênero, para a efetiva diminuição da incidência da violência contra a mulher.

A sociedade brasileira, de modo geral, tem lidado historicamente com o fenômeno da violência contra a mulher como se ela pertencesse a uma esfera exclusivamente privada. A partir dos anos 1970 é que o tema entra na agenda política das organizações internacionais e, posteriormente, pelas nacionais que trabalham na defesa dos direitos da mulher (MOURA, 2012). No Brasil, estudos têm relatado uma acentuada prevalência da violência contra a mulher com altos números para violência física, sexual e psicológica (PALAZZO et al., 2008).

Com o intuito de implementar mecanismos visando ao combate à violência de gênero, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, no ano de 2006, a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a). A violência doméstica e familiar contra a mulher passou a ser definida, a partir desta legislação, como um crime específico, gerando amplo interesse no debate público e significativas transformações no entendimento do conceito de

violência de gênero, a qual deixa definitivamente de ser considerado crime de menor potencial ofensivo (MEDRADO; MÉLLO, 2008).

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À MULHER NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir da metade do século XIX o panorama econômico e cultural do Brasil sofreu grandes mudanças devido à implantação da industrialização e urbanização que alteraram o estilo de vida, principalmente das mulheres que, gradativamente, iniciaram suas atividades além das residências, tais como trabalhar e estudar (BLAY, 2003). Isso implicou a criação de novas demandas coletivas para atender as necessidades das mulheres que cada vez mais passaram a assumir outros papéis sociais para além dos de mãe, esposa e cuidadora, implicando mudanças culturais profundas e impactando em valores e costumes arraigados no machismo e patriarcado. Nesse sentido, passa-se a criar novos problemas e demandas por políticas públicas, incluindo a questão da violência contra a mulher (VCM).

A VCM só passou a ser enxergada como um problema social e com foco na saúde a partir de meados da década de 1960, com os estudos sobre as relações familiares, tornando-se uma categoria política de reivindicação feminista. A violência deixa de ser um problema exclusivo do âmbito privado e passa a ser discutido socialmente. A partir dos anos 1970, as mulheres passam a questionar os papéis que lhes eram atribuídos e começam a reivindicar igualdade de direitos entre homens e mulheres. Essa organização política de mulheres foi constituída por meio do Movimento de Mulheres e deu visibilidade à violência conjugal na esfera pública (BRUSCHI; PAULA; BORDINM, 2006).

Foi a partir desse movimento político que as mulheres passaram a denunciar todas as formas de violência às quais eram submetidas pela sua condição de ser mulher. O que antes era um problema velado ao ambiente familiar tornou-se público, trazendo à tona um cotidiano de violência e discriminação ao qual eram submetidas: agressões emocionais, físicas e sexuais cometidas por seus parceiros íntimos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Para analisar políticas públicas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial as ações de prevenção de violência contra a mulher, começaremos localizando três princípios nos quais o SUS está assentado:

universalidade, equidade e integralidade. A universalidade indica que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas; a equidade tem como objetivo diminuir desigualdades, investir mais onde a carência é maior; e a integralidade visa considerar a pessoa e atender a todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2001 apud MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

De acordo com as considerações de Freitas e colaboradores (2009), é a partir da criação da Política Nacional Integral de Saúde da Mulher (PNAISM) que a mulher é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades, aumentando a qualidade da assistência.

Souto (2008) ao tratar desse tema aponta que uma abordagem de gênero na análise da integralidade na PNAISM deve tomar como referência os modos como homens e mulheres se relacionam no cotidiano de suas vidas, que são resultado da determinação social do processo saúde/doença e se evidenciam nos seus corpos e marcam suas vidas. Afirma ainda que essa concepção insere-se no processo de formulação de políticas, de produção de conhecimentos nesse campo, considerando a historicidade de valores e crenças que permeiam o ser homem e o ser mulher.

Diante de tal mudança no cenário das políticas públicas é importante realizar uma retrospectiva dos principais marcos políticos internacionais e nacionais no combate à violência contra as mulheres (DE TILIO, 2012, p. 70-72).

Contudo, antes de apresentar, é importante, a título de introdução à temática, estabelecer um breve histórico dos movimentos e demandas das lutas políticas das mulheres e dos feminismos que, segundo Melo (1999) e Piscitelli (2005), podem ser divididos em três grandes momentos:

Primeiro momento: final do século XVIII até meados do século XIX, por meio da temática de igualdade, isto é, a suposição de que homens e mulheres possuíam direitos e deveres iguais, mas que na prática não estavam consolidados e se expressavam nas diversas formas de desigualdades entre os gêneros; o foco de atenção das ações e demandas era relativo à busca dos direitos políticos e civis das mulheres, visto que na maioria dos países elas não possuíam direito ao voto, o que diminuía (quando não impedia) a representação política das suas demandas e necessidades. Ou seja, pensava-se que as mulheres de todas as culturas e estratos sociais eram igualmente oprimidas pelos homens, eram temas recorrentes que pretendiam estabelecer a igualdade entre homens e mulheres e entre as mulheres.

Segundo momento: década de 1960, momento no qual o movimento feminista pautou-se pela ideia da total diferença entre homens e mulheres (o denominado sexismo feminista), ou seja, a necessidade do estabelecimento de políticas (e de direitos) diferenciais para as mulheres devido à sua condição social (resultado da condição biológica) absorvida frente aos homens e à masculinidade histórica. Nos séculos XVIII e XIX, estabeleceu-se e se consolidou a existência da representação da diferença sexual como sendo biológica e natural (FOUCAULT, 1980); nesse sentido, não é a diferença sexual que estabelece os gêneros, mas, sim, o discurso de gênero (enquanto um dos dispositivos da sexualidade) que causa o(s) sexo(s) e sua diferença.

Terceiro momento: o pós-estruturalismo das décadas de 1970 e posteriores estabeleceu uma nova orientação para as lutas políticas dos movimentos feministas: buscar a igualdade na diferença (equidade). Pode-se dizer que o grupo de mulheres não é coeso e uniforme como se supunha (resultado da opressão masculina), e que há outras formas de opressões sociais que atingem as mulheres para-além das de gênero (raça, etnia, geracionais, econômicas etc.). Portanto, devem ser consideradas as múltiplas posições indentitárias e particularidades ocupadas pelas mulheres e pelos homens e suas diversas ações políticas, dentre as quais está o enfrentamento de todas as formas de violências contra as mulheres – e também contra os homens. Em suma, as lutas políticas dos movimentos feministas englobam tanto ações quanto teorias que questionam a pretensa unidade e universalidade do sujeito social. O sujeito do feminismo é, portanto, para Bandeira (2008), múltiplo, tanto um sujeito de direitos (apenas neste sentido pode-se falar de sujeito universal, ou seja, que todo sujeito é portador de determinados direitos que devem ser resguardados e exercidos) quanto um sujeito epistêmico do conhecimento. É esse o modelo que influenciará muitos dos marcos legais e internacionais relativos às demandas dos feminismos e das suas ações políticas, como será visto apresentado a seguir. (DE TILIO, 2012, p. 70-72).

Realizando uma retrospectiva do contexto histórico internacional, entre 1830 e 1840 teve início o movimento feminista na Inglaterra, quando "as mulheres inglesas começaram a juntar-se a outros movimentos libertários, como a abolição da escravidão e o movimento cartista, que visava a tornar os direitos políticos extensíveis aos trabalhadores." (ABREU, 2002, p. 458).

Na década de 1940, os organismos internacionais, especificamente a Organização das Nações Unidas (ONU), propuseram documentos que pretendiam servir tanto (em um primeiro momento) de orientações políticas internacionais quanto (em um segundo momento) efetivarem-se na forma de instrumentos legislativos de combate às diversas formas de opressão das mulheres. Assim, é importante destacar a Carta das Nações Unidas, de 1945, e a Declaração Universal dos Direitos dos Homens, de 1948, ambas produzidas pela ONU. Coloca esse último documento que "o fundamento dos Direitos Humanos é o princípio de dignidade inerente à condição humana, independentemente da raça, cor, língua, nacionalidade, idade, convicções sociais, políticas ou religiosas." (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008, p. 102).

Porém, apesar de significativos, esses documentos não fazem referência específica ao sexo ou ao gênero. A despeito disso, a introdução dessa discussão no contexto internacional foi significativa o suficiente para que esse princípio (dignidade) fosse incorporado às constituições de diversos países, fazendo com que o direito interno desses países e o direito internacional passassem a constituir um sistema de proteção jurídica dos direitos humanos, permitindo buscar a reparação quando da violação desse princípio e direito.

Em 1950, a entrada expressiva da mão de obra feminina na indústria têxtil, possibilitou que as mulheres começassem a se articular em lutas coletivas por seus direitos (COSTA, 2009 apud BIGLIARDI; ANTUNES; WANDERBROOCKE, 2016). “No final da década de 1960 e no início da década de 1970, iniciou-se um processo de conscientização sobre a criação de mecanismos institucionais e específicos para a proteção e a melhora da condição de vida das mulheres ao redor do mundo.” (DE TILIO, 2012, p. 74)

Datam desse período os significativos marcos legislativos e documentos internacionais, todos da ONU: Declaração para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres (1967); Ano Internacional da Mulher (1975), no mesmo ano em que ocorreu na Cidade do México a 1ª Conferência Sobre as Mulheres; e entre 1975 e 1985 é decretada a Década das Mulheres. Todos esses são prenúncios da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), ocorrida em 1979. Foi nessa convenção que a violência contra as mulheres passou a ser reconhecida oficialmente como um crime contra a humanidade, além de, a partir de então, influenciar quase todas as políticas e iniciativas internacionais sob uma perspectiva *gender mainstreaming*, ou seja, integração de gênero.

Até 1995, a ONU realizou mais três importantes conferências internacionais especificamente sobre mulheres: 1980 em Copenhague; 1985 em Nairóbi; 1995 em Pequim. Esses foram importantes eventos que formularam plataformas e pactos de ações tanto para o enfrentamento quanto para a prevenção da violência contra as mulheres. Ainda nesse período histórico é importante destacar a Conferência sobre os Direitos Humanos realizada em 1993, em Viena, da qual surgiu a Declaração de Viena para a eliminação da violência contra as mulheres, definindo uma agenda e uma clara posição quanto às diferentes formas de violência.

A influência dessa Declaração foi tão grande que a promoção dos direitos humanos numa perspectiva de gênero foi incluída em outras conferências da ONU que não tinham como escopo principal a questão da violência contra as mulheres, como, por exemplo, a Conferência Mundial Sobre População e Desenvolvimento, de 1994 no Cairo; a Conferência Internacional com Ministros de Saúde das Américas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), também em 1994; e, posteriormente, a Conferência Mundial Sobre Desenvolvimento Social, de 1996, em Copenhagen. Em 1995, em Pequim, na 4ª Conferência Mundial da ONU Sobre as Mulheres, houve a proposição de uma nova definição de violência de gênero, conforme já citado neste trabalho:

Todo ato de violência baseada no gênero, do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos e coação ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada, constituindo uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres. (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008, p. 105).

Em 1997, a OMS organizou a Conferência Internacional sobre saúde com ministros dos países integrantes da ONU, que redimensionou o fenômeno da violência contra as mulheres como um problema de saúde social e coletiva. Em 1998, o Tribunal Penal Internacional por meio do Estatuto de Roma reconheceu como sendo crime contra a humanidade a violação, a gravidez forçada (inclusive a que visava o etnocídio, prática comum na guerra da Bósnia), a escravatura sexual, a esterilização à força ou qualquer outro tipo de violência no campo sexual de gravidade comparável independente de estar em tempo de guerra ou de paz; além disso, esse tribunal instituiu a criação das unidades de apoio às vítimas e testemunhas com funções não somente de proteção, mas também de aconselhamento e acompanhamento psicológico daqueles que foram vitimados sexualmente.

Contudo, essas iniciativas não foram suficientes para erradicar as diversas formas de opressão sofridas pelas mulheres e concernentes às questões de gênero. A ONU, em 1999, produziu (e posteriormente conquistou a ratificação dos países membros) o Protocolo Facultativo à Convenção de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, em 1979 e, em 2000, organizou uma Sessão Especial para Avaliação da Plataforma de Pequim (Pequim +5) a fim de reafirmar os compromissos assumidos e presentes naqueles documentos, além de tentar coadunar a pauta global com a pluralidade das pautas locais tangíveis à proteção dos direitos das mulheres.

Apesar de todos esses esforços, em 2002, a OMS divulgou o Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência (KRUG et al., 2002), cujos resultados apontam que a proteção integral e prevenção total das diversas formas de violência contra as mulheres estão longe de ser uma realidade factível, necessitando, pois, de novas estratégias.

A partir desse momento, a OMS passou a utilizar a seguinte definição para violência: uso intencional de força ou poder, através de ameaça ou agressão real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, problemas de desenvolvimento ou privação (DAHLBERG; KRUG, 2005 apud AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008, p. 108).

No quadro 01 a seguir são sistematizadas essas informações quanto a marcos internacionais que influenciaram as políticas para o combate a violência contra mulher.

Quadro 01 – Marcos da violência contra mulher no contexto histórico internacional

Ano	Órgão Signatário	Eixos Temáticos	Resoluções	Eixos Norteadores	Eixos Doutrinários Centrais
1950	ONU	Direitos Humanos	Convenção de Belém do Pará	Carta das Nações Unidas (ONU)	Garantia do Direito das mulheres; Erradicação de toda forma de discriminação sexual; Plena participação social feminina.
1979	Assembleia Geral das Nações Unidas	Igualdade de direitos entre homens e mulheres	Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)	Carta das Nações Unidas	Declaração da importância social da maternidade compartilhada entre homens, mulheres e sociedade; Promoção dos direitos da mulher e igualdade de gênero; Repressão de quaisquer discriminações contra mulher.
1993	Conferência Mundial sobre Direitos Humanos	Direitos Humanos e Direitos das mulheres	Declaração e Programa de Ação de Viena	Carta da ONU e Estatuto da Corte Internacional de Justiça	Garantia dos direitos humanos; Erradicar a discriminação sexual; Inaceitação do assédio e exploração sexual.
1994	ONU Organização dos Estados Americanos (OEA)	Igualdade de direitos entre homens e mulheres	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)	Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)	Conceituou violência contra a mulher - ação ou conduta baseada no gênero, capaz de causar morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, na esfera pública ou privada; Elaborou documento exclusivo de violência contra a mulher.
1994	ONU	Igualdade dos Sexos, Equidade e Empoderamento da Mulher	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento; (Conferência do Cairo)	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará	Focalizou o reconhecimento dos direitos humanos; Progresso na ampliação da ação, igualdade e equidade dos sexos e gênero para qualidade de vida; Emancipação da mulher; Eliminação de toda espécie de violência contra mulher; Direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e orientando políticas.

(continua)

Quadro 01 – Marcos da violência contra mulher no contexto histórico internacional

(conclusão)

Ano	Órgão Signatário	Eixos Temáticos	Resoluções	Eixos Norteadores	Eixos Doutrinários Centrais
1995	ONU	Igualdade, Desenvolvimento e Paz	IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Conferência de Pequim)	Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)	Exercício pleno dos direitos das mulheres e alcance do desenvolvimento integral; Violência contra a mulher como área prioritária; Guia de orientação das entidades governamentais e a sociedade na formulação de políticas e programas contra a discriminação às mulheres.
1997	OMS	Conferência Internacional Sobre Saúde com ministros dos países integrantes da ONU	1. Violência autodirigida; 2. Violência interpessoal; 3 - Violência coletiva.	Violência como cinco dos temas de prioridade na América	Fenômeno da violência contra as mulheres como um problema de saúde social e coletiva.
2002	OMS	Definição, classificação e contextualização da violência	Relatório Mundial sobre Saúde e Violência	Ampliação dos limites do ato violento, incluindo-se atos que resultam de uma relação de poder, como a intimação e a ameaça	Resultados apontam que a proteção integral e prevenção total das diversas formas de violência contra as mulheres.

Fonte: Guimarães (2014, p. 23), adaptado pela autora.

No Brasil, em 1983, o Ministério da Saúde cria o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual prevalece a análise da complexidade das questões de saúde das mulheres, orientando a integralidade da política e ressaltando a autonomia destas sobre questões reprodutivas. O PAISM foi apresentado em 21 de junho de 1983, pelo então Ministro da Saúde Valdir Arcoverde, por ocasião de seu depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito que investigava os aspectos do crescimento populacional. Depois de um momento inicial de dúvidas e ataques, o movimento de mulheres passou a defender o PAISM. Em 04/01/1986, por meio da Portaria 3.360/1986, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) definia o PAISM como referência para a atenção às mulheres e orientava estratégias de sua implantação, refletindo a conjuntura do trabalho articulado dessa instituição com o Ministério da Saúde por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) (COSTA, 1999).

Abrangendo um conjunto de princípios e diretrizes programáticas, em 1984, o PAISM foi marcado, especialmente, por uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para escolha do movimento de mulheres, o que contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. O PAISM incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) vinculado ao Ministério da Justiça, que tinha como missão promover e monitorar a criação e manutenção de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher DEAMs e de Casas-Abrigo (BRASIL, 2004).

No mesmo ano de criação do CNDM, foi criada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher. No ano seguinte, em 1986, foi criada, no Estado de São Paulo, a primeira Casa-Abrigo para proteção de mulheres em risco de morte. Serviço este, vinculado à Secretaria de Segurança Pública (SILVEIRA, 2006).

Estas foram as primeiras políticas públicas de promoção e proteção das mulheres, conquistadas pela luta feminista, e que serviram de base para as demais políticas deste campo (BRASIL, 2004). No interstício de 1986 e 1989, no que concerne

mais especificamente a violência, o CNDM produziu ainda uma grande campanha com inserções midiáticas, com personalidades formadoras de opinião posicionando-se contra a violência contra as mulheres (PITANGUY, 2003).

Em 1988 através da constituição cidadã que estabelece através do art. 5º que todos os homens e mulheres são iguais em obrigações, formalmente o princípio de igualdade em direitos e deveres entre homens e mulheres e assegura mecanismos para coibir a violência: "o Estado assegura a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações." (BRASIL, 1988).

No entanto, apesar da Constituição de 1988 e de toda legislação internacional assegurar à mulher o direito à igualdade, até o ano de 2002 vigorava, no Brasil, o Código Civil de 1916, reafirmando a cultura patriarcal que reconhecia apenas os homens como cidadãos. Este Código considerava as mulheres relativamente incapazes; instituía a figura do "chefe da sociedade conjugal"; estabelecia o "pátrio poder" na figura do homem; garantia que o casamento poderia ser anulado pelo marido caso esse descobrisse que a mulher com quem casou não fosse virgem antes das núpcias e a mulher não poderia exercer profissão sem autorização do marido.

De 1985 a 2002, o principal eixo da política de enfrentamento à violência contra a mulher foi a criação de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher e de Casas-Abrigo, tendo como base essencial a assistência social e a segurança pública. Em 2002, a Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM), vinculada ao Ministério da Justiça, criou o Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher, que tinha o mesmo foco que a política anterior. Esta política foi ampliada em 1998, quando foi elaborada a Norma Técnica do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. Em 24 de Novembro de 2003, foi promulgada a Lei 10.778/2003 que instituiu "a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres atendidos nos serviços de saúde, públicos ou privados." (BRASIL, 2004, p. 6).

Em 2003, também houve nova redação do Código Civil Brasileiro que, em seu texto, eliminou todas as discriminações legais contra as mulheres que ainda vigoravam (tais como dependência legal da mulher diante do homem). Em 2005, uma revisão do Código Penal Brasileiro eliminou a possibilidade de impunidade do agressor sexual que casasse com sua vítima, descriminalizou o adultério (que, na

prática, punia apenas o adultério feminino) e eliminou a expressão “mulher honesta” presente na definição de vítima de alguns crimes sexuais.

O Governo Federal por meio da Medida Provisória nº 103, de 1º de janeiro de 2003, convertida na Lei nº 10.683/2003, criou a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), que assumia dentre suas principais competências: assessoramento na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres; elaboração e implementação de campanhas educativas e não-discriminatórias sobre gênero de abrangência nacional; promoção da igualdade de gênero de maneira intersetorial e interministerial no âmbito nacional e em cooperação com entidades internacionais, públicas e privadas; promoção, acompanhamento e implementação de legislação de ação afirmativa e de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos; convenções e planos de ação assinados pelo Brasil relativos à igualdade entre mulheres e homens e de combate à discriminação.

A SPM foi um importante marco (real e simbólico) por ter transformado a agenda dos diversos segmentos do movimento feminista em políticas públicas. Isso ficou evidente em 2004 com a realização da 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e com a definição e publicação do I Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres (BRASIL, 2009a), cujo foco foi a promoção da equidade de gênero. Assim, a partir desse período, as políticas públicas para o enfrentamento à violência contra as mulheres foram ampliadas e ultrapassaram as estratégias até então usuais (capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e criação de serviços especializados), criando normas e padrões de atendimento, aperfeiçoando a legislação, incentivando a constituição de redes de serviços, apoiando projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliando o acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública.

Quando esse Plano foi estabelecido, deveria pautar suas ações segundo os princípios de: igualdade e respeito à diversidade cultural, étnica, racial, inserção social, de situação econômica e regional, assim como os diferentes momentos da vida; equidade, ou seja, ações afirmativas específicas voltadas aos grupos de mulheres historicamente discriminados; autonomia das mulheres; o *empowerment*, ou seja, o poder de decisão das mulheres sobre suas vidas, corpos e comunidade para romper com o legado e ciclos históricos de dependência, exploração e subordinação; laicidade do Estado, pois as políticas para as mulheres deveriam ser formuladas e

implementadas de maneira independente de princípios religiosos; universalidade das políticas, já que o acesso aos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais devem ser garantidos para todas as mulheres; justiça social, havendo o reconhecimento da necessidade de redistribuição dos recursos e riquezas produzidas pela sociedade na busca da superação da desigualdade social que atinge de maneira significativa as mulheres; transparência dos atos públicos, ou seja, legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência; participação e controle social, assegurando o debate e participação das mulheres e demais interessados na formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas.

Em 2005, a Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres publicou a cartilha *Enfrentando a Violência Contra a Mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários* (BRASIL, 2005). Em 2006 publicou a *Norma Técnica de Uniformização para os Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência* (BRASIL, 2006b), pretendendo padronizar os procedimentos de funcionamento desses serviços, ação fundamental para assegurar a qualidade do serviço e para a produção de dados e informações comparáveis ou equivalentes em busca de monitoramento e de subsídios constantes para manter e reformular as políticas públicas de atendimento à mulher – estabelecendo, em âmbito nacional diretrizes, atribuições e padrões gerais de funcionamento desses equipamentos da rede de atendimento.

A Lei nº 11.340/2006, de 07 de agosto de 2006, designada Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a) representa uma das maiores conquistas em termos de instrumentos legais de políticas públicas, uma vez que traz a tipificação da violência doméstica, que pode ser física, sexual, patrimonial, psicológica e moral; afirma a proibição da aplicação de penas pecuniárias aos agressores e a pena imputada ao agressor que era de até um ano passou a ser de até três anos; e determina encaminhamentos das mulheres em situação de violência e dos seus dependentes a programas e serviços de proteção e de assistência social. Também orienta para a criação de Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, com competência cível e criminal, abrangendo todas as questões, isto é, separação, pensão e guarda de filhos (BRASIL, 2006a). Vale salientar que a Lei entende por violência contra a mulher aquela ancorada na relação desigual entre masculino e feminino, podendo ser mais bem compreendida tomando-se por base a categoria gênero.

Em 2007 aconteceu a II Conferência Nacional de Política para as Mulheres que além de atualizar o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, reforçando, sobretudo, os pressupostos preconizados pela Lei Maria da Penha e estimulando a sua implementação, estabeleceu o Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres. Esse reúne dentre seus objetivos garantir: o atendimento a essas mulheres; a criação do Sistema Nacional de Dados sobre a Violência contra a Mulher; a segurança; o acesso à justiça; os direitos sexuais; a inserção das mulheres em programas sociais nas três esferas do governo e a implementação da Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta (BRASIL, 2011c; DUFLOTH et al., 2015).

Em 2009 também foi dada nova redação ao capítulo dos crimes contra a dignidade e liberdade sexual do Código Penal, cujas principais alterações foram o aumento dos tempos de apenação (principalmente quando da violência sexual contra vulneráveis, os menores de 14 anos), a nova redação do crime de estupro (não mais restrito às mulheres, passando a englobar qualquer indivíduo independente do seu gênero), além de legislar sobre o crime de tráfico de pessoas e exploração sexual de qualquer ordem e tipologia.

A partir de 2012 segundo o Tribunal Federal qualquer pessoa pode denunciar o agressor à polícia e ao Ministério Público mesmo contra a vontade da mulher e em 2013 foi sancionado o Decreto nº 8.086:

Que institui ampliar os serviços públicos voltados às mulheres em situação de violência, proporcionando a articulação da rede dos serviços do âmbito da saúde, da justiça, da rede sócio assistencial e da promoção da autonomia financeira. Este Programa integra a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e as ações de implementação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra o Programa Mulher Viver sem Violência, objetivando integrar e Mulheres. (BRASIL, 2013a).

Em 2013 foi instituído o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres que aprofundou as políticas anteriores, incluindo ações para promoção da Igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica; Educação para igualdade e cidadania; Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; Fortalecimento e participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social; Direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta; Cultura, esporte, comunicação e mídia; Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia; Igualdade para as mulheres jovens, idosas e mulheres

com deficiência. Destacando a necessidade de consolidação de políticas educacionais na perspectiva, ainda entre os seus objetivos, explicita-se a necessidade da consolidação na "política educacional as perspectivas de gênero, raça, etnia, orientação sexual, geracional, das pessoas com deficiência e o respeito à diversidade em todas as suas formas, de modo a garantir uma educação igualitária e cidadã." (BRASIL, 2013b).

Com a evolução das políticas públicas em 2015 foram instituídas as primeiras casas de abrigo da Mulher Brasileira, que integram no mesmo espaço serviços especializados para os mais diversos tipos de violência contra as mulheres e acolhem crianças de 0 a 12 anos de idade, em abrigamento temporário de curta duração (até 24h) (BIGLIARDI; ANTUNES; WANDERBROOKE, 2016).

Quadro 02 – Marcos históricos sobre as ações de combate à violência contra mulher no contexto nacional

Ano	Marcos políticos	Eixos norteadores
1983	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM);	Ações educativas, preventivas, diagnóstico e tratamento; Priorizava a saúde reprodutiva.
1985	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM);	Políticas visando à eliminação da discriminação a mulher subordinado ao Ministério da Justiça; Assegurava liberdade e igualdade de direitos; Participação política, econômica e cultural.
1985	Delegacia Especializada de Defesa da Mulher (DEAM)	Vinculado ao Ministério da Justiça que elaborava e fiscalizava as questões legais.
1886	Secretaria de Segurança Pública (São Paulo)	Criação das Casas Abrigo para mulheres em risco de morte.
2000	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	Inspirada no PAISM e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) ampliou a atenção à saúde da mulher para além da reprodução.
2001	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências	Violências e acidentes como um problema de Saúde Pública, com múltiplos determinantes sociais.
2002	Programa Nacional de Combate à Violência Contra Mulher	Ampliação das Casas Abrigo e das DEAM; Elaboração do Decreto n.º 4.316, reafirmando a Declaração e Programa de Ação de Viena e a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim.
2002	Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher	Absorveu o CNDM ainda ligado a Ministério da Justiça.
2003	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM);	Reformulação do PNAISM; Inclui novas demandas conforme necessidades (violência); Atenção à violência sexual e doméstica; Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.
2003	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM)	Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.
2003	Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres	Fundamentos conceituais e político do enfrentamento da violência; Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência (eixo: prevenir, combater, assistir, reabilitar e garantir direitos femininos).

(continua)

Quadro 02 – Marcos históricos sobre as ações de combate à violência contra mulher no contexto nacional

(conclusão)

Ano	Marcos políticos	Eixos norteadores
2004	Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres	Rede Nacional de Prevenção da Violência e de Promoção da Saúde; Núcleos de Prevenção às Violências.
2004	I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres	Proposta de Diretrizes de um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.
2004	I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	Enfrentamento a todas as formas de violência à mulher; Criação dos Centros de Referência e Defensorias; Conceito de violência contra mulher à luz da Convenção Belém do Pará.
2004	Plano Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência	Igualdade e equidade de gênero; Promoção da saúde como processo político e social; Estabeleceu por força de Lei n. 10.778/2003 de notificação compulsória da violência contra mulher nos estabelecimentos públicos e privados.
2004	Lei 10.886/2004	Criação e caracterização da "violência doméstica". Acrescenta o parágrafo 9º ao Art. 129 do Código Penal - pena de detenção aos casos de violência doméstica.
2005	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres	Criação da Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180.
2006	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT)	Lei 11.340/2006 denominada "Lei Maria da Penha", tipificando a violência doméstica e familiar como crime; Criou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).
2007	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres	Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.
2007	II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM)	Enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher mantida como um eixo temático.
2007	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres	Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.
2007	II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM)	Enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher mantida como um eixo temático.
2007	Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres	Conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual; Fórum de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta.
2008	II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)	Igualdade de gênero, considerando raça e etnia; Reduzir os índices de violência contra as mulheres; Consolidou a Política Nacional de Enfrentamento; Implementar o Pacto Nacional pelo Enfrentamento; Programou o Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.
2009	Política Nacional para as Mulheres	Diretrizes Nacionais de Abrigamento às Mulheres em situação de Violência.
2011	III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres	Construção do Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPM) 2013-2015.
2013	Plano Nacional de Política para as Mulheres	Reduzir os índices de todas as formas de violência contra as mulheres.
2015	Primeiras casas da Mulher Brasileira	Espaço serviços especializados para os mais diversos tipos de violência contra as mulheres e acolhe crianças de 0 a 12 anos de idade, em abrigamento temporário de curta duração (até 24h).

Fonte: Guimarães (2014, p. 24).

Após duas décadas, o PAISM foi reformulado e incorporou a abordagem de gênero, integralidade e promoção da saúde aos princípios norteadores, ajudando a consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. A elaboração de práticas e serviços instituídos, entre 2003 e 2013, incluiu ações integradas, tais como:

criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e favorecimento do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (BRASIL, 2011c).

2 ASPECTOS DA SAÚDE PÚBLICA

O atendimento humanizado às mulheres que passaram por situações de violência nos serviços de saúde ainda é considerado um desafio em todos os níveis de atenção. Os agravos à saúde, causados pela violência, são queixas frequentes nos serviços de saúde, também presentes em diversas áreas do processo.

Este capítulo tem como objetivo abordar os aspectos da saúde pública relacionados com a violência contra a mulher conforme os princípios e diretrizes do SUS, bem como baseado na evolução histórica apresentado no capítulo anterior. Assim está apresentado em três blocos: o primeiro aborda a atenção à saúde da mulher em situação de violência; o segundo coloca as estratégias da atenção básica em saúde sendo descrita a evolução das políticas de atenção básica no âmbito do SUS; e o terceiro refere-se às ações de prevenção à violência contra a mulher no âmbito da atenção básica e os devidos encaminhamentos.

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A violência contra a mulher gera indicadores quanto a discriminação de gênero e um grave problema para a saúde pública. Segundo o Relatório Mundial da Organização Mundial da Saúde sobre Violência, publicado em 2002, há um visível custo humano e elevado custo à rede de saúde pública de saúde, relativo às internações e ao atendimento físico e psicológico; além de gerar repercussões no mercado de trabalho, em razão dos prejuízos ao desempenho profissional da vítima. Ao tratar a violência como um problema de saúde, o setor cria uma nova pauta interna que é, ao mesmo tempo, rica, necessária e inquietante, e passa a reconhecer que esse fenômeno não é uma doença do agressor, nem uma doença da vítima, mas um sério problema social que causa agravos à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Estudos internacionais revelam que sete em cada dez mulheres serão espancadas, estupradas, abusadas ou mutiladas, pelo menos uma vez durante sua vida, e especialmente quando acontece na relação conjugal, é um grave problema de saúde pública (UNITED NATIONS, 2013 apud ESTRELA, 2016). Pesquisas de abrangência Nacional demonstram que a violência contra mulheres no Brasil é endêmica. No Sistema Único de Saúde (SUS) a violência física é preponderante e

corresponde a 44,2% dos casos a partir de 15 anos de idade. A violência psicológica ou moral aparece em mais de 20% dos casos informados e 12,2% são de violência sexual (WAISELFISZ, 2012).

O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAM), em 2011, registrou 70.270 atendimentos de mulheres em situação de violência, sendo a residência o principal local nas situações de violência. Destaca-se que o evento morte vem crescendo entre as mulheres com distribuição diferente por Região do Brasil (WAISELFISZ, 2012).

Conforme o Mapa da Violência, 41% das mortes de mulheres ocorreram dentro de casa e em 68,8% dos atendimentos a mulheres em situação de violência, a agressão acontece uma residência da mulher. O âmbito da violência nestes estudos reforça que o domicílio não é um lugar seguro para as mulheres em 80% dos casos. (WAISELFISZ, 2012)

A OMS há tempos vem proclamando a necessidade de preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher, pois os dados comprovam que a questão está sendo subnotificada, ocultada ou não documentada (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1998). Assim, quando a mulher procura o setor saúde, essa busca pode ser considerada um sinal de alerta que precisa ser acolhido. Estudos como de Schraiber e D'Oliveira (1999) apresentam as dificuldades que mulheres em situação de violência têm em procurar apoio nos serviços de saúde.

A porcentagem de vítimas de violência física ou sexual em todo o mundo varia entre 20% e 75% (GIFFIN, 1994). Venturi e colaboradores (2004) mostram que mais de dois milhões de mulheres são agredidas a cada ano. Naquela época, 43% dessas mulheres declararam já ter sido estupradas por um homem. Estudos populacionais indicam que as mulheres são mais vulneráveis a sofrer violência nas mãos de parceiros íntimos ou ex-parceiros do que por estranhos, revelando uma maior exposição das mulheres nos lares do que nos espaços públicos (SCHRAIBER et al., 2002).

No entanto, há uma dificuldade em perceber a violência contra a mulher, porque ela está conectada com a visão tradicional da família como um santuário sagrado, célula-mãe e base da estrutura social (SOARES, 1999). Durante décadas, o que estava acontecendo dentro do ambiente “doméstico”, amplamente considerado como um espaço privado, foi mantido em silêncio, promovendo o mascaramento da

violência doméstica e, portanto, a subnotificação de tais dados. “Invisíveis à sociedade”, os episódios de violência doméstica tendem a ser repetitivos e a se tornar mais graves, a menos que haja uma ação que os interrompa (SCHRAIBER et al., 2002). Essa desajuste em medir tais situações, assim como sua magnitude, acaba dificultando as ações de prevenção e enfrentamento.

Bandeira e Almeida (2008) ao proporem a discussão da invisibilidade das mulheres e da violência contra elas no Sistema Único de Saúde (SUS) ressaltam que, mesmo na especificidade da Medicina voltada à mulher - a Ginecologia -, há uma grande lacuna em relação às problematizações das condições históricas e políticas. O conservadorismo com que a saúde da mulher vem sendo abordado está em consonância com as construções sociais do patriarcalismo, ainda muito presente. Para contrapor essa perspectiva, o pensamento feminista contemporâneo tem fomentado a discussão mais focada no sistema de gênero, que perpassa e efetiva o conjunto das relações sociais no campo da saúde. O resgate da concepção de conhecimento e "reapropriação" do próprio corpo às mulheres também está presente na pauta do pensamento feminista. No Brasil, os serviços mais procurados pelas mulheres em situação de violência comumente são o da polícia/delegacia e as unidades de pronto atendimento, sendo o acesso à rede integrada quase sempre nessas duas instituições e a prática restrita ao domínio do crime e da medicalização (SILVA et al., 2012; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Conforme D'Oliveira (2009, p. 9):

Se a violência contra a mulher não é exatamente uma demanda pela ação penal diante de um possível crime, para os policiais; o sofrimento da mulher em situação de violência, tampouco é doença para os médicos e profissionais de enfermagem, a não ser que haja alguma base anatomopatológica objetiva para justificá-lo.

Desse modo, Schraiber e colaboradores (2012) chamam a atenção para a necessidade de construção de um novo modelo de organização dos serviços, no qual esteja inserida a concepção de demanda por necessidade como base conceitual para a prática, em que as respostas estejam conjugadas à promoção da qualidade de vida e de acesso a direitos. O modelo de rede de atenção tem sido apontado por estudiosos da área da violência contra a mulher como o mais recomendado por funcionar em uma lógica de organização na qual a relação que se estabelece entre os serviços é horizontal, em que todos têm funções diferentes, essenciais e com o mesmo grau de importância (SCHRAIBER et al., 2012; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

Para Schraiber e colaboradores (2007, p. 489):

[...] pode-se considerar que a abordagem da saúde contrastaria com a jurídico-policial, em primeiro lugar pelo sentido das intervenções propostas: enquanto a primeira concentra-se na "vítima", dentro de uma perspectiva propositiva, na segunda, o alvo é o agressor, dentro de um modelo reativo. No entanto, nota-se que tanto na saúde quanto no campo jurídico policial, permanecem desajustes quanto às linguagens utilizadas, de um lado, pela mulher que vivencia a situação e, do outro, pelo profissional a quem recorre.

Diversas organizações têm desenvolvido guias para nortear as ações de profissionais de saúde, de modo que possam identificar, apoiar e dar o devido encaminhamento às vítimas. Tais medidas são resultado da compreensão de que a violência representa uma violação dos direitos humanos, consistindo, ainda, uma importante causa de sofrimento e um fator de risco para diversos problemas de saúde de cunho físico e psicológico (SILVA, 2003). Com o objetivo de dar visibilidade ao tema, permitir o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção, foi promulgada a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher (BRASIL, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde, cumprindo metas definidas internacionalmente, implementa o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que expressa o reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito expressando o entendimento de que cabe a ele, e aos governos que o representam, garantir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes em nosso país. Reconhece, ainda, que a construção dessas políticas deve ser feita em permanente diálogo com a sociedade e as organizações que a representam (BRASIL, 2004).

Em 2005, lançou várias normas técnicas como as que tratam sobre atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual; sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes e sobre a atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez prevista em lei.

Em 2006, lançou a "matriz pedagógica" para formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2005, 2006b, 2011d).

Consideramos que os profissionais de saúde estão em posição estratégica para o diagnóstico e a atuação sobre o problema da violência, apesar de existir uma lacuna

na formação profissional na temática de violência contra a mulher, ainda assim são os profissionais que recebem essa demanda na porta do serviço de saúde. E muitas vezes, por medo, vergonha ou mesmo por considerar os obstáculos encontrados em sua trajetória para denunciar e obter assistência e proteção, a maior parte das mulheres omite a violência sofrida. Nos últimos anos, múltiplos esforços, na maior parte dos países, têm procurado modificar a resposta dos serviços de saúde aos casos de violência (BRASIL, 2005).

Evidências apontam que a maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde em algum momento de suas vidas; por exemplo, quando têm filhos, quando buscam assistência para eles ou outro parente, ou quando buscam métodos contraceptivos. Isso coloca serviços e profissionais de saúde em lugar de destaque, uma vez que as mulheres que sofrem abuso podem ser identificadas, receber assistência e, se necessário, serem encaminhadas a serviços especializados. Torna-se assim indiscutível o papel dos serviços e profissionais de saúde no manejo dos casos de violência contra a mulher (BRASIL, 2005).

Neste sentido, a OPAS (1993, p. 1) traz que:

O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social.

Todavia, os profissionais dessa área tendem a subestimar a importância do fenômeno, voltando suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, seja por falta de treinamento, ou, simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos (SALIBA et al., 2007). Fatores como a insensibilidade e a falta de capacitação dos profissionais de saúde, a tendência à medicalização dos casos e a pouca articulação entre os diferentes setores da sociedade tornam o problema ainda mais complexo e de difícil abordagem (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

Barreiras para a identificação e a referência das vítimas são múltiplas e dependendo de sua origem podem ser eliminadas por meio de intervenções e capacitação dos profissionais de saúde e pela reorganização dos serviços. Barreiras difíceis de eliminar estão relacionadas com condições sociais, culturais e pessoais, desde a perspectiva de gênero, que são cruciais para compreender este problema. Falar desse tema significa introduzir-se no espaço privado, aspecto negado tanto

pelas vítimas quanto pelos profissionais de saúde (RODRÍGUEZ-BOLAÑOS; MÁRQUEZ-SERRANO; KAGEYAMA-ESCOBAR, 2005).

Outra dimensão a ser analisada é a apontada por Saliba e colaboradores (2007), quanto aos processos de formação dos profissionais de saúde. Esses apontam que a maioria das disciplinas de saúde não contempla, em seus currículos e programas de educação continuada, a formação e treinamento dos aspectos relacionados com a violência. A falta de capacitação é a realidade dos profissionais de saúde que não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas. Reconhecendo a violência de gênero como problema de saúde pública, a Organização Mundial da Saúde (OMS) - *World Health Organization* (WHO), ressalta a importância da capacitação dos profissionais para reconhecê-la e abordá-la por meio do acolhimento, perceber a integridade das mulheres como sujeitos com direitos humanos, informar sobre recursos da sociedade, tais como delegacias de mulheres e casas de abrigo, e reconhecer as situações de risco de vida para proteger a paciente, trabalhando em articulação com os outros setores da sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997; MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

Pelo exposto, observa-se que os serviços de saúde têm um papel fundamental na questão da violência de gênero, uma vez que as mulheres em situação de violência procuram pelos serviços de saúde mais que aquelas que não se encontram nessa circunstância, fazendo desses serviços bases de apoio de crucial importância para a identificação, tratamento e referência dos casos para outros setores da sociedade. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde conheçam a temática e saibam as condutas adequadas para cada caso.

2.2 ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A ideia de priorizar a Atenção Primária em Saúde (APS) emergiu a partir da década de 1970, quando, na Conferência da Alma - Ata, foi deliberada a primazia que se deveria dar a este modelo de atenção para que os sistemas de saúde antecipssem e evitassem os agravos à saúde das populações (BRASIL, 2002; IBAÑEZ et al., 2006; ESCOREL et al., 2007; SOUZA; COSTA, 2010). A Atenção Básica (AB) é uma

denominação brasileira adotada no Sistema Único de Saúde (SUS), desde a década de 1990, a fim de designar uma abordagem correspondente à APS.

A formulação conceitual da AB no Brasil buscou romper com o que se entendia por Atenção Primária – como um modelo assistencialista, focado na prestação de serviços a parcelas excluídas da população, de baixa efetividade e resolução de problemas de saúde. Gradualmente, a AB se fortalece, constituindo-se a porta de entrada preferencial do SUS (VENÂNCIO et al., 2008).

A partir do processo de descentralização do SUS no Brasil, a AB ficou sob a responsabilidade dos governos municipais que, podendo dar conta de suas especificidades e complexidades locais, responsabilizaram-se por um atendimento potencialmente mais qualificado, tendo em vista uma resposta eficiente às demandas específicas e locais de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2006) busca, com estes pressupostos, o fortalecimento deste nível de atenção.

Desde os anos 1980, a atenção básica à saúde já era uma prioridade nas intenções e nos discursos preocupados com as expressões da questão social. Faltava a decisão política dos governantes no sentido da sua concretização em objetivos, programas e metas de ação. Enquanto isso, o sistema, em crise, cedia espaço ao avanço da chamada medicina suplementar, representada pelos planos e seguros privados de saúde. As atividades preventivas tinham de competir com as curativas - dos primeiros socorros à assistência de alta complexidade - por escassos recursos.

Após a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990, o município passou a ter um lugar privilegiado no desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Inicialmente com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) notadamente na Região Nordeste do País (Ceará e Pernambuco), e depois com o Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o Brasil, foram constituídas Equipes de Saúde da Família (ESF). Cada equipe foi constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Inicialmente, cada ESF era responsável por até 4.500 pessoas; com o passar dos anos esse número foi diminuindo para 4.000 e 3.000. Os agentes de endemias, que já atuavam em ações focadas de combate ao mosquito da dengue, só vieram a desenvolver ações ampliadas de vigilância em saúde a partir da década de 2010, com o incentivo do Ministério da Saúde para a integração destes juntos às Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010).

Vale salientar que, anteriormente, as iniciativas inspiradas nos modelos da medicina preventiva tinham pouco espaço para se desenvolver, restritas a ações pontuais e esparsas dos outros níveis de gestão. A importância estratégica do PSF reside na sua vocação para substituir o antigo modelo, predominantemente assistencial, por um conjunto de ações preventivas, terapêuticas e de promoção de uma vida mais saudável e menos dependente do hospital como foco central dos serviços públicos de saúde. Na sua primeira fase, a principal preocupação do Programa era com a ampliação da sua cobertura às comunidades desprovidas de assistência. Posteriormente, o PSF afirmou-se como cena de uma mudança radical no modelo vigente de AB. Desde então, tem sido considerada fundamental a sua implantação nas médias e grandes cidades, bem como nas regiões metropolitanas.

Os três atributos derivados da ABS são: (1) orientação familiar: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar; (2) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços; (3) competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação. No Brasil, a APS, tal como definida por Starfield, 2002, é representada pela Estratégia Saúde da Família.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são espaços de oferta de serviços da AB, considerados fontes preferenciais de acolhimento das demandas de saúde da população. São os locais onde o encontro com os usuários é mais frequente e deveria ser contínuo. No processo de reorganização da AB, o Ministério da Saúde – de acordo com seu plano de ações – implantou a ESF e Agentes Comunitários em Saúde (ACS), apontando na direção do fortalecimento de tais estratégias para reversão do modelo assistencial vigente (BRASIL, 1997).

Desde sua criação em 1994, o ESF gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, enunciada na PNAB em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 (BRASIL, 2017). O PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS na estrutura da Unidade de Saúde

da Família, vinculada à rede de serviços de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, bem como a assegurar a sua transferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que a saúde da pessoa assim exigir. Cada Unidade de Saúde da Família trabalha em um território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a essa área. Por envolver diferentes fatores e atores, assim, tendo uma equipe multidisciplinar, seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diversos setores governamentais, segmentos sociais e da população em geral. A Estratégia Saúde da Família (ESF), na rede de apoio, possui uma posição privilegiada no diagnóstico dos casos de violência intrafamiliar, tendo em vista as suas características essenciais: possui o foco de atenção na tríade indivíduo-família-comunidade e prioriza a prevenção e a integração com a comunidade (BRASIL, 2008a).

Nessa perspectiva, a ESF tem como propósito melhorar o estado de saúde da população brasileira, direcionada aos cuidados primários, de forma a responder às demandas, identificando os riscos à vida. É nesse contexto geral que a ESF está inserida, com responsabilizações ampliadas e cada vez mais abrangentes, visando atender problemas que antes eram menos frequentes ou não incluídos na agenda da saúde. A ESF é reconhecida em suas premissas como importante estratégia política para o enfrentamento das violências, especialmente no que concerne à sua prevenção (SOUSA; HAMANN, 2009).

Geralmente na AB o profissional enfermeiro executa função de coordenador da equipe do programa, além de realizar o acolhimento dos pacientes. Assim geralmente quando a mulher vítima de violência busca a AB, o profissional enfermeiro é o primeiro a iniciar o atendimento, logo, este profissional deve possuir um treinamento específico para o manejo do problema. Além disso, ele mantém com os usuários dos serviços de saúde uma relação de vínculo e confiança, que facilitam a abordagem desse tema, assim como seu melhor desfecho, uma vez que esse profissional funciona também como mediador do paciente, com outros profissionais e outros serviços.

Nessa concepção, o primeiro contato da mulher no serviço de saúde deve acontecer com os profissionais de enfermagem, que farão um acolhimento humanizado, a realização da anamnese, coleta de material para exames laboratoriais, agendamento de retorno e administração de medicações. Esses são passos que garantem a aderência ao seguimento ambulatorial (MATTAR et al., 2007).

Ressalta-se ainda o exposto por Monteiro e Souza (2007), que os profissionais de enfermagem, ao interagir com o ser doente, valorizam ações como respeito, dignidade e procuram zelar pelo bem-estar daqueles que assistem. Diante disso, ressalta-se que a Enfermagem deve ver o ser humano como estando inserido em um contexto social, educacional, econômico e cultural, para que o assistir se faça em toda a dimensão humana. Considerando o papel do enfermeiro dentro do sistema de saúde, acreditamos que um passo importante a ser dado é compreender a percepção desses profissionais sobre a problemática da violência doméstica contra a mulher, para entendermos suas necessidades, buscando a melhoria do atendimento a essas mulheres.

Em 2018, segundo o DataSUS/SIAB, no Brasil dados obtidos em relação a AB são: 26.035 Equipes de Estratégia de Saúde Bucal; 264.521 Agentes Comunitários de Saúde; 4.969 Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); 1.846 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; 1.120 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); 257 Equipes de Atenção Básica da Saúde Prisional ; 121 Equipes de Atenção Básica do Consultório na Rua; 125 Equipes de Saúde Bucal das Unidades Odontológicas Móveis (UOM); 141 ESF para populações Ribeirinhas e 06 UBS Fluviais.

A ampliação do acesso à AB no país pode ser constatada por meio da grande expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 20 anos. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica, passaram de 2.054, em julho de 1998, para 41.619 em outubro de 2017. Se considerarmos o mesmo critério de que uma equipe é responsável em média por 3.450 pessoas, a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passou de 4,4% (sete milhões de brasileiros) para cerca de 70% (143 milhões). Destacam-se os municípios do interior do país, que passaram no mesmo período de 4,4% para 76,5% de cobertura, enquanto que as capitais ampliaram de 4,2% para 45,5%. Estes dados são consoantes com resultados do inquérito populacional da Pesquisa Nacional de Saúde que em 2013 constatou cobertura da ESF de 56,2%, ano em que estavam implantadas 35 mil ESF no país (MALTA et al., 2016).

2.3 AÇÕES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO SUS E SEUS DESAFIOS

Nas últimas décadas, em resposta a pressões de movimentos feministas e da própria sociedade, os governos têm implementado políticas públicas e ações de prevenção à violência contra a mulher. Uma das principais estratégias tem sido criar e aprimorar normas, bem como expandir serviços com o objetivo de assistir as vítimas (KISS; SCHRAIBER, 2011). Essas ações estão embasadas na Política Nacional de Enfrentamento à Violência, implementada em 2011, que tem como finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como dar assistência e garantia de direitos àquelas em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional.

O Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, afirmando que:

Art. 2. O atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS observará as seguintes diretrizes:

I - Acolhimento em serviços de referência;

II - Atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;

III - Disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima;

IV - Informação prévia à vítima, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;

V - Identificação e orientação às vítimas sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência e de unidades do sistema de garantia de direitos;

VI - Divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento de vítimas de violência sexual;

VII - Disponibilização de transporte à vítima de violência sexual até os serviços de referência;

VIII - Promoção de capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, garantindo a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados. (BRASIL, 2013c).

D'Oliveira e colaboradores (2009) pontua que, embora os serviços de saúde sejam mais demandados pelas mulheres em situação de violência, a resolutividade destes serviços é baixa, mesmo com a expansão dos programas de saúde que têm sido implementados. Os profissionais de saúde sentem-se impotentes para

abordagem do problema frente ao SUS, cujo custo com as demandas geradas pelas situações de violência é elevado, tem resultados pouco efetivos (D'OLIVEIRA et al., 2009) e complementa-se ainda que há uma tendência à valorização nos serviços de saúde à questão biomédica, tratando apenas a patologia que manifesta o organismo.

Em outros estudos, Kiss e Schraiber (2011), Schraiber e Oliveira (1999), sugere-se que os profissionais não investigam casos no cotidiano assistencial devido à vítima alegar muitas dificuldades, entre elas, o silêncio da própria mulher. Mas o silêncio é visto como um problema não só da mulher, mas também do profissional, que muitas vezes não aborda este tema. Em seus relatos, a tentativa de obter uma espécie de “confissão” seria tão trabalhosa que se tornaria um grande problema, ou seria, de vez, inviável no seu contexto de trabalho. Ademais, a natureza doméstica e privada da violência contra mulheres contribui para recusá-la como alvo assistencial.

Segundo Moreira e colaboradores (2008), De Ferrante, Santos e Vieira (2009), a abordagem da mulher em situação de violência, além de provocar constrangimento, faz os alguns profissionais se sentirem impotentes diante da complexidade dos casos. Os mesmos relatam a necessidade de receber uma capacitação que os habilite a realizar uma intervenção de forma integral para valorizar tanto os aspectos físicos como psicológicos e sociais. Nessa abordagem, existe também uma barreira pessoal, que os impede de agir adequadamente, sentindo-se temerosos frente às atitudes que as mulheres em situação de violência podem vir a tomar, ou por medo da reação do agressor. Apontam ainda que outros fatores como falta de tempo, falta de estrutura do sistema e falta de capacitação dos outros órgãos envolvidos na rede de apoio reforçam essa barreira.

As mulheres que sofrem violência procuram mais os serviços de saúde, porém os profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento. Entretanto, parece existir uma diferenciação no encaminhamento dos casos: as situações de violência doméstica ou sexual têm indicação para serviços de saúde mental, enquanto os outros tipos de violência não têm a mesma indicação, havendo uma “psicologização” do problema da violência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Como estratégias para o enfrentamento do problema pelo setor saúde são apontadas a necessidade de informações sobre a questão, chamando a atenção para a importância da notificação, o estímulo ao trabalho em equipe, garantia do sigilo e

privacidade e adoção de condutas respeitadas, sem julgamentos prévios, frente ao acionamento da rede intersetorial (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Acrescentam Reichenheim, Paixão Júnior e Moraes (2006) que os serviços de saúde não desenvolvem ações articuladas com os serviços de atendimento psicossocial da rede de cuidado à mulher, resultando em ações independentes e ineficazes. Conhecer esses serviços e fazer os necessários encaminhamentos é um passo importante para identificação do problema e de seu enfrentamento. Outra dificuldade indicada é a grande demanda dos serviços de saúde, o que impõe atendimento rápido e que esteja focalizado nos sintomas apresentados, não havendo um aprofundamento das causas. Além disso, existe um limitado número de profissionais para atender a população usuária dos serviços de saúde, comprometendo o atendimento eficaz.

Assim é importante enfatizar que a saúde pública fornece informações relevantes através da atenção em saúde às populações que necessitam de intervenções preventivas e curativas. Logo, os fatores de risco e de proteção que precisam ser examinados e abordados como objetivo central. As intervenções da saúde pública são tradicionalmente caracterizadas em três níveis (KRUG et al., 2002):

- Prevenção primária – abordagens que pretendem prevenir a violência antes que ela ocorra, logo atenção básica;

- Prevenção secundária – abordagens centradas nas reações mais imediatas à violência, como cuidados médicos, serviços de emergência ou tratamento de doenças sexualmente transmissíveis após um estupro;

- Prevenção terciária – abordagens que focalizam os cuidados prolongados após a violência, como reabilitação e reintegração, e esforços para diminuir o trauma ou reduzir a deficiência prolongada ligada à violência.

Esses três níveis de prevenção são definidos pelo seu aspecto temporal, isto é, se a prevenção se faz antes da ocorrência da violência, imediatamente depois dela ou, ainda, a longo prazo. Embora, tradicionalmente, sejam aplicados às vítimas da violência e em instalações para cuidados da saúde, os esforços de prevenção secundária e terciária são também considerados relevantes em relação ao agressor, sendo usados em processos judiciais contra a violência.

Segundo Santos e colaboradores (2015); Vieira e colaboradores (2009), observa-se dificuldade no acolhimento a mulher em situação de violência tanto por profissionais que trabalham nas Unidades de Saúde da Família e em Unidades de

Pronto Socorro, atualmente conhecidas como policlínicas, sendo que em ambos os serviços os profissionais reconhecem e identificam o problema. Falta melhorar a escuta, a realização de encaminhamentos necessários e o acompanhamento dos casos. Já na unidade de urgência, ou seja, unidade de pronto atendimento (UPA), a forma rápida de atendimento impede muitas vezes o estabelecimento de diálogo e encaminhamentos mais efetivos.

Os encaminhamentos deve ser realizados para a Rede de Enfrentamento que compreende a articulação de serviços e profissionais de saúde, jurídico e social capazes de empreender ações que garantam o atendimento qualificado, integral e humanizado assim como a identificação e encaminhamentos necessários dos casos de violência. Para dar conta da complexidade do fenômeno violência é preciso uma Rede de Enfrentamento que perpassa diversas áreas no intuito de sanar as necessidades variadas que a violência traz (BRASIL, 2011c; GOMES et al., 2007; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2013).

As categorias na rede de atendimento são caracterizadas em não especializadas e especializadas de atendimento. Os serviços não especializados são representados pela porta de entrada da mulher na rede advinda principalmente no momento das queixas e posterior ao ato violento, como exemplo as unidades hospitalares especializadas ou gerais. Os Serviços Especializados de Atendimento à Mulher são destinados ao acolhimento específico de mulheres em situação de violência, a exemplo dos centros de referência (BRASIL, 2011c).

Há uma dificuldade por parte dos profissionais em realizar encaminhamentos, muitas vezes por desconhecimento de serviços especializados no cuidado a mulheres em situação de violência. Para o atendimento da demanda da violência sexual feminina, ainda não se encontra um fluxo claro a ser percorrido, sendo confundido pelos diversos profissionais dos setores envolvidos, sejam os da área jurídica, policial ou da saúde, surgindo entre eles uma grande dúvida a respeito de qual o melhor lugar para acolher as demandas e necessidades relacionadas com a violência sexual contra a mulher (KISS; SCHRAIBER, 2011; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

É fundamental assinalar que o enfrentamento da violência de gênero não pode prescindir, no setor saúde, da prevenção primária que costuma ser obscurecida pela importância de diversos programas que, compreensivelmente, procuram lidar com as consequências imediatas e inúmeras da violência (KRUG et al., 2002, p. 112).

A inflexão do modelo assistencial para o paradigma da Saúde da Família torna os programas desse tipo de crucial importância para a democratização das relações de gênero e para a prevenção da violência contra a mulher (CAVALCANTI; MINAYO, 2004).

A mulher em situação de violência busca o SUS de diferentes formas e em momentos distintos do ciclo de violência. A violência acometida a ela se manifesta de forma aguda e crônica e para que sejam assistidas de forma integral e com qualidade os gestores têm um papel importante nesse processo. Os gestores precisam compreender as características e necessidades da mulher em situação de violência para que possam planejar e executar políticas de saúde adequadas à realidade. A violência eleva o custo do sistema por diversos âmbitos, mas também por muitas vezes não ser resolutivo e a mulher volta a demandar sistematicamente os mesmos serviços de saúde. Existem dados que indicam inúmeras complicações que podem aparecer como resultado de abuso durante a gravidez (KRANTZ; GARCIA-MORENO, 2005). Em casos em que as mulheres vítimas de violência doméstica ficam grávidas, a situação fica mais preocupante, pois tal violência pode até começar ou aumentar nesse período, sendo a morte da mãe ou do feto a consequência mais grave, mas pode também acarretar outras complicações, como baixo peso ao nascer, nascimento prematuro e lesão do feto (MCWILLIAMS; MCKIERNAN; 1993).

A Rede do SUS deve oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social. Conforme a Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013:

Art. 3. O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV - profilaxia da gravidez;

V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1 Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.

§ 2 No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.

§ 3 Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor. (BRASIL, 2013d).

Diversas críticas têm pautado as discussões acerca da referida Lei. A primeira trata do conceito adotado para violência sexual, como sendo “qualquer forma de atividade sexual não consentida”. Porém, sabe-se que devem ser observados os crimes sexuais mesmo que haja consentimento da vítima, como é o caso dos crimes de estupro de vulnerável e os que trazem vício no seu consentimento. Ainda, observa-se que diversas formas de violência definidas pela Lei Maria da Penha não foram incluídas na Lei nº 12.845 (BRASIL, 2013d).

As consequências psicossociais sofridas pelas mulheres vítimas de violência doméstica são comparadas por alguns pesquisadores ao impacto de sofrer um trauma causado por um sequestro e/ou tortura (GRAHAM; RAWLINGS; RIMINI, 1998). As sequelas psicológicas mais frequentes são a depressão e os transtornos de estresse pós-traumático. Geralmente, apresentam baixa autoestima e sentimentos de desamparo. Nesses casos, são cinco vezes mais frequentes as tentativas de suicídio do que em mulheres que não sofrem maus-tratos. Ansiedade e insônia são outros sintomas frequentes entre essas mulheres, além de aumentar em quinze vezes a probabilidade de abuso do álcool, e serem nove vezes mais propensas a abusar de outras substâncias (MCCAULEY et al., 1995; GOLDING, 2002; KIRKWOOD, 1993; STARK; FLITCRAFT, 1996).

Diversas estratégias de resposta do campo da saúde frente à violência doméstica são colocadas por Sharps e Campbell (1999), que propõem:

(1) Educação e treinamento de profissionais de saúde:

Treinamento incluindo informações sobre fatores de risco, indicadores, prevalência e consequências físicas e mentais do abuso;

(2) Educação das mulheres:

Através de trípticos, cartazes, vídeos, rodas de conversas e campanhas na mídia descrevendo o ciclo de maus-tratos, os efeitos de danos à saúde e recursos da comunidade para mulheres espancadas; maior conscientização das mulheres sobre os bandidos provocaria um impacto positivo nos comportamentos de segurança.

(3) Avaliação de todas as mulheres nos centros de saúde (triagem universal):

Sabe-se que as mulheres agredidas usam sistemas de saúde em uma proporção muito maior do que as mulheres não-espancadas. Portanto, podem-se incluir avaliações de rotina em serviços de atenção primária, urgência e emergência, clínicas para a realização de aborto, medidas acompanhadas de protocolos de avaliação adequados e com a conexão apropriada com os serviços convenientes da comunidade e articulação com a rede dos municípios.

Programas de violência doméstica desenvolvidos em ambientes hospitalares que poderiam fornecer treinamento sobre temas como:

- Responsabilidade legal em notificações de casos;
- Documentação médica;
- Coleta de evidências;
- Coordenação com o sistema policial e judicial;
- Questões de segurança para os profissionais de saúde e vítimas e conexões com os recursos da comunidade.

(4) Redução dos efeitos da violência sobre as mulheres grávidas:

Garantiria que o pré-natal adequado seja recebido.

Por fim, cabe ressaltar algumas críticas quanto às questões trazidas até aqui com relação aos instrumentos de prevenção à violência contra a mulher. Alguns estudos são controversos sobre a utilidade do rastreamento em relação à violência doméstica na medicina geral e no primeiro atendimento (RICHARDSON et al., 2002; COLE, 2000; JEWKES, 2002). Mas, há um crescente reconhecimento da importância do rastreio como um meio adequado e eficaz de identificar e responder aos casos de violência doméstica que aparecem nos serviços de emergência (RAND, 1997). O fato de não haver evidências suficientes para recomendar o rastreamento no caso de violência doméstica não significa que haja evidências suficientes para não recomendá-la. Assim, por exemplo, em um relatório da Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos da América (1996) foi apontado que não há evidências suficientes a favor ou contra a triagem, e que fazem como parte rotineira do histórico do paciente sobre situações de abuso.

O Grupo de Trabalho Canadense sobre Cuidados de Saúde Preventiva assinalou que, embora ainda não haja provas suficientes para recomendar ou desencorajar o uso de triagem, a prevalência e os danos associados à violência doméstica são razões suficientes para manter um alto grau de elevada suspeita

quando os pacientes são avaliados (WATHEN; MACMILLAN; CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2003).

Assim, a situação atual exige com urgência a presença política que permita dar coerência aos programas de intervenção, tanto para a vítima como para o agressor, para ter um maior compromisso com o setor de saúde, com o intuito de dar uma resposta ótima do sistema judicial, capacitar os profissionais de saúde e medidas preventivas que sejam cumpridas e tenham recursos materiais e humanos (GARCIA et al., 2008).

3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA

Conforme vem sendo tratado nesta dissertação, o tema ações de prevenção à violência contra a mulher no âmbito das políticas públicas de Atenção Básica no SUS é bastante desafiador, temática com amparo na lei conforme já descrito nos capítulos anteriores, principalmente na Política de Enfrentamento contra a Mulher.

Neste capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa de campo. Busca-se, assim, responder ao problema de pesquisa, o qual cabe lembrar: Quais os desafios e perspectivas na gestão das ações de prevenção a violência contra mulher, identificados pelas unidades de atenção primária à saúde no município de Feira de Santana-Ba?

O estudo foi de caráter exploratório e descritivo que permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, assim como, buscar a fundamentar uma discussão na área de políticas públicas, voltada para a Violência contra a Mulher nas ações de prevenção das unidades da APS (TRIVIÑOS, 2006).

Utilizou-se metodologia qualitativa com realização de entrevistas semiestruturadas, que, segundo Minayo (2008), caracteriza-se por responder questões muito particulares, ocupando-se de uma realidade que não pode ou não deveria ser quantificada, trabalhando, por exemplo, com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Os resultados da pesquisa de campo aqui apresentados buscam dialogar com a realidade em foco, interagindo, de forma crítica, com os dados obtidos na pesquisa documental e revisão de literatura.

Este estudo teve como lócus o Município de Feira de Santana, principal centro urbano, político, educacional, tecnológico, econômico, imobiliário, industrial, financeiro, administrativo, cultural e comercial do interior da Bahia e um dos principais do Nordeste, exercendo influência sobre centenas de municípios do estado. A violência contra a mulher vem crescendo em Feira de Santana.

De acordo com o Censo de 2010, Feira de Santana possui 556.642 pessoas, em 2018 uma estimativa de 609.913 pessoas com uma densidade demográfica em 2010 de 416,03 hab./km², sendo que, lembrando, 52,72% da população do município é do sexo feminino. Conforme dados do DataSUS/SIAB (2018), a Atenção Primária, dispõe de 105 equipes de profissionais atuando nas 85 Unidades de Saúde da Família (USF) e mais uma equipe que assegura o atendimento à população através

do programa Consultório na Rua, distribuídos então em 32 equipes garantindo o atendimento nas 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A pesquisa de campo foi realizada entre 17/09/2018 e 09/10/2018, buscando informações diretamente *in loco* junto aos atores que gerem e executam as ações de prevenção na Atenção Básica do município de Feira de Santana-BA. O critério utilizado para escolha do recorte territorial onde foi realizada a pesquisa foi o nível de violência geral no município, conforme dados da Secretária de Segurança Pública (BAHIA, 2018). Foram selecionadas duas USF em bairros mais violentos e duas UBS, em bairros com menores índices de violência. Nos dois bairros mais violentos (Conceição e Campo Limpo) pesquisou-se na USF Videiras e USF Campo Limpo IV; e nos dois bairros menos violentos (Serraria Brasil e Jardim Acácia) as UBS Serraria Brasil e Dispensário Santana, para fins de comparação nas unidades de AB. Os sujeitos pesquisados foram a equipe multidisciplinar que compõe a equipe aleatoriamente e por facilidade de acesso aos mesmos. Logo os selecionados nas equipes multidisciplinares definidas nos bairros supracitados foram: 01 (um) médico, 05 (cinco) enfermeiros, 03 (três) técnicos de enfermagem, 07 (sete) agentes comunitários, 02 (dois) gestores. No total dos participantes inclusos na pesquisa foram entrevistadas 18 (dezoito) pessoas que foram acessíveis e concordaram em participar da pesquisa. Inicialmente, buscou-se entrevistar pelo menos um profissional de cada categoria em cada uma das unidades analisadas. Mas, devido a indisponibilidade destes, principalmente dos médicos, optou-se por uma amostra intencional formada por profissionais que estavam dispostos a conceder as entrevistas.

Foi utilizada entrevista semiestruturada como instrumento para a coleta de dados. Este tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2014). Tal instrumento foi elaborado pela pesquisadora contendo perguntas pertinentes aos objetivos do estudo a fim de guiar a coleta de dados conforme roteiro no apêndice A.

Foi utilizado na entrevista 03 (três) questões fechadas iniciais sobre identificação, formação e o trabalho e 13 (treze) abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. As perguntas norteadoras da entrevista objetivam verificar: os relatos vivenciados na prática cotidiana; desafios no atendimento; causas da violência; tipos de violência mais frequentes; dificuldades enfrentadas no preenchimento das fichas

de notificação compulsória e retorno das mesmas; características das vítimas (idade, situação socioeconômica, estado civil); intervenções, encaminhamentos; articulação com a rede e perspectivas.

Em Feira de Santana a rede de enfrentamento é composta pelos seguintes equipamentos: DEAM, centros de saúde (AB, UPAs e policlínicas), hospitais públicos e privados, CREAS, CRAS e Casa Abrigo Sapho, para onde são levadas – e onde ficam temporariamente – as mulheres que as autoridades consideram correr risco de morte se permanecerem nas suas casas, Centro de Referência Maria Quitéria (CRMQ), Movimentos sociais, Conselho Municipal da Mulher, instituições de ensino, Movimento de Organização Comunitária (MOC), Defensoria Pública do Estado, Ministério Público do Estado, Vara da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, Ronda Maria da Penha – que atua a partir da decretação de medidas protetivas pela Justiça (SANTOS et al., 2017).

A partir do trabalho empírico de coleta de dados, buscou-se organizar as narrativas, para entender e assentar as observações sobre os desafios e perspectivas das ações de prevenção a violência contra mulher, identificados pelas Unidades de Atenção Básica à Saúde no município de Feira de Santana-BA.

Em relação à abordagem das entrevistas, inicialmente os participantes foram informados sobre o tema e o objetivo da pesquisa, e aqueles que se dispuseram a participar deste estudo assinaram um termo de consentimento livre e informado (Apêndice A), que assegurou aos participantes a confidencialidade das informações fornecidas, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (n. 3.039.438) respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde.

Durante o trabalho de campo alguns entraves ocorreram para realizar entrevistas com os profissionais médicos. Em três das unidades selecionadas (USF Conceição, UBS Dispensário Santana, UBS Serraria Brasil), os médicos se recusaram a participar justificando pelo excesso de trabalho. O odontólogo também não concedeu entrevista, devido à dificuldade de acesso a estes nas unidades. Após inúmeras tentativas, excluiu-se também esse profissional do rol de possíveis entrevistados. Outro entrave foi a mudança da análise de dados, pretendia-se utilizar a análise de conteúdo (BARDIN, 1977), mas quase todos os profissionais entrevistados não permitiram a gravação das entrevistas para que se pudesse fazer a transcrição e análise pormenorizada. Isso ocorreu por alegaram temor pelo

reconhecimento da voz etc. Assim, optou-se por uma análise das percepções a partir das anotações feitas pela pesquisadora.

Nas USF não existe gerente/gestor exclusivo nas unidades, sendo esta função executada por qualquer profissional de nível superior, porém a maioria das vezes exercida pelo enfermeiro da unidade. Segundo Christovam, Porto e Oliveira (2012), buscam a construção de um conceito, denominado de gerência do cuidado, o qual está relacionado ao cuidado do enfermeiro e à própria enfermagem. Esse conceito tenta aproximar os principais processos de trabalho executados pelo enfermeiro, isto é, o gerenciar e o cuidar, e a própria equipe multidisciplinar que compõe o serviço de atenção primária.

Visando garantir o anonimato dos gestores e técnicos entrevistados, optou-se por caracterizá-los da seguinte forma em UBS1, UBS2, USF1, USF2 e a formação dos participantes, sendo que as UBS são menos violentas e as USF mais violentas.

- UBS1/ ENF
- UBS1/ ACS
- UBS1/ GESTOR
- UBS2/ ENF
- UBS2/ ACS
- UBS2/GESTOR
- USF1/MEDICO
- USF1/ ENF
- USF1/ TE
- USF2/ACS
- USF2/ENF

A seguir é apresentado o perfil dos 18 profissionais entrevistados na pesquisa, de acordo com a idade, sexo, tempo de serviço na função, vínculo, carga horária e equipamento público (UBS ou USF).

Quadro 03 – Perfil dos participantes cargo, formação, idade, sexo e tempo de atuação no cargo atual, vínculo e carga horária

Formação	Idade	Sexo	Tempo função	Vínculo	CH	Equipamento/violência	Território
Médico	33	Masculino	9m	Temporário	40h	USF1/ violento (+)	Campo Limpo
Enfermeira	29	Feminino	1a e 5m	Temporário	40h	UBS1/violento(-)	Dispensário
Enfermeira	35	Feminino	2a e 7m	Temporário	40h	UBS2/violento(-)	Serraria Brasil
Enfermeira	31	Feminino	4a	Temporário	40h	USF1/violento(+)	Campo Limpo

(continua)

Quadro 03 – Perfil dos participantes cargo, formação, idade, sexo e tempo de atuação no cargo atual, vínculo e carga horária

(conclusão)

Formação	Idade	Sexo	Tempo função	Vínculo	CH	Equipamento/violência	Território
Enfermeira	35	Feminino	10a	Temporário	40h	USF1/violento(+)	Campo Limpo
TE	32	Feminino	3-4a	Temporário	40h	UBS2/violento(-)	Serraria Brasil
TE	48	Feminino	16a	Temporário	40h	USF1/violento(+)	Campo Limpo
TE	42	Feminino	7a e 15m	Temporário	40h	USF2/violento(+)	Mangabeira
Gestor	37	Feminino	6a	Temporário	40h	UBS1/violento(-)	Dispensário
Gestor	66	Masculino	20a	Temporário	40h	UBS2/violento(-)	Serraria Brasil
ACS	45	Masculino	12a	Concursado	40h	UBS1/violento(-)	Dispensário
ACS	39	Feminino	12a e 8m	Concursado	40h	UBS1/violento(-)	Dispensário
ACS	51	Feminino	12a	Concursado	40h	USF2/violento(+)	Mangabeira
ACS	45	Feminino	13a	Concursado	40h	USF2/violento(+)	Mangabeira
ACS	40	Masculino	13a	Concursado	40h	UBS2/violento(-)	Serraria Brasil
ACS	54	Feminino	13a	Concursado	40h	UBS2/violento(-)	Serraria Brasil
ACS	37	Masculino	12a	Concursado	40h	USF1/violento(+)	Mangabeira
ACS	47	Feminino	13a	Concursado	40h	UBS1/violento(-)	Dispensário

Fonte: Pesquisa de campo.

Legenda: m – meses; a – anos.

Conforme o quadro 03, percebe-se que a faixa de idade varia entre 29 a 66 anos, numa média de 41 anos de idade, envolvendo profissionais, em sua maioria, com experiência na área acima de 10 anos. Percebe-se que todos têm a mesma carga horária semanal, mas em relação ao vínculo, apenas os ACS são concursados, o que está diretamente proporcional ao tempo de serviço. Ainda em relação ao vínculo, todos os profissionais temporários colocaram que estão ligados a cooperativa de trabalho e todos eles têm apenas um vínculo, com exceção do médico que também trabalha na UPA em regime de plantões.

Em relação à formação profissional, 08 (oito) dos entrevistados possuem nível superior, 02 (dois) superior incompleto e 08 (oito) nível médio. Os anos que trabalham nas instituições e desempenham a função equivale entre um a doze anos, conforme o tempo de serviço que executam na instituição. Logo, a maioria não possui estabilidade, o que demonstra, a princípio, riscos quanto à não continuidade no trabalho desenvolvido.

A seguir, serão apresentadas e discutidas as narrativas expressas pelos entrevistados, a partir da percepção da pesquisadora, visando alcançar os objetivos

propostos para este trabalho. Os dados são apresentados em três grandes conjuntos de questões que emergiram como temas centrais da investigação:

- 1) **Ações e desafios dos profissionais vivenciadas no contexto de violência contra a mulher e importância da ficha de notificação** – Refere-se ao atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, de forma que todos os profissionais integrantes da Rede SUS devem oferecer às vítimas de violência atendimento integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência, conforme amparo na Lei nº 12.845/2013 (BRASIL, 2013d). Faz referência a importância, dificuldades e opinião crítica dos profissionais no preenchimento de ficha de notificação, cujos dados são inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), um sistema de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2007).
- 2) **Características gerais das vítimas da violência que buscam o serviço e articulação** – Aborda o perfil geral das mulheres agredidas no sentido (nível socioeconômico, idade, estado civil, paridade) a fim de comparar e relacionar os dados com outros estudos.
- 3) **Encaminhamentos e articulação da rede** – Tratam-se dos encaminhamentos e articulação e reconhecimento na rede especializada realizados pelos profissionais, com suas devidas atribuições estabelecidas conforme a política de atenção a mulher e legislação específica.

3.1 AÇÕES E DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS VIVENCIADOS NO CONTEXTO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Conforme já salientado, o Ministério da Saúde vem, por meio do SUS, ao longo dos anos, implementando políticas e normatizando ações de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência contra as mulheres, uma vez que são agravos de alta frequência e que causam sérias repercussões ao estado físico, psíquico e social, sendo determinantes no processo de saúde e adoecimento das pessoas (JANUÁRIO et al., 2010).

Conforme a literatura referenciada, na Atenção Básica (AB) as ações de prevenção consistem no acolhimento, escuta ativa, encaminhamentos, articulação com a rede. Os profissionais entrevistados nessa pesquisa, em sua maioria, colocam

que as vítimas não procuram o serviço de AB como deveriam como forma de prevenção, por medo do agressor. Do total dos entrevistados 05 (cinco) profissionais afirmaram que apesar de terem conhecimento com assunto e tempo na profissão, nunca vivenciaram nenhum caso de atendimento a mulheres vítimas de violência, enquanto que os demais 13 (treze) já tiveram contato com as vítimas da violência contra a mulher. Comparando as unidades menos violentas com as mais violentas percebe-se nas narrativas das falas que a busca pelo serviço na AB nas unidades mais violentas é superior às menos violentas. Os enfermeiros colocam que as mulheres, apesar do temor sobre o assunto, acabam abordando nas consultas de planejamento familiar e preventivo.

Ao questionar um ACS/ UBS1 sobre sua experiência com a violência contra a mulher esse colocou que nas visitas percebe-se que a mulher é acometida pela violência, porém algumas delas não conseguem romper esse ciclo. É relatado em um dos casos que há sete anos a mulher tinha sido acometida por violência física, sexual e psicológica e a mesma foi orientada a buscar o serviço de saúde e os devidos encaminhamentos, mas não houve êxito.

Percebe-se na interpretação do entrevistado citado que apesar de todas as campanhas realizadas pelas instituições e equipamentos da rede de atenção à saúde das mulheres, mesmo com todo o avanço, parece prevalecer a lógica das vítimas serem coibidas pelos agressores. Muitas vivem a problemática e têm receio de dialogar com o profissional de saúde, principalmente pelo medo, transformando a vítima em constante refém da violência, além de continuar inerte no problema.

É importante ressaltar que a AB está relacionada com as demais redes. Ao indagar a um enfermeiro sobre os encaminhamentos o mesmo coloca que, com pouco tempo de função na área, teve uma experiência interessante por ter assistido uma mulher vítima de violência psicológica e, posteriormente, o médico, que trabalhava na mesma equipe, ter atendido na policlínica do município uma vítima de violência doméstica e prestou os devidos cuidados, como sutura na região do crânio. Este caso foi encaminhado para a AB em que o episódio teve seguimento com orientações e notificação para a Vigilância Epidemiológica, órgão responsável pela notificação e agravos de doenças, sendo que a violência constitui uma doença de notificação compulsória como veremos a seguir.

As ações de prevenção deveriam estar articuladas com objetivo de a vítima ser assegurada de forma integral e universal, envolvendo: atendimento inicial, orientações e encaminhamentos, além a notificação, conforme será descrito posteriormente.

Chama a atenção nas falas dos entrevistados que, incluindo os critérios das unidades mais e menos violentas, todos evidenciam as implicações da violência para a saúde das mulheres. Tal situação pode ser ilustrada a partir das falas dos enfermeiros da USF1 e da USF2, que também sinalizam para a dificuldade de articulação com o setor saúde na rede de enfrentamento contra a violência. Muitas vezes as mulheres são dependentes economicamente do agressor e não têm como romper o ciclo de violência para buscar ajuda por falta de suporte financeiro, e a rede não tem como amparar todos os casos.

É necessário que os serviços contem com profissionais sensibilizados, que conheçam a rede de atendimento da sua localidade, e que não tratem o problema apenas como questão privada ou com atendimentos pontuais de queixa conduta. Rodrigues e Hoga (2006 apud DINIZ et al., 2011) corroboram com a ideia ao apontar que os profissionais de saúde não podem restringir a assistência à esfera técnica é preciso considerar as diversas demandas das mulheres em situação de violência.

O acolhimento e o atendimento humanizado representam estratégias que todo serviço que atende à mulher em situação de violência deve definir como elemento norteador da sua assistência e do seu cuidado para com esta mulher. O acolhimento é apontado como fator inicial na desconstrução de que a mulher é sempre responsável pela violência sofrida devido às definições de papéis aceitos como femininos ou masculinos. Serviços e prestadores devem estar qualificados no acolher para assegurar que as mulheres não sofram novas revitimizações da violência.

Os prestadores de serviços de saúde assumem uma posição estratégica na identificação e atendimento às mulheres em situação de violência, pois representam um dos principais, senão primeiros, serviços a serem buscados pela mulher por agravos físicos, mentais e na capacidade reprodutiva, porém esses profissionais têm dificuldade em reconhecer este fenômeno (GARBIN et al., 2006).

Realizando um paralelo com a pesquisa, os sujeitos concordam com o autor acima, pela fragilidade com a temática mesmo com o treinamento que o município oferece ainda não sentem fortalecidos a prestar um atendimento de qualidade. Logo realizam o atendimento, acolhimento e encaminham a rede de referência que tem conhecimento.

Os ACS/USF1 colocam que nas visitas, muitas vezes, até percebem que a mulher está passando por um problema de violência, mas ela não relata, elas têm medo até de falar sobre o assunto e o agressor chegar. Os ACS das unidades mais violentas destacam que, nas visitas domiciliares, o cenário é perfeito para percepção da problemática, ficando nítido nas falas, expressões das vítimas o pedido de socorro, por mais que elas tentem esconder.

De acordo com os entrevistados, as mulheres têm medo de denunciar a violência porque se preocupam com sua subsistência e de seus filhos, pois além da dependência do parceiro, também não possuem subsídios para buscar ajuda na sua rede social primária ou secundária. Muitas mulheres permanecem isoladas e desamparadas, sendo necessário um episódio agudo de violência física para que possam recorrer às instituições especializadas ou, até mesmo, abrigarem-se na casa de algum parente ou amigo (SANICOLA, 2008).

Assim, os enfermeiros e demais profissionais da saúde podem contribuir significativamente para o processo de conscientização da mulher na atenção primária de saúde no acolhimento, ouvindo-a e estimulando a sua expressão sobre a experiência da violência sofrida, contribuindo para colocá-la como figura central nas ações para definir seu destino. O saber ouvir implica em atitude terapêutica: sem censura ou constrangimento, mantendo as condições de sigilo e respeito aos seus direitos, pois essa é uma situação em que a mulher se sente envergonhada e estigmatizada.

Entre as recomendações da OMS (2005), para o cuidado e a prevenção da violência doméstica estão incluídos, entre outros: promover igualdade entre os gêneros e os direitos humanos das mulheres; e a atuação de serviços de saúde preparados para ajudá-la, conectados com as instituições legais e comunitárias envolvidas na questão da violência.

Ao questionar sobre as principais causas da violência, a maioria dos profissionais entrevistados apontam que comportamentos relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, ciúmes, falta de diálogo, machismo e a impunidade aceleram os casos.

A violência articula significação cultural, ética e moral pautadas tanto são relações entre homens e mulheres quanto no exercício da sexualidade (VILLELA; LAGO, 2007). Atitudes atribuídas como femininas dificultam a procura de ajuda por trazerem sentimentos de responsabilização pela violência sofrida. Para Ribeiro e

Coutinho (2011) tais fatores tornam a violência complexa, pois aportam interpretações individuais e coletivas baseadas em modelos socioculturais permeados pelo patriarcalismo e submissão feminina.

Tal resultado vai ao encontro do que é posto na literatura enquanto fatores associados à violência doméstica, tais como: os antecedentes familiares de atos violentos, o uso de álcool pelo parceiro, o desemprego, a pobreza, o baixo nível socioeconômico da vítima, o baixo suporte social ofertado à mulher e a dependência emocional em relação ao agressor (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Em estudo com associações temporais entre o uso de álcool e a VCM evidenciou-se que as taxas de agressões contra as mulheres foram 6,5 mais altas quando os homens bebiam exageradamente, em comparação com dias de consumo de álcool considerado socialmente aceitável (BERG et al., 2010 apud VIEIRA et al., 2014). Em outro estudo desenvolvido em 27 municípios de São Paulo/Brasil foi revelado que dos 2.372 domicílios que constituíram amostra da pesquisa, 52,7% das mulheres mencionaram situação de violência com autor alcoolizado, entre os quais 9,7% também estavam intoxicados por outra droga. A situação de violência envolvia predominantemente o casal, embora, com frequência, se estendesse a outros moradores da casa (NOTO et al., 2004 apud VIEIRA et al., 2014).

Outro trabalho desenvolvido por Grossi e colaboradores (2012) em um município de pequeno porte, através da Coordenadoria da Mulher, trata da articulação da área da saúde e assistência social, através de trabalho com grupos para homens alcoolistas. Neste município, cerca de 80% dos casos de violência doméstica contra a mulher que chegavam ao conhecimento do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e que haviam sido cometidos pelo companheiro, estavam relacionados ao abuso de álcool. Nestas circunstâncias, toda a família acaba recebendo atendimento.

Contudo, em um sistema que preconiza o acolhimento por meio de diretrizes/políticas de saúde, alguns profissionais ainda colocam que faltam investimentos em treinamento para a equipe. Segundo os entrevistados, a AB não investe em políticas públicas voltadas para a atenção à violência contra a mulher. Tudo está apenas nos protocolos. A vítima não fala e o profissional frequentemente não instiga com a desculpa muitas vezes do excesso de trabalho.

Outra questão relativa ao acolhimento é que não se restringe ao momento de entrada no sistema, nem se limita à recepção. Relata-se que é dado acolhimento na

contínua interação entre usuárias e serviços, em todas as oportunidades que houver possibilidade de escuta e diálogo pela equipe multidisciplinar nas consultas pelos profissionais de nível superior e gestores, no momento da escuta ativa ou de algum procedimento específico, e pelos ACS, que estão diretamente na ponta do serviço nas visitas nos domicílios. Alguns dos ACS colocam que, no momento das visitas, sentiam que algumas vítimas tinham vontade de relatar, mas isso não era feito porque prevalecia o medo do agressor. Outros alegam que as vítimas eram agredidas e mantinham o ciclo da violência, justificando pela questão da dependência socioeconômica.

Segundo Fernandes (2012), a permanência da mulher no ciclo de violência pode estar relacionada a diversos fatores como, por exemplo, ao sentimento de inferioridade em relação ao homem, a dependência financeira, emocional e a preocupação com a educação dos filhos.

Para Furniss (1993) e Gabel (1997), a violência doméstica costuma ser equivocadamente associada à pobreza. Buckley (2000, p. 2) afirma que “esse tipo de violência é uma praga que se espalha pelo mundo, sem circunstâncias definidas, sem distinção de classe econômica, idade e raça”. Para o autor, a realidade nos mostra que países ricos e famílias mais privilegiadas socioeconômicas experimentam o problema tão seriamente quanto os países pobres e as famílias menos privilegiadas. Esse tipo de violência é um fenômeno mundial que não respeita fronteira de classe social, raça, etnia, religião, idade e grau de escolaridade (PINHEIRO, 2000) é um fenômeno democraticamente distribuído (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995).

No tocante aos tipos de violência apresentam-se pelos profissionais fatos que lembram relatos das vítimas de violência patrimonial, sexual, física e psicológica. Destaca-se, aqui, que ENF/USF1 trouxe como exemplo o comportamento de um genro que agrediu a mãe da vítima com uma pedra no momento que foi proteger sua filha. Na narração do fato o profissional coloca que a paciente relata a tentativa do rompimento do ciclo de violência, contando que buscou atendimento na unidade, mas em seguida o casal retomou a convivência e mantém o ciclo da violência.

A gestora da UBS1 relata que muitas das vítimas buscam o serviço como um “desabafo”. Várias sofrem constantemente com relação a agressões verbais (palavrões), humilhação, xingamentos, além bater e obrigar a ter relações sexuais. Outro relato interessante foi feito por TE/USF1 que no momento da triagem percebeu que o olho da paciente estava roxo, mas observou que a vítima não queria falar sobre

o assunto, desviando o olhar. Assim a profissional completa em sua narrativa que sinalizou para enfermeira para tentar uma abordagem na consulta de planejamento familiar, com um possível encaminhamento.

Tais relatos demonstram como a violência transforma-se em problema multifatorial, pois possui uma demanda individual e coletiva, além da organização de serviços direcionados à prevenção e ao tratamento. Nesse contexto que o trabalho das equipes de Saúde da Família configura-se elemento-chave na identificação de casos de violência, na criação de vínculo com mulheres vítimas desses eventos, na estruturação de estratégias de enfrentamento e de ações de prevenção e promoção.

Segundo Fonseca, Ribeiro e Leal (2012), foi constatado que a violência psicológica ou emocional e a violência física são as mais frequentes. Na maioria dos casos, a violência psicológica ou emocional é a mais encontrada, principalmente nas modalidades de humilhações, xingamentos e desprezo. Acrescenta em outros estudos que o sofrimento psíquico e seu efeito cumulativo podem vir a desenvolver doenças psicossomáticas variadas; a depressão, por exemplo, é a mais comum. A depressão é uma doença altamente prevalente na atualidade. Especialistas afirmam que até 2020 será a doença mais incapacitante do mundo (MEDEIROS; SOUGEY, 2010).

Os maus-tratos sofridos pela mulher geram perdas significativas em sua saúde física e mental (MONTEIRO; SOUZA, 2007). As repercussões na vida da mulher violentada são enormes. O Ministério da Saúde vem, ao longo dos anos, implementando políticas e normatizando ações de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência contra as mulheres, uma vez que são agravos de alta frequência e que causam sérias repercussões ao estado físico, psíquico e social, sendo determinantes no processo de saúde e adoecimento das pessoas (JANUÁRIO et al., 2010).

Ao questionar sobre o instrumento de notificação como uma ação de prevenção à violência contra a mulher, os profissionais que têm conhecimento colocam que a notificação permite uma maior visibilidade do problema, com dados fidedignos, mesmo com inúmeras tarefas que o profissional exerce na AB. Acrescenta-se que a notificação acontece nas unidades, porém a subnotificação nos casos ainda é um problema grave nos serviços de saúde do Brasil.

Conforme destacado anteriormente, o Ministério da Saúde prevê na Portaria nº 104/2011 a obrigatoriedade da notificação, que compreende a comunicação de casos

novos de doenças e agravos, incluindo a violência. A notificação sendo compulsória constitui-se num instrumento fundamental para o conhecimento do perfil da violência, possibilitando a realização de ações para a prevenção do problema trazendo à tona não somente o benefício aos casos singulares, como também sendo o meio de controle epidemiológico (BRASIL, 2011b).

Sabendo-se da importância da notificação, ao questionar os profissionais entrevistados, os ACS foram unânimes nas respostas, ao afirmarem que desconhecem este instrumento de coleta. Ao perguntar aos técnicos de enfermagem todos colocaram que conhecem, mas que não é função dos mesmos preenchê-los. O médico conhece, sabe a importância, mas não preenche, considerando-o um instrumento que deve ser preenchido pelos (as) enfermeiros (as). Ao indagar os enfermeiros (as), estes (as) conhecem, preenchem e não têm dificuldade no preenchimento, uma vez que a ficha é autoexplicativa. Porém, tecem críticas em relação ao instrumento colocando que não há retorno fichas da vigilância para a unidade com o objetivo do fechamento do caso. A ENF/USF1 relata que atuando há anos na unidade notificou quatro casos e nunca recebeu retorno. Nesse caso, o trabalho configura-se apenas como uma obrigação burocrática.

A enfermeira ENF/USF1 afirma, que o instrumento da notificação não deveria ser apenas um instrumento burocrático, mas um auxílio no planejamento e a execução de medidas para prevenir as ocorrências de violência, assim como para agilizar o atendimento às vítimas e seguir com o instrumento para contra referência do caso referenciado pelo serviço.

É importante salientar que a ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados deve ser preenchida por todos os profissionais de saúde quando o(a) atendido(a) apresentar sinais ou sintomas ou relatar situação de violência/acidente. Entretanto, existem campos que são da competência médica, tais como a caracterização da lesão e o diagnóstico da lesão, mantendo uma cópia em prontuário, respeitando as condições de privacidade do (a) usuário (a) ou do (a) acompanhante (BRASIL, 2007).

Segundo Deslandes, Gomes e Silva (2011), os profissionais reconhecem a obrigatoriedade da notificação da violência contra a mulher, além da sua relevância enquanto estratégia de enfrentamento do agravo, dando uma maior visibilidade e permitindo o seu dimensionamento epidemiológico. Outras pesquisas corroboram com esse resultado, apontando que a notificação oportuniza a mensuração da

extensão, intensidade e magnitude dos casos de violência, além de subsidiar o planejamento dos gastos com a assistência e vigilância em saúde (CRUZ et al., 2015).

Comparando com o estudo de Sousa e colaboradores (2015) em relação às dificuldades encontradas para o preenchimento da ficha de notificação compulsória, a mais referida foi sobre o tamanho da ficha longa; extensa; muitos detalhes; muita informação. Outra dificuldade colocada foi o problema de se obter informações da mulher fragilizada; vulnerável; às vezes a mulher não fala que sofreu esse tipo de violência; receio; medo; vergonha. Além do relato da dificuldade do profissional em obter as informações como: constrangimento; dificuldade de uma conversa sobre o assunto, entre outros. Outro quesito apontado foram algumas vezes relacionadas também ao fato de não existir um local ou sala no serviço onde a mulher e o profissional do serviço pudessem conversar reservadamente.

É essencial que todos os setores envolvidos, sejam eles governamentais ou sociais, estejam engajados na notificação, na prevenção e no tratamento da violência de maneira multidisciplinar. Isso é de fundamental importância tendo em vista a abrangência das áreas de formação envolvidas no atendimento ou notificação da mulher em situação de violência.

Outro fator relevante, segundo Quadros e colaboradores (2013), é a notificação dos casos de violência, pois é por meio desta que a violência ganha visibilidade, permitindo assim o real dimensionamento epidemiológico do problema e a criação/implementação de políticas públicas voltadas à sua prevenção e enfrentamento. Mas, mesmo diante dessa importância, D'Oliveira e colaboradores (2009) relatam que a notificação e monitoramento dos casos e ações de promoção e prevenção ainda são relativamente incipientes.

A conscientização da importância da notificação e a mudança de paradigmas devem abranger a educação permanente para diagnosticar, acompanhar e prevenir situações de violência. São necessárias equipes diversificadas de profissionais para detectar e notificar no cotidiano dos seus atendimentos seja qual for a sua área de atuação ou função desenvolvida.

3.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA QUE BUSCAM O SERVIÇO E ARTICULAÇÃO

Ao questionar os profissionais em relação às características gerais das vítimas nos bairros mais violentos a maioria dos entrevistados afirmam que a idade das vítimas é variável (entre 15 e 40 anos), tendo como estado civil a união estável, enfrentam situações de pobreza e afirmam terem filhos. Porém, 03 entrevistados das unidades mais violentas responderam que a média da idade é mais jovem (entre 15-20 anos), estado civil solteira, baixo nível escolar e também possuem filhos. Um profissional respondeu que a sua experiência foi de apenas 01 vítima apresentando como características idade de 17 anos, estado civil casada, baixo nível social e possuir filhos.

Comparando com os bairros menos violentos conforme a pesquisa a média de idade das vítimas conforme a percepção dos entrevistados são entre 20 e 45 anos, a maioria casada, com filhos, ensino médio escolar, algumas dependentes financeiramente dos companheiros, outras desenvolvem alguma atividade financeira.

Na impressão da fala do ACS/ UBS1 e do ENF/ USF1, estes percebem que o ciclo de violência está diretamente relacionado à condição social. As vítimas tendem a se justificar dada a complicação das situações, argumentando a dependência financeira dos companheiros e não terem como sustentar a família. Assim, preferem suportar as situações de violência para manter a família, além da questão do medo que já foi discutido.

O ACS/USF1 das unidades mais violentas não concorda com estes argumentos quanto às relações entre a existência da violência com classe social, estado civil e filhos. Relata que o padrão das residências é diferenciado e que ao visitar um casarão que só ficava fechado, a “madame desabafou” que era vítima da violência física e psicológica

Ao indagar os outros profissionais como gestores, TE e médico sobre as características socioeconômicas, na sua maioria colocam que a violência contra a mulher acomete todas as classes. Mas, as mulheres que dependem economicamente de seu cônjuge têm uma situação mais vulnerável. Nesse sentido, D’Oliveira e colaboradores (2009) ressalta que a violência acomete toda a sociedade sem distinção de raça, sexo, idade, educação, religião ou condição socioeconômica.

Entretanto, mesmo atingindo todas as classes sociais, a violência ainda é predominante nas classes menos favorecidas, sendo também as denúncias menos frequentes nas classes média e alta por vergonha ou medo da exposição.

Outro ponto destacado pelo profissional médico é que as vítimas da violência independente da classe social e estado civil sentem-se inertes no ciclo de violência. Na maioria das vezes, mantêm o relacionamento pela dependência como já foi colocado e por acreditar na transformação do cônjuge. Assim, alimenta-se um ciclo vicioso. Acrescenta-se ainda que prevalece a vergonha da vítima em ter que envolver a família.

Em estudo realizado no Centro de Referência e Apoio à Mulher em São Paulo, entre 2013 a 2015, a análise por perfil socioeconômico revela que são as mulheres com menor nível de instrução as mais atingidas: 27% das respondentes com ensino fundamental informaram que já foram vítimas, percentual que cai para 18% e 12% quando consideradas as mulheres com ensino médio e ensino superior, respectivamente (WAISELFISZ, 2015). Já segundo os dados encontrados no CEAMO as vítimas possuem nível de escolaridade alto, o que demonstra que as mulheres que buscam atendimento possuem nível de conhecimento maior em relação às que não chegam a fazer denúncia (SANTOS et al., 2015, p. 1).

O mesmo estudo acima ainda acrescentou que o perfil encontrado foi: idade média de 40 anos, escolaridade predominante Ensino Médio Completo, estado civil casada ou convivente/companheiro, casa própria, desempregada e mora com em média 1,98 moradores. Segundo estudo realizado em Teresina (PI), 89% das mulheres analisadas não fez referência ao agressor. Acredita-se que seja por dependência econômica ou medo de vingança do companheiro, que por inúmeras vezes faz ameaças à vida da vítima (MONTEIRO et al. 2006).

Comparando com estudo realizado por Estrela e colaboradores (2016), a partir da análise dos 212 processos sob a jurisprudência, da 1ª Vara de Violência Doméstica e Familiar contra Mulher de Salvador, Bahia, Brasil, cujo objeto de denúncia foi a violência conjugal registrada em 2014, a faixa etária e escolaridade apresentam-se semelhantes. Tal pesquisa aponta ainda que as mulheres casadas por serem economicamente dependentes de seus cônjuges sentem-se submissas e oprimidas no quesito de denunciar; as solteiras referem-se à dependência econômica e as com nível de escolaridade avançado colocam-se mais encorajadas a vencer o ciclo de violência. Acrescenta-se também que, ao denunciar, a principal finalidade das

mulheres é de uma vida conjugal livre de violência, e não necessariamente romper o vínculo com o companheiro e com o modelo patriarcal do modelo da mulher separada.

3.3 ARTICULAÇÃO, ENCAMINHAMENTOS DA REDE ÀS AÇÕES DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Os pressupostos do trabalho em rede, segundo Kern (2012), implicam trabalhar na perspectiva da horizontalidade, realizando mediações entre o particular e o universal e lidando com correlações de forças. Em relação à rede de enfrentamento à violência contra mulheres, isto demanda a identificação das potências e estratégias de resistência por parte das mulheres que lutam contra todas as formas de opressão que subalternizam e desqualificam suas identidades, isto é, compreende buscar estratégias para mobilizar potencialidades nos sujeitos a fim de confrontar as forças que o fragilizam.

Os entrevistados referem que os serviços especializados que compõem a rede de apoio e atenção às vítimas de violência contra a mulher são existentes no município conforme já mencionado. Essa rede é constituída por serviços da área da saúde, setores jurídicos, policiais e de assistência social, a exemplo do Centro de Referência da Mulher, Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher, CRAS, CREAS e serviços de saúde como policlínicas, UPAS e hospitais. Apesar de os profissionais afirmarem conhecer a existência de determinados serviços que atendem às vítimas de violência, relataram não conhecer a existência de uma rede intersetorial para atenção às vítimas. Observa-se que a atitude dos profissionais em orientar a busca por serviços fora da área da saúde ocorre de maneira informal, descontextualizada e não constitui rotina institucional a partir da articulação do setor saúde com os outros segmentos.

Conhecer os diversos serviços que compõem a rede de atenção e prevenção da violência é um passo importante para a articulação intersetorial. No entanto, é preciso modificar o processo de trabalho dos profissionais, pois se evidenciaram dificuldades destes em funcionar, pensar e agir em rede. As atitudes profissionais ainda estão demarcadas por trabalhos isolados e desarticulados.

A integralidade do cuidado abre espaço para a negociação e inclusão do saber, dos desejos e das demandas das necessidades do outro. Preocupa-se com o bem estar dos indivíduos, como uma promessa de direito à saúde, situando-os como

sujeito e não como objeto, devolvendo-lhes o poder de julgar sobre quais são suas necessidades em saúde. É importante ampliar o cuidado e a rede de apoio social, o que exige um trabalho interdisciplinar e uma articulação entre profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários das redes, para que todos participem ativamente (PINHEIRO, 2011). Cecilio e Merhy (2003) explicam que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede.

Em relação ao quesito das ações de enfrentamento à violência na atenção primária e papel das unidades de saúde, os entrevistados colocaram que quando as vítimas procuram o serviço são prestados os seguintes cuidados: acolhimento, encorajamento, inserção em grupos de mulheres, orientações individuais, notificação, encaminhamentos para profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF-AB), bem como para Delegacia Especializada a Atenção a Mulher (DEAM), e registro nos prontuários.

Ao indagar o profissional médico sobre seus encaminhamentos este colocou, de forma bem tranquila, que tenta dialogar com a vítima na consulta quando o problema tem visibilidade ou nos casos das que se sentem à vontade para falar sobre seus medos antes que a violência tenha se configurado, pensando nas questões de prevenção. Ressalta que, em todos os casos, mesmo quando a paciente tenta omitir, fica nítido no comportamento das vítimas, na forma de se posicionar diante o profissional. Acrescenta ainda na fala que na AB no momento da consulta a função é acolhimento e encaminhamento diretamente para delegacia comum. Ao questionar se busca a DEAM, o mesmo conclui que não, na verdade coloca que fica tão indignado que orienta a paciente a buscar qualquer delegacia.

Assim este profissional não diferencia a polícia comum para uma delegacia especializada, em que o tratamento será diferenciado, e desconhece a rede de enfrentamento do município. Logo, leva a entender a desarticulação que existe na rede, tendo em vista o encaminhamento inadequado que o médico afirma dar.

Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano e Kageyama-Escobar (2005) destacam outras barreiras que impedem a identificação e encaminhamento dos casos de violência. Para esses autores, os médicos temem por sua segurança pessoal, não querem se envolver com questões judiciais, desconhecem locais para encaminhar as mulheres e não acreditam que o serviço de saúde seja um local adequado para tratar casos de violência. Além disso, os profissionais tendem a desconfiar que as mulheres estejam realmente falando a verdade e acreditam que suas atitudes podem não

contribuir para solucionar o problema. Existem também barreiras institucionais, considerando que a instituição não oferece suporte ao atendimento, nem espaços privados para realizar a consulta, sem contar a falta de capacitação profissional. Destaca-se também que não estão sendo completamente cumpridas as normas de atenção estabelecidas, que contemplam identificação, valorização do risco, fortalecimento, orientação, referência e registro.

No SUS as interações médico-paciente também se mostraram úteis para a compreensão do fenômeno investigado. A percepção dos médicos sobre a violência perpetrada por parceiro íntimo é influenciada pela condição social da mulher, que é fortemente desqualificada. Principalmente nas UBS em bairros mais violentos, os atendimentos são mais rápidos por serem consultas com especialista.

Os profissionais entrevistados afirmam que em as unidades de atenção básica realizam periodicamente as seguintes atividades de prevenção à violência contra a mulher: rodas de conversas, oficinas, dinâmica de grupo, palestras, além do fortalecimentos dos ACS nas ações realizadas nas visitas domiciliares.

Segundo as enfermeiras das USF e UBS mais violentas, quinzenalmente realizam-se rodas de conversas, dinâmica de grupo com apoio de instituições de ensino que realizam prática do curso de enfermagem, momento em que ocorre troca de informação com objetivo de provocar a reflexão do grupo provocar discussões para se ter consciência do problema e saber como enfrentá-lo. As situações são distintas e as medidas de prevenção e enfrentamento devem ser criativas e articuladas.

As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e resignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. Sua escolha baseia-se na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. Portanto, na roda, a fala é compreendida como expressão de modos de vida. As rodas são mais do que disposição física (circular) dos participantes e bem mais que uma relação custo-benefício para o trabalho com grupos. Elas são uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e à transformação social, efetivando-se a partir das negociações entre sujeitos. O espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais”.

Os ACS e as enfermeiras das unidades menos violentas colocam que na comunidade foi formado um grupo de mulheres que discutem diversos temas, dentre eles violência contra a mulher, e realizam encontros mensais. Durante os encontros as mulheres colocam sobre seus anseios, medos e situações particulares. Na oportunidade dos encontros os profissionais colocam a temática de violência contra mulher sobre a rede de enfrentamento e solicitam sugestões de temas para outros encontros.

No Programa Saúde da Família as equipes encontram-se em posição estrategicamente favorável para intervir nas relações interpessoais familiares. A abordagem da família e o fortalecimento dos laços entre os profissionais de saúde e a população atendida constituem importantes estratégias que podem contribuir para a prevenção, a identificação e a intervenção em situações de violência familiar, permitindo aprofundar as relações, viabilizando a orientação dos conflitos para formas de enfrentamento menos destrutivas, mais saudáveis. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde da família tornam-se atores da maior significância para o desenvolvimento das ações de prevenção da violência.

A Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é um dos locais privilegiados para atender a violência contra a mulher como demanda de saúde em uma perspectiva social. Os profissionais da ESF têm conhecimento de situações de violência contra a mulher em suas áreas e intervêm no tratamento das lesões, sintomas e encaminhamentos a rede (KISS; SCHRAIBER, 2011).

É importante ressaltar que mesmo na perspectiva do PSF nas ações de prevenção, ainda predomina uma lógica de atendimento sintomatológico voltada para o tratamento de lesões físicas e das sequelas dos atos violentos. Também a existência de problemas estruturais e conjunturais do setor saúde acaba por afetar a atuação dos profissionais. Nesse sentido, destacam-se: a sobrecarga dos profissionais de saúde; a inadequação dos espaços físicos das unidades para atendimento às vítimas; e o insulamento do setor frente às dificuldades de articulação para abordagem intersetorial do problema (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009). Destacam-se também questões relacionadas ao medo de represálias, falta de tempo e sentimento de impotência dos profissionais que contribuem para a atuação superficial, fragmentada e pouco resolutiva (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013).

Os profissionais da saúde da família apresentam grande potencialidade para a detecção, abordagem e acompanhamento qualificado das vítimas, pois esses lidam cotidianamente com situações de violência doméstica e sexual e vivenciam na prática as dificuldades inerentes ao processo de assistência e acompanhamento dos casos (ANDRADE et al., 2011).

O desconhecimento, por parte dos profissionais, da existência de redes de atenção às vítimas de violência foi também observado por Moreira e colaboradores (2008), que destacam a possibilidade de a desinformação acarretar prejuízos no apoio multiprofissional e intersetorial às vítimas. Essa posição é corroborada por Santos e Vieira (2011), ao afirmarem que o desconhecimento das redes de serviços existentes constitui fator de grande limitação para a abordagem integral dos problemas de saúde.

Evidenciou-se também no discurso dos profissionais que os encaminhamentos seriam uma forma de se livrar do problema, por não saberem lidar ou não quererem se envolver na situação. Conforme impressão na fala da Enfa/USF1 ela geralmente encaminha para se cobrir e registrar em prontuário, mas muitas vezes não tem a contra referência do caso, como ocorre nas fichas de notificação.

A falta do *feedback* dos casos referenciados não garante o fluxo e articulação bem definida. Assim o cuidado fica fragmentado, favorecendo o ciclo de violência. Por parte de toda equipe no que diz respeito à assistência nas unidades, a visita dos ACS, ao contrário disso, representaria apenas uma 'transferência' de responsabilidade a setores e profissionais que estariam mais bem preparados para esse tipo de atendimento.

Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) observam que a identificação de um caso de violência doméstica deve ser apenas o início de um processo que busque apoiar as vítimas na superação do problema. Nesse contexto, advertem que os encaminhamentos não devem ser numa referência para fora do serviço e posterior perda de controle sobre os desdobramentos de sua ação, mas uma estratégia destinada a envolver diversos segmentos na articulação para a resolução do problema. Diante da perspectiva da integralidade do cuidado, torna-se fundamental que os encaminhamentos se façam de maneira articulada com o setor de destino e que o vínculo do usuário seja mantido em ambos os serviços, de maneira que se fortaleçam os pontos de encontro e a articulação que devem existir na rede.

Ainda há uma lacuna de conhecimentos em relação à abordagem e tratamento do agressor (GONTIJO et al., 2010). Conforme destacam Lima, Büchele e Clímaco

(2008), essa questão não se resume à escassez de publicações, mas sobretudo à diminuta presença de serviços que prestam atendimento e acompanhamento aos homens autores da violência. A abordagem do agressor para além da repressão e punição não se configura como política pública no Brasil e países latino-americanos. Assim, o envolvimento dos homens na prevenção, atenção e enfrentamento à violência doméstica permanece incipiente, o que pode denotar limitações na abordagem do problema.

Em uma perspectiva de articulação em rede, de forma interdisciplinar e intersetorial, deve-se envolver assim amplos setores da sociedade, como Conselhos de Direitos, Delegacia de Mulheres, ONGs, hospitais, unidades de saúde, escolas, centros de referência das mulheres, movimentos de mulheres, entre outros. Esses movimentos de resistência têm caráter de denúncia, mas também de reivindicação, implicando a emergência de novos sujeitos sociais e cenários políticos, caracterizados pela transversalidade na luta por demandas de direitos.

Assim, evidencia-se a necessidade de investimentos em educação permanente como estratégia de sensibilização e qualificação dos profissionais da ESF para o enfrentamento da violência contra a mulher. A educação contínua, a partir da prática reflexiva e da socialização/integração dos diversos saberes, contribui para melhorar o desempenho profissional, desenvolver novas competências e construir novos conhecimentos. Propõe-se a formar atores crítico-reflexivos que avaliam e modificam sua prática e estão em constante busca de novos saberes (BRASIL, 2009b). No entanto, a educação permanente só se operacionaliza quando ocorre a mudança institucional das práticas de educação e formação profissional (BRASIL, 2009b). Para Santos e Santos (2011), o desenvolvimento de ações de Educação em Saúde fundamentadas nas tendências pedagógicas libertadoras tem demonstrado resultados importantes para a transformação da práxis. Nesse sentido, há necessidade de superar as ações de treinamentos esporádicos, que geram modificações localizadas, individuais e temporárias, com natural incapacidade de provocar transformações profundas sobre o agir dos profissionais.

Segundo Schraiber e colaboradores (2002) a dificuldade de articulação com as instituições de saúde pode estar associada à pouca percepção por parte dos profissionais de que a vivência de violência representa um agravo à saúde individual e coletiva. Entretanto, estudos mostram ser o setor saúde a porta de entrada para os casos de violência doméstica, podendo ser esta identificada durante qualquer

atendimento de saúde, desde os desempenhados nas unidades de emergência até aqueles realizados nos espaços da atenção básica, a partir de sinais e/ou sintomas físicos, psicológicos ou mesmo pela revelação da usuária. Para alguns estudiosos, o não reconhecimento do fenômeno pode guardar relação com a dificuldade que os profissionais de saúde têm de compreender a violência doméstica como uma demanda inerente a sua prática.

Através da pesquisa de campo e das impressões dos relatos de profissionais e gestores no enfrentamento da violência contra mulheres e baseada na literatura, entre os desafios expostos está a materialização dos pressupostos de trabalho em rede, como a horizontalidade e o enfrentamento das relações de poder existentes entre diferentes políticas e setores. Como possibilidades destacam-se a articulação de profissionais de diferentes áreas de saber, no atendimento à complexidade das demandas trazidas por mulheres em situação de violência contra a mulher.

Vale destacar aqui ainda que alguns programas têm sido desenvolvidos no âmbito de outras políticas setoriais no sentido da prevenção à violência contra a mulher. Exemplo disso é o Programa Mulheres da Paz que beneficia mulheres que pertençam às redes de parentesco e redes sociais dos jovens, foco territorial do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), desenvolvido pelo Ministério da Justiça a partir de 2007. O programa marca uma iniciativa inédita no enfrentamento à criminalidade no país, articula políticas de segurança com ações sociais; prioriza a prevenção e busca atingir as causas que levam à violência, sem abrir mão das estratégias de ordenamento social e segurança pública (SORJ; GOMES, 2011).

Conforme esse programa de mulheres de paz, as vítimas da violência passam a receber uma bolsa do governo federal e realizam ações de prevenção à violência. O acompanhamento e o monitoramento do programa visa garantir a efetividade e a transparência na implementação do Mulheres da Paz, assegurando que os benefícios efetivamente sejam repassados às mulheres.

Segundo Grossi e colaboradores (2012), outra iniciativa do PRONASCI foi capacitar as mulheres para o mercado de trabalho e formas de geração de renda. Um grupo de mulheres formou uma cooperativa (malharia) e confecciona os uniformes para a rede de ensino. Outro grupo passou a produzir bijuterias para comercialização nas feiras do município e também houve capacitação para as mulheres rurais através de convênios com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER).

Nessa perspectiva as articulações, encaminhamentos da rede às ações de prevenção a violência contra a mulher no município de Feira de Santana conforme a literatura embasada e a pesquisa de campo ainda deve avançar na melhoria das ações fragmentadas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação emergiu da preocupação de alertar, prevenir os atos violentos contra a mulher, além do desejo de conscientizar os profissionais da saúde e as vítimas de violência quanto às medidas protetivas que lhes dão suporte, como forma de romper com o ciclo violento. Para isso, procurou-se compreender quais os posicionamentos dos profissionais atuantes nos equipamentos de Atenção Básica do SUS em Feira de Santana-BA acerca das ações de prevenção a violência contra a mulher.

Os resultados desta pesquisa mostram que, apesar dos avanços obtidos nos últimos anos, ainda persistem “nós críticos” na trajetória das ações de prevenção a violência contra a mulher para romper o silêncio, denunciar e superar antes que a violência seja instituída. Com esta pesquisa, pretende-se dar subsídios para criar e tornar mais efetivas as estratégias de prevenção, visando fortalecer a rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

O objetivo geral desse estudo foi **analisar quais os desafios e perspectivas na gestão das ações de prevenção a violência contra a mulher, percebidos pelas equipes de atenção primária à saúde no município de Feira de Santana-BA.**

O estudo mostrou que na AB são desenvolvidas algumas ações de prevenção, porém existem desafios a serem enfrentados no município quanto à oferta de atenção integral aos problemas mais frequentes, a organização dos encaminhamentos necessários, treinamento dos profissionais da AB, identificação de necessidades que devem ser respondidas por outros serviços que não os da rede de saúde, e a referência do usuário a níveis mais complexos do sistema, articulação com a rede de enfrentamento e atenção para preenchimento das fichas de notificação com objetivo de diminuir o número de subnotificação.

No que se refere aos objetivos específicos da pesquisa, pode-se perceber que foram identificadas as ações de prevenção à violência contra a mulher, desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares nas unidades de atenção primária à saúde, bem como verificou-se o nível de resolutividade das demandas de mulheres vítimas de violência em Feira de Santana-Ba.

No quesito das ações de prevenção, estas são desenvolvidas pelos profissionais por meio da escuta ativa, acolhimento, encaminhamentos na rede de enfrentamento. Mas, a pesquisa revela que há muitas fragilidades considerando que

diversas ações de prevenção a violência contra a mulher ainda devem ser implementadas, bem como os profissionais serem mais capacitados para o desfecho dos casos.

As ações de prevenção da violência contra mulher têm objetivo de subsidiar a análise e avançar no quesito de equidade de gênero, fortalecendo programas de proteção dos direitos humanos e superação das discriminações entre os sexos. As desigualdades de gênero são determinadas pelas relações hierárquicas e patriarcais entre homens e mulheres, que estão na gênese da maioria das ocorrências da violência.

Os achados encontrados pela percepção dos entrevistados sinalizam que o perfil de mulheres atendidas são fragilizadas, tendo em vista que essas possuem em sua maioria baixo nível socioeconômico, e dependentes financeiramente dos parceiros apesar dos profissionais colocarem que a violência acomete a toda classe social. Muitas possuem informações sobre como combater e prevenir a violência, mas têm medo do agressor, inclusive de falar sobre os casos nas consultas das unidades de saúde ou nas visitas dos agentes comunitários. Assim, nesse cenário específico, devem ser investidas ações que empoderem as mulheres a relatarem os casos e buscarem romper com o ciclo de violência.

O estudo mostrou as diversas formas de violência a partir das experiências relatadas pelos profissionais entrevistados, que se expressam nas formas psicológica, sexual e física. Outra consequência apontada pelo estudo foi o agravamento da violência por parte do agressor com o consumo de álcool. A magnitude da violência traz consequências sobre a integridade física das mulheres bem como para a saúde mental. Esse contexto evidencia o imbricamento entre saúde e violência e, portanto, a essencialidade do preparo profissional para associar os aspectos clínicos e comportamentais apresentados pelas mulheres à violência a fim de identificar as que vivenciam o agravamento e encaminhá-las a serviços de referência.

Destacam-se como ações de prevenção no presente estudo o acolhimento, busca ativa e uma escuta qualificada, além da formação dos grupos de mulheres e notificação compulsória, além das tentativas de ampliação do vínculo entre profissional e mulheres serem estabelecidos a fim de ter uma relação de confiança, e para que possibilidades de novos projetos de vida sem violência possam emergir.

Entre os desafios está a materialização dos pressupostos de trabalho em rede como a horizontalidade e o enfrentamento das relações de poder existentes entre

diferentes políticas e setores. Como possibilidades destacam-se a articulação de profissionais de diferentes áreas de saber, no atendimento à complexidade das demandas trazidas por mulheres em situação de violência doméstica, e o aperfeiçoamento dos profissionais na temática.

Outro desafio neste estudo é a quebra do silêncio da mulher quando este ocorrer. Logo, para que se resolva o problema da violência contra a mulher é necessária conscientização da sociedade no intuito de não mais reproduzi-la, qualificação no seu atendimento e principalmente estruturas disponíveis e adequadas para a realização do seu atendimento quando necessário.

O estudo revelou ainda que os profissionais colocam que não sabem lidar diante da situação de violência, não conhecem os fluxos para encaminhamento e apontam para a necessidade de maior divulgação desses a fim de garantir à mulher o atendimento às suas necessidades. Para isso, faz-se necessário o suporte dos diversos serviços de atenção: jurídico, policial, social, de geração e renda, de habitação e de saúde. O conhecimento dos serviços dá base para o desenvolvimento de ações com vistas à prevenção, notificação, registro, encaminhamento e acompanhamento às mulheres em situação de violência em todas as etapas, favorecendo, assim, a continuidade da assistência e o aumento da credibilidade no serviço.

É de fundamental importância sugerir disciplinas que contemplem, em seus currículos e programas de educação continuada, a formação e treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Conforme a pesquisa a falta de capacitação é a realidade dos profissionais de saúde que não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas.

Outro aspecto da pesquisa deve-se ao fato do desconhecimento da ficha de notificação compulsória por parte dos profissionais e a não resolutividade da mesma. O não preenchimento do instrumento de notificação, que alimenta o Sistema de Informação da Saúde, pode encobrir dados relevantes. Isso potencializa o risco quanto ao perfil epidemiológico e, conseqüentemente, o desenvolvimento de ações preventivas equivocadas.

Vale ressaltar que o presente estudo teve limitações quanto a mudança do método de análise de dados, pois se pretendia utilizar a análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Mas, como os profissionais não permitiram a gravação das suas falas para

transcrição, foi impossibilitado tal uso. Outra limitação apresentada durante o trabalho de campo foi a recusa de médicos e odontólogos de participarem da pesquisa.

Os demais profissionais da referida pesquisa colocam que o enfermeiro tem maior habilidade de acolher a mulher, pela aproximação que esse profissional tem com a vítima nas consultas, bem como em toda a responsabilidade desse profissional no serviço. Assim, é preciso que toda a equipe repense o modo de cuidar da mulher nessa situação, apropriem-se de novos saberes, de diversas áreas do conhecimento, das discussões interdisciplinares e intersetoriais, para subsidiar e aprimorar a prática, a fim de que o princípio da integralidade da assistência à saúde possa ser um produto da prática em saúde, desses profissionais. Isso significa pensar o cuidado em saúde não apenas como um saber instrumental ou técnico, mas sim como um saber que permita a compreensão do fenômeno como um processo dinâmico, relacionado aos diferentes universos de significação e ressignificação.

Sugerem-se estudos que aprofundem nas análises sobre as ações de prevenção à violência doméstica em uma abordagem crítica, reflexiva na perspectiva de articulação da rede de atenção para compreender a história da violência, na percepção de seus atores e no reconhecimento da amplitude e diversidade de trajetórias percorridas por essas mulheres, para que se rompa o ciclo da violência. Faz-se necessário, também, empreender estudos de construção de saberes e práticas dos prestadores interdisciplinar, para que atendam nos diversos espaços de atuação suprimindo todas as lacunas das vítimas no âmbito jurídico, psicológico e de saúde.

Acredita-se que os resultados desse estudo possam contribuir para maior visibilidade das questões que entravam o processo de atenção à mulher em situação de violência doméstica, oferecendo subsídios para se pensar ações e estratégias de prevenção e enfrentamento do fenômeno.

Sugere-se que sejam criados guias para nortear as ações de profissionais de saúde, de modo que possam identificar, apoiar e dar o devido encaminhamento às vítimas conforme Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013 (BRASIL, 2013c). Logo esse guia adaptado ao município os profissionais terá subsídio para realizar um atendimento de qualidade embasado na literatura de forma rápida e segura desde o acolhimento até o encaminhamento na rede especializada.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. Z. G. Luta das mulheres pelo direito de voto. movimentos sufragistas na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos. **Arquipélago - Revista da Universidade dos Açores**, Ponto Delgada, História, 2ª série, v. 6, p. 443-469, 2002. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.3/380>. Acesso em: 29 mar. 2019.
- ADORNO, S. Crime, justiça penal e desigualdade jurídica - As mortes que se contam no tribunal do júri. **Revista USP**, n. 21, p. 132-151, 30 maio 1994. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/26942/28720>. Acesso em: 29 mar. 2019.
- ANDRADE, E. M. *et al.* A visão dos profissionais de saúde em relação a violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 147-155, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2017.
- AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2017.
- BAHIA. Secretaria de Segurança Pública. Polícia alcança maior redução de CVLIs dos últimos 6 anos. **SSP.ba.gov.br**. Salvador, 27 dez. 2018. Disponível em: <http://www.ssp.ba.gov.br/2018/12/4932/Policia-Baiana-alcanca-maior-reducao-de-CVLIs-dos-ultimos-6-anos.html>. Acesso em: 29mar. 2019.
- BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T. M. C. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. **SER Social**, v. 10, n. 22, p. 183-212, jan./jun. 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BIGLIARDI, A. M.; ANTUNES, M. C.; WANDERBROOKE, A. C. N. S. O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 36, n. 91, p. 262-285, jul. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2019.
- BLAY, E. A. **Direitos humanos e homicídio de mulheres**. Projeto de Pesquisa Integrada apoiado pelo CNPq. 2003. No prelo. Resumo dos dados. Disponível em: www.usp.br/nemge. Acesso em: 25 mar. 2018.
- BORGES, P. C. C. A tutela penal dos direitos humanos. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 134, p. 82-88, jul. 2012.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface**, v. 13, n. 28, p. 165-174, 2009.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Legislação da mulher**. 6. ed. Brasília: Edições Câmara, 2014.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 13 mar. 2013c.

BRASIL. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**: relatório final de implementação. Brasília: SPM, 2009a.

BRASIL. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**: relatório final de implementação. Brasília: SPM, 2008b.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 ago. 2006a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 07 maio 2018.

BRASIL. Lei nº 12.854, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 ago. 2013d.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Políticas para a mulher**: relatório da gestão 1999/2002 da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siab>. Acesso em: 29 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. *In*: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 12 set. 1978, Alma-Ata, URSS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 07 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.htm. Acesso em: 07 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**: prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a peça principal para enfrentar este problema. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**: normas e rotinas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf. Acesso em: 29 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva**: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violências e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008a. (Painel de Indicadores do SUS, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência contra a criança e o adolescente:** proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde, SASA, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0220violencia.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

BRASIL. **Norma técnica de uniformização para os centros de referência de atendimento à mulher em situação de violência.** Brasília: SPM, 2006b.

BRASIL. Observatório da Mulher contra a Violência. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil:** indicadores nacionais e estaduais. Brasília: Senado Federal, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/529424>. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASIL. Observatório da Mulher contra a Violência. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil:** indicadores nacionais e estaduais. Brasília: Senado Federal, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005). **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jan. 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 ago. 2013a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Diretrizes nacionais para o abrigo de mulheres em situação de risco e de violência.** Brasília: SPM, 2011f. (Coleção Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, v. 4).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Enfrentamento a violência contra a mulher:** orientações práticas para profissionais e voluntários. Brasília: SPM, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Mulheres do campo e da floresta:** diretrizes e ações nacionais. Brasília: SPM, 2011g. (Coleção Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, v. 5).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013b. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_PNPM_2013.pdf. Acesso em: 29 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília: SPM, 2004. (Coleção Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, v. 1).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: SPM, 2011c. (Coleção Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, v. 2).

BRASIL. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: SPM, 2012.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Presidência da República, 2011a. Disponível em: <http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 14 jan. 2014.

BRUSCHI, A.; PAULA, C. S.; BORDINM, I. A. S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n.2, p.256-64, abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2019.

BUCKLEY, S. Europe: domestic violence - an all too common reality. **Violence Against Women**. v. 4, n. 2, p. 365-81, mar, 2000.

BUTLER, J. P. Merely cultural. **New Left Review**, v. 1, n. 227, p. 33-44, Jan./Feb. 1998.

BUTLER, J. P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CANTERA, L. **Casais e violência: um enfoque além do gênero**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.

CAVALCANTI, M. L. T. **A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CAVALCANTI, M. L. T.; MINAYO, M. C. S. Abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 480- 517.

CECCIM, R. B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. v. 1, p. 32-45.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECILIO, L. C.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **A construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mar. 2019.

COLE, T. B. Is domestic violence screening helpful? **JAMA**, v. 284, n. 5, p. 551-553, Aug. 2000. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/vol/284/pg/551>. Acesso em: 26 mar. 2019.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE. Unidad Mujer y Desarrollo. **Brasil: fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para avançar na transversalização da perspectiva de gênero nas políticas públicas**. Reunión de Expertos “Políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género”. Documento elaborado por Lurdes Bandeira. Quito, EC: CEPAL, 25 ago. 2004. Disponível em: https://www.cepal.org/mujer/reuniones/quito/lourdes_bandeira.pdf. Acesso em: 26 mar. 2019.

CORSINI, C. F. **É agressivo ou está agressivo? Eis a questão**. 2004. Disponível em: <http://www.nib.unicamp.br/svol/agres.htm>. Acesso em: 11 fev. 2013.

COSTA, A. A. A. O movimento feminista no Brasil: dinâmica de uma intervenção política. *In*: MELO, H. P. *et al.*(ed.). **Olhares feministas**. Brasília, DF: Ministério da Educação, Unesco, Data Senado, 2007. p. 51-82.

COSTA, A. A. Gênero, poder e empoderamento das mulheres. **Adolescencia.org.br**. 2008. Disponível em: http://www.adolescencia.org.br/empower/website/2008/imagens/textos_pdf/Empoderamento.pdf. Acesso em: 2 maio 2013.

COSTA, A. M. **Atenção integral à saúde das mulheres: QUO VADIS? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

COSTA, A. M. O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: anotações para um debate. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 4., Aguas de São Pedro, 1986. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ABEP, 1986. v. 2. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf>

COSTA, A. M. **PAISM**: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 31, n. 75-76, p.13-24, 2007.

CRUZ, N. M. *et al.* Meanings of the reports of violence against women: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 2, p. 144-50, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4717>. Acesso em: 11 jul. 2019.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 11, Supl., p. 1163-1178, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2019.

DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface**, v. 13, n. 31, p. 287-99, 2009.

DE TILIO, R. Marcos legais internacionais e nacionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres: um percurso histórico. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 2, n. 1, 30 jun. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/97851>. Acesso em: 11 jul. 2019.

DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, M. B. Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a violência doméstica. **Cadernos Pagu**, v. 29, p. 305-337, 2007.

DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Violência de gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 66, p. 165-185, 2008.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, 2011.

DÍAZ-OLAVARRIETA, C. *et al.* Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. **Archives Neurology**, v. 56, n. 6, p. 681-5, 1999. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/775096>. Acesso em: 26 mar. 2019.

DINIZ, N. M. F. *et al.* Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1010-15, nov./dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mar. 2019.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, 2009. p. 1037-1050.

DUFLOTH, S. C. *et al.* Construção da cidadania feminina: contribuições do pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 12, n. 1, p. 271-291, jul. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2015v12n1p271/29665>. Acesso em: 12 jul. 2019.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2-3, p. 165-176, 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>. Acesso em: 29 mar. 2019.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Preventive Services Task Force. Screening for family violence. *In*: ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Preventive Services Task Force. **Guide to clinical preventive services**. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. p. 556-65.

ESTRELA, F. M. *et al.* Aspectos demográficos e sociodemográficos de mulheres em situação de violência conjugal: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5380/html_2. Acesso em: 26 mar. 2019.

ESTRELA, F. M. **Violência conjugal**: caracterização de mulheres, expressões e consequências para a saúde feminina. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/20779>. Acesso em: 26 mar. 2019.

FERNANDES, E. O. J. **Violência doméstica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Ouro Preto, Aracuaí, 2012. Disponível em: <http://www.amde.ufop.br/tccs/Aracuai/Aracuai%20-%20Eliene%20Fernandes.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo, 2010.

FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, maio/ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FREITAS, G. L. *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p.

424- 428, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 20 maio 2017.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Trabalho original publicado em 1991.

GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus Editorial, 1997. Trabalho original publicado em 1992.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2567-73, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200007. Acesso em: 20 maio 2017.

GARCIA, M. V. *et al.* Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2551-63, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100010>. Acesso em: 20 maio 2017.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 146-155, 1994. Suplemento.

GOLDING, J. L. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. **Journal of Family Violence**, v. 14, p. 99-132, 2002.

GOMES, V. L. O. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 718-724, 2007.

GONTIJO, D. T. *et al.* Violência e Saúde: uma análise da produção científica publicada em periódicos nacionais entre 2003 e 2007. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1.017-54, 2010.

GRAHAM, D. L. R.; RAWLINGS, E.; RIMINI, N. Survivors of terror: battered women, hostages and the Stockholm Syndrome. *In*: YLLO, K.; BOGRAD, M. (ed.). **Feminist perspectives on wife abuse**. London: Sage, 1998.

GROSSI, P. K. *et al.* Prevenção da violência contra mulheres: desafios na articulação de uma rede intersetorial. **Athenea Digital**, v. 12, n. 3, p. 267-277, nov. 2012. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-krieger-pedersen-vincensi-et-al>. Acesso em: 30 set. 2018.

GUIMARÃES, G. C. **Rotas críticas de mulheres em situação de violência doméstica**: estudo de caso. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, 2014. Disponível em: <http://www.mpe.uefs.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=39>. Acesso em: 20 maio 2017.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da violência**: 2017. Rio de Janeiro: IPEAS, FBSP, 2017. Disponível em: https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2018/04/IPEA_FBSP_atlasdaviolencia2017.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da violência**: 2018. Rio de Janeiro: IPEAS, FBSP, 2018. Disponível em: https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2018/06/IPEA_FBSP_AtlasdaViolencia2018Relatorio.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

JANUÁRIO, I. S. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: diretrizes legais para a assistência de enfermagem. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 13., 2010, Natal, RN . **Anais eletrônicos do [...]**. Brasília, DF: COFEN, 2010. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I19725.E8.T3054.D4AP.pdf>. Acesso em: 24 out. 2011.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causation and primary prevention. **Lancet**, v. 359, p. 1423-29, 2002.

KERN, F. A. **As mediações em redes como estratégia metodológica do serviço social**. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

KIRKWOOD, C. **Leaving abusive partners**. London: Sage, 1993.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1943-52, 2011.

KRANTZ, G.; GARCIA-MORENO, C. Violence against women. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 59, n. 10, p. 818-21, 2002. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/59/10/818.full.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

KRUG, E. G. *et al.* (ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

LANCASTER, R. (ed.). **The gender/sexuality reader**: culture, history, political economy. Nova York: Routledge, 1997.

LEITE, M. T. S. *et al.* Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./fev.

2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00085.pdf. Acesso em: 26 mar. 2019.

LIMA, D. C.; BÜCHELE, F.; CLÍMACO, D. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 22, p. 69-81, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/08.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2019.

MARCONDES FILHO, C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, n. 2, p. 20-27, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n2/8573.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; DE SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 604-10, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/08.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

MATTAR, R. E. *et al.* Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 459-64, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200023>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/23.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MCCAULEY, J. *et al.* The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. **Annals of Internal Medicine**, v. 123, n. 10, p. 737-46, Nov. 1995.

MCWILLIAMS, M.; MCKIERNAN, J. **Bringing it out into the open**: domestic violence in Northern Ireland: a study commissioned by the Department of Health and Social Services (Northern Ireland). Belfast: HMSO, 1993.

MEDEIROS, H. L. V.; SOUGEY, E. B. Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 28-33, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n1/v59n1a05.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 31-48, abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2019.

MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. **Psicologia e Sociedade**, v. 20, p. 78-86, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20nspe/v20nspea11.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MELO, M. B. A. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-647, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2019.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, Supl. 1, p. 07-18, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Análise da produção intelectual brasileira sobre violência e saúde**. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 2013.

MONTEIRO, C. F. S. *et al.* A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 2, p. 273-279, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mar. 2019.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto-Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 26-31, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a03v16n1.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

MOREIRA, S. N. T. *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1053-9, 2008.

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

MORGADO, R. Mulheres em situação de violência doméstica. In: GONÇALVES, H. S.; BRANDÃO, E. P. (org.). **Psicologia Jurídica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2008.

MOURA, L. B. A. Entre segredos, silêncios e medos: violências nas relações íntimo-afetivas. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 480-93, 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555769.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”**: adotada em Belém

do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no vigésimo quarto período ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Belém, PA, 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 29 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Consultation on Violence and Health. **Violence: a public health priority**. Geneva: OMS, 1996. Document WHO/EHA/SPI. POA.2).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre la violencia y salud**. Geneva: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women**. Geneva: OMS, 2001. Document WHO/FCH/GWH/01.01. Disponível em: <https://www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Violence against women: a priority health issue**. Geneva: OMS, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva: OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World health statistics annual 1996**. Geneva: OMS, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual**. Washington, DC: OPAS, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Resolución XIX: violencia y salud**. Washington, DC: OPAS, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario**. Washington, DC: Division de Salud Familiar y Reproductiva, Division de Salud y Desarrollo Humano, OPAS, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violência y salud**. Resolución nº XIX. Washington, DC: OPAS, 1994.

PALAZZO, L. S. *et al.* Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 622-29, 2008.

PINHEIRO, P. S. A. A criança e o adolescente: compromisso social. *In*: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A.; OLIVEIRA, A. B. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. 2. ed. São Paulo: Iglu, 2000. p. 9-11.

PINHEIRO, R. Integralidade de cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Usuários, redes sociais, mediações e**

integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ /IMS /LAPPIS, 2011. p. 51-66.

Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Usu%C3%A1rios-Redes-Sociais-Media%C3%A7%C3%B5es-e-Integralidade-em-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

PITANGUY, J. Movimento de mulheres e políticas de gênero no Brasil. *In*: MONTAÑO, S.; PITANGUY, J.; LOBO, T. **As políticas públicas de gênero: um modelo para armar. O caso do Brasil.** Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, 2003. p. 23-40. (CEPAL – Serie Mujer y desarrollo, nº 45).

QUADROS, M. E. *et al.* Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 164-174, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/8359/pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

RAMSAY, J. *et al.* Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. **BMJ**, v. 325, n. 7359, p. 314, Aug 2002. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/325/7359/314.full.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

RAND, M. R. **Violence-related injuries treated in hospital emergency departments.** U.S. Washington, DC: Department of Justice, 1997.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: OPAS, 2008.

REICHENHEIM, M. E.; PAIXÃO JÚNIOR. C. M.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural do H-S/EAST. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p.1801-13, ago. 2006.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 52-59, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/81/142>. Acesso em: 29 mar. 2019.

RICHARDSON, J. *et al.* Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. **BMJ**, v. 324, p. 274-7, 2002.

RODRÍGUEZ-BOLAÑOS, R. A.; MÁRQUEZ-SERRANO, M.; KAGEYAMA-ESCOBAR, M. L. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. **Salud Publica Mexico**, v. 47, n. 2, p.134-44, 2005.

SACRAMENTO, L. T.; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, n. 24, p. 95-104, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2019.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SALIBA, O. *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

SANICOLA, L. **As dinâmicas da rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras, 2008.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Publica**, v. 13, n. 4, p. 703-16, 2011.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Recursos sociais para apoio as mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes chave. **Interface**, v. 15, n. 36, p. 93-108, 2011.

SANTOS, S. A. *et al.* Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 483-493, 2017.

SANTOS, S. M F. *et al.* Perfil socioeconômico das mulheres vítimas de violência doméstica atendidas em Centro de Referência em Campinas. *In*: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNICAMP, 24., 2015, Campinas, SP. **Proceedings [...]**. Campinas, SP: Unicamp, 2015. DOI: 10.19146/pibic-2016-51800. Disponível em: <https://proceedings.galoa.com.br/unicamp-pibic/pibic-2016/trabalhos/perfil-socioeconomico-das-mulheres-vitimas-de-violencia-domestica-atendidas-em-centro-de-referencia/download>. Acesso em: 29 mar. 2019.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência - da trama de serviços à rede intersectorial. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Blima>. Acesso em: 11 jul. 2019.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-477, ago. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2019.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5820.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violence against women: interfaces with health care, **Interface**, v. 3, n. 5, 1999.

SHARPS, P. W.; CAMPBELL, J. Health consequences for victims of violence in intimate relationships. *In*: ARRIAGA, X. B.; OSKAMP, S. (ed.). **Violence in intimate relationships**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999. p. 163-180.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Ata Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 608-13, 2013.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 263-272, 2003.

SILVA, M. H.; SILVA, K. V. **Dicionário de conceitos históricos**. São Paulo: Contexto, 2005. 412 p.

SILVA, R. A. *et al.* Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.6, p.1014-1022, 2012.

SILVEIRA, L. P. Serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência. *In*: DINIZ, G. S.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, L. A. (org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista, Sexualidade e Saúde, 2006.

SOARES, B. M. **Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SORJ, B.; GOMES, C. O gênero da "nova cidadania": o Programa Mulheres da Paz. **Sociologia & Antropologia**, v. 1, n. 2, p. 147-164, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752011000200147&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2015.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl.1, p. 1325-35, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2015.

SOUSA, M. H. *et al.* Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010008>. Acesso em: 29 mar. 2019.

SOUTO, C. M. R. M. **Violência conjugal sob o olha de gênero**. 2008. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509-17, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

STARK, E.; FLITCRAFT, A. **Women at risk-domestic violence and women's health**. London: Sage, 1996.

SUAREZ, M. Para a igualdade de oportunidades entre mulheres e homens: comentários iniciais ao texto de Paola Cappelin. *In*: SILVA, K. (org.). **Gênero no mundo do trabalho**. São Paulo: Gráfica e Editora Ellus, 2000. p. 93-99.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006.

VARGAS, G. **O percurso de resiliência da mulher vítima de violência conjugal**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1884/28991>. Acesso em: 26 mar. 2019.

VELOSO, M. M. X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-72, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

VENÂNCIO, K. C. M. P. **A magnitude da violência de gênero entre mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários**. 2012. 195 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-10052012-124820/pt-br.php>. Acesso em: 26 jun. 2015.

VENÂNCIO, S. I. *et al.* **Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. (Temas em Saúde Coletiva, 7).

VENTURI, G. *et al.* (org.). **Pesquisas de opinião: a mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

VIEIRA, E. M. *et al.* Conhecimento e atitude dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 566-77, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/07.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

VIEIRA, E. M.; PERDONA; G. C. S.; SANTOS, M. A. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.

VIEIRA, L. B. *et al.* Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 366-72,

maio/jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0366.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 471-475, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/25.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização. Homicídios de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Flacso, CEBELA, 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: Flacso Brasil, 2015. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 21 set. 2017.

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; MORÉ, C. L. O. Estrutura e funcionamento familiar e a violência contra idosos. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 74, p. 147- 268, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=12231&dd99=view&dd98=pb>. Acesso em: 26 mar. 2019.

WATHEN, C. N.; MACMILLAN, H. L.; CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. **CMAJ**, v. 169, n. 6, p. 582-4, Sep. 2003.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ **Idade:** _____

Sexo: () M () F

Cidade: _____

Estado civil: () Casado(a) () Solteiro(a) () União estável

() Divorciado(a)/Separado(a) () Viúvo(a) () Outros

Cor/Raça [IBGE]

() Preta () Branca () Amarela () Parda () Indígena

II – FORMAÇÃO

Grau de instrução

() Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) incompleto

() Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) completo

() Superior incompleto. Qual? _____

() Superior completo Qual? _____

() Especialização completa Qual? _____

() Especialização incompleta Qual? _____

() Mestrado incompleto Qual? _____

() Mestrado completo Qual? _____

() Doutorado incompleto Qual? _____

() Doutorado completo Qual? _____

III – TRABALHO

Instituição _____

Função atual: _____

Tempo nessa função: _____ meses/anos

Vínculo de trabalho:

() () Concursado

() Contratado celetista

() Contratado autônomo (RPA)

() Temporário

() Terceirizado

() Outro. Especifique _____

Quantas horas/semana você trabalha nessa função: _____

Turno de trabalho:

- manhã
- tarde
- noite
- dois turnos
- três turnos

Tem outro vínculo de trabalho?

- Sim. Qual (is)? _____
- Não

1. Fale sobre sua prática cotidiana no atendimento a casos de violência contra a mulher?
2. Quais os principais desafios para o atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica?
3. Na sua opinião quais as causas da violência contra a mulher?
4. Existe algum o papel da rede primária nas ações de prevenção a violência contra a mulher? Qual?
5. Descreva quais ações são desenvolvidas neste sentido e quais os possíveis resultados.
6. Quais são os tipos de violência mais frequentemente sofridas pelas mulheres que são atendidas na unidade?
7. Quais as principais dificuldades enfrentadas durante o preenchimento da ficha de notificação compulsória?
8. Qual sua opinião sobre a ficha de notificação para trazer algum benefício para as mulheres?
9. Quais são as características das mulheres que apresentam queixas de violência? Qual é a idade média delas? Quais são as suas situações familiares? São casadas, têm filhos?
10. Quais as intervenções e encaminhamentos são dadas às mulheres vítimas de violência que se reportam nesta instituição?
11. Como ocorre a articulação da rede de saúde e de outras redes quanto a questão da VCM? e quais os desafios?
12. O que acha que poderia ser melhor? O que é necessário?
13. Quais as perspectivas com relação a prevenção a VCM quanto a estratégias adotadas na sua unidade?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ANUÊNCIA DO ENTREVISTADO)

De acordo com a Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde - Brasília – DF, sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa vinculada ao Programa Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social (MPGESTAOPPSS), intitulada como: **Ações das Unidades de Atenção Primária à Saúde frente à Violência contra a mulher no município de Feira de Santana-Ba: desafios e perspectivas.**

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de um estudo mais aprofundado sobre ações de prevenção que os profissionais utilizam contra a violência a mulher. Este estudo objetiva analisar quais os desafios e perspectivas na gestão das ações de prevenção a violência contra mulher desenvolvidas nas unidades de atenção primária à saúde no município de Feira de Santana-BA. Para atingir esses objetivos serão feitas entrevistas com durabilidade média de 15 minutos. As respostas serão analisadas e confrontadas com as ações prevenção de atenção primária de outros municípios. Daí, revelar suas virtudes e propor a correção das possíveis lacunas.

Cabe esclarecer que existe a possibilidade de surgirem alguns desconfortos e riscos para o participante desta pesquisa, mesmo que em grau reduzido por se tratar de informações. Entre esses riscos e desconfortos podem ser citados: constrangimento, respostas tímidas ou inibidas, a insegurança quanto ao sigilo das informações, cansaço físico, falta de tempo e disposição para as entrevistas. Por outro lado, existem os benefícios da obtenção do conhecimento, subsidio para outras pesquisas, encaminhamento para rede de atendimento das mulheres vítimas de violência no processo de empoderamento feminino e analisar a sob notificação dos casos.

Com a finalidade de evitar e/ou reduzir esses incômodos ou riscos será dado total liberdade de respostas aos participantes, as respostas serão tabuladas por assunto e com total sigilo, não deixando margem para identificação do participante de determinada resposta. As entrevistas serão marcadas para o horário e local que melhor se adeque as condições do participante. Podendo ser fracionadas ou completas, dependendo da disponibilidade de tempo do participante. Havendo qualquer dispêndio, esse será por conta do pesquisador.

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados e/ou apresentados em encontros e congressos sobre Políticas Públicas, Ambientais e Segurança Social. Contudo, as informações obtidas por meio dos relatos (entrevistas e/ou questionário) serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua identidade, e os dados serão publicados de forma que não seja possível a sua identificação. A pesquisa terá um período de arquivamento de cinco anos após o encerramento dos estudos, podendo esse arquivamento processar-se em meio digital.

As informações são confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Se houver alguma questão que deseje esclarecer, você receberá uma cópia desse termo e em caso de dúvidas poderá entrar em contato com os pesquisadores envolvidos com o referido projeto: Marcia Gomes Silva , pós-graduanda do curso de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da UFRB, Edgilson Tavares de Araújo, docente da UFRB e orientador da pesquisa, podendo manter contato pelo telefone (75) 99197-4369, e-mail: cinhagsilva@gmail.com e para esclarecimentos de questões éticas entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, telefone (75)3621-6850. Considerando os dados acima, CONFIRMO estar sendo informado(a) por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo AUTORIZO a publicação.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido(a) de quaisquer dúvidas, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, preencha o parágrafo abaixo e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do sujeito da pesquisa.

Marcia Gomes Silva
Mestranda em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da UFRB

Prof. Dr. Edgilson Tavares de Araújo
Orientador da Pesquisa