

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Medicina
Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

Anna Carolina Moraes Lamberti

**Narrativas de mulheres vítimas de violência íntima e a produção do cuidado na
Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro.**

Rio de Janeiro

2022

FOLHA DE ROSTO

ANNA CAROLINA MORAES LAMBERTI

Narrativas de mulheres vítimas de violência íntima e a produção do cuidado na
Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Alicia Regina Navarro Dias de Souza

Rio de Janeiro

2022

Ficha catalográfica

Lamberti, Anna Carolina Moraes

Narrativas de mulheres vítimas de violência íntima e a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. / Anna Carolina Moraes Lambert. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2022.

93 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Alicia Regina Navarro Dias de Souza

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2022.

Referências: f. 75-84

1. Violência contra a Mulher. 2. Violência por Parceiro Íntimo. 3. Saúde da Mulher. 4. Narrativa Pessoal. 5. Atenção Primária à Saúde – Tese. I. Souza, Alicia Regina Navarro Dias de. II. UFRJ, CCS, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Andreia de Oliveira Paim CRB - 7/5183



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As 15 hs do dia 10 de outubro de 2022 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área e Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: **Atenção Integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis**. A dissertação com o título: **"Narrativas de mulheres vítimas de violência íntima e a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro"**, foi apresentada pela(o) candidata(o): **Anna Carolina Moraes Lambeletti**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 119007353** (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16/03/2020", que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, "artº 1º, () item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; (X) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravado. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Alicia Regina Navarro Dias de Souza** (presidente); **Ivone Evangelista Cabral** (1º examinador); **Marcelo Zveiter** (2º examinador), em sessão REMOTA, () PARCIAL (X) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expos o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção (X) **APROVADO** () **NAO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

A dissertação se alinha com a área de Saúde Coletiva no âmbito da Atenção Primária à Saúde como um produto de destaque com interface na Saúde da Mulher e Saúde Mental.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): *Alicia Regina Navarro Dias de Souza*
#/ 1º Examinador(a): *Alicia Regina Navarro Dias de Souza*
#/ 2º Examinador(a): *Marcelo Zveiter*
Aluno(a)/Examinado(a): *Anna Carolina Moraes Lambeletti*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Léia e ao meu pai Ivan, as pessoas mais importantes da minha vida e responsáveis por eu ser quem eu sou hoje. Eles que sempre me apoiaram em minha trajetória acadêmica e profissional mesmo que nem sempre tenham concordado com todas as minhas decisões.

Agradeço a Kiowa, com quem dividi longos e felizes quatro anos de vida, que me apoiou mesmo quando eu quis desistir, quando a iminência e a tristeza de perder parentes e pacientes para a Covid, batia à porta e o mestrado não fazia mais sentido, ela não me deixou desistir.

Agradeço a dona Sileuda, mãe da Kiowa, que mesmo não entendendo exatamente o que era o mestrado, me apoiava, me incentivava, e sempre me recebia de braços abertos com um almoço ou um jantar quentinho na mesa, quando eu chegava cansada do trabalho e ainda tinha que sentar ao computador para escrever.

Às amigas e amigos de vida: Vocês são incríveis!

À minha orientadora Alícia Navarro, aquela que tem uma voz meiga e sempre iniciava nossas conversas com: "*Carolina minha querida...*", agradeço os longos anos, longas conversas, muitas orientações e mensagens no WhatsApp, a Covid marcou nosso encontro nessa vida por muitas chamadas de vídeo.

À minha turma, amigos que o mestrado me trouxe, uns mais próximos, ou nem tanto, mas todos marcaram de algum modo minha estadia nesta vida, nossas festas e nossos encontros nas aulas foram incríveis.

A você Renan, um colega que deixou uma saudade enorme ao se despedir desta vida tão cedo, só tenho a agradecer pelo pouco tempo que convivemos e pela pessoa tão afetuosa que era. Fique em paz meu amigo!

*“A vida começa quando a violência acaba”
(Maria da Penha Maia Fernandes)*

RESUMO

LAMBERTI, Anna Carolina Moraes. Narrativas de mulheres vítimas de violência íntima e a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado em Atenção Primária à Saúde). Faculdade de medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A violência contra mulher, principalmente a violência íntima, vem sendo destaque e objetos de muitos estudos não apenas pela problemática em si mas por se relacionar diretamente com o processo de adoecimento dos indivíduos. O fenômeno ainda é um desafio para os profissionais da APS e nota-se uma lacuna na literatura quando se busca por estudos que contemplem as narrativas de mulheres vítimas de VI atendidas na APS. Apesar dos avanços em políticas públicas, percebe-se ainda que a APS pouco leva em consideração a experiência narrada pela mulher vítima de VI para a produção do cuidado. Objetivo: Compreender o significado das narrativas das experiências vividas por mulheres vítimas de violência íntima, atendidas na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro; Metodologia: estudo qualitativo em uma clínica da família da AP 3.1. Utilizou-se dois modos de seleção das participantes: captação nas salas de espera e captação pela equipe de saúde. Aplicou-se o instrumento WHO VAW e para as que positivaram para algum tipo de violência também o roteiro semiestruturado para a produção das narrativas. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica da análise de conteúdo de Laurence Bardin, as falas que continham o mesmo significado e sentido, e mais vezes apareceram nas narrativas foram separadas em unidades de registro e seis categorias temáticas. Resultados e discussão: Obteve-se 16 narrativas de mulheres vítimas de VI, 15 abordadas nas salas de espera e apenas uma indicada por uma equipe de saúde. As seis categorias exprimiram principalmente a busca por ajuda, razões de nunca terem mencionado a suas equipes a situação de VI, e sugestões para a abordagem do tema na APS sob a ótica das participantes. A escuta terapêutica foi amplamente mencionada como sugestão para a abordagem do tema. Embora apenas três entrevistadas tenham relatado a situação de VI à suas equipes, todas referiram bom relacionamento e acolhimento às suas demandas de saúde, revelando não haver dificuldade no acesso à equipe. Conclusões: A APS é um espaço cheio de potencialidades para o cuidado de mulheres em situação de VI. É necessária uma reorganização do serviço assim como capacitação das equipes para a implementação

de ações mais efetivas no enfrentamento da VI. A gestão do tempo de agenda, possibilitando tempo hábil para o acolhimento de mulheres vítimas, torna-se desafiador devido à grande pressão assistencial percebida durante a pesquisa e trazida como obstáculo nas narrativas. Apesar dos desafios, as usuárias reconhecem a APS como espaço potencial para o cuidado colaborando como rede de apoio e proteção às situações de VI. Conclui-se reforçando a importância de não aguardar que a temática da violência seja trazida pela usuária nas consultas ou outros espaços nas unidades de APS, pois são muitos os motivos que as fazem evitar discutir sobre o assunto. Tornou-se evidente que deve sobretudo partir do profissional de saúde introduzir o tema e com suas habilidades de comunicação reconhecer, abordar, acompanhar e encaminhar à rede, caso seja necessário, mulheres vítimas de violência íntima.

Palavras-chave: narrativas; violência por parceiro íntimo; violência contra a mulher; atenção primária à Saúde; saúde da mulher.

ABSTRACT

LAMBERTI, Anna Carolina Moraes. Narratives of women victims of intimate violence and the production of care in Primary Health Care in the Municipality of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2022. Dissertation (Master in Primary Health Care). School of medicine. Federal University of Rio de Janeiro.

Introduction: Violence against women, especially intimate violence, has been highlighted and the object of many studies not only for the problem itself but also because it is directly related to the process of illness of individuals. The phenomenon is still a challenge for PHC professionals and there is a gap in the literature when we search for studies that contemplate the narratives of women victims of VI seen in PHC. Despite advances in public policies, it is still perceived that PHC takes little account of the experience narrated by women victims of SA in the production of care. Objective: To understand the meaning of the narratives of experiences lived by women victims of intimate violence, assisted in Primary Health Care in the municipality of Rio de Janeiro; Methodology: Qualitative study in a family clinic of AP 3.1. Two modes of participant selection were used: intake in the waiting rooms and intake by the health team. The WHO VAW instrument was applied and for those who tested positive for some type of violence the semi-structured script was used for the production of narratives. For the data analysis we used the Laurence Bardin's content analysis technique. The speeches that contained the same meaning and sense, and appeared more often in the narratives were separated in registration units and six thematic categories. Results and discussion: We obtained 16 narratives from women victims of VI, 15 approached in the waiting rooms and only one indicated by a health team. The six categories expressed mainly the search for help, reasons for never having mentioned to their teams the situation of VI, and suggestions for approaching the topic in PHC from the participants' perspective. Therapeutic listening was widely mentioned as a suggestion for addressing the issue. Although only three interviewees had reported the situation of VI to their teams, all reported a good relationship and welcoming of their health demands, revealing no difficulty in accessing the team. Conclusions: PHC is a space full of potential for the care of women in situations of VI. It is necessary to reorganize the service as well as to train the teams to implement more effective actions to deal with HIV. The management of the agenda time, allowing time for the reception of

women victims, becomes challenging due to the great pressure of assistance perceived during the research and brought up as an obstacle in the narratives. Despite the challenges, users recognize PHC as a potential space for care, collaborating as a network of support and protection to situations of HIV. We conclude reinforcing the importance of not waiting for the issue of violence to be brought up by the user in consultations or other spaces in the PHC units, because there are many reasons that make them avoid discussing the subject. It became evident that it should be mainly from the health professional to introduce the theme and with his communication skills to recognize, approach, monitor and refer to the network, if necessary, women victims of intimate violence.

Keywords: narratives; intimate partner violence; violence against women; primary health care; women's health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 - Trajetória Profissional e interesse sobre o tema.....	15
1.2 - Problemática do Estudo.....	16
1.3 - Justificativa.....	21
2. MARCO TEÓRICO	23
2.1 - Panorama Mundial da Violência contra a Mulher.....	23
2.2 - Questão de Gênero.....	27
2.3 - Enfrentamento da Violência Contra a Mulher.....	28
2.4 - Pandemia da Covid-19 e seu reflexo na violência contra mulher	32
2.5 - Violência contra a Mulher e a Saúde.....	34
2.5.1 – Atenção Primária à Saúde e o cuidado da mulher vítima de violência	35
4. METODOLOGIA	41
4.1 – Local do Estudo:.....	41
4.2 – Participantes – recrutamento e elegibilidade.....	43
4.3 – Procedimentos	45
4.4 - Instrumentos de Coleta.....	46
4.5 - Questões éticas	48
5. Resultados e Discussão	49
5.1 - Álcool/drogas, elas, e a violência	53
5.2 - Relação com a Equipe.....	55
5.3 – “Ninguém nunca me perguntou”.....	59
5.4 – O papel da escuta no processo terapêutico.....	61
5.5 - A rede de apoio e a busca por ajuda.....	63
5.6 – “Eu acho que precisa de mais presença da equipe, da agente de saúde nos lares” – Sugerindo estratégias para a produção do cuidado.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73

ANEXO I - Caracterização sociodemográfica das participantes	87
ANEXO II – Roteiro de Entrevista	88
ANEXO III.....	90
ANEXO IV	91
ANEXO V - TCLE	93
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	93

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

A.P. – Área Programática

CAP – Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CF – Clínica da Família

CRMM – Centro de Referência de Mulheres da Maré

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DEAM – Delegacia de Atendimento à Mulher

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

MRJ – Município do Rio de Janeiro

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PL – Projeto de Lei

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificações

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAP – Unidade de Atenção Primária

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VI – Violência Íntima

VPI – Violência entre Parceiros Íntimos

WHO VAW - *World Health Organization Violence Against Women*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Prevalência de violência praticada por parceiro íntimo, por região da OMS – 2013

Figura 2 – Sobreposição entre o abuso físico, sexual e psicológico vividos por mulheres em León, na Nicarágua. Mulheres que alguma vez tiveram parceiros

Figura 3 – Mapa da Área de Planejamento 3.1 no MRJ dividida por Regiões administrativas e Bairros – 2013

1. INTRODUÇÃO

1.1 - Trajetória Profissional e interesse sobre o tema

O objeto de estudo é o significado atribuído pela mulher vítima de violência perpetrada pelo (a) parceiro (a), ao atendimento profissional e o do serviço prestado em uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro. A ideia de pesquisar a violência íntima contra a mulher, em mulheres atendidas na APS, advém de minhas experiências na área da Saúde da Mulher e da prática como enfermeira assistencial e preceptora do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade no município do Rio de Janeiro.

Para esta pesquisa utilizaremos o conceito de violência entre parceiros íntimos (VPI), utilizado no Relatório Mundial de Violência e Saúde, onde a VPI foi definida por qualquer comportamento violento praticado em uma relação íntima de afeto por algum dos parceiros ou por ambos. A violência pode ser praticada no âmbito domiciliar ou não, logo independe de coabitação, e pode ser de natureza psicológica, física, sexual, financeira e até mesmo através de comportamentos controladores (KRUG et al, 2002).

No final de 2009, finalizei a graduação em Enfermagem, e logo em seguida iniciei a pós-graduação em Obstetrícia, especialização essa finalizada no ano de 2011. Anos após, já atuando como enfermeira obstetra em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, e concomitantemente atuando como Enfermeira de Equipe na Estratégia Saúde da Família também no município do Rio de Janeiro, percebi a necessidade de aprofundamento nesse campo e busquei a especialização em Saúde da Família, concluída no ano 2018.

Durante todos esses anos, seja atuando na maternidade ou na APS na assistência às mulheres, algumas situações despertaram minha atenção no relato dessas mulheres durante seus atendimentos. Os maus tratos sofridos por elas em suas relações íntimas, por anos, muitas nunca haviam comentado sobre tais violências com os profissionais que as atendem nas Unidades de Atenção Primária.

Muitas procuram a equipe de saúde angustiadas e chorosas e, apesar de todo o esforço dos profissionais, elas não expõem a situação de violência, sabidamente conhecida pelo profissional através da vigilância em saúde realizada pelos ACS, e desejam apenas medicações para queixas como insônia, ansiedade e dores.

Atuando há quase 12 anos na APS do município do Rio de Janeiro, sempre em unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família, o relato de algumas mulheres durante a consulta evidencia os diversos tipos de violência, e a importância da abordagem acolhedora a estas mulheres durante a consulta de enfermagem, principalmente na ESF, seja para as situações de violência nunca antes ditas a um profissional, ou outras situações que envolvem outros aspectos da saúde da mulher. A abordagem humanizada, livre de julgamentos e valorizando a narrativa da experiência e do sofrimento dessas mulheres, fazia e ainda faz toda a diferença no sentido de produzir um cuidado individualizado a elas.

Durante a vigilância em saúde, percebia um número razoavelmente inferior de notificações de violência íntima contra a mulher em relação às notificações realizadas em outros níveis de atenção, como Emergências e Unidades de Pronto Atendimento, despertou minha atenção e interesse, uma vez que as falas dos agentes comunitários de saúde sobre a violência íntima no território de abrangência deixam claro as subnotificações na Unidade de Atenção Primária (UAP).

Esta realidade me impulsionou a realizar este projeto de pesquisa para o Mestrado Profissional em Atenção Primária pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, uma vez que, ao longo dos anos atuando neste cenário como enfermeira e preceptora da Residência de Enfermagem, conheci a realidade social e cultural dessas mulheres, de seus parceiros e suas famílias. A troca de experiências possibilitou compartilhar um pouco mais de suas vidas, dificuldades, expectativas e necessidades de saúde e possibilitar mesmo a criação de um certo vínculo. Mesmo assim, a expectativa de que elas trouxessem as situações de violência íntima para a equipe saúde não aconteceu como previsto, e estas demandas continuaram sendo comunicadas de forma implícita em outras demandas de saúde, ou simplesmente não apareceram nos atendimentos.

1.2 - Problemática do Estudo

Não é de hoje que se fala em violência contra mulher, mas certamente hoje podemos dizer que ela é vista como um problema, principalmente de saúde pública. Diariamente ao acessarmos os meios de comunicação nos deparamos com notícias recentes, ou até mesmo antigas, mas com desfechos atuais, sobre mulheres vítimas de violência doméstica, que por vezes culminam na morte da vítima.

As mulheres são as mais afetadas pela violência. A OMS em seu relatório *Global, regional and national estimates for intimate partner violence against women and global and regional estimates for non-partner sexual violence against women*, estima que das mais de 700 milhões de mulheres foram vítimas de violência, sendo 641 milhões, os parceiros seus agressores. (OMS, 2021)

Dentre as formas mais comuns de violência doméstica, a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro ou ex-parceiro é a mais evidente. Essa forma de violência, conhecida como violência íntima (VI), independente da cultura, religião, grupo social ou econômico onde estas famílias estão inseridas, produz efeitos psicológicos, sociais e físicos, que podem se manifestar ao longo da vida das vítimas e suas famílias. Devido ao grande envolvimento emocional das vítimas com seus agressores, percebe-se uma grande dificuldade na abordagem das situações de abuso (KRUG et al, 2002).

Essa forma de violência geralmente vem acompanhada de justificativas que se baseiam na construção cultural dos papéis tradicionais de homens e mulheres (KRUG et al, 2002). Tais papéis tradicionais podem ser melhor traduzidos a partir da cultura do patriarcado.

Na cultura do patriarcado, o homem era o chefe da família, enquanto os demais, filhos e esposa eram seus dependentes e deveriam respeitá-lo. As decisões da família, como por exemplo, o lado político a ser votado, era decidido por ele (PINTO, 2003). A cultura patriarcal embora antiga, é super atual, e pode ser percebida no comportamento da população de vários países, ainda em 2020, como no Brasil, onde a família nuclear patriarcal é majoritariamente o conceito de família para a maioria da população, e se organiza em torno da autoridade masculina, onde os homens ainda se reconhecem como chefes de famílias enquanto suas mulheres devem “se dar ao respeito”.

Além da desigualdade entre gêneros, outros fatores como práticas de violência vivenciadas na infância, desigualdade econômica, abuso no consumo de álcool e seu uso nocivo, contribuem para tornar a mulher mais vulnerável à VI (OMS, 2010).

As ocorrências de violência contra a mulher se tornaram mais evidentes como um problema de saúde pública e direitos humanos a partir da criação das Delegacias de Atendimento à Mulher (DEAM) nos anos 1980, sendo a primeira delegacia proposta pelo Estado de São Paulo; o surgimento dos Juizados Especiais Criminais, em meados dos anos 1990; e leis de proteção à mulher, como a Lei nº 11.340/2006,

conhecida como Lei Maria da Penha, em vigor desde 22 de agosto de 2006, nomeada em homenagem à Senhora Maria da Penha, ativista no combate a violência contra mulher após sofrer duas tentativas de assassinato perpetradas por seu marido. Estas iniciativas de institucionalização estão associadas ao movimento feminista no Brasil, com seus grupos pioneiros em São Paulo e Rio de Janeiro que, a partir de 1970, torna prioritário o combate à violência contra a mulher, marcando o momento de politização da violência contra a mulher na sociedade Brasileira (SANTOS, 2008).

Muito embora historicamente a violência íntima esteja mundialmente presente nas relações conjugais, este fenômeno passa a ser reconhecido como um problema público há apenas poucas décadas. Mesmo com os movimentos realizados ao longo do século XX pela igualdade de gênero e pelos direitos políticos e civis das mulheres, foi somente nos anos 1960 e 1970 que a opressão contra mulher de fato se estabelece como problema de dimensões políticas. O ano de 1979 é marcado pela Convenção das Nações Unidas sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, resultado de forte pressão realizada pelos movimentos feministas articulados internacionalmente. Este foi o ponto de partida para decretos e conferências que tinham como foco a eliminação da violência contra a mulher. Nesse período, o Estado se torna responsável por proteger e promover ações de enfrentamento à omissão ou violação dos direitos humanos das mulheres (MARTINS et al, 2015).

Podemos com assertividade dizer que evoluímos com o passar das décadas no que tange a igualdade de gêneros e combate à violência contra a mulher, embora ainda estejamos muito aquém do esperado em relação ao enfrentamento da violência contra a mulher, principalmente a VI, no sentido de ações amplas, de abrangência nacional, fornecendo atendimento a toda sociedade.

Os avanços no Brasil em relação ao enfrentamento da violência contra a mulher nos últimos anos, parte de um movimento global, através da criação de políticas e leis, como a Lei Maria da Penha, e da melhor articulação entre Federação, Estados e Municípios para a priorização da temática, que deram visibilidade às situações de violência contra a mulher antes negligenciadas. Apesar disso é imprescindível reforçar a necessidade de políticas de gênero, ações intersetoriais e expansão da presença do Estado, principalmente no interior do país, fornecendo estratégias mais amplas para todas as regiões de forma a alcançar toda a sociedade (IPEA, 2015).

Na saúde pública brasileira avançamos certamente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que recentemente completou 34 anos, e com a Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente após a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, e posteriormente, em 2006, se tornando uma estratégia permanente na Atenção Primária chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF). Os cuidados primários em saúde, que desde a declaração de Alma Ata em 1978 já eram discutidos, se consolidaram com a ESF que, na definição de Mendes (2011) é a ordenadora do cuidado, o centro responsável pela comunicação das redes de atenção à saúde (RAS), o primeiro contato do indivíduo, sua família e a comunidade com os serviços de saúde.

Junto a isso, ressaltamos alguns dos atributos da APS definidos por Starfield (2002), principalmente o primeiro acesso ao sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado como atributos essenciais, além da orientação familiar como atributo derivado, e a responsabilização como uma das funções definidas da APS. Refletindo sobre todos os atributos, é necessário abordar o conceito de saúde de forma mais ampla, envolvendo problemas biológicos, psicológicos e sociais no processo de adoecimento.

Quando unimos essas definições à regionalização, uma das diretrizes de implantação do SUS definida pela Lei nº 8.080/1990 e o princípio da territorialização reforçado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada pela Portaria do MS nº 2.436/2017, em que as unidades de APS são implantadas próximas a seu território adscrito, levando a saúde para perto de sua população, podemos visualizar a importância da APS para as mulheres vítimas de violência íntima, uma vez que majoritariamente são atendidas por profissionais ali inseridos e através do vínculo criado, pode-se fazer o reconhecimento de situações de VI assim como seu acolhimento com uma escuta qualificada e o cuidado indispensável a sua necessidade.

Embora já dito que o Brasil evoluiu no que diz respeito ao reconhecimento e proteção das mulheres, ainda observamos a dificuldade de profissionais de saúde no manejo e abordagem quando se deparam com situações de violência. Podemos citar as subnotificações, condução do atendimento a essa mulher, desconhecimento da rede de atenção disponível às vítimas de VI, e a dificuldade no reconhecimento desse problema durante o cotidiano nas Unidades de Atenção Primária (UAP).

Guedes *et al.* (2013) constataram que as mulheres vítimas de violência de gênero são grandes frequentadoras das Unidades de Atenção Primária, aparecendo a situação da violência implícita em outras demandas de saúde trazidas por elas, e a abordagem biomédica com frequente medicalização constatada como a limitação mais significativa da prática profissional. Os profissionais reconhecem a violência como um problema de saúde pública, porém ainda se percebe certa dificuldade do reconhecimento do problema como inerente a APS, tal situação se reproduz na prática com o direcionamento desta mulher a um outro nível de atenção à saúde como serviços de saúde mental. Guedes e colaboradores em 2013, identificaram que não apenas para os profissionais de saúde, mas também para as usuárias do serviço, muitas ainda não percebem o serviço saúde como um local para o reconhecimento de situações de violência, inviabilizando por muitas vezes a verbalização da violência por essas mulheres. Os autores apontaram ainda que, embora a notificação de casos de violência seja obrigatória, as Unidades de Saúde notificam a violência muito aquém do que ela realmente se apresenta.

Faz-se necessário uma ampliação do olhar sobre o objeto de trabalho da APS, percebendo a ESF como um campo vasto para o reconhecimento e abordagem da violência que vai se manifestar em diferentes formatos de necessidades em saúde para essa mulher.

A violência no âmbito familiar, principalmente a íntima, tem sido objeto de muitos estudos por se relacionar diretamente com o processo de adoecimento dos indivíduos. Entretanto, durante a revisão da literatura realizada sobre o tema, notei poucas produções valorizando relatos femininos e o cuidado desenvolvido na APS.

Pesquisas no âmbito da APS, em especial no Brasil, abordam aspectos diferentes, tendo como objetivos, por exemplo, compreender e identificar a visão do profissional e suas dificuldades diante do tema, como a pesquisa de Santos et al, 2018, que entrevistou 11 enfermeiras sendo oito delas atuantes na APS sobre as dificuldades na abordagem de mulheres vítimas de violência. Já pesquisas como a de Rosa et al, 2018, priorizam a identificação dos fatores associados e de prevalência entre usuárias atendidas na APS e que sofreram violência íntima. No entanto, tendo a APS como campo de estudo, poucas dão voz à figura feminina e utilizam suas narrativas sobre as situações de violência para as quais elas buscam ajuda de forma direta ou indireta, como objeto de estudo.

1.3 - Justificativa

O presente estudo pretende ampliar o conhecimento sobre a experiência das mulheres vítimas de VI, e contribuir para o preenchimento da lacuna evidenciada durante a revisão bibliográfica a respeito de estudos que contemplam as narrativas dessas mulheres, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Na busca realizada em base de dados sendo uma delas o Portal Capes Periódicos, durante a construção deste estudo, utilizando as palavras chaves “violência íntima” e “Atenção Primária à Saúde”, foram encontrados 40 estudos sendo apenas oito, pesquisas sobre VI na APS, e dessas oito, apenas Lyra et al, em 2018 contemplou narrativas de mulheres na APS sobre o enfrentamento da VI . Dos sete estudos descartados, quatro eram de natureza quantitativa, e em sua grande maioria visavam a prevalência e fatores de risco para a violência praticada por parceiro íntimo como o de Rosa et al, em 2018. Os demais utilizavam outros tipos de metodologias como a teoria das representações sociais sendo os participantes profissionais de saúde, como a pesquisa de Santos et. al, 2018, ou metodologias com coleta de dados secundários (BORBUREMA et al, 2017), e a relação do abuso do álcool com a VI na atenção primária à saúde (RAFAEL et al, 2016).

Em nova revisão da literatura através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), foram utilizados os descritores violência contra mulher AND Atenção Primária à Saúde AND parceiro íntimo, violência por parceiro íntimo AND Atenção Primária à Saúde, e violência doméstica AND parceiro íntimo AND Atenção Primária à Saúde. Foram encontrados 124 estudos, nos idiomas inglês, espanhol e português nas bases de dados Lilacs, Medline e BDEnf. Excluindo as repetições e os estudos que não contemplavam a temática da VI na APS e onde as mulheres não eram os sujeitos das pesquisas, encontrou-se um total de 20 estudos, dos quais apenas um contemplava a fala, a experiência de mulheres atendidas e captadas na APS em relação à VI. Os demais estudos, mais uma vez, contemplavam a prevalência, fatores de risco e tipificação da violência por parceiro íntimo.

Ainda para o enriquecimento deste estudo, nova busca nas bases de dados da Scielo, BVSalud, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade de São Paulo e Redalyc através do Portal Capes Periódicos, foram encontrados 124 resultados para a associação das expressões “violência entre parceiros íntimos” (VPI) e “atenção primária à saúde”. Durante a seleção, apenas 18 possuíam a APS como

cenário e contemplavam a VI a partir de dados gerados pelos profissionais de saúde ou pelas mulheres atendidas nas unidades de atenção primária. Dos 18, embora a maioria tenha apresentado as mulheres como participantes das pesquisas, apenas uma contemplava o discurso da mulher, descrevendo sua experiência, sua história em relação à violência perpetrada pelo parceiro íntimo e o acolhimento pela equipe de saúde da família.

Encontra-se dessa forma uma escassez de estudos brasileiros e internacionais na área da saúde centrados nas narrativas das mulheres, acompanhadas na APS, e suas percepções e expectativas em relação ao cuidado na APS diante da situação de VI, como evidenciado pela revisão de literatura realizada. Dito isso, este estudo torna-se relevante uma vez que poucos abordam as narrativas de mulheres na APS e conhecer a percepção de mulheres vítimas de VI sobre o cuidado destinado a elas na APS, contribui para destacar a importância desse ponto de atenção à saúde na produção do cuidado / acolhimento de mulheres vítima de VI ou sob o risco de violência, e deste modo evidenciar a necessidade da retomada da expansão da ESF e qualificação dos profissionais de saúde que atuam na APS.

É imprescindível ainda, ressaltar a relevância deste estudo para a assistência, pesquisa e ensino com a finalidade de oferecer subsídios para a melhoria da abordagem às mulheres vítimas de violência íntima.

A relevância do estudo está pautada na importância de estudar o que dizem essas mulheres ao buscar o cuidado na APS, principalmente quando direcionado à situação de violência manifestada por ela. Importa também conhecer como elas percebem o cuidado que lhes é ofertado nas Unidades de Atenção Primária (UAP) com ESF, quais as narrativas das experiências de violência e cuidado pela ESF vivenciadas sob a ótica das vítimas. Investigar estes aspectos se faz necessário para que o cuidado esteja alinhado com as necessidades dessas mulheres vítimas da VI.

A Atenção Primária à Saúde é o nível de atenção mais próximo territorialmente da população e a resolutividade um atributo essencial da APS. De acordo com os serviços da carteira de serviços, a APS possui alto poder resolutivo das demandas de saúde, incluindo do rol de atividades a abordagem da VI, e quanto maior a resolutividade maior a satisfação do usuário e menor índice de encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atenção. (SUBPAV, 2021). Dito isso, o estudo se faz indispensável, visto que com a crise na prefeitura do Rio de Janeiro e no setor saúde, que se traduziu na redução do número de equipes de saúde da família quando

em janeiro de 2017 o município possuía 1172 equipes de esf e em dezembro de 2020 eram apenas 771 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), devido ao descredenciamento de diversas equipes de saúde da família de meados de 2018 até início de 2021, o menor número de profissionais e a redução da cobertura populacional, implicou diretamente na parte assistencial e na produção do cuidado pela APS.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 - Panorama Mundial da Violência contra a Mulher

No âmbito mundial, mais de um milhão de pessoas, em sua maioria entre 15 e 44 anos, perdem suas vidas em decorrência a situações de violência, sejam elas autoprovocadas, interpessoais ou coletivas. Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a violência como um dos principais problemas de saúde pública no mundo (KRUG et. al, 2002).

O Relatório Mundial de Violência de 2002 (OMS) define violência como qualquer ato praticado intencionalmente que utilize de força física, poder ou ameaça contra si próprio, outra pessoa ou contra uma comunidade, e tenha como consequência qualquer tipo de lesão, incluindo morte, danos psicológicos, atrasos no desenvolvimento ou envolva qualquer tipo de privação dos direitos humanos.

Não é recente a observação dos altos números de violência praticada contra mulheres. Em 2011, no Brasil, com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram registradas 107.530 notificações de violência, sendo quase 60% dessas violências praticadas nos domicílios. Separando as notificações por ciclos de vida, na faixa etária de 20 a 59 anos, grupo com maior número de notificações, as violências de natureza física ultrapassaram 80%, e em 39,6 % dos casos o provável autor da agressão possuía alguma relação afetiva com a vítima. (BRASIL, 2011)

Como vários outros problemas de saúde, em âmbito mundial, a violência não está distribuída igualmente entre faixa etária e gênero.

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde, em sua publicação “*Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*”, descreveu a prevalência da violência contra mulheres praticada por parceiro íntimo de acordo com regiões (Figura 1). Além da alta prevalência em todas as regiões do mundo, os continentes

com predomínio de países em desenvolvimento possuem prevalências maiores em relação aos continentes mais ricos com países desenvolvidos, sugerindo que as desigualdades sociais evidenciadas pela distribuição de renda são um fator de risco para a violência entre parceiros íntimos. (OMS, 2013)

De acordo com pesquisas mais recentes, um terço da população mundial feminina relata já ter sofrido violência física e/ou sexual cometida por parceiro íntimo, e 38% dos homicídios de mulheres no mundo foram cometidos por parceiros (OPAS, 2017).

Figura 1: Prevalência de violência praticada por parceiro íntimo, por região, da OMS – 2013



Fonte: Estimativas globais e regionais da OMS sobre violência contra a mulher (2013)

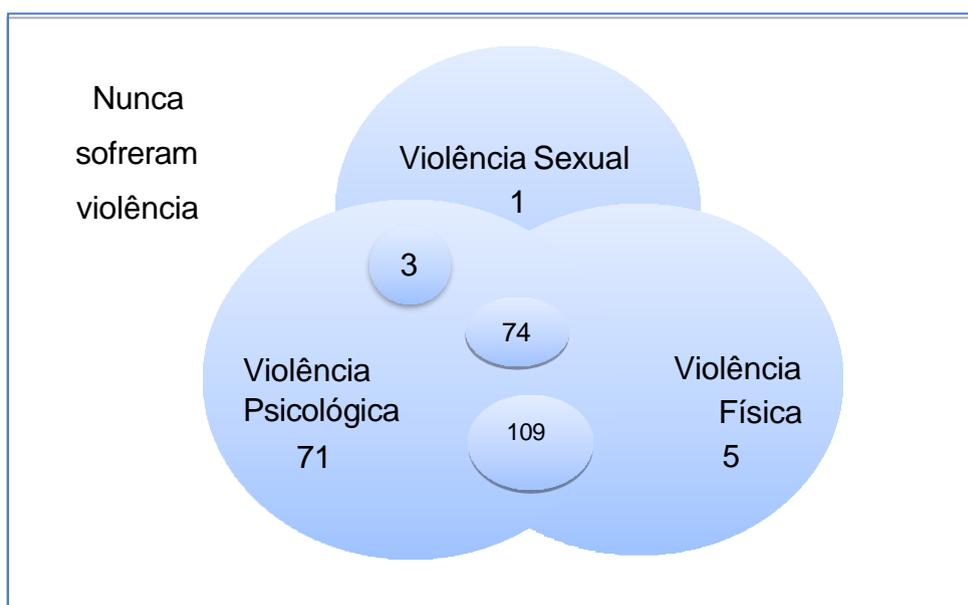
Corroborando com os dados mundiais expostos acima, na mesma década, ressaltamos que, em 2017, no Brasil somaram-se 307.367 notificações de violência, onde 71,8% das vítimas eram mulheres e 28,5 % dos agressores eram parceiros íntimos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Destacamos conforme foi dito que entre 2011 e 2019 de acordo com a mesma fonte de dados, as notificações de violência triplicaram durante o período analisado.

Embora estudos mais recentes discutam com maior profundidade as agressões físicas com enfoque nos atos e consequências físicas mais graves, as pesquisas sobre violência de gênero também apontam para a sobreposição das violências, isto é, geralmente uma mulher que sofre violência pelo parceiro íntimo sofre mais de um tipo de violência, geralmente física, sexual e/ou psicológica.

Um estudo realizado na Nicarágua (ELLSBERG et. al, 2000) com 360 mulheres que em algum momento já possuíram parceiro íntimo, investigou a sobreposição das violências. A Figura 2, a seguir, apresenta os resultados.

Figura 2: Sobreposição entre o abuso físico, sexual e psicológico vividos por mulheres em León, na Nicarágua. Mulheres que alguma vez tiveram parceiros.



Fonte: Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua (ELLSBERG et. al, 2000).

Embora seja possível identificar os tipos violências e como elas se relacionam entre si, algumas mulheres relatam que situações de abuso sexual ou físico estão tão entrelaçados com outras situações que perpassam o campo do abuso psicológico, denegrindo as mulheres, gerando sofrimento e degradação, que por vezes torna-se impossível distingui-las (ELLSBERG et al, 2000).

A violência íntima de acordo com sua definição pode ocorrer em qualquer idade, geralmente iniciando na adolescência. A sua definição engloba qualquer dano, seja físico, sexual, psicológico, moral, assim como comportamentos controladores como o cerceamento de ações e direitos, que seja perpetrado por parceiro íntimo atual ou ex-parceiro. Não estão excluídas dessa definição as violências praticadas por parceiros do mesmo sexo ou violência de mulheres contra homens no âmbito de relações de casamento ou vivência conjugal (OMS, 2010).

Estatísticas da ONU Brasil em 2021 ressaltam que a VI, forma mais prevalente de violência contra mulher, afeta mais de 600 milhões de pessoas em todo mundo. Segundo relatório emitido pela Organização Pan-Americana de Saúde (2017) a violência praticada por parceiros íntimos afeta diretamente até 60% das mulheres em

alguns países das Américas, incluindo o Brasil, sobre o qual o relatório destaca que em torno de 17% das mulheres entre 15 a 49 anos no país passarão por este tipo de violência em algum ciclo de sua vida. A publicação ressalta que os efeitos dessa violência, principalmente a cometida por parceiros, incluem morte materna, infecção por HIV, suicídio e feminicídio.

Fatores que devem ser levados em consideração quando discutimos violência íntima são as questões raciais e de gênero. Recentemente o Atlas da Violência (IPEA, 2019) destacou o aumento do número de homicídios femininos no ano 2017. Este dado foi muito discutido pelo fato de não ser possível identificar se o aumento está diretamente relacionado com o aumento real dos crimes letais contra mulheres ou a melhor qualidade do registro das notificações dos casos após a instituição da Lei do Feminicídio, Lei nº 13,104 de 2015. Sobre as questões raciais, o Atlas revelou uma discrepância assustadora do aumento de homicídios de mulheres negras comparado ao de mulheres não negras. Em números absolutos, enquanto em mulheres não negras entre os anos de 2007 e 2017 o aumento não superou 2%, já entre negras (por definição o somatório de pardas e pretas) a porcentagem alcança 60,5 %. A questão racial é ainda mais ressaltada quando, de acordo com o Atlas, de todos os assassinatos de mulheres em 2017, 66% eram de mulheres negras.

O Atlas também aponta o aumento significativo das violências letais registradas dentro das residências, praticadas principalmente com armas de fogo, e em contrapartida, redução dos homicídios femininos fora da residência, tornando visível a violência doméstica como principal causa de morte entre mulheres (IPEA, 2019).

Considerando que internacionalmente a renda e a desigualdade social constituem fatores de risco para a VI (OMS, 2013); o aumento expressivo das violências fatais em mulheres negras muito superior a não negras no Brasil (IPEA, 2019); e que de acordo com os estudiosos que abordam o tema, a maioria das vítimas são mulheres de baixa renda, podemos inferir que mundialmente ser mulher e possuir baixa renda constitui um fator de vulnerabilidade para a violência íntima, enquanto no Brasil, essa vulnerabilidade se acentua quando se é mulher, negra e pobre. Destacando, mais uma vez, que os números apontam para um forte aumento nos casos de violência registrados nos domicílios, os quais em sua grande maioria são praticados por parceiros íntimos, esta violência contra a mulher de que estamos falando é muito provavelmente predominantemente violência íntima.

2.2 - Questão de Gênero

Para o estudo de um fenômeno de tamanha complexidade e importância para a Saúde Pública se faz necessária a compreensão da construção histórica do conceito de gênero.

Falar sobre violência íntima, violência doméstica, VPI, ou violência contra a mulher, independentemente da nomenclatura utilizada, é falar sobre a suposta dominação de um grupo em relação ao outro, do homem sobre a mulher e a superioridade masculina construída e alimentada socialmente há anos.

As desigualdades de gênero, estudadas há anos, se baseiam no sistema opressor do modelo patriarcal. Nas antigas civilizações, as mulheres foram as grandes descobridoras da agricultura através de suas observações, os homens saíam à caça para a busca de carne, raridade naquela época, e as mulheres eram responsáveis pela colheita e cuidados com os filhos. Mesmo que os produtos das colheitas fossem responsáveis pelo sustento em proporção muito maior que a carne, os homens já se colocavam em situação de dominação, pela força e dificuldade que encontravam para a obtenção da carne e o significado que ela tinha para a sociedade (PINSKY, 2012).

Os padrões comportamentais implicados na masculinidade, na construção do homem na sociedade brasileira possuem alicerces nas referências tradicionais do ser homem, portanto agressividade, descontrole fazem parte das características masculinas (NJAINÉ et al, 2014).

Para Minayo (2005), as noções de masculinidade estão refletidas nas situações de violência. A masculinidade reproduzida na sexualidade e a mulher como objeto de dominação, fazem parte da cultura enraizada do patriarcado que se perpetua até os dias atuais, onde se tem o ser masculino ocupando um lugar de conquista, de dominação, de decisão e de comando, valores reproduzidos de geração para geração na cultura ocidental.

Na luta pela igualdade de direitos entre os gêneros impossível não citar os movimentos feministas, que ao longo da nossa história vem desempenhando um papel fundamental, e realizam ações valiosas de combate às desigualdades entre homens e mulheres e de combate à violência contra a mulher.

A história do feminismo no Brasil é marcada por vertentes que em articulação iniciaram suas reivindicações pelo direito ao voto, pela ampliação dos direitos das mulheres, pela luta contra a desigualdade entre os gêneros em todos os contextos,

até as ações de combate à violência contra mulher que, desde 1970, é uma das principais temáticas dos movimentos feministas no Brasil.

Como problema complexo, a violência contra a mulher, principalmente a conjugal, tem múltiplas determinações e, deste modo, desde o início dos anos 80, os movimentos feministas promovem ações desde a criminalização das situações de violência contra mulher até a integração dos serviços de atenção às vítimas, compreendendo a necessidade de atenção pelos diversos setores: saúde, assistência social, serviços jurídicos, psicologia, medidas preventivas e de abrigamentos (SANTOS, 2008).

É importante destacar que os movimentos feministas e de mulheres pelo Brasil sempre buscaram ações além da criminalização, desconstruindo a visão de que o enfrentamento da violência contra a mulher é apenas um problema do setor jurídico e policial. A necessidade, a luta, sempre foi pela criação de políticas públicas que direcionassem ações estratégicas e específicas em todos os campos para o enfrentamento da violência contra a mulher.

As ativistas femininas fizeram campanhas pelos direitos legais das mulheres (direitos de contrato, direitos de propriedade, direitos ao voto), pelo direito da mulher à sua autonomia e à integridade de seu corpo, pelos direitos ao aborto e pelos direitos reprodutivos (incluindo o acesso à contracepção e aos cuidados pré-natais de qualidade) pela proteção de mulheres e garotas contra a violência doméstica, o assédio sexual e o estupro, pelos direitos trabalhistas, incluindo a licença-maternidade e salários iguais, todas as outras formas de discriminação (SCHMITT, 2017, *apud* FUNDO SOCIAL ELAS, 2015).

2.3 - Enfrentamento da Violência Contra a Mulher

Amplamente difundido e estudado, o tema da violência contra a mulher, com ênfase na praticada por parceiro íntimo, encontra-se atualmente no centro de muitas discussões em diversos segmentos. Nem sempre foi assim, e seguramente os avanços evidenciados pela criação de políticas e legislações específicas para o tema representam uma grande evolução em relação aos anos anteriores (ROSA et al, 2013).

Foi a partir de meados do século XX, por volta do início dos anos 60, que a violência doméstica começou a ter visibilidade a partir de denúncias realizadas pelos movimentos feministas que neste período já haviam desencadeado a luta pela igualdade de direitos entre os gêneros, trazendo à tona então a situação de violência

contra mulher, antes velada por ser considerada normal dentro dos lares (CASIQUE E FUREGATO, 2006).

Essas denúncias obtiveram mais força e ênfase com a onda de assassinatos de mulheres entre os anos 60 e 70, culminando num movimento maior com a morte de Ângela Diniz por seu namorado no ano de 1976. Este movimento reforçado pelas demais mobilizações internacionais iniciadas em 1975 culminou com a realização do primeiro Dia Internacional da Mulher pela ONU. Não obstante, apenas em 1993, a pauta de violência de gênero foi incluída na Comissão de Direitos Humanos da ONU durante a Reunião de Viena (BLAY, 2003).

Desse modo, em 1993, a Declaração de Viena foi o primeiro documento internacional que apresentava a expressão: “Direitos Humanos da Mulher”. Explicitava em seu artigo 8º que “os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais” (BRASIL, 2006).

No Brasil, antes disso, em 1985, no governo Sarney, houve a criação do Conselho Nacional de Direito das Mulheres, que teve papel fundamental na inclusão de reivindicações para o cumprimento dos direitos das mulheres na Constituição de 1988. No estado de São Paulo, também em 1985, foi criado o Conselho Estadual da Condição Feminina que possuía em sua concepção a necessidade de conscientizar as mulheres para a violência, defendendo a criminalização e a organização de serviços integrados para atendimento a estas mulheres. A primeira delegacia de proteção a mulher também surgiu nesta época, criada pelo mesmo governo, e proposta pelo então Secretário da Segurança Pública Michel Temer, em resposta ao machismo evidenciado nas delegacias de polícia (SANTOS, 2008).

Enquanto o Brasil avançava desde 1985 no sentido de garantir os direitos humanos para mulheres, foi apenas na década de 1990 na Assembleia Mundial de Saúde (WHA) que a violência contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública (SILVA, 2010). Em 1996, a partir da declaração da WHA, a OMS iniciou o processo de tipificação das violências (KRUG et al, 2002). Essa década foi marcada por um processo de conquista e expansão dos direitos humanos e, especificamente no Brasil, houve a criação de um conjunto de garantias e ações voltadas à promoção da saúde da mulher e direitos humanos na formulação da Constituição Federal de 1988 (FIGUEIREDO, 1999).

Com a atenção internacional voltada para a garantia dos direitos das mulheres e enfrentamento da violência contra a mulher, no Brasil o combate à violência passou a ser obrigação das três esferas do poder. Desta forma, no ano de 2003, primeiro ano do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva, dá-se a criação da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, que atua não somente no plano nacional, mas também no internacional através de ações articuladas em prol do reconhecimento e da promoção dos direitos das mulheres. (BRASIL,2011). Em 2018 a secretaria então é transferida da Secretaria de Governo da Presidência da República para o Ministério dos Direitos Humanos através do Decreto nº 9.417 (BRASIL,2018), quando em 2020 tal decreto é então revogado pelo Decreto nº 10.554/2020 em vigência ainda hoje no Brasil, pelo então atual Presidente da República (BRASIL,2020)

No intuito de melhorar o planejamento e ações estratégicas de enfrentamento da violência, em 2003, a Lei nº 10.778, válida até os dias atuais, institui a Notificação Compulsória dos casos de violência contra a mulher, criança, adolescente e contra o idoso em todo o território nacional. O objetivo era reduzir a morbimortalidade decorrente das situações de violência. No ano seguinte, a Portaria Ministerial nº 2.406 de 2004 instituiu o serviço no âmbito do SUS, de carácter obrigatório, e a notificação compulsória de violência contra a mulher passa a ser realizada por todos os serviços de saúde nacionalmente. No entanto, apenas em 2009, a violência doméstica foi inserida no SINAN (ROSA et al, 2013).

De tudo que podemos ler sobre o enfrentamento da violência contra a mulher nas legislações brasileiras, a lei mais significativa, que inclui a proteção da mulher e a criminalização da violência contra a mulher, é a Lei Maria da Penha, que surge em decorrência do caso de Maria da Penha, vítima de dupla tentativa de assassinato por seu marido. O caso encaminhado à Comissão Interamericana de Direitos Humanos evidenciou a necessidade de mudanças em todo o sistema de justiça criminal brasileiro, e após a repercussão nacional e internacional surge o Projeto de Lei (PL) nº 37 de 2006 (SANTOS, 2008).

Em 2006, a PL se torna Lei após o sancionamento pelo Presidente Luís Inácio Lula da Silva, a Lei nº 11.340/2006, também chamada de Lei Maria da Penha, cuja elaboração foi embasada nos documentos provenientes das Conferências de Viena e Beijing, e da Convenção de Belém do Pará, que discorreram sobre os direitos das mulheres, além de outros documentos jurídicos internacionais (MARTINS et. al, 2015).

A lei em questão foi considerada por movimentos sociais um dos maiores avanços no sistema legislativo brasileiro, e anunciada de acordo com o Relatório Global do Fundo de Desenvolvimento da ONU para a mulher, uma das três leis mundiais mais avançadas no sentido de enfrentamento da violência contra a mulher (SILVA, 2010).

Em 2007, com a Lei Maria da Penha já em vigor e o Brasil ainda sob o governo do Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva, o governo federal lança o Pacto Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres, pacto este que previa além de outras ações estruturadas, a interlocução entre o governo federal, e os governos estaduais e municipais como forma de consolidar a Política Nacional de enfrentamento da Violência contra a Mulher através da implementação de ações integradas em todo o Brasil (BRASIL, 2007).

O pacto lançado um ano após o sancionamento da Lei da Maria da Penha foi reestruturado em 2011, durante o governo da então Presidenta Dilma Rousseff, estabelecendo como eixos estruturantes a garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha e o fortalecimento dos serviços disponíveis na rede para o atendimento de mulheres vítimas de violência, entre outros (BRASIL, 2011).

Como já exposto, a Lei Maria da Penha é considerada um marco nas transformações políticas e principalmente legislativas no cenário brasileiro, e como produto destas mudanças no setor judiciário, o País pode, recentemente, em 2015, alcançar nova conquista com a Lei do Femicídio, Lei nº 13.104/15, que prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do homicídio e inclui o crime na lista de crimes hediondos no Brasil (Brasil, 2015).

Contudo, mesmo com os avanços aqui apontados, ainda possuímos um longo percurso para o reconhecimento da igualdade de gênero e garantia de direitos humanos. Ainda que o Brasil possua políticas e legislações específicas para o enfrentamento da violência contra a mulher com resultados representativos no sentido de garantias de direitos para as mulheres, ainda estamos muito aquém do esperado se considerarmos os números da violência contra mulheres. O Brasil está em 5º lugar no ranking de países com o maior número de feminicídios. Em São Paulo, apenas no ano de 2017, foram registradas mais de 280 tentativas de feminicídio, segundo a Secretaria de Segurança do Estado (SÃO PAULO, 2018). Segundo o Atlas da Violência 2019, a taxa de mortes de mulheres cresceu 5,4%, com destaque para o aumento de 17,1 % dos crimes ocorridos dentro das residências (IPEA, 2019).

Apesar das conquistas obtidas como os abrigos e os centros de referência para mulheres em situação de violência, o número de municípios com casas-abrigo foi reduzido de 2,5% em 2013 para 2,4% em 2018. Além disso, em 2018 apenas 9,7% dos municípios brasileiros ofereciam serviços especializados de atendimentos a mulheres vítimas de violência sexual, assim como, igualmente em baixo percentual, somente 8,3 % dos municípios possuíam delegacias especializadas de atendimento à mulher (IBGE, 2019).

Sendo assim, se faz necessário a contínua reflexão sobre os números atuais de feminicídio e notificações de violência, sabidamente ainda subnotificadas, e que estes números se traduzam em novas ações e estratégias de enfrentamento da violência contra mulher em todos os setores, principalmente no setor saúde. Atualmente, o sistema de saúde é o grande responsável pelas notificações de violência no âmbito nacional e forte potência de estímulo e incentivo à prevenção da violência, a cultura da paz, e a participação popular com a inserção da Estratégia Saúde da Família e sua proximidade das famílias cadastradas em seu território adscrito, surgindo como uma nova possibilidade de identificar situações de violência contra a mulher, principalmente a violência íntima.

2.4 - Pandemia da Covid-19 e seu reflexo na violência contra mulher

A violência contra mulher, especificamente a violência íntima no contexto da covid-19 recebeu destaque a nível global nos últimos dois anos, 2020 e 2021. Com a descoberta da grande transmissibilidade por vias aéreas e a alta letalidade, medidas drásticas foram providenciadas na tentativa de conter a propagação da doença causada pelo novo coronavírus, a COVID-19, e o crescente número de mortes no mundo.

No Brasil com o decreto legislativo nº 6 de 20 de março de 2020 que reconhece a ocorrência do estado de calamidade pública em virtude da pandemia, quando o número de mortes crescia diariamente, sendo em 13 de abril de 2020 a média global de mortes (média dos últimos sete dias) de 7.375 mortes/dia, e o país registrando no mesmo dia 204 mortes por covid, também foram implantadas medidas restritivas seguindo orientações da OMS e do Ministério da Saúde. (JHUCSSE, 2022). O distanciamento social e o lockdown implementados em conjunto de outras medidas fez com que as pessoas passassem mais tempo juntas em suas residências, sem

convívio social, com medo, estressadas, muitas perderam seus empregos formais, os trabalhadores informais, a maioria ficou impedido de trabalhar devido ao grande risco de contágio pela covid-19, aumentando a exposição das mulheres à violência. Estas medidas foram implementadas com o objetivo de reduzir a transmissão, na intenção de não sobrecarregar o sistema de saúde que a esta altura já estava com quase todos os leitos de CTI ocupados com pacientes com covid e conseqüentemente mais mortes. Foi neste momento que se notou um aumento importante nos casos de violência contra mulher, e também no feminicídio.

Um levantamento realizado pelo Datafolha em 2021, evidenciou que a cada um minuto durante a pandemia, oito mulheres acima de 16 anos foram agredidas fisicamente, num total de mais de 4 milhões de mulheres agredidas no Brasil. Esses e outros dados foram registrados no relatório “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil” publicado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em 2021.

De acordo com a Central de atendimento à mulher e com o Ministério da Saúde, no ano de 2020, apenas nos 4 primeiros meses da pandemia o número de denúncias de violação do direito das mulheres, através do disque 180, já apresentava um crescimento de 14,1 % em relação ao mesmo período do ano anterior. (FIOCRUZ, 2021)

Sobre o feminicídio, um levantamento realizado pela Rede de observatórios da Segurança, em 2021, revelou um aumento dos casos de feminicídio durante a pandemia, onde 66% dos casos monitorados de violência contra mulher, se tratavam de feminicídio ou tentativas, em cinco estados do Brasil. (FIOCRUZ, 2021) Complementando os dados que já revelam o aumento do feminicídio, podemos registrar a divulgação do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021, que evidenciou que no Brasil, em 2020, do total de 3.913 homicídios de mulheres, 1.350, mais de um terço do total, foram registrados como feminicídio. (FBSP, 2021)

“Sabemos que os múltiplos impactos da Covid-19 desencadearam uma “pandemia sombria” de aumento da violência relatada de todos os tipos contra mulheres e meninas” (ONU, 2021)

Diante do crescente aumento nacional e internacional da violência contra mulher, principalmente em seus domicílios, durante a pandemia da covid-19 em função do isolamento imposto pela quarentena e o acesso mais restrito a alguns serviços, o mundo e o Brasil precisaram adotar outras medidas para tentar orientar mulheres mais expostas a violência. O Disque 180 permaneceu funcionando durante

24 horas, o serviço de teleconsulta foi amplamente divulgado, incluindo consultas com médicos, enfermeiros e psicólogos, o MS lançou o guia “COVID-19 e a violência contra a mulher: O que o setor/sistema de saúde pode fazer”, entre outras medidas como adaptação dos canais de acolhimento e escuta pelos serviços de atendimento à mulher.

2.5 - Violência contra a Mulher e a Saúde

O impacto da morbimortalidade por violências no Brasil hoje constitui um dos grandes desafios para a Saúde Pública. Desde a década de 90, com o reconhecimento da violência contra mulher como um problema de saúde pública, várias ações vêm sendo desenhadas e implementadas nacionalmente no sentido de garantir os direitos humanos das mulheres, dentre estes, o direito à saúde.

No Brasil, políticas voltadas para a saúde da mulher datam do início do século XX, onde se tinha como foco apenas questões isoladas ligadas à saúde reprodutiva. Por décadas as ações de saúde se mantiveram isoladas, e foi a partir dos movimentos sociais e feministas de luta para garantia dos direitos das mulheres que, em 1984, foi elaborado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pioneiro no cenário mundial a contemplar além de ações isoladas de controle da fecundidade, ações voltadas a saúde reprodutiva da mulher no âmbito da atenção integral à saúde das mulheres. O PAISM foi considerado um marco significativo na direção do reconhecimento dos direitos das mulheres (BRASIL, 2004).

Em 2004, foi elaborada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), política que surge para contemplar o cuidado da saúde em todos os ciclos vitais e culturas e com foco nas questões de gênero (BRASIL, 2004).

No que diz respeito a saúde e a violência, Krug et al., em 2002, no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde afirma que em relação aos serviços de saúde:

Dado o impacto em longo prazo da violência sobre a saúde da mulher, as mulheres que sofreram abuso têm maior probabilidade de serem usuárias dos serviços de saúde por períodos maiores, aumentando assim os custos da assistência à saúde (KRUG et al., 2002, p. 103).

Consoante o mesmo relatório, além dos altos custos assistenciais, os impactos da violência contra a mulher, especificamente a violência íntima, apresentam seus efeitos a curto e a longo prazo, que vão desde dificuldades nas relações interpessoais,

a não percepção de futuro, a baixa autoestima, a limitação da autonomia, até mesmo impactos físicos evidenciados por lesões, incapacitação e morte. Não raros, os agravos que envolvem a saúde reprodutiva e sexual, como gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis e, ainda, problemas na esfera da saúde mental, envolvendo depressão, ansiedade e até mesmo o suicídio (KRUG et al, 2002).

2.5.1 – Atenção Primária à Saúde e o cuidado da mulher vítima de violência

Os serviços de atenção primária à saúde constituem uma parcela importante da Rede de Atenção à Saúde no Brasil. Desde 1996, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente identificado como Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo atual de prática assistencial no âmbito da Atenção Primária à Saúde, possui papel fundamental no que tange a identificação de determinantes sociais e de saúde de sua população.

Entendendo a Atenção Primária à Saúde como reordenadora do modelo assistencial, porta de entrada para os demais pontos de atenção à saúde (MENDES, 2011), tendo atributos essenciais e derivados como o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Starfield, 2002), é possível compreender porque este modelo tem grande potência para a identificação de situações de violência, sua notificação, acolhimento e abordagem dos casos, assim como para a prevenção de situações de violência contra qualquer indivíduo, incluindo mulheres em situação de violência íntima (VI).

A possibilidade da criação do vínculo, da abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, e o uso de ferramentas para o entendimento da dinâmica e abordagem familiar tornam a ESF o diferencial no atendimento das situações de violência íntima, favorecendo o cuidado para questões que demandam manejo contínuo.

Profissionais de saúde inseridos em outros modelos assistenciais que não a ESF, não raro tem dificuldades na atenção a mulheres em situações de VI, como mostra a pesquisa realizada em uma maternidade filantrópica em Ribeirão Preto que revelou que os profissionais de saúde mesmo compreendendo a importância do tema como um problema na sociedade e de saúde pública, ainda assim reduziam a atenção à saúde a uma abordagem biologicista justificada pelos entrevistados pela falta de

capacitação, apoio institucional e equipe multidisciplinar necessárias para a abordagem das situações de VI (LETTIERE et al, 2008).

As mulheres em situação de VI são grandes frequentadoras das Unidades de Atenção Primária, onde a violência geralmente se apresenta de forma implícita em outras demandas de saúde (GUEDES et al, 2013).

Dito isto, os profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde devem buscar relacionar as situações de saúde com as relações familiares e com a comunidade onde o indivíduo está inserido. A APS, também dita atenção básica pela Política Nacional de Atenção Básica é caracterizada por:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (PNAB, 2012, p.19).

No contexto da implementação da Estratégia Saúde da Família, o município do Rio de Janeiro apresentou avanços expressivos nos últimos anos.

Em meados de 2009, a cobertura se encontrava em 3,5% e após forte investimento na ESF a cobertura alcançou a marca de 48% em 2014 (HARZHEIM et. al, 2016). Mantendo forte ampliação da ESF no município, em 2017, no mês de setembro, a cobertura se aproximava de 62,7% (Brasil, 2022).

Mesmo com os retrocessos recém vistos nos anos de 2017 a 2020, quando em dezembro de 2020 a cobertura da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro estava em 39,6 %, em função da desativação de equipes de saúde da família, a partir de 2021 com a mudança dos governantes ocorrida após a votação para prefeito do município, houve retomada na ampliação da APS, primeiro reativando as equipes antes extinguidas e depois melhorando a qualidade dos insumos e da estrutura física das unidades.(Brasil,2022)

Os desafios atuais da APS no Rio de Janeiro, agravados nos anos de 2017 a 2020, interferem diretamente na qualidade e no acesso da população aos serviços de

saúde. Compreendendo a reestruturação da APS no Rio de Janeiro nos anos de 2017 a 2020, dita por muitos estudiosos e políticos como precarização dos serviços, o escopo de possibilidades de ações nos territórios adscritos pode também ter se tornado precarizado com uma parcela da população sem cobertura pela ESF ou equipes superlotadas de indivíduos cadastrados com pouca possibilidade de atuação devido à grande pressão assistencial.

Contudo, não é somente a grande pressão assistencial o único desafio para o enfrentamento da violência íntima na APS, podemos citar também a falta de capacitação profissional como empecilho para tal abordagem como exposto por Oliveira et al em 2013.

A dificuldade na abordagem da violência íntima pelos profissionais atuantes mesmo na APS é ressaltada na pesquisa realizada com 11 enfermeiros da APS do município de Salvador/Bahia, onde todos percebiam a violência doméstica como demanda de procura pelo serviço de saúde, reconheciam a relevância da situação de violência contra a mulher, todavia os profissionais se sentiam impotentes diante da situação pela falta de capacitação para abordagem de mulheres em situação de VI. Por sua vez, nem todos prestavam assistência voltada para a orientação da busca por seus direitos, apoio, escuta e aconselhamento, conduta claramente relacionada à falta de informação da existência de serviços especializados para a assistência de mulheres vítimas de violência e falta de capacitação para a abordagem (OLIVEIRA, 2013).

Mais recentemente a pesquisa realizada na comunidade da Rocinha, no município do Rio de Janeiro, analisou os dados das notificações compulsórias de violência doméstica contra a mulher, nos anos de 2014, 2015 e 2016 na AP 2.1, e pontuou que em todos os anos analisados as notificações realizadas por outros serviços de saúde, urgências e emergências, superaram as notificações realizadas pelas unidades de APS da AP 2.1. Era esperado que unidades de urgência e emergência possuíssem números superiores de notificações em relação à APS, uma vez que unidades de médio e grande porte possuem um alto número de demandas por atendimento, e ainda, a depender da concepção da mulher sobre o que configura violência íntima, a busca por ajuda acontece apenas quando há lesão corporal na maior parte dos casos. Contudo, com a população de abrangência da AP 2.1 estimada pelo censo de 2010 em 638.050 habitantes, sendo a Rocinha considerada a maior favela da cidade, com IDH = 0,732, com seis unidades de atenção primária entre

Centros Municipais de Saúde (CMS) e Clínicas da Família (CF) em seu território ou em seus arredores, compreendendo a violência como um fenômeno multifatorial e o número de notificações de violência íntima contra mulheres moradoras da Rocinha em outros pontos de atenção à saúde, era esperado que o número gerado pela APS se aproximasse da estimativa de casos de violência íntima produzida neste território. A análise caracterizou a importância da vigilância contínua, reflexões e capacitações dos profissionais atuantes para o problema. A análise também revelou que grande parte das situações de VI aconteceram dentro do próprio domicílio, corroborando com pesquisas já citadas (FILHO et. al, 2017).

Em contrapartida a pesquisa realizada com cinco mulheres atendidas na APS da região oeste do município de São Paulo, apontaram que as cinco mulheres compreendiam a violência que sofriam e todas buscaram ajuda em unidades de APS. Estas mulheres descreveram que os profissionais se sentiam responsáveis pelo cuidado de mulheres vítimas de VI, e a escuta / atenção oferecida a elas foi positiva, refletindo numa sensação de acolhimento e bem estar. O acolhimento sem julgamento também foi apontado como um facilitador para o enfrentamento da situação de violência, assim como, a identificação da VI a partir de sinais e sintomas relatados pelas entrevistadas e a abordagem não somente da violência, mas como de queixas decorrentes dela. As mulheres apontaram ainda os agentes comunitários de saúde (ACS) como acolhedores de suas queixas e profissionais de grande importância para o enfrentamento da situação de violência. (PIEROTTI et. al, 2018)

Outro estudo realizado com mulheres nas unidades de APS com o intuito de estudar a promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem, realizado a partir de rodas de conversas, intituladas Círculos de Cultura, revelou que a partir de um espaço de fala, de escuta, sem julgamentos e de acolhimento, é possível no âmbito da atenção primária reconhecer situações de violência e trabalhar o tema de forma individual ou coletiva. Ao final desta pesquisa, dos sete temas elegidos para discussão, o que se sobressaiu foi a necessidade de escuta e diálogo sobre a violência doméstica. As participantes trouxeram à tona suas experiências de violência doméstica e identificaram o tempo da consulta e a abertura ao diálogo como barreiras para expressão de suas reais necessidades na consulta de enfermagem. A pesquisa revelou a potência dos espaços coletivos na APS para a discussão do tema onde a possibilidade de expressar sentimentos mais íntimos contribuíram para a superação

dessas situações limites e abriram caminhos ao empoderamento (DURAND e HEIDEMANN, 2013).

Corroborando com as pesquisas acima sobre a importância da APS na identificação e abordagem das situações de violência além da promoção da saúde da mulher, Gomes et. al (2013) apresentaram como resultados de sua pesquisa sobre violência na relação conjugal a partir da ESF, que embora existissem profissionais que relataram nunca ter atendido uma mulher vítima de violência conjugal, a ESF se mostrava no município da pesquisa, São Francisco do Conde – BA, como grande identificadora do fenômeno, fosse por meio de consultas pelos profissionais de diversas categorias ou através de espaços de atividade coletiva em saúde. A pesquisa revelou que as situações de violência foram identificadas em atendimentos individuais onde a queixa da violência estava implícita em outras demandas de saúde, e mostrou ainda que os espaços coletivos, mesmo que para discussão de temas diversos, podem se configurar como uma abertura ao diálogo, visto que, em uma atividade coletiva sobre planejamento familiar relatada no estudo, ao final dela, 10 mulheres buscaram a profissional que direcionava a atividade para conversar sobre a violência íntima que vivenciavam em seus lares (GOMES et. al, 2013).

Com grande impacto na saúde da mulher a nível global, de modo geral, a estratégia Saúde da Família implantada em unidades de APS vem sendo necessária e indispensável para a prevenção, identificação e acompanhamento das mulheres vítimas de VI (SCHRAIBER et al, 2010), corroborando com os estudos citados acima.

Portanto, diante da importância da APS na identificação e cuidado de suas usuárias vítimas de VI, uma vez que, são grandes frequentadoras das unidades de Atenção Primária à Saúde, geralmente por demandas ocultas relacionadas a VI, e visto a existência de poucos estudos que contemplem as narrativas destas mulheres no âmbito da APS, foram traçados os objetivos desta pesquisa apresentados no próximo capítulo.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Compreender o significado das narrativas das experiências vividas por mulheres vítimas de violência íntima, atendidas na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro;

Objetivos Específicos:

- Descrever os caminhos percorridos pela mulher vítima de violência íntima na busca por ajuda, até sua chegada à unidade de Atenção Primária à Saúde da área programática 3.1;
- Discutir a apreciação das mulheres vítimas de violência íntima sobre o atendimento profissional e o serviço prestado direcionado a elas em uma unidade de APS com ESF da área programática 3.1;

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, exploratório, realizado em uma Unidade de Atenção Primária com Estratégia Saúde da Família na Área Programática (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro.

4.1 – Local do Estudo:

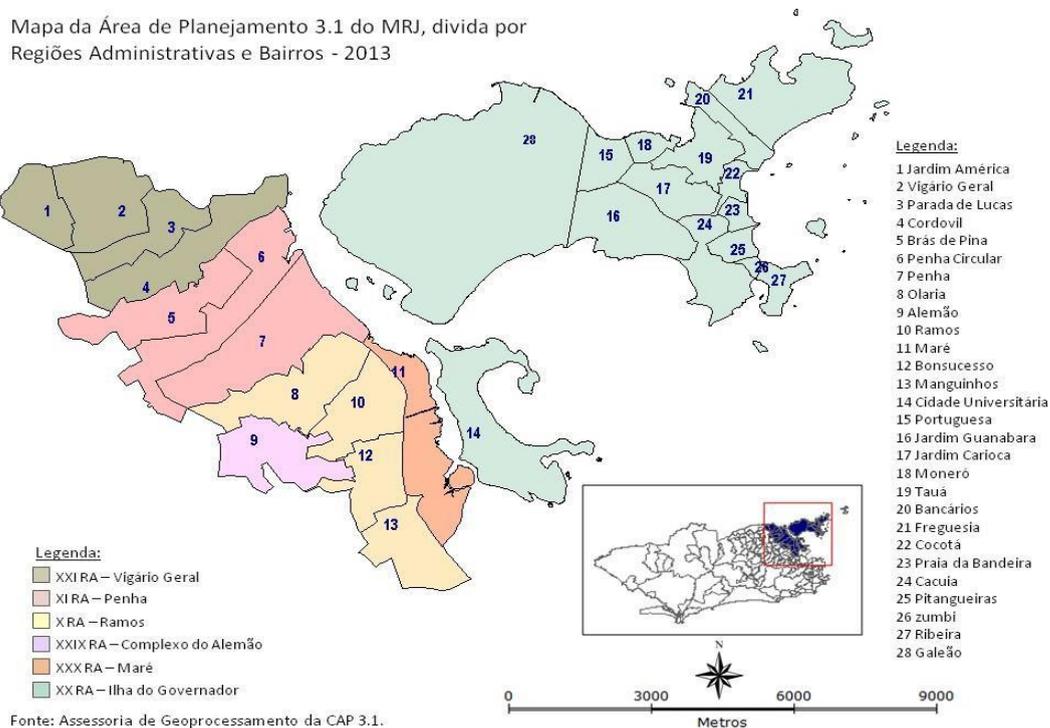
A escolha da AP 3.1 se deu pela grande quantidade de comunidades reunidas nesse território, como o Complexo da Penha, o Complexo do Alemão, a Comunidade de Manguinhos, o Complexo da Maré, entre outras. Levando em conta os fatores de risco que geram maior vulnerabilidade para a violência entre parceiros íntimos, já explícitos no marco teórico, consideramos a A.P. 3.1 como um território potencialmente rico para a pesquisa. Além do grande número de comunidades, optamos também por este campo, pelo investimento na qualificação profissional envolvendo grande número de profissionais em formação através dos Programas de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Medicina de Família e Comunidade, além das residências multiprofissionais em APS.

Na geografia da AP selecionada, o recorte de área onde realizamos este estudo possui além das Clínicas da Família, três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e um hospital estadual com serviço de emergência, sendo estas unidades de saúde muito procuradas pelas vítimas de VI, geralmente após as agressões, principalmente por problemas diretamente relacionados a agressão, ou pela agudização de problemas crônicos em decorrência do episódio ou do ciclo de violência, como picos hipertensivos, crises de ansiedade, entre outros.

Pelas razões expostas, optamos por realizar a pesquisa em uma unidade de APS com Estratégia Saúde da Família denominada então Clínica da Família, situada no bairro da Penha.

O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 Áreas Programáticas. Cada área possui uma Coordenação de área nomeada como CAP e esta é responsável pela definição de fluxos entre as unidades de atenção primária e os demais equipamentos de atenção à saúde do território adscrito, entre outras funções.

Figura 3: Mapa da Área Programática 3.1 do MRJ dividida por Regiões administrativas e Bairros – 2013



Fonte: <http://cap31.blogspot.com/p/demografia.html>

A CAP 3.1 possui fluxo institucionalizado para o atendimento às pessoas vítimas de violência, incluindo VI. O fluxo permite que os profissionais tenham acesso rápido e facilitado ao nome, endereço e telefones dos locais de referência para atendimentos em diversos setores, incluindo centros especializados de atendimento à mulher situados no município do RJ, protocolos clínicos para atendimento à mulher vítima de violência e orientação para preenchimento da ficha de notificação compulsória.

Encontra-se disponível para os profissionais de nível superior da ESF, a planilha de violência do Grupo Articulador Regional (GAR), alimentada a partir das notificações de violência realizadas no SINAN, onde é possível identificar a vítima mesmo que o lugar de notificação e o atendimento não tenha sido na sua UAP de referência. Cada unidade de saúde tem acesso apenas a sua planilha, que é alimentada de acordo com o endereço de moradia da vítima. Isto torna possível que a equipe técnica de profissionais esteja ciente das situações de violência ocorridas

em sua população adscrita, podendo realizar o acolhimento destas pessoas, se possível e quando necessário.

A área programática 3.1 possui ainda em seu território referências como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Centro de Atenção Psicossocial II e III (CAPS II e III), e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), além do VI Juizado Especial de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher, do Centro de Referência de Mulheres da Maré (CRMM) e do Hospital Maternidade Fernando Magalhães, que mesmo não sendo territorialmente situado na área 3.1, é referência para muitas unidades com ESF da área programática em questão, possuindo as equipes facilidade na organização de fluxos e comunicação, inclusive para situações onde o aborto é previsto em lei. Toda a rede de atenção à saúde organizada no território permite menor deslocamento da vítima de violência diante da necessidade do encaminhamento.

4.2 – Participantes – recrutamento e elegibilidade

As mulheres convidadas a participar da pesquisa foram selecionadas através da própria pesquisadora que realizou abordagem de mulheres nas salas de espera da Clínica de Família escolhida ou através da identificação pelos profissionais de mulheres vítimas de VI atendidas em suas equipes.

A pesquisadora frequentou a unidade de saúde/Clínica da Família selecionada e abordou mulheres que estavam nas salas de espera para atendimento, explicando a realização da pesquisa sobre relações e conflitos entre casais ou relações íntimo-afetivas. Para as que aceitaram participar, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, logo após, aplicado o instrumento *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW). Em seguida, tendo sido identificado que a mulher foi vítima de violência íntima, realizamos uma entrevista individual semiestruturada com roteiro prévio de perguntas abertas para a elaboração das narrativas. Para as mulheres que não vivenciaram nenhum episódio de violência de qualquer tipo segundo suas respostas ao instrumento WHO VAW, realizamos uma única pergunta aberta com o objetivo de conhecer a motivação dela ao aceitar participar da pesquisa.

O segundo modo de seleção das participantes ocorreu a partir da identificação pela própria equipe de saúde da família de usuárias já atendidas por estes profissionais, com história de violência praticada pelo parceiro ou ex-parceiro. Estas foram convidadas por suas equipes de referência a participar da entrevista narrativa com a pesquisadora e fizeram parte da amostra após consentimento obtido através do TCLE.

Todas as mulheres selecionadas para compor a amostra estavam, na época da seleção da amostra/coleta dos dados, com idade igual ou superior a 18 anos.

Com esta metodologia para a construção da amostra pretendemos uma amostra abrangente, o mais rica e heterogênea. Através da identificação realizada pela equipe de saúde, foi possível obter a participação, após o consentimento através do TCLE, de uma mulher vítima de VI que também era profissional de saúde e funcionária da unidade. Na ocasião a colaboradora estava no acolhimento de sua equipe e ao ser abordada informalmente pela pesquisadora, para assuntos não relacionados a pesquisa, onde em algum momento a mesma reforçou o tema e os objetivos da pesquisa, no intuito de saber se os integrantes daquela equipe haviam convidado alguma mulher para participar da pesquisa, a própria profissional se identificou como uma pessoa que havia passado por situações de violência íntima. Ela foi incluída na amostra pois apesar de funcionária, também era usuária daquela unidade de APS, residente do território adscrito e cadastrada na unidade referida.

Foram excluídas da amostra as mulheres vítimas de violência, cujo agressor não tenha sido o parceiro (a) / ex-parceiro (a) íntimo (a). Foram igualmente excluídas as mulheres transgêneros.

No caso específico de pessoas trans, consideramos que os efeitos da transfobia contribuem para que o cissexismo seja a estrutura principal que organiza e mobiliza grupos, atitudes, ações e políticas contra os direitos das pessoas trans e travestis, contribuindo, por ação e/ou por omissão, para o processo de vulnerabilização e precarização dessa população. Assim, aumenta-se em muito as chances de serem vítimas de crimes de ódio, violações de direitos humanos e outras violências transfóbicas, o que tem colocado o Brasil como o país que mais assassina pessoas trans do mundo pelo 13º ano consecutivo de acordo com os dados mais recentes da ONG Transgender Europe. (ACONTECE, ANTRA, ABGLT, 2022, p.7)

A inclusão de mulheres transgêneros na amostra poderia gerar dúvidas sobre os reais motivos da violência, sexismo ou transfobia, por essa razão, foram excluídas da amostra devido a possibilidade de dupla motivação para o ato violento.

A pesquisadora deixou de incluir novas participantes no estudo quando, a partir da avaliação dos dados já obtidos, percebeu repetição, redundância dos dados, entendendo que a inclusão de novo material fornecido por novas participantes não acarretaria contribuição significativa para a pesquisa, não acrescentando para a reflexão teórica fundamentada nos dados.

Fontanella et al (2008) traz como significado de saturação da amostra quando a inclusão de novos participantes não traz mais contribuições para o estudo, uma vez que, os dados obtidos começam a se repetir, e a ser redundantes. Nesse caso os dados deixam de ser significativos, relevantes, incorrendo no fechamento amostral por saturação.

4.3 – Procedimentos

Primeiramente, conversamos com a CAP sobre a intenção da pesquisa e apresentamos os objetivos para obtenção do consentimento da administração da área programática 3.1, para a realização da pesquisa em uma UAP com ESF - Clínica da Família - sob sua coordenação, através do termo de Anuência Institucional.

Em seguida, conversamos com a gerência da unidade selecionada para apresentação da pesquisa com seus objetivos, métodos e obtenção do consentimento para a realização da pesquisa através do termo de anuência.

Após aprovação da pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA da UFRJ e da SMS RJ, a pesquisadora pode realizar sua inserção no campo. Entramos em contato com as equipes de saúde da família da unidade selecionada, as quais indicaram mulheres que sofreram violência íntima e aplicamos nas salas de espera o instrumento WHO VAW, realizando em seguida a entrevista narrativa com as mulheres que consentiram sua participação através do TCLE.

As entrevistas aconteceram na própria Clínica da Família, em ambiente que garantiu a privacidade da participante.

As entrevistas foram individuais, utilizando o instrumento WHO VAW e o roteiro semiestruturado. As perguntas para caracterização sociodemográfica das participantes, o roteiro semiestruturado e o instrumento WHO VAW estão nos anexos I, II e IV respectivamente, sendo importante destacar que preservamos a identidade da participante ao utilizar nomeação fictícia. O registro das narrativas produzidas foi feito através de gravação em áudio.

A escolha pela produção de narrativas partiu do princípio de que as enunciações contidas nas narrativas fazem parte de interações subjetivas entre os sujeitos sociais, no contexto cultural em que estão inseridos, construindo e dando sentido às experiências vividas. Essa definição traça a narrativa como elemento importante para a compreensão das experiências das pessoas em diversas circunstâncias, mais amplas e diferenciadas. (FAVORETO et al, 2011 *apud* BROCKMEIER; HARRE, 2003)

Nesse sentido, (FAVORETO et al,2011, p. 481) explicam que:

A abordagem da narrativa é trazida para a clínica como uma ferramenta que pode facilitar a percepção e a interpretação do significado do processo de adoecimento, como um modo de o profissional de saúde incorporar novos enunciados ao seu repertório interpretativo e, assim, ampliar a dimensão dialógica, hermenêutica e integral do saber e da prática clínica. Identifica-se que a abertura destas novas possibilidades dialógicas e hermenêuticas pode representar avanços para a clínica na APS, na realização de práticas mais integrais e cuidados mais efetivos.

O registro em áudio das narrativas foi transcrito na íntegra de forma a permitir a análise temática das falas conforme a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin.

De acordo com Bardin (2016), a análise do conteúdo visa analisar a fala e o que há por trás dela, suas significações. A autora organiza a análise em três momentos:

- 1) Pré-análise;
- 2) Exploração do material; e
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

“A análise do conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2016, p.44).

4.4 - Instrumentos de Coleta

O instrumento WHO VAW, anexo IV, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em 2000, e validada no Brasil em 2010 por Schraiber et al., consta de 13 itens divididos entre violência física, sexual e psicológica. Com propriedades psicométricas de alta consistência e capacidade de discriminar as diferentes formas de violência, física, sexual e psicológica, os itens associados visam identificar se a mulher já foi vítima de violência, de qual tipo e sua frequência, praticada pelo

companheiro atual ou qualquer outro companheiro que já tenha tido. (SCHRAIBER et al, 2010)

A construção do roteiro utilizado se deu a partir da identificação da ocorrência da violência pelo instrumento WHO VAW. Na presença do episódio violento, a entrevistadora aplicou o roteiro do anexo II composto por nove perguntas que envolvem a descrição da violência pela participante, sua percepção sobre o atendimento/acolhimento recebido por ela em instituição ou unidade de saúde, sua rede de apoio e expectativas sobre a APS para o cuidado de mulheres vítimas de VI. Quando não identificada a violência de qualquer tipo, foi utilizado um roteiro de entrevista de uma única pergunta, que consta no anexo III, sobre a motivação para a participação da pesquisa pela entrevistada.

A todas as participantes da pesquisa solicitamos informações sociodemográficas.

4.5 - Questões éticas

Os riscos potenciais desta pesquisa estão relacionados a produção de mal-estar, desconforto ou constrangimento decorrente da narrativa, bem como o de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar sofrimento psíquico, moral e físico. A pesquisadora esteve atenta e pronta a ajudar caso a participante demonstrasse qualquer incômodo durante a entrevista.

Os benefícios da participação nesta pesquisa são os conhecimentos advindos dela, com os quais pretendemos contribuir com a melhoria da assistência pelo SUS a usuárias vítimas de violência íntima acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. Narrar a experiência pode ter um efeito secundário terapêutico, uma vez que as participantes encontram um espaço de acolhimento de sua fala e valorização de sua experiência.

Para todas as selecionadas que manifestaram vontade em participar da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo IV, elaborado de acordo com a Resolução CONEP nº 466/12.

O estudo foi incluído na Plataforma Brasil para submissão aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP-EEAN/HESFA/UFRJ) e ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, enquanto instituição coparticipante. O projeto foi aprovado, e identificado pelos registros CAAE 31494920.0.0000.5238, parecer nº 4.479.415 e CAAE 31494920.0.3001.5279, parecer nº 4.503.008.

5. Resultados e Discussão

Foram convidadas a participar da pesquisa 30 mulheres, onde 27 foram abordadas pela entrevistadora nas salas de espera da clínica da família e três mulheres convidadas a participar da pesquisa a partir da identificação por suas equipes de saúde. Por questões éticas optou-se por não revelar o nome da Clínica da Família em questão, da mesma forma optamos por identificar as participantes por P1, P2, P3...P18.

Uma das formas de convite para a entrevista foi através da captação de mulheres que já haviam passado ou ainda se encontravam em acompanhamento devido a alguma situação relacionada a violência íntima, pelas próprias equipes de saúde. Dez das 13 equipes de saúde da família que compunham a Clínica da Família afirmaram que não recordavam de mulheres que preenchessem critérios para a entrevista, e apenas três apontaram uma mulher cada uma. As três apontadas pelas equipes aceitaram participar, entretanto das três apenas uma concluiu a entrevista. A segunda mulher convidada não compareceu ao dia agendado com a equipe e entrevistadora, pois esqueceu a data que havia combinado e não pode pactuar nova data devido aos afazeres do seu cotidiano. E a terceira convidada, gestante, em acompanhamento no pré-natal, ainda estava casada com seu parceiro e agressor, e todas as vezes que compareceu à clínica durante o período das entrevistas, estava acompanhada do parceiro, sendo então inviabilizada a realização da entrevista.

O baixo número de mulheres indicadas pelas equipes de saúde trouxe algumas reflexões que perpassam desde a atitude passiva e desinteresse por parte das equipes para a realização da pesquisa de cunho tão importante como a violência íntima, até o real desconhecimento das situações de violência íntima no território adscrito, sendo esse um tema pouco abordado no processo de trabalho. O reduzido número de mulheres identificadas pelas equipes que preenchiam critérios para pesquisa, pode também ser reflexo da priorização de outro problema e outras atividades naquele momento, uma vez que a pesquisa foi realizada na passagem do primeiro para o segundo ano da pandemia do coronavírus, e no início da imunização contra a Covid 19.

Entre as 30 mulheres abordadas sendo 27 nas salas de espera e três através das equipes de saúde, uma não preenchia os critérios para inclusão na pesquisa por ainda não ter completado 18 anos, sete optaram por não participar da pesquisa por

duas razões: 1) medo de perder sua vaga para consulta ou 2) não desejarem participar por questões pessoais e duas identificadas pelas equipes não puderam realizar a entrevista, mesmo após o aceite, por questões já mencionadas no parágrafo acima.

Do total de 20 mulheres que iniciaram a entrevista com a aplicação do instrumento WHO VAW, duas mulheres não pontuaram para violência de acordo com suas respostas ao instrumento, e para estas foi colocada, a seguir, uma única pergunta aberta presente ao final do anexo III. Suas respostas também foram gravadas em áudio.

Para estas participantes foi perguntado a motivação que as fez aceitar participar de uma pesquisa sobre violência entre parceiros, uma vez que nunca haviam experimentado esse tipo de situação. A senhora Rosa explicou que por mais que nunca tivesse vivenciado a violência doméstica conhecia muitas mulheres próximas a ela que haviam passado ou ainda estariam nessa situação, e participar da pesquisa seria uma forma de ajudar e de tornar o tema visível aos demais.

“Eu conheço muitas mulheres que passam por isso, graças a Deus eu não, essa é a minha forma de ajudar” (P2)

Enquanto Rosa trouxe, de forma sucinta, que sua participação na pesquisa seria sua forma de contribuição, a participante Júlia expressou de forma mais incisiva seus motivos para o aceite. Os motivos de Júlia permeiam emoções como empatia pelas mulheres que sofrem violência íntima, assim como sua indignação pela impunidade na violência doméstica e a falta de confiança nas leis e no governo brasileiro, principalmente no cumprimento da Lei Maria da Penha.

“Porque eu me coloco no lugar dessas mulheres. Eu vejo muitos noticiários, e nestes noticiários eu tenho visto mulheres queimadas, mulheres sendo jogadas de prédios, mulheres sendo esfaqueadas, sabe, na frente dos filhos, ou não, então é como se fosse comigo (...)quando eu vejo os homens impunes, como eles saem. Então eu me coloco no lugar dessas mulheres, porque na verdade elas vão estar sempre sendo, é, uma maneira dos homens fazerem esse tipo de maldade com elas, e não existe lei que puna esses homens, não existe, não adianta(...) Ele é preso, fica 2, 3 anos preso, sai e vai fazer de novo com outra mulher. Pra que existe Maria da Penha? (...) Fez tem que denunciar sim, mas com a lei Maria da Penha isso é só um paliativo, é só uma maneira de dizer que tá trabalhando. Volto a dizer, o Brasil não tem competência pra julgar ninguém, porque tem um monte de criminoso solto e um monte de inocente preso, porque o Brasil é incompetente.” (P1)

Das 18 participantes que positivaram para algum tipo de violência nas relações íntimo-afetivas no questionário WHO VAW e que poderiam seguir para a entrevista semiestruturada, uma optou por não prosseguir, pois segundo ela havia passado por uma situação de violência íntima e não desejava reviver os fatos, e outra foi chamada para sua consulta no início da aplicação do roteiro semiestruturado, o que inviabilizou sua participação completa na pesquisa, ambas foram consideradas como perdas.

Portanto realizamos um total de 18 entrevistas, sendo 16 entrevistas com a aplicação do instrumento WHO VAW que identificou a ocorrência da(s) situação(s) de VI e a aplicação do roteiro semiestruturado composto por nove perguntas que envolvem a descrição da violência pela participante, sua percepção sobre o atendimento/acolhimento recebido por ela em instituição ou unidade de saúde, sua rede de apoio e expectativas sobre a APS para o cuidado de mulheres vítimas de VI, e duas com aplicação do instrumento e pergunta única ao final das características sociodemográficas, sobre a motivação para participar da pesquisa uma vez que não experimentaram situações de VI ao longo da vida.

As características sociodemográficas das dezoito participantes estão descritas na tabela abaixo:

Identificação	Idade	Cor	Gênero	Orientação sexual	Escolaridade	Ocupação	Nº de filhos
P1	68	Branca	Feminino	Heterossexual	Ensino médio completo	Secretária do lar	2
P2	27	Preta	Feminino	Heterossexual	Ensino fundamental completo	Secretária	1
P3	35	Branca	Feminino	Heterossexual	Ensino médio completo	Operadora de telemarketing	4
P4	22	Preta	Feminino	Heterossexual	Ensino fundamental completo	Desempregada	2
P5	29	Parda	Feminino	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Do lar	3
P6	40	Amarela	Feminino	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Desempregada	2
P7	36	Parda	Feminino	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar de Serviços Gerais	3
P8	32	Preta	Feminino	Heterossexual	Ensino médio completo	Secretária do Lar	6
P9	33	Preta	Feminino	Heterossexual	Ensino médio completo	Caixa de Supermercado	2
P10	57	Parda	Feminino	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Desempregada	3
P11	44	Parda	Feminino	Heterossexual	Ensino médio incompleto	Desempregada	3
P12	30	Preta	Feminino	Homossexual	Ensino superior	Corretora de imóveis	1
P13	28	Branca	Feminino	Heterossexual	Ensino médio completo	Costureira	2
P14	59	Branca	Feminino	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Do lar	3

P15	54	Parda	Feminino	Heterossexual	Ensino médio completo	Agente Comunitária de Saúde	2
P1	23	Indígena	Feminino	Heterossexual	Ensino médio completo	Autônoma	1
P17	46	Preta	Feminino	Heterossexual	Ensino médio completo	Vendedora	2
P18	24	Parda	Feminino	Heterossexual	Ensino médio completo	Do Lar	Não Possui

A faixa etária das participantes foi de 22 a 68 anos. Das 18 que finalizaram a pesquisa, 17 se identificaram como heterossexuais e uma como homossexual. Vale ressaltar que na violência íntima entre o casal homossexual, foi evidenciada violência perpetrada por ambas dentro do relacionamento íntimo-afetivo. Entre as 16 que referiram ter sofrido algum tipo de violência praticada pelo parceiro, 10 mulheres possuem de 1 a 4 filhos com seus agressores. 12/17 eram pretas/pardas, com baixa condição socioeconômica como podemos verificar no quadro acima, onde das 12, três estavam desempregadas, apenas uma exercia função melhor remunerada, e as demais eram trabalhadoras informais como serviços de limpeza (“diaristas”) ou possuíam empregos formais de regime celetista, porém com cargos de baixa remuneração como auxiliar de serviços gerais, vendedora e caixa de supermercado.

Os resultados da aplicação do instrumento WHO VAW reforçaram estudos já citados no referencial teórico desta pesquisa, visto que das 16 participantes que produziram narrativas, em 14 observamos sobreposição das violências. Apenas uma participante revelou ter vivenciado somente situações de violência psicológica e outra somente situação de violência sexual. 14 participantes revelaram violências sobrepostas de natureza psicológica/moral e física, das 14, sete também foram vítimas de violência sexual.

Todas as entrevistadas revelaram acontecimentos de natureza psicológica, e os itens mais apontados em relação a essa forma de violência discorreram sobre situações de insultos, humilhação e ameaças a própria ou a quem ela gostasse. No tocante a violência física os itens que mais apareceram nas respostas ao instrumento foram os que falavam sobre empurrões, socos, lançamentos de objetos contra a vítima e ameaças/uso de arma de fogo, faca ou outro tipo de arma. Sobre a violência sexual, todos os itens foram apontados igualmente.

Quatro participantes disseram que as situações de violência ocorreram há menos de 12 meses da data da entrevista numa frequência que variou entre poucas e muitas vezes de acontecimento dos atos violentos.

Das violências identificadas, a “violência psicológica de menor intensidade”, a psicológica com consequências graves, a física, e a violência sexual, os efeitos sobre as vítimas estão diretamente relacionados com a gravidade das agressões e ao tempo de exposição à violência. Percebemos durante as entrevistas e na leitura posterior das narrativas que algumas participantes embora tenham pontuado no questionário WHO para algum tipo de violência, durante a entrevista semiestruturada, quando se referiam a vítimas de violência em suas falas, não se colocavam como uma pessoa que sofreu tal ato, principalmente quando se tratava de agressões verbais, sugerindo em suas falas que as mulheres que de fato precisavam de acolhimento, escuta, apoio e cuidado eram somente as que sofriam violência física e não verbal.

A maioria das entrevistadas revelaram ser o homem, parceiro íntimo, o perpetrador da VI, existindo apenas um caso de violência entre parceiras onde a entrevistada se identificou e identificou a ex-parceira como do sexo feminino, gênero feminino e orientação sexual homossexual.

Mediante a transcrição e leitura das narrativas, as falas que continham o mesmo significado e sentido, e mais vezes apareceram nas narrativas foram separadas em unidades de registro. Após uma releitura, essas unidades foram agrupadas em seis categorias temáticas.

5.1 - Álcool/drogas, elas, e a violência

Além das relações de gênero e da cultura machista, outros motivos contribuem para a prática da violência íntima, dentre eles, destaca-se o uso de bebidas alcoólicas e outras drogas. Este estudo identificou situações relacionando a violência e o uso de álcool e outras drogas, reproduzidas nas narrativas, que corroboram a literatura e apontam o consumo de substâncias psicoativas, legais e ilegais, como estimuladores de comportamentos violentos, podendo-se inferir ser um fator que colabora para altas taxas de violência entre parceiros íntimos.

“...o problema dele mais é que ele bebia, ele ficava uma pessoa agressiva, ele bom não, ele bom né, tava tudo bem, mas quando ele bebia era muito agressivo, vinha

pra cima de mim, eu também ia pra cima dele, até o dia que aconteceu a separação.”

(P14)

“...quando ele se drogava ele começava a me escovar, e quebrava as coisas dentro de casa, aí pegava a faca e me enfiava. Já me enfiou[u] a faca também (...)

Só quando ele usava droga, quando ele se drogava, bebia, só final de semana.”

(P8)

A relação violência, álcool e outras drogas vem sendo investigada por muitos autores, como mostra a pesquisa realizada por Fonseca et al., 2009, que mostrou que dos 7.939 domicílios pesquisados, em 33,5 % foi relatado algum tipo de violência doméstica e em 17,1 % desses domicílios o agressor estava alcoolizado. Do total de vítimas identificadas, 63,9 % eram mulheres, mais que o dobro em relação à porcentagem de homens. Reforçando as falas das entrevistadas como as de **P15** e **P11**, respectivamente:

“O que eu passei foi mais com palavras né, insultos, ele não encostava em mim, mas só aquela palavra já me doía muito, né, ele me colocava lá embaixo, eu não era nada porque eu dependia dele pra tudo, eu não trabalhava na época (...) quando tava bom era uma pessoa, mas quando usava álcool e drogas, era muito triste, até para os meus filhos, né, meus filhos vendo aquela situação...”

“...eu ficava em casa e ele saía né, pra ir pro crime, e quando ele chegava, ele já chegava drogado, às vezes eu tava dormindo, e cismava que tinha homem dentro de casa, cheirava minhas calcinhas, virava meu guarda-roupa, naquela altura drogado né, foi onde começou, a violência toda começou ali, foi a vez que ele pegou uma arma pra poder né, e eu pulei de uma altura enorme, corri pra casa da minha mãe”

Embora o álcool e outras drogas estejam evidenciados neste estudo e em muitas outras pesquisas, é fundamental frisar que na presente pesquisa, em nenhuma das entrevistas o uso de substâncias psicoativas foi referido como a única causa das agressões. Azevedo, em 1985, já registrava em seu livro, *Mulheres espancadas: a violência denunciada*, o álcool como catalisador e/ou potencializador da agressão, entretanto trazia à tona que a disposição para a violência já estava intrínseca no agressor, como na citação a seguir:

“Em todos os casos, a disposição para bater na mulher já estaria no homem, sob a forma de uma vontade explícita ou como possibilidade latente, à espera de uma oportunidade e de um pretexto para manifestar-se e atuar. Ela preexistiria e coexistiria com a ação do álcool no organismo, mas dela se beneficiaria devido aos efeitos psicobiológicos que a bebida alcoólica provoca.” (AZEVEDO, p.147, 1986)

5.2 - Relação com a Equipe

A Atenção Primária à Saúde no SUS é um dos pontos de atenção e a principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a ESF como proposta para a reorganização do modelo assistencial. Dentre todos os seus atributos, destacamos a longitudinalidade, a integralidade, e a orientação familiar, atributos importantes quando se fala em abordagem à violência, assim como o vínculo e a abordagem centrada no indivíduo, família e comunidade como importantes ferramentas para a produção do cuidado dentro da APS.

De acordo com a PNAB de 2017, a atenção básica além de ser a coordenadora do cuidado tem como uma de suas atribuições a vigilância em saúde da população. Inclui-se nessa vigilância, a detecção oportuna e a adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública, vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e vigilância das violências.

A vigilância das situações de violência íntima, prevenção, detecção oportuna de casos e construção do cuidado está no escopo de atuação da ESF, mas esta vigilância nem sempre é praticada no cotidiano da APS. Apenas três mulheres que seguiram para o roteiro semiestruturado relataram já terem comentado com sua equipe de saúde a situação de violência que vivenciaram. Uma referiu o desejo de contar para sua equipe, contudo disse ter esquecido de mencionar tal situação em sua última consulta. E as demais não declararam a VI à suas equipes. As dificuldades / explicações trazidas por elas foram desde a superação do acontecido, a sentimentos como vergonha, medo, falta de confiança, e falta de interesse da equipe de saúde em perguntar sobre essa questão.

Diferente dos resultados de alguns outros estudos encontrados na literatura, nesta pesquisa não houve considerações sobre dificuldades no acesso à Clínica da Família em questão, ao atendimento e aos profissionais das ESF. Em relação ao nível de procura aos serviços da clínica, mais da metade das mulheres frequentavam regularmente a clínica por diversas queixas, tanto para si quanto para algum familiar.

Quando perguntadas sobre questões de saúde que as levavam à unidade de saúde em busca de atendimento, metade das entrevistadas se mostraram bem mais preocupadas com as necessidades de saúde de seus filhos, do que com as questões de saúde delas mesmas. Quando procuravam para si, estes atendimentos em sua

maioria envolviam desde questões sexuais/reprodutivas a questões de saúde mental. Este resultado reafirma um tópico já trazido neste estudo sobre relações de gênero, onde as mulheres são as principais cuidadoras de seus filhos e do lar, a partir da criação pautada na cultura do patriarcado e do machismo.

Sobre o relacionamento com a equipe e a percepção sobre o cuidado, em sua maioria as participantes elogiaram suas respectivas equipes e alguns profissionais em particular e demonstraram estarem contempladas com o suporte e a assistência recebidos.

“Vou falar pra você, pra mim eles são excelentes, começando pela doutora, a enfermeira que são da minha equipe, eles são excepcional, eles além de ser médicos, eles são como se fosse psicólogo, é uma paciência pra ouvir (...) eu e meu esposo tivemos aqui, e era a doutora que estava aí...e ela é, tu senta, era como se tu já conhecesse ela, passa até algumas coisas pra eu fazer dentro de casa pra me distrair, entendeu?!” (P11)

“Os médicos são super, eles atende a gente bem, trata a gente bem. Eu me sinto acolhida na clínica da família sim, porque eles me explica direitinho as coisas, é tipo uma família né...igual a médica, quando eu venho aqui, às vezes, me trata melhor do que certas pessoas da minha família, entendeu?” (P8)

“Minha equipe tem uma ótima médica, uma ótima enfermeira, é uma ótima equipe, porém é uma equipe que tá se tornando muito precária, porque...são ótimas pessoas, mas não ficam por muito tempo, principalmente na minha equipe...porque tá todo mundo sobrecarregado, porque chega uma hora, a gente é ser humano, a gente não é máquina, a gente falha, você entendeu?!” (P3)

“Olha, eles são bem atenciosos, vai do médico a enfermeira...” (P17)

“Olha, todas as vezes que eu fui atendida aqui, eu fui muito bem atendida. Todos os médicos que atenderam eram bem atenciosos, com total..., ali, bem disposto, né, ao atendimento.” (P12)

“A doutora que me atende, da minha equipe, é maravilhosa. Não tenho do que reclamar, ela é perfeita para mim.” (P9)

“Eles atendem bem, não tenho o que falar da equipe. Quando preciso eles tão sempre dando apoio pra mim, pra minha família, a minha mãe quando precisava, agora ela faleceu tem 3 anos, mas eles nunca negaram atendimento e sempre tratou bem...eles estão sempre ali me apoiando, não tenho o que falar da equipe.” (P15)

“Olha para mim foi um atendimento bom, o médico muito atencioso, que procura se aprofundar ali no que o paciente tem, muito atencioso. O atendimento aqui pra mim, no caso, é ótimo. Não tenho do reclamar. (P7)

As narrativas revelaram a satisfação do usuário e a formação de uma relação profissional-paciente que se faz acolhedora para aquele que busca ajuda no serviço de saúde e ainda responde às necessidades de saúde deste paciente.

A continuidade relacional entre profissional-paciente influencia diretamente na efetividade da produção do cuidado e está associada a melhor comunicação, melhores desfechos na terapêutica proposta, maior aceitação das orientações e medidas preventivas assim como a satisfação do usuário (GRAY et al, 2003).

Por seus resultados positivos na qualidade da atenção, o vínculo longitudinal está fortemente relacionado à maior efetividade e eficiência das intervenções em saúde, maior adesão às mesmas, aumento da resposta do usuário aos cuidados de saúde e satisfação dos usuários (SANTOS et al, 2018 apud KRISTJANSSON, 2013).

O vínculo, a satisfação do paciente e a comunicação entre a equipe de saúde e usuário dependem das boas relações interpessoais e o acolhimento fornecido, a disponibilidade da equipe para com o paciente e o diálogo livre de julgamentos e pré-conceitos que permitam o entendimento pelo usuário da mensagem emitida pelo profissional e vice e versa.

Para o atendimento integral é importante que o encontro com o usuário de saúde seja guiado pela capacidade do profissional utilizar toda sua habilidade na comunicação, reconhecer e interpretar os sinais que o usuário emite, seja pela comunicação não verbal, pela mensagem oral, por sua história de vida e pelo momento no qual o encontro se dá (OLIVEIRA et al, 2006).

Além de propiciar uma relação terapêutica, a comunicação deve propiciar condições para práticas de promoção da saúde, tornando o usuário/cuidador autônomo à negociação diante do tratamento e das condições que favorecem o autocuidado e/ou o cuidado da criança sob sua responsabilidade. Essa perspectiva será gerida a partir da busca do intercâmbio de saberes, do diálogo e do entendimento entre o trabalhador de saúde e o usuário. (MARINUS et al, 2014)

Além de observarmos a satisfação das mulheres entrevistadas a respeito do cuidado produzido pelas equipes de saúde da família, percebemos também que as entrevistadas em sua maioria se sentiam contempladas no quesito disponibilidade da equipe e liberdade para dialogar com os profissionais, algumas inclusive demonstraram afeto pelos profissionais que as atendem.

Àquelas que participaram foram questionadas se teriam liberdade em conversar sobre o que precisassem com suas equipes e replicaram com as falas abaixo:

“Mais com mulher do que com homem, homem dá medo, com mulher dá mais vontade de falar.” (P13)

“Ah tenho, eu converso com eles numa boa, porque tem pessoas ali que já viram o que eu passei né, e eles, alguns lá, me deram total apoio.” (P15)

“Sim, com certeza. A doutora então, ela foi a primeira que me atendeu, nossa, um suporte maravilhoso.” (P11)

“Sim, sim, não é com todos eles, tem uma pessoa que você tem mais segurança, mas confiança, mas sim.” (P3)

“Tenho, tenho, eles deixam a gente bem à vontade.” (P17)

Todavia 13 entrevistadas, mesmo relatando liberdade no diálogo com a equipe, afirmaram nunca terem mencionado sobre as situações de violência vivenciadas. O resultado reforça a discussão sobre a importância de não apenas aguardar que a temática da violência seja trazida pela usuária nas consultas, pois são muitos os motivos que as fazem evitar discutir sobre o assunto. Tornou-se evidente que deve sobretudo partir do profissional de saúde da APS introduzir o tema e com suas habilidades de comunicação, o afeto produzido no ato, o vínculo, e o atendimento longitudinal, reconhecer, abordar, acompanhar e encaminhar à rede, caso seja necessário, mulheres vítimas de VI.

Das mulheres que negaram possuir liberdade no diálogo com suas equipes foi possível identificar medos relacionados ao julgamento, exposição e quebra do sigilo, destacando como a confiança, o vínculo e o bom relacionamento entre usuária e profissional são pressupostos importantes para o início do debate sobre a violência íntima.

“Ummm, não, não sei. Talvez, caso (...) não, não teria, porque eu não chegaria tipo numa conversa assim tão íntima (...) não falaria, não chegaria no consultório e falaria: - tá acontecendo isso! Porque não é qualquer pessoa que fala também, né?!(...) eu vou desabafar com ela e pode me chamar assim: - que louca, entendeu, veio aqui pra uma consulta e começa do nada a falar que tá sendo agredida e tudo mais” (P12)

“Não, porque existe pessoas que são meus vizinhos e eu já escutei muitas coisas que a pessoa falou certa coisa aqui e foi pra fora, então eu acho isso errado (...) então eu não tenho confiança” (P16)

“Eu acho que aqui eles não são obrigados né, tem que ter acho que um lugar apropriado né, pra resolver esses problemas, porque aqui é hospital...sei lá, se arriscar, não é muito bom né, não é muito confiável...Nem tudo a gente tem que né?...A gente vê que dá pra falar a gente fala, às vezes não pode muito confiar né.” (P10)

“Não sei né, acho que não tem nada a ver você chegar na clínica da família e falar: - médica tá acontecendo isso e isso comigo, na minha vida.” (P4)

5.3 – “Ninguém nunca me perguntou”

Embora a relação com a equipe tenha sido avaliada positivamente pelas participantes no tangente à percepção e produção do cuidado, principalmente nos atendimentos voltados à questões biológicas, atendimentos para filhos, parentes próximos como pai e mãe, hipertensão e diabetes e problemas relacionados a saúde da mulher ou ainda aquelas que buscavam tratamento para depressão que exige tempo maior de acompanhamento, consultas regulares, acentuando o vínculo com o profissional inserido neste cuidado, quando interrogadas sobre os motivos pelos quais não contaram à sua equipe de saúde sobre as situações de VI vivenciadas, algumas respostas foram:

“Às vezes é falta de interesse do médico perguntar, porque se perguntasse, como a senhora tá perguntando, eu diria numa boa.” (P7)

“Ah! ninguém nunca me perguntou nada, também aí quando eu venho, eu venho mais quando meus filhos tá com alguma coisa, aí já vem com aquela preocupação...” (P8)

“...na minha opinião, assim, eu sou uma pessoa muito reservada, não gosto de ficar falando da minha vida pra ninguém, porém, tipo assim...foi que nem você, você chegou hoje, começou a falar ali, eu me identifiquei e resolvi falar. Ninguém nunca na minha vida fez isso comigo (...) isso aconteceu a primeira vez, eu vou fazer 28 anos, eu passo, eu passei por isso desde os meus 14 e ninguém nunca veio me perguntar. Primeira vez (...) então assim, se a pessoa não vem me perguntar, eu não me acho aberta de falar, entendeu? Eu sou mais de sofrer calada mesmo” (P5)

“...no momento assim eu prefiro viver o presente, porque pra mim o que passou ficou lá atrás, já acabou, portanto que nas nossas conversas dentro de casa a gente nem lembra disso, conversando com os meus filhos.” (P11)

“...porque eu também nunca esquentei minha cabeça não. Esse negócio de chegar, falar, não, um dia ia acabar né, aguentei até onde eu pude, um dia quando eu não aguentei mais, aí eu saí fora.” (P14)

“Confiança, relação de confiança, eu tenho esse problema, infelizmente hoje em dia eu não confio praticamente em ninguém...confiança, medo e vergonha, são as três coisas que mais me incentivaram a ficar quieta, essas três coisas” (P16)

Essas narrativas vão ao encontro dos resultados encontrados por Fernandes et al, 2018, em seu estudo sobre percepções e vivências de profissionais e usuários, que apontaram que das 918 pessoas entrevistadas, 54,4 % responderam que não é função da APS abordar o tema da violência, sendo destes, 19 % profissionais de saúde atuantes na APS. Ambos mostram como usuários e profissionais não conseguem apreender, muitas vezes, a violência como um problema de saúde pública passível de prevenção e assistência na atenção primária, impactando diretamente na identificação e visibilidade da violência nesse ponto de atenção à saúde.

A revisão integrativa da literatura por Mendonça et al (2020), mostra a necessidade do desenvolvimento, pelos profissionais da APS, de uma postura reflexiva e de protagonismo, reconhecendo a violência como um fenômeno que interfere diretamente no processo de saúde e adoecimento. Mendonça ressalta a educação continuada como estratégia fundamental de formação dos profissionais e indica a sensibilização e capacitação profissional como um dos principais desafios para a abordagem da violência na APS.

Cabe salientar que a ESF no município do Rio de Janeiro, durante a realização desta pesquisa, vinha de um período de desestruturação progressiva nos quatro anos antecedentes, com redução do número de equipes e aumento da população adscrita, muitas demissões, cortes no orçamento, atrasos salariais, greves e um ano de combate a pandemia da Covid-19 na iminência do início da campanha de imunização. Todos estes fatores geram sobrecarga de trabalho e adoecimento dos profissionais, o que ocasionou a restrição do acesso, sendo essa uma das hipóteses trazidas por este estudo ao considerar a dificuldade na abordagem de temas sensíveis como a VI.

Obstáculos como medo (proteção dos profissionais), falta de capacitação, tempo, aspectos gerenciais e organizacionais como rede intersetorial insuficiente e ausência de fluxos assistenciais também são relatados pelos profissionais de saúde como obstáculos para o cuidado de mulheres em situações de violência (D'OLIVEIRA et al, 2020).

5.4 – O papel da escuta no processo terapêutico

A despeito de nunca terem mencionado para sua equipe de saúde as ocorrências de VI, as narrativas revelaram o desejo de falar sobre o assunto, e os proveitos antecipados advindos da escuta/diálogo entre profissional-usuária.

“...acho que seria ótimo, porque assim, como aqui, que é bem próximo da comunidade, o que tem de mulheres que sofrem diariamente e não falam é muito grande, então se tivesse um canal que desse pelo menos uma abertura de fala, seria legal.” (P12)

“...é bom também falar, é bom falar pra uma pessoa, mas também eles não podem fazer nada porque eu moro com ele, eu penso assim. Só mais desabafar, falar é bom pra outra pessoa.” (P13)

“Ajuda muito, só de ouvir ajuda muito, você está me ajudando aqui hoje, já ajuda muito, muito mesmo....eu precisava de um apoio, de, de, de assim, alguém que me orientasse melhor, me explicasse, me informasse um lugar, que fosse ficar dia a dia, que pudesse tentar me levar num lugar, pelo menos se interessasse pelo menos no assunto, e me ajudar” (P6)

“Sobre esse assunto ajuda bastante, porque às vezes ela não tem coragem de contar pra alguém, uma delegacia, mas aí o profissional de saúde, acredito que possa dar uma força, dar uma visão diferente que ela não tenha, entendeu? [...] as pessoas podem até falar, mas não é a mesma relevância que um profissional chegar e falar, entendeu?” (P9)

“...porque eu acho que um psicólogo pra pessoa que passa assim, ajudaria bastante, porque teria com quem a pessoa conversar, entendeu? Porque quando a gente tá passando por isso, quando a gente desabafa, a gente se sente muito melhor por dentro, entendeu?” (P8)

“Acho que só essa ação que você tá dando a oportunidade da pessoa desabafar e botar pra fora tudo, já ajuda bastante. Entender, compreender. Porque

tem muita gente que não gosta de falar porque machuca muito. Eu já prefiro falar, porque eu, tipo assim, eu não quero viver isso pro resto da minha vida. Eu prefiro falar, botar pra fora entendeu, pra poder, de alguma forma, ter ajuda.” (P4)

A violência sofrida no âmbito domiciliar está presente no cotidiano das unidades de saúde de forma implícita e pode ocasionar o adoecimento das mulheres, levando-as aos serviços de saúde de forma recorrente e com sinais e sintomas que envolvem a saúde física, mental e reprodutiva. Dessa forma o acolhimento e a escuta humanizada e qualificada podem ofertar um cuidado ancorado na integralidade (ZUCHI et al, 2018).

Quando a relação profissional-usuário vai além do atendimento clínico, de questões físicas, e questões subjetivas são abordadas nesses encontros, a violência sofrida pela usuária passa a ter visibilidade e a produção do cuidado individualizado é possível para essa mulher em situação de violência. A partir de uma escuta e orientação individualizada é possível que a mulher vítima de violência tenha consciência do problema e a partir daí, o cuidado ampliado levando em consideração o contexto de vida dessas mulheres pode resultar no entendimento de que é possível viver uma vida sem violência, assim como estimular empoderamento e seu fortalecimento, a tornando capaz de tomar decisões importantes para sair do ciclo da violência (CORTES et al, 2015).

Um exemplo de experiência exitosa no âmbito da atenção primária na abordagem a VI pode ser visto na narrativa da participante **P15**. A violência íntima a qual estava sujeita foi compartilhada com sua equipe de saúde em decorrência do acolhimento, vínculo e escuta proporcionados pela equipe, e a partir disso o cuidado produzido nos encontros entre profissionais e usuária pode ser individualizado de forma a auxiliá-la em suas decisões, fornecendo rede de apoio, orientações sobre seus direitos como ser humano e encaminhamentos necessários. Como resultado, P15 ao longo de sua trajetória no ciclo da violência íntima, também se tornou profissional de saúde, agente comunitária de saúde, na mesma equipe que a acolheu, afastou-se do círculo da violência e deu sequência à atendimentos voltados a questões como depressão, ações que a fizeram retomar sua autoestima, se permitir a conhecer outro parceiro, casar e iniciar um novo episódio em sua vida e na vida de seus filhos.

“...na clínica da família mesmo, o pessoal da clínica conversou comigo, me orientou né, eu tô bem graças a Deus (...) foi muito bom, eu tive ajuda também no [...].

Fizeram uma reunião, me chamaram sozinha né, conversaram comigo, eu falei tudo que eu tava passando. Meus filhos também foram chamados(...) foi um grupo, chamou a gente, era o NASF” (P15)

“...eles participaram de tudo, cada detalhe, cada momento...e hoje eu tô bem graças a Deus...meu filho tá com 18, tá indo pra Marinha, minha filha tem a vida dela, tenho uma pessoa maravilhosa, um companheiro bom e eu tô há 8 anos com ele...” (P15)

“...a própria enfermeira que é da equipe me ajudou muito. O gerente da unidade também me ajudou muito na época né, graças a Deus tive apoio. E na época eu pensei que ia ser mandada embora...minha pressão chegava a 22, nossa, de chegar aqui mal, mas eu vinha trabalhar de qualquer maneira, e eles me davam apoio...eu tenho que agradecer muito as pessoas que me apoiaram.” (P15)

“O gerente maravilhoso que me chamava, conversava, tinha uma doutora, e a enfermeira da equipe que sempre me deu apoio...e deu muito conselho né pra sair de onde eu morava, eles me deram muito apoio...mudei número de telefone, eu mudei tudo, minha vida completamente, mudei aquela minha vida que eu era pra outra pessoa hoje, e meus filhos também...” (P15)

“...essas pessoas que eu falei estavam sempre do meu lado...eu agradeço sabe, aqui foi a melhor coisa pra mim, aqui foi uma casa, se não fosse essas pessoas, eu não sei o que seria de mim, porque tava consumindo sabe, consumindo demais.” (P15)

5.5 - A rede de apoio e a busca por ajuda

O percurso percorrido pelo indivíduo em busca de ajuda nem sempre pode ser encaixado em fluxos, o caminho está atrelado a construção cultural do indivíduo e da comunidade onde ele se insere, depende de fatores relacionados ao subjetivo que rodeia o processo do adoecimento e do tratamento desta pessoa (CABRAL et al, 2011).

A literatura define o caminho percorrido pelo indivíduo em busca de ajuda/tratamento como itinerário terapêutico, sendo este termo utilizado para nomear um conjunto de ações e movimentos executados pelo indivíduo ou um grupo que pode envolver diversos recursos como crenças, dispositivos sociais e biomédicos, e

religião, determinando assim uma trajetória a procura da recuperação e preservação da saúde (MARTINEZ, 2006).

O percurso realizado por mulheres vítimas de VI em busca de ajuda, nem sempre inclui unidades de saúde. Estudos mostram que lidar com a violência na APS, desde a década de 90, é uma dificuldade relatada na literatura (SUGG et al, 1992). Notamos a partir da fala das mulheres, que a maioria não percebe a APS como um espaço de cuidado para as que sofrem VI.

Em 2012, o estudo realizado sobre o enfrentamento da violência íntima por mulheres no Nordeste do Brasil apontou como conclusão a importância da divulgação dos serviços de apoio a mulheres vítimas de VI, e a importância da ampliação da rede de serviços destinados ao acolhimento dessas mulheres. Em seus resultados, do total de 283 gestantes entrevistadas, 21,6 % não haviam procurado nenhuma forma de ajuda, apenas 17,3% buscaram ajuda institucionalizada, enquanto mais da metade das entrevistadas, 57,6 %, conversaram com alguém, sendo essa rede de apoio composta pela rede social primária (pais, amigos, irmão/irmã). Das instituições procuradas 57,6 % foram delegacias/polícia e não mais de 27 % decidiram por buscar o serviço de saúde para o enfrentamento da violência íntima (SILVA et al, 2012).

Podemos dizer, no tangente a rede de atenção primária, que os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados de Silva e colaboradores (2012) embora os resultados de ambas as pesquisas tenham sido obtidos com abordagens metodológicas distintas e, portanto, não comparáveis. Os resultados revelaram que a busca individual por ajuda por vezes seguiu mais de um caminho, desse modo a mesma mulher apareceu em mais de uma porcentagem apresentada aqui. Nove entre as 16 mulheres vítimas de VI (56 %) encontraram rede de apoio em amigos e familiares, duas, correspondente a 12,5 %, não buscaram nenhum tipo de ajuda, enquanto cinco (31 %) buscaram a fé em orações ou instituições religiosas como apoio enquanto permaneciam em relações abusivas com seus parceiros (a).

No que concerne à procura por ajuda institucionalizada, constatamos a partir dos resultados que metade das entrevistadas, oito mulheres (50 %), solicitaram ajuda institucional do setor saúde, público ou privado, ou da segurança pública. Das que procuraram ajuda da segurança pública, duas afirmaram ter registrado ocorrência na delegacia e uma delas solicitou inclusive medida protetiva, que segundo ela segue não sendo respeitada, esta entrevistada, no momento da entrevista, ainda vivenciava atos violentos perpetrados pelo ex-parceiro, que segundo ela invadia sua casa, e a

perseguia mesmo com a medida protetiva deferida. Três revelaram a violência íntima que eram submetidas a algum profissional de saúde de unidades hospitalares em alguma de suas passagens ou pela emergência ou no ambulatório local para situações de saúde diretamente ou indiretamente relacionadas a VI, e apenas três confirmaram ter relatado a VI para sua equipe de saúde em sua unidade de APS – clínica da família, de referência.

Algumas entrevistadas buscaram suporte/ajuda em mais de um setor concomitantemente em seu itinerário. Duas entrevistadas apontaram três ou mais caminhos como suporte para romper o ciclo da violência ou abordar questões de saúde advindas de uma situação passada, essas obtiveram suporte com sua equipe de saúde da APS, familiares e em suas religiões.

Nesse estudo, assim como na pesquisa de Silva, em 2012, a rede de apoio primária formada por familiares e amigos é apresentada pelas entrevistadas como a primeira fonte de ajuda para o enfrentamento da VI. Como percebemos, ainda que em menor percentual, algumas vítimas vivem/viveram os relacionamentos abusivos sem buscar nenhuma fonte de ajuda. Isso nos revela que embora o Brasil já tenha criado muitas “portas” e o município do Rio de Janeiro principalmente, ainda é necessário expandir as ações de prevenção e promoção, combate e rede de atendimento a mulheres vítimas de VI, difundindo cada vez mais, e principalmente nas comunidades, a violência contra a mulher como um problema de saúde e segurança pública, incentivando a busca institucional por ajuda ao enfrentamento da violência.

Sobre a busca por atendimento em unidades de saúde da APS assim como na pesquisa de Silva et al, 2012, nossos achados vão ao encontro da literatura, porém bem aquém do esperado quando uma vez que a APS deveria, de acordo com um de seus princípios, ser a principal porta de entrada ao serviço de saúde, possuindo o primeiro contato e o vínculo como diretrizes e estando estruturalmente mais próxima da residência da população adscrita. Não obstante apenas três das 16 entrevistadas, de fato externaram a situação de violência a suas equipes de saúde. Muitos ainda são os motivos que fazem com que estas mulheres não busquem a APS em seu caminho em busca de ajuda, deixando evidente que a APS ainda não é vista por sua população como um local de cuidado para estas situações.

As narrativas das entrevistadas sobre rede de apoio e a procura por ajuda, reproduzidas abaixo, evidenciam os achados quantificados acima.

“Apoio, apoio, assim, a gente nunca tem. Eu desabafei sim com algumas pessoas, algumas pessoas geralmente entende assim, que se põe no seu lugar, outras não. Entendeu, tipo assim, se recusa. Sempre conversei com a minha mãe, sempre conversei com a minha irmã, mas elas são tipo assim, pela minha mãe não poder me ajudar...pra mim morar na casa da minha mãe é um pouco difícil, mas ela falo: - eu não vou deixar você na rua com meus neto...é acho que agora ela me entende mais, antigamente ela sempre queria que eu me entendesse, tendeu? **(P4)**

“Não, só das minhas filhas, só falo, converso, só me abro com elas...porque tem que ter alguém pra gente se abrir né, mas primeiramente eu boto meu joelho no chão e falo com Deus, eu boto nas mãos de Deus” **(P10)**

“Minha mãe, minha mãe, porque eu cheguei a largar a casa, casa própria, e fui morar com a minha mãe, fiquei três meses com a minha mãe (...) e nós resolvemos isso tudo, né, graças a Deus, ela me deu muita força, foi minha mãe” **(P15)**

“Eu tenho certeza que são escolhas minhas, consequências minhas, que eu tô colhendo o que plantando. Eu sempre converso com Deus, eu oro, e já pedi muito a Deus para me tirar disso...” **(P4)**

“Da minha família, da minha família. A minha família que sempre me apoiou (...) então sempre falava com a minha mãe como ele era, e sempre falava com a minha mãe que era pra eu sair fora dele né, e dali minha mãe que sempre me deu força, me deu apoio.” **(P7)**

“Ah, minha mãe e minha tia (...) eu acredito assim, que se eu tivesse tomado uma atitude mais drástica, de denunciar, eu acho que eu não ia suportar...” **(P11)**

“Sim, amiga de anos e tal, conversava, mas família não.” **(P12)**

“Sabia, minhas irmã, minha mãe. Minha mãe chorava muito quando me via machucada, a minha irmã...também. (...) Tem as minhas amigas, tem a Letícia, tem a Gisele...” **(P8)**

“Não. Só quando eu cheguei dentro de casa, só com a minha família mesmo e só.” **(P9)**

“Já, já fui na delegacia, na Lei Maria da Penha, acontece que a gente que mora no morro, a lei Maria da Penha não sobe aqui em cima não, ela não protege a gente, não adianta. E se a gente toda hora ficar indo na delegacia, daqui a pouco eles fala que a gente é X9, e a gente morre de bobeira, tendeu? **(P8)**

5.6 – “Eu acho que precisa de mais presença da equipe, da agente de saúde nos lares” – Sugerindo estratégias para a produção do cuidado

Foi possível identificar, a partir das falas, que as entrevistadas reconhecem a Clínica da Família como um possível lugar de cuidado para a violência íntima. Uma delas, ainda que percebendo a clínica como um espaço para a abordagem da situação de violência, se mostrou receosa e com medo por acreditar não ser um lugar confiável para a exposição da situação.

Nas sugestões para produção do cuidado nota-se a presença de atividades específicas que são coerentes com os princípios norteadores da APS como atividades em grupo, visitas domiciliares, atendimento individualizado focado no indivíduo, família e comunidade, longitudinalidade, vínculo, acesso, orientação familiar, atendimento integral entre outros.

Quando interpeladas sobre como as equipes de saúde poderiam agir no acolhimento e na abordagem do tema, as respostas variaram da escuta qualificada, a busca ativa por pessoas em situações de violência, até a abordagem coletiva por meio de palestras como fortes estratégias para tal. Certos empecilhos para o cuidado também foram listados como, por exemplo, o grande número de atendimentos e sobrecarga do profissional que fica “sem tempo para conversar sobre isso” e a importância de um profissional psicólogo para a escuta.

“...pra gente seria útil, porque como paciente você entra, mas pra médica, ela tem horário, entendeu? E tem pessoas do lado de fora esperando, então não seria muito cômodo, porque se for pra você entrar ali dentro do consultório e expor tudo, você vai ficar horas ali, e as pessoas que tão do lado de fora também.” (P11)

A busca ativa pelo ACS foi ponto de destaque nas falas como plano estratégico para a identificação de mulheres mais expostas à violência, ou já em relações violentas/abusivas com seus parceiros ou ex-parceiros (a).

“É, eu acho que pode sair por aí entregando um papel, ir na porta das pessoas, conversar com a mulher. Elas não vão na porta da gente pra marcar consulta? Elas também pode ir na porta da gente pra conversar, procurar saber se a gente tá passando alguma coisa, por algum problema, entendeu? E também ajudaria muito a pessoa...” (P8)

“Eu acho que se tivesse uma pessoa assim, disposta a ir na casa das pessoas com esse propósito de trazer a pessoa pra saúde do corpo e pra saúde da mente,

seria muito legal se a pessoa começasse a buscar, procurar, ver que está precisando, jovens, velhas, tem mulheres idosas que tá presas ainda nessa vida, presa nela mesma, a própria mente presa, não consegue se libertar.” (P6)

“Eu acho que elas deveriam estar um pouquinho mais presente ali, é difícil de ver hoje um pouquinho mais por causa da pandemia, mas é difícil de ver as agentes de saúde indo nas nossas casas, procurando saber se a gente procura um atendimento...tem um bom tempo que não tem isso, né. Então eu acho que precisa de mais presença da equipe né, da agente de saúde nos lares.” (P7)

Os ACS são os profissionais que possuem papel relevante no enfrentamento da violência íntima já que em função de sua proximidade da comunidade, sendo morador e/ou realizando visitas domiciliares tem mais possibilidades de identificar situações de violência entre parceiros no âmbito familiar. Ainda que esses trabalhadores entendam a importância e a necessidade da atenção direcionada a estas mulheres, isso não é refletido em ações estratégicas que ofereçam uma resposta efetiva ao problema (HESLER et al., 2013).

O vínculo estabelecido na ESF facilita a percepção positiva das usuárias a respeito do acolhimento e atendimento que recebem, se sentindo bem tratadas. Algumas afirmaram se sentirem à vontade para falar sobre o problema com sua própria equipe e ressaltaram a necessidade de um espaço reservado para esse atendimento. Outras citaram o desejo de poderem falar sobre a VI também com um psicólogo. Independente do profissional a realizar a escuta, deixaram evidente que embora ainda não percebam na APS como lugar para este cuidado, reconhecem ser um espaço potencial para ajudar mulheres no enfrentamento da violência. O fato de manifestarem o desejo de um psicólogo na unidade para a abordagem da violência transparece a falta de entendimento por essas usuárias do cuidado ampliado que as equipes de saúde podem oferecer inclusive com o apoio matricial do NASF da própria unidade que conta com duas psicólogas, fato desconhecido pelas usuárias. Esse desconhecimento gera a indagação se realmente os serviços ampliados oferecidos pela APS são divulgados àquela população adscrita e se a carteira de serviços da APS é apresentada aos usuários da clínica em questão.

“Eu acho que, poderia assim, que nas consultas poderia perguntar, se tá tudo bem, se passa, tipo as perguntas que você tá fazendo. Porque às vezes muita gente tá passando por isso, mas não tem com quem se abrir.” (P9)

“Aconselhando, mostrando os direitos, a própria mulher, a própria sociedade não entende dos seus direitos na justiça, não sabe o que pode conseguir, por exemplo: tem muita mulher que fica totalmente dependente financeiramente desses homens, então olha, - você tem direito a bolsa família (...) vamos supor, tem auxílio isso (...). Então essas informações já são o primeiro passo, você entendeu, não adianta ter psicólogo na clínica se não mexe na base da pessoa (...) então ela tem que dar um primeiro passo pra ela ter um sonho, uma perspectiva, ela tem que saber pelo o que ela quer lutar, você entendeu? Então assim, é tudo junto, a equipe pode estar abrindo a mente dos direitos que as pessoas tem, tantos benefícios...” (P3)

“Procurar observar mais, olhar o jeito da pessoa, até mesmo o gesto, alguma coisa do tipo, eu acho que se observar mais vai ter muita gente querendo se abrir pra conversar com eles. (...) Chegar ali: - ah vamos conversar, tá acontecendo alguma coisa? Eu acho que se todo dia tivesse uma pesquisa como essa, todo dia abordasse cada pessoa que tá sentada, e você falasse, olha tá acontecendo isso, isso, isso, você quer conversar? Eu acho que seria legal.” (P5)

“Poderia ter um consultório...poderia ter um psicólogo aqui, poderia ter uma salinha de psicólogo aqui...ter um espaço pra escutar, eu acho que seria legal sim.” (P5)

“...eu acharia bom se tivesse um psicólogo para com as mulheres sobre esses assuntos né.” (P18)

“Primeiramente incentivar elas a buscar ajuda né, tem muitas que ficam cegas de amor e não percebem que o homem pode fazer muito mal pra elas, eu acho que seria mais, é, a questão do incentivo, pra mulher procurar uma ajuda, na polícia, ir na delegacia denunciar.” (P18)

“...botar uma pessoa pra poder conversar com as mulheres quando viesse se consultar, porque a maioria das pessoas passa por isso, mas não fala porque tem medo e porque não tem com quem conversar, entendeu? Porque se tivesse, às vezes, nem passava, mas não tem.” (P8)

“Então, a maioria destas mulheres precisam ser acolhidas do começo ao fim, e muitas das vezes até pra sempre, é saber chegar, mostrar confiança, que você realmente quer ajudar, você vai ajudar, que você tem psicológico também pra ajudar, porque antes de ajudar as pessoas, você tem que ter psicológico.” (P16)

“Eu acho que teria que ter uma consulta assim, com a mulher, com a pessoas que está assim, dar uma fichinha, entrar e cada pessoa falar, então cada mulher pode saber que tem aqui alguma ajuda, então pode vir.” (P13)

“Ah, conversar, mandar a gente pra um lugar assim, onde tenha um atendimento de mulher, né.” (P14)

“...que fosse elaborado uma consulta de rotina, ou não, ou num atendimento como o meu, que ela entrasse sozinha, que ela pudesse falar, que ela entendesse o que ela tá passando, e que tivesse um apoio da equipe né, porque tem muitos parceiros controladores, e que querem entrar com você na consulta, pra você não falar, não procurar socorro, então que fosse elaborado um jeito da paciente ficar sozinha com alguém da equipe, e de preferência mulher né, que possa entender, que possa encaminhar ela, sempre sem alarde, pra que tudo se resolva. (P17)

Não obstante a necessidade trazida do atendimento individual, com o intuito de saber das entrevistadas sugestões de abordagem ampla do tema, constava no roteiro da entrevista um questionamento de como na percepção delas a clínica poderia promover ações para o enfrentamento da violência e a aproximação das usuárias com o tema. Como resposta, as atividades coletivas apareceram como forte estratégia para o cuidado e discussão do tema.

Apontaram as “palestras” como uma alternativa que poderia englobar apenas mulheres ou ter caráter amplo convidando homens adultos e adolescentes de ambos os sexos.

“Eu acho que aqui deveria fazer um grupo de mulheres, antigamente tinha um grupo de mulheres, de homem, podia fazer um grupo de mulheres pra poder falar sobre esse assunto né...chamar as mulheres para falar sobre violência, porque a violência não é só bater, igual eu, eu nunca apanhei, mas só em palavras, nossa, isso doía muito, eu acho que seria bom fazer esse grupo...” (P15)

“...é negócio mais de palestra, faz palestra, fazer bastante palestra, conversar que aqui também tem essas coisas né...” (P14)

“Eu acho que elas devia fazer um grupo com psicólogo, porque acho que um psicólogo pra pessoa que passa assim, ajudaria bastante porque teria com quem a pessoa conversar (...) quando a gente desabafa a gente se sente muito melhor por dentro.” (P8)

“Num ponto eu acharia que teria que ter uma equipe apta pra fazer tipo assim, umas reuniões, entendeu? Reunião de mulheres, aonde você chegaria, aquelas

profissionais ali, e ali você colocaria o que você tá vivendo. Eu acredito que se isso acontecesse, muitas mulheres sairiam até mais leves, porque muitas das vezes é falta de oportunidade, porque não se sente à vontade de estar conversando com uma profissional...então tendo uma equipe apta para esse assunto né, pô seria muito bacana...” (P11)

“Eu acho que uma palestra toda semana eu acho que ajudaria, uma palestra para família, seja pra homem, pra mulher e falar sobre o assunto, eu acho isso.” (P7)

“Acho que poderia fazer um projeto de palestras, chamar os adolescentes, quanto homem, qualquer pessoa que passa por isso e fazer projeto de palestra, explicando que isso é uma prisão, que relacionamento abusivo é uma prisão, botar as pautas do que é um relacionamento abusivo, pra pessoa poder chegar e falar: eu tô num relacionamento abusivo, eu posso sair disso! tipo assim, encorajar as mulheres, qualquer pessoa, a sair disso.” (P4)

“Como eu não sei como é feita a abordagem, que fosse acolhedor, esclarecedor, que de repente desenvolvessem palestras, colocassem cartazes pela clínica (...) tem muitas que trabalham e não tem tempo de ouvir o rádio, ou ver televisão, então não sabe onde procurar, apesar de hoje estar tudo muito evoluído, mas assim, chamar a atenção de alguma forma (...) palestra sobre isso, abordar o tema, porque tem muita gente ainda desinformada. (...) Então de repente, por medo, ela não fala, mas se você abordar o tema, convidar, ou tiver um cartaz avisando, talvez a pessoa se sinta mais à vontade” (P17)

“Então, palestra, nada demais. Porque eu acho que se você fizer palestra com outras mulheres pode abrir a mente de pessoas que podem estar começando, porque gente, tem muita mulher no mundo...enfim, palestra para alertar algumas pessoas, porque infelizmente nem todas entendem que isso é importante, você ir em busca daquilo que você realmente acredita que irá mudar, e alertar outras mulheres em relação de, por exemplo, sinais, porque da mesma forma que na época eu não vi sinais, hoje eu vejo.” (P16)

Dentro das especificidades da ESF, de acordo com a política de atenção básica de 2017, é atribuição de todos os profissionais da APS participar e/ou coordenar, se profissional de nível superior, atividades coletivas em prol da promoção de saúde e prevenção de agravos a partir do reconhecimento das necessidades do território adscrito. (PNAB, 2017)

Sabemos que muitos são os fatores que geram e perpetuam a violência e, também, é sabido que poucas são as ações realizadas pela APS para o enfrentamento da violência. As atividades em grupo trazidas espontaneamente como sugestão pelas entrevistadas para a abordagem e enfrentamento da VI reafirma o valor das ações coletivas e como essa prática possui efeito positivo sendo foco de algumas pesquisas em saúde coletiva, pois provoca o diálogo, estimula a criação de redes de apoio, de confiança entre vizinhos, incentiva a participação social e fortalece o desenvolvimento de redes de proteção contra a violência, concluindo que a participação em ações coletivas está associada a menor prevalência da violência, assim como a não participação é relacionada ao maior número de casos.

Atrai a atenção como a escolha metodológica utilizada na ação coletiva, onde o tema emerge do próprio grupo, provoca o empoderamento e auxilia na discussão. Oliveira mostra que essa escolha proporcionou em seu estudo a reflexão sobre a postura profissional e a construção coletiva, estimulou o diálogo a respeito de temas como desigualdade de gênero, fortaleceu vínculos e sobretudo criou possibilidades para o rompimento ou intensificação das situações de risco (OLIVEIRA et al, 2011)

“Acho que se desse umas palestras, sabe, ou uma ação de chamar as mulheres daqui em geral, pra um turno, igual você tá fazendo a pesquisa, eu acho que montar um grupo e fazer isso assim, sempre, montar sempre um grupo diferente e tá alertando sobre isso (...) e vai chegar um momento que a que vai falar e as demais vendo uma ou outra falando vai ter coragem também de se abrir e se expor.” (P12)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é um espaço cheio de potencialidades para o cuidado de mulheres em situação de violência praticada entre parceiros. Ficou claro que é necessária uma reorganização do serviço assim como capacitação das equipes para a implementação de ações mais efetivas a fim de obter resultados efetivos no enfrentamento da VI. Notamos que mesmo com o acesso facilitado, a criação de vínculo e a satisfação das usuárias com suas equipes de saúde, muitos são os obstáculos que as impede de trazerem questões sobre a violência para dentro dos atendimentos, sendo necessário que o profissional tenha a iniciativa de observar e reconhecer os sinais da violência, introduzindo o tema nos encontros para que elas se sintam confortáveis em falar sobre o assunto, dando início a um diálogo sobre a VI.

Questões estruturais e de organização dos atendimentos são desafios para mudanças efetivas. A gestão do tempo de agenda, possibilitando tempo hábil para o acolhimento de mulheres em situação de violência, torna-se desafiador devido à grande pressão assistencial percebida durante a pesquisa e trazida como obstáculo nas narrativas. Apesar dos desafios e da necessidade de maior comprometimento das equipes para o cuidado integral, as participantes reconheceram a APS como espaço potencial para o cuidado colaborando como rede de apoio e proteção às situações de VI.

Promover a valorização do trabalho do ACS e incentivar a busca ativa de mulheres em vulnerabilidade e risco para a violência emergiu das falas, tal qual a importância de viabilizar espaços que enfatizem a importância do sigilo e da ética no serviço.

É presente a necessidade de difundir nos atendimentos, nas salas de espera, nas visitas domiciliares, a APS como espaço de acolhimento e enfrentamento da VI, bem como as possibilidades de cuidado intersetorial e integral. Notamos que ainda que as usuárias percebam a unidade de saúde como lugar de cuidado que as poderia assistir frente a situação da VI, poucas reconhecem tal abordagem, de fato, como significativa e capaz de gerar grandes transformações. A maioria reconhece sim como um local de escuta e “desabafo”, conquistando certo conforto através do diálogo. A VI como um problema de saúde pública e a atribuição das equipes de saúde no seu enfrentamento não foram consideradas nas falas.

Ainda que a pesquisa tenha exposto a necessidade de aprofundamento em ações para o enfrentamento da VI, no entanto também mostrou como é possível romper o ciclo da violência a partir do suporte da equipe de saúde, cuidado integral e rede de apoio, propiciando que a mulher construa novas perspectivas de vida, recupere sua autonomia e autoestima, e ainda se permita criar novas relações e novos afetos.

O diálogo, a construção do vínculo e a escuta humanizada na ESF, podem tornar a VI visível na APS e contribuir para amenizar possíveis consequências e prevenir agravos decorrentes da violência. Com isso, possibilitar para essas mulheres novos projetos de vida e novas relações fora do círculo da violência

Um dos objetivos do estudo foi conhecer o caminho percorrido por mulheres para romper com a violência. Os discursos mostraram que esses caminhos geralmente são curtos e na grande maioria das vezes restritos a redes de apoio primárias, no caso desta pesquisa, principalmente a família. É destaque como algumas entrevistadas foram capazes de sair de relações violentas sozinhas através de sua própria força. Importante salientar que estas mesmas mulheres não acreditavam que pudessem ser ajudadas por outras pessoas, e que cabia a elas e somente a elas sair dessas relações conflituosas. Isso mostra como podem ser resilientes para romperem o ciclo da violência entretanto demonstra que mesmo que já tenhamos avançado muito na conquista de direitos e na criação de políticas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher, é necessário que a problemática seja debatida nas escolas, nas unidades de saúde, na criação dos filhos, para que tenhamos uma mudança estrutural, na forma de pensar, na construção social, formando mulheres conhecedoras de seus direitos e dos dispositivos de ajuda e acima de tudo que não se sintam culpadas por encontrarem-se em uma situação opressora. Outro destaque está na descredibilização da função das autoridades em relação a VI quando se reside na comunidade. As participantes da pesquisa referiram não acreditar no trabalho das autoridades e na garantia da implementação das ações previstas na Lei Maria da Penha dentro das comunidades em função do poder paralelo. O medo de envolver as autoridades e o descrédito no compromisso da polícia com a VI foram trazidos nas narrativas.

Ressalta-se como os espaços de escuta podem ser benéficos e encorajadores para mulheres que sofrem VI. Poder falar sobre a situação que se vive ou viveu apareceu como ação terapêutica nas falas, capaz de amenizar algumas dores e de

prevenir novas violências. Conhecer as expectativas em relação aos cuidados na ESF pode ter sido uma das maiores contribuições do estudo para a implementação de atividades que se alinham às expectativas das mulheres. Sugestões de cuidado como a escuta e principalmente as atividades coletivas chamaram atenção, pois as mulheres sentem necessidade de compartilhamento do sofrimento com outra pessoa, individualmente ou em um grupo, que também tenha experimentado o mesmo sofrimento, podendo construir a partir daí redes de apoio e cuidado mútuo.

Por fim, com este estudo desejamos colaborar para o incentivo a qualificação profissional na APS e remodelação no que tange o acolhimento e o processo de trabalho das equipes de saúde a nível local e a nível municipal, uma vez que, emanou das falas que a grande quantidade de usuários que procuram atendimento diariamente, gerando grande pressão assistencial às equipes, cria alguns obstáculos para que as equipes percebam e acompanhem outras situações de saúde, ocultas, que demandam mais atenção e tempo.

Como devolutiva ao serviço onde a pesquisa foi realizada e como acordado previamente ao início do estudo, os resultados desta pesquisa serão apresentados às equipes de saúde em reunião que será previamente organizada pela gerente local da clínica selecionada. Intencionamos com a devolutiva, estimular o interesse das equipes pelo tema e incitar a autorreflexão dos profissionais a partir dos apontamentos contidos dentro das narrativas de suas usuárias.

Pretendemos expor a importância dos profissionais de saúde da APS perceberem suas unidades como espaços de produção de cuidado, de escuta, da abordagem dos medos, sensações, expectativas, e desejos das mulheres vítimas de VI ou sob o risco de vitimização. Que estes ambientes protegidos sejam lugares onde a narrativa da experiência da mulher em relação violência seja respeitada e levada em consideração no processo de adoecimento, e que o vínculo criado entre equipe de saúde e cidadãos seja um facilitador para abordagem do tema, e para o avanço na compreensão dos determinantes e dimensões biopsicossociais que envolvem a violência, particularmente nesse estudo, a violência íntima.

No demais, a pesquisa aspira contribuir para reflexão da necessidade de seguirmos na caminhada do trabalho em saúde no âmbito da atenção primária às pessoas em situação de violência, como estímulo para novos estudos que poderão ser desenvolvidos no futuro sobre a mesma temática, e quiçá para a formulação de novas Políticas Públicas de Saúde.

Com os resultados esperamos contribuir para a discussão ampla e a reflexão sobre o atendimento fornecido às mulheres vítimas de VI e impulsionar, na perspectiva dos profissionais da APS, a ampliação do cuidado na direção de promoção de ações de empoderamento feminino, do reconhecimento dos tipos e situações de violência e dos dispositivos de proteção à mulher disponíveis na rede de saúde, assistência social e direitos humanos.

Para a APS ser vista como um dos espaços de referência para o cuidado, prevenção e enfrentamento da VI é essencial investir em mudanças no processo de trabalho realizado, capacitação e treinamento dos profissionais, focando na assistência das diferentes dimensões do indivíduo e no cuidado intersetorial, possibilitando uma rede de atenção para a violência, e profissionais que dialogam sobre o fenômeno com as usuárias. Esse cuidado traduz-se também em atividades que envolvem não somente o acolhimento de mulheres em situação de VI, assim como atividades com os diversos públicos que frequentam a ESF para que possamos sonhar com uma mudança na construção social do indivíduo a partir da compreensão da violência como um processo que pode se expressar de diversas formas na saúde e em todas as faixas etárias.

Concluimos reforçando a discussão sobre a importância de não aguardar que a temática da violência seja trazida pela usuária nas consultas ou outros espaços dentro de unidades da APS, pois são muitos os motivos que as fazem evitar discutir sobre o assunto. Tornou-se evidente que deve sobretudo partir do profissional de saúde da APS introduzir o tema e com suas habilidades de comunicação, o afeto produzido no ato, o vínculo, e o atendimento longitudinal, reconhecer, abordar, acompanhar e encaminhar à rede, caso seja necessário, mulheres vítimas de violência íntima.

REFERÊNCIAS

Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais); ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos). **Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2021**. Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT, 2022. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/wp-content/uploads/2022/05/Dossie-de-Mortes-e-Violencias-Contra-LGBTI-no-Brasil-2021-ACONTECE-ANTRA-ABGLT-1.pdf>> Acesso em: agosto/2022

AZEVEDO MA. **Mulheres Espancadas/violência denunciada: repensando a problemática**. Imesc. Temas. Sociedade, direito, Saúde. São Paulo, volume 3, nº 2, p 125-216, dez 1986. Instituto de medicina social e de criminologia de são Paulo. Disponível em:< <https://imesc.sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/TemasIMESC-DEZ86.pdf>>. Acesso em jan/2022

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BLAY EA. **Violência contra a mulher e políticas públicas**. Estudos Avançados 17 (49), 2003. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300006> Acesso em: Jan/2020.

BORBUREMA TLR, PACHECO AP, NUNES AA, MORÉ CLOO, KRENKEL S. **Violência contra mulher no contexto de vulnerabilidade social atendidas na Atenção Primária à saúde**. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez; 12(39):1-13. Disponível em:<<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1460/866>> Acesso em: julho/2020

BRASIL. **Cobertura de Atenção Primária: e-Gestor Atenção Básica**. Ministério da Saúde - MS, 2022. Disponível em:<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?at_primaria/at_primaria_cobertura.def> Acesso em: nov/2022

BRASIL. **Decreto Legislativo de nº 6 de 20 de março de 2020**. Senado federal. DF, Brasil, 2020. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm> Acesso em: nov/2022

BRASIL. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Brasília – DF, 2015. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm> Acesso em: Dez/2019.

BRASIL. **Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Brasília - DF, 2006. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 10/2021

BRASIL. **Norma Técnica de Uniformização. Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério da Saúde, Brasília / DF – 2006. Disponível em:< <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e>>

[publicacoes/norma-tecnica-de-uniformizacao-centros-de-referencia-de-atendimento-a-mulher-em-situacao-de-violencia](#)> Acesso em: Jan/2020

BRASIL. **Pacto Nacional de Enfretamento à Violência Contra as Mulheres.** Secretaria Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República, Brasília 2007. Disponível em:<http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Legislacao/8_PactoNacionalpeloEnfrentamentoaViolenciacontraaMulher2007.pdf> Acesso em: dez/2019

BRASIL. **Pacto Nacional de Enfretamento à Violência Contra as Mulheres.** Secretaria Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República, Brasília 2011. Disponível em:<<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>> Acesso em: Dez/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica.** Relatórios públicos. Portal e-Gestor Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2022. Disponível em:<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> Acesso em: nov/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em: abril/2020

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2017. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: Out/2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2012. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: Jan/2020.

BRASIL. **Decreto nº9.417, de 20 de junho de 2018.** Brasília, 2018. Disponível em:<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2018/decreto-9417-20-junho-2018-786877-publicacaooriginal-155882-pe.html>> Acesso em: agosto/2020

BRASIL. **Vigilância em Saúde no Brasil, 2003|2019.** Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde, Número Especial | Brasília – DF, set. 2019. Disponível em:<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>> Acesso em: NoV/2019

BRASIL. **Decreto nº 10.554, de 26 de novembro de 2020.** Presidência da República, Brasília, 2020. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/decreto/D10554.htm> Acesso em: nov/2022

BRASIL. **Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan** – Brasil / 2011. Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde, Volume 44, nº9, | Brasília – DF, 2013 Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--9---VIVA-SINAN.pdf>> Acesso em: Nov/2019.

CABRAL ALLV, HEMÁEZ AM, ANDRADE ELG, CHERCHIGLIA ML. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva 16 (11) • Nov 2011. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>> Acesso em: fev/2022.

CASIQUE LC, FURAGATO ARF. **Violência contra mulheres: Reflexões Teóricas**. Rev Latino-am Enfermagem 2006 novembro-dezembro; 14(6). Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000600018&script=sci_abstract&tling=pt > Acesso em: jan/2020.

CERQUEIRA D. et al. **Atlas da Violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em:< http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784 > Acesso em: nov/2019

CORTES LF, PADOIN SML, VIEIRA LB, LANDERDAHL LC, ARBOIT J. **Cuidar mulheres em situação de violência: emponderamento da enfermagem em busca da igualdade de gênero**. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(esp):77-84. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/RdKMYf8Q4yPJdVMybtjJWYj/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em: jan/2022

D'OLIVEIRA AFPL, PEREIRA S, SCHRAIBER LB, GRAGLIA CGV, AGUIAR JM, SOUZA PC, BONIN RG. **Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática**. 2020 Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/icse/a/ttfjMwYKXCHCxxKHjSVpMYL/?lang=pt>> Acesso em: fev/202

DURAND MK, HEIDEMANN ITSB. **Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em Saúde da família**. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(2):288-95. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200003> Acesso em: Nov/2020.

ELLSBERG M, PENÄ R, HERRERAB A, LILJESTRAND J, WINKVIST A. **Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua**. Social Science & Medicine 51 (2000) 1595 – 1610. Disponível em: < https://www.caresci.gu.se/infoqlueCalendar/digitalAssets/1760631588_BifogadFil_artiklar070228.pdf> Acesso em: nov/2019.

FAVORETO CAO, JUNIOR KRC. **A Narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.37, p.473-83, abr./jun. 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200012&script=sci_abstract&tling=pt> Acesso em: abril/2020

FILHO DPS, CARVALHO ES, ARAUJO LMC, GADELHA RL. **Violência, Saúde Pública e Intersetorialidade. Vigilância em saúde na atenção primária: perspectivas da violência doméstica contra mulheres na rocinha – RJ.** Relatórios VivaRio. Ano 3 • Nº 6 • janeiro-março de 2017. Disponível em:< <http://www.vivario.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Cadernos-Viva-Rio-6-2017.pdf>> Acesso em: dez/2019

FIOCRUZ. **Violência contra as mulheres no contexto da Covid-19.** Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – novembro de 2021. Disponível em:< <https://portal.fiocruz.br/noticia/violencia-contra-mulheres-no-contexto-da-covid-19>> Acesso em: set/2022

FONSECA A.M, GALDUROZ JCF, NOTO AR, TONDOWSKI CS. **Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil.** Rev Saúde Pública 2009;43(5):743-9. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2009.v43n5/743-749/pt>> Acesso em: jan/2022

FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em< <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>> Acesso em: agosto/2022

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, DATAFOLHA. **Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil.** Fórum Brasileiro de Segurança Pública, DATAFOLHA, 3ª edição, 2021. Disponível em: < <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>> Acesso em: set/2022

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ISSN 1983-7364 • ano 15 • 2021. Disponível em: < <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>> Acesso em: set/2022

GOMES NP, SILVEIRA YM, DINIZ NMF, PAIXÃO GPN, CAMARGO CL, GOMES NR. **Identificação da violência na relação conjugal a partir da estratégia saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 789-96. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a27.pdf>> Acesso em: Jan/2020.

GRAY DP, EVANS P, SWEENEY K, LINGS P, SEAMARK D, SEAMARK C, DIXON M, BRADLEY M. **Towards a theory of continuity of care.** J R Soc Med. 2003 Apr; 96(4): 160–166. doi: 10.1258/jrsm.96.4.160 Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539442/>> Acesso em: jan/2022

GUEDES RN, FONSECA RMGS, EGRY EY. **Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero.** Escola de Enfermagem, USP 2013; 47(2):304-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>> Acesso em: out/2019.

HARZHEIM E, PINTO LF, HAUSER L, SORANZ D. **Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil** *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1399-1408, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1399.pdf>> Acesso em: Jan/2020

HESLER LZ, COSTA MC, RESTA DG, COLOMÉ ICS. **Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde.** *Artigos Originais • Rev. Gaúcha Enferm.* 34 (1) • Mar 2013. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MWVc63psXP36k7CKSP4YSzp/?lang=pt#>> Acesso em: março/2022

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais - MUNIC.** Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/c25b0e600aa289af3b66f180461b7338.pdf> Acesso em: Jan/2020

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Munic 2018: Apenas 8,3% dos municípios têm delegacias especializadas de atendimento à mulher.** Portal Agência IBGE Notícias, 2019. Disponível em:<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25499-munic-2018-apenas-8-3-dos-municipios-tem-delegacias-especializadas-de-atendimento-a-mulher>> Acesso em: Jan/2020

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Tolerância social à violência contra as mulheres.** Sistema de Indicadores de Percepção Social – SIPS. IPEA, 2014. Disponível em:<http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf> Acesso em: Março/2020

JHUCSSE. **Coronavírus. Estatísticas. Novos casos e mortes.** COVID 19 Data Repository by the Center Systems Science Engineering at Johns Hopkins University, 2022. Disponível em:<<https://www.google.com/search?xsrf=ALiCzsZTamqoDs7ypnFVA3krr7iNz2gKDA:1663551051062&q=COVID-19&si=AC1wQDAXKblb4YtxZaDquKpQ5Js55CVph8NS1FlwBhgs6qyyHpZ7b8dKUYI VU9f1MelqkBT08IHR90TLux0tamlVI39sNT7jEq85LatFV1wbl9oH5iBOShY%3D&biw=1366&bih=625&dpr=1>> Acesso em: set/2022

KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JÁ, ZWI AB, LOZANO R. **Relatório Mundial sobre violência e Saúde.** Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2002. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>> Acesso em: out/2019.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. **Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 42, n. 3, 2008, p. 467–73. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5P6h8H7hJFz9nYhw6fFz6wh/abstract/?lang=pt#>> Acesso em: jan/2020.

LEITE RM, NORONHA RML. **Violência contra a mulher: herança histórica e reflexo das influências culturais e religiosas.** Revista Direito & Dialogicidade - Crato, CE, vol.6, n.1, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/DirDialog/article/view/959/787>> Acesso em: jan/2020.

LYRA J, MEDRADO B, MOTA MC, SILVA JL, IVANCA P. **Narrativas de mulheres sobre o enfrentamento à violência na saúde.** Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, v. 52, 2018, e 56954, ISSN 2178 - 4582. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/2178-4582.2018.e56954/40092>> Acesso em: julho/2020

MARTINEZ HA. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente.** Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, abril 2006. [texto de apoio]

MARTINS APS, CERQUEIRA D, MATOS MVM. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil.** IPEA, Nota Técnica – Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/23/a-institucionalizacao-das-politicas-publicas-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil>> Acesso em: nov/2019.

MENDES, EV. **Redes de atenção à Saúde.** Organização Pan-Americana de Saúde – Representação Brasil. Brasília – DF, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf.> Acesso em: out/2019.

MENDONÇA CS, MACHADO DF, ALMEIDA MAS, CASTANHEIRA ERL. **Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura.** Ciênc. saúde coletiva 25 (6) 03 Jun 2020 Jun 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n6/2247-2257/>> Acesso em: jan/2022

MINAYO MCS. **Impacto da Violência da Saúde dos Brasileiros.** Série B. Textos Básicos em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf> Acesso em: jan/2020.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Violência praticada por parceiro íntimo afeta até 60% das mulheres em alguns países das Américas.** Nações Unidas Brasil, 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/violencia-praticada-por-parceiro-intimo-afeta-ate-60-das-mulheres-em-alguns-paises-das-americas/>> Acesso em: Dez/2019.

NJAIN K, SILVA ACLG, RODRIGUES AMM, GOMES R, DELZIOVO CR. **Violência e perspectiva Relacional de gênero.** FLORIANÓPOLIS | SC. UFSC 2014. Disponível em: <<https://violenciaesaude.paginas.ufsc.br/files/2015/12/Genero.pdf>> Acesso em: Jan/2020

OLIVEIRA PS. **Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro.** Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34984>> Acesso em: Agosto/2020

OLIVEIRA CL, RODRIGUES EAS, SOUZA GA, SILVA JS, DIAS JAS, GONÇALVES L, KIND L. **Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção primária à Saúde.** Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2011 Out-Dez; 6(21): 283-7. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/325/387>> Acesso em: fev/2022.

ORGANIZAÇÃO NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **OMS: Uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência.** ONU, março, 2021. Disponível em:<<https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-violencia>> Acesso em: nov/2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher Ação e produção de evidência.** Organização Mundial de Saúde - OMS, Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf;jsessionid=1C992015816C31EE6EDDEBB2278AF6FF?sequence=3> Acesso em: Out/2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Organização Mundial de Saúde, London school of hygiene & tropical medicine e South African Medical Research Council, 2013. Disponível em:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: out/2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.** Organização Mundial de Saúde, Programa Especial de Pesquisa e Desenvolvimento do PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banco Mundial, Treinamento em Pesquisa em Reprodução Humana para o Grupo de Trabalho Interinstitucional das Nações Unidas sobre Violência contra a Mulher, Estimativa e Dados, 2021. Disponível em: <[file:///C:/Users/Anna%20Lamberti/Dropbox/My%20PC%20\(DESKTOP-EARCEB8\)/Downloads/VAW_Report_WEB_WM_09032021_Oleksandr.pdf](file:///C:/Users/Anna%20Lamberti/Dropbox/My%20PC%20(DESKTOP-EARCEB8)/Downloads/VAW_Report_WEB_WM_09032021_Oleksandr.pdf)> Acesso em: nov/2022

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha Informativa, Violência contra as mulheres.** OPAS, Brasil, 2017. Disponível<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820> Acesso em: nov/2019.

PIEROTTI CF, D'OLIVEIRA AFPL, TERRA MF. **A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde.** Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2018;63(1):12-8. Disponível em:<
<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/58/45>
 > Acesso em: Dez/2020

PINTO CRJ. **Uma história do feminismo no Brasil.** Editora Fundação Perseu Abramo, São Paulo. 2003. 10.14393/CEF-v30n2-2017-23. Disponível em:
 <<https://democraciadireitoegenero.files.wordpress.com/2016/07/pinto-cc3a9li-regina-jardim-uma-histc3b3ria-do-feminismo-no-brasil.pdf>. Acesso em: out/2019

PINSKY J. **As Primeiras Civilizações.** 25ª ed., 1ª reimpressão. – São Paulo: Contexto, 2012. Disponível em:<
https://www.academia.edu/33769298/As_Primeiras_Civilizacoes_Jaime_Pinsky.pdf>
 Acesso em: Jan/2020.

QUADROS MEF, OLIVEIRA MM, FERREIRA RZ, ALVES PF. **Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática.** Rev Enferm UFSM 2013 Jan/abril; 3(1):164-174. Disponível em:<
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8359>> Acesso em: Jan/2020

RAFAEL MRR, MOURA ATMS. **Relação entre o uso de álcool e violência entre parceiros íntimos: estudo seccional.** Online brazilian journal of nursing.Universidade Federal Fluminense, dezembro, 2016. Disponível em:<
<https://pdfs.semanticscholar.org/6a56/a87a108be1cd085063a428bc90ebe9143024.pdf>> Acesso em: julho/2020

ROSA DOA, RAMOS RCS, MELO EM, MELO VH. **A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo.** Femina | março / abril 2013 | vol 41 | nº 2. Disponível em: <
<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n2/a3793.pdf>> Acesso em: dez/2019.

ROSA DOAR, RAMOS RCS, GOMES TMV, MELO EM, MELO VH. **Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados.** Saúde debate 42 (spe4) • Dez 2018. Disponível em:<
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S405>> Acesso em: nov/2022

RIBEIRO MMR, TAVARES R, MELO EM, BONOLO BF, MELO VH. **Promoção de Saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde.** Saúde debate 42 (spe4) - Dez 2018. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kScVJBw6QB7CRmJ3zGmpPZH/?lang=pt>>
 Acesso em: fev/2022

SÃO PAULO. **São Paulo tem 36% das Delegacias de Defesa da Mulher no Brasil.** Portal do Governo do Estado de São Paulo, 2018. Disponível em:<
<http://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/sao-paulo-tem-36-das-delegacias-de-defesa-da-mulher-no-brasil/>. Acesso em: Jan/2020.

SANTOS CMD. **Da delegacia da mulher à lei maria da penha: lutas feministas e políticas públicas sobre violência contra mulheres no Brasil.** Oficina do Centro de Estudos Sociais, n.º 301, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2008. Disponível em <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11080/1/Da%20Delegacia%20da%20mulher%20c3%a0%20Lei%20Maria%20da%20Penha.pdf>> Acesso em: out/2019.

SANTOS ROM, ROMANO VF, ENGSTROM EM. **Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(2), e280206, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/physis/a/GNjxJkJFNrHNxGVBNSdjMFJ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: jan/2022.

SANTOS SC, BARROS PA, DELGADO RFA, SILVA LVL, CARVALHO VPS, ALEXANDRE ACS. **Violência contra mulher: Como os profissionais na Atenção Primária à saúde estão enfrentando essa realidade?** *Saúde e Pesquisa*, Maringá, Paraná, 2018, v11, n2, p.359-368. Disponível em:<<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6665/3241>> Acesso em: nov/2022.

SANTOS WJ, OLIVEIRA PP, VIEGAS SMF, RAMOS TM, POLICARPO AG, SILVEIRA EAA. **Violência doméstica contra mulher perpetrada por parceiro íntimo: Representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde.** *J. res.: fundam. care. online* 2018. jul./set. 10(3): 770-777. Disponível em:<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6197/pdf_1> Acesso em: julho/2020

SCHMITT NG. **A influência da cultura patriarcal na produção de violências e na construção das desigualdades entre homens e mulheres: um olhar dos profissionais que atuam na rede de proteção social no município de Araranguá/SC.** Faculdade de Educação e Direitos Humanos. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. 2017. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Nayara.pdf>> Acesso em: Jan/2020.

SCHRAIBER LB, BARROS CRS, CASTILHO EA. **Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde.** *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 237-45. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/06.pdf>> Acesso em: Dez/2019

SCHRAIBER LB, LATORRE MRDO, JUNIOR IF, SEGRI NJ; D'OLIVEIRA AFPL. **Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher.** *Rev. Saúde Pública* vol.44 no.4 São Paulo Aug. 2010. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/09.pdf>> Acesso em: nov/2020.

SILVA SG. **Preconceito e Discriminação: As Bases da Violência Contra a Mulher.** *Psicologia Ciência e Profissão*, 2010, 30 (3), 556-571. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n3/v30n3a09.pdf>> Acesso em: Jan/2020.

SILVA RQ, ARAÚJO TVB, VALONGUEIRO S, LUDERMIR AB. **Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil.** Rev. Saúde Pública 46 (6) • Dez 2012 Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/fB3N4CpSCKRSMHgyN3myDCN/?format=pdf&lang=pt>>
 Acesso em: jan/2022

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Bárbara Starfield. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
 <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>> Acesso em: out/2019.

SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Histórico de cobertura de SF.** Secretaria Municipal de Saúde, SUBPAV – Rio de Janeiro, 2019.

SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.** Secretaria Municipal de Saúde, SUBPAV – Rio de Janeiro, 2021. Disponível em:<https://subpav.org/download/impessos/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229.pdf> Acesso em: 11/2022

SUGG NK, INUI T. **Primary care physicians´ response to domestic violence opening Pandora´s box.** JAMA, june 17, 1992 – vol 267, nº 23. Disponível em
<https://www.deepdyve.com/lp/american-medical-association/primary-care-physicians-response-to-domestic-violence-e6OsfwqIFQ?key=JAMA>> Acesso em: fev/2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global and regional estimates of violence against women, Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013. Disponível em:<
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: Dez/2019.

ZUCHI CZ, SILVA EB, COSTA MC, ARBOIT J, FONTANA DGR, HONNEF F, HEISLER ED. **Violência contra as mulheres: Concepções de profissionais da estratégia Saúde da Família acerca da escuta.** REMÉ – Rev Min Enferm. 2018. Disponível em< <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1223>> Acesso em: Jan/2022.

ANEXO I - Caracterização sociodemográfica das participantes

Nome Fictício:

Idade:

Escolaridade:

Cor:

Ocupação atual:

Estado Civil:

Possui filhos:

Quantos?

Algum filho possui algum agravo de saúde ou necessidade especial?

Se sim, qual agravo/necessidade especial?

Identidade de gênero:

Orientação sexual:

Relação com parceiro (a) / ex – parceiro (a) íntimo (a) relacionado ao episódio de
violência

Idade do parceiro (a) / ex – parceiro (a):

Profissão/Atividade do parceiro (a) / ex – parceiro (a):

Residem/Residiram juntos?

Por quanto tempo?

Possuem filhos?

Quantos?

Quantas pessoas residem ou residiam com vocês?

ANEXO II – Roteiro de Entrevista

1. Muitas mulheres passam por conflitos familiares e situações de violência ao longo da vida. Como aconteceram as situações de violência na sua vida, principalmente com parceiros (a) íntimos (a)?
2. Qual apoio você procura, quem ou o que lhe ajuda no momento de sofrimento ocasionado pela situação da violência íntima praticada por seu parceiro (a) contra você ?
3. Em quais lugares/instituições você já buscou atendimento para a situação de violência? Como você foi atendida, qual sua percepção sobre o atendimento? Se nunca buscou atendimento, por que não o fez?
4. Em relação a equipe de saúde que lhe atende na Clínica da Família, em que circunstâncias você procura atendimento?
5. Como você percebe o cuidado (ações, orientações, atendimentos, acolhimentos, etc.) que a equipe de saúde produz para você, qual sua percepção sobre esse cuidado? Você tem liberdade para falar com estes profissionais sempre que precisa: enfermeiro, dentista, médico, técnico de enfermagem e ACS?
6. Você já falou sobre a situação de violência íntima para sua equipe de saúde? Caso sim, qual sua percepção sobre o acolhimento que recebeu, o que mais você gostaria que tivesse sido feito? Quais profissionais de saúde estiveram envolvidos nesse atendimento(s)? Caso não, quais os desafios/dificuldades você enxerga na sua busca por ajuda nesse serviço de saúde?
7. O que você acha que as equipes de saúde da clínica da família podem fazer para acolher as mulheres vítimas de violência íntima (praticada pelo parceiro (a) contra a mulher)?

8. O que você gostaria de falar para sua equipe sobre você ou sobre o tema? Que conselhos você daria aos profissionais de saúde da APS?

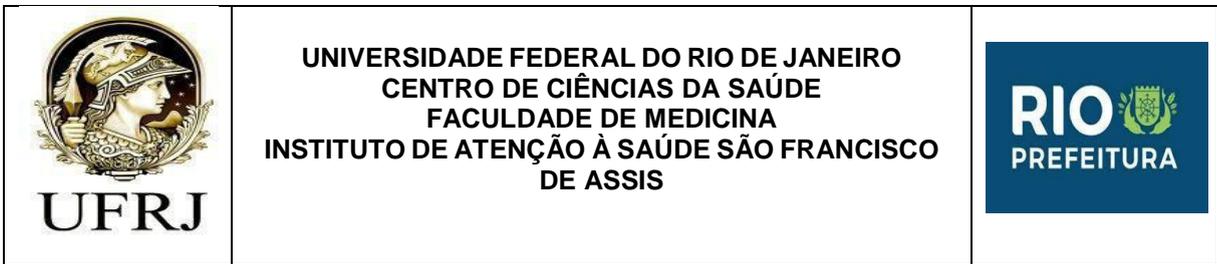
9. Quais ações você acredita que a Clínica da Família poderia realizar para abordar o tema da violência íntima / violência contra a mulher e orientar a população para esse assunto tão importante?

ANEXO III

Caso não tenha sido identificada nenhuma violência íntima através do questionário WHO VAW, e mesmo assim a mulher tenha querido participar da pesquisa, realizamos uma única pergunta:

1. Gostaria de saber por que você se interessou em participar desta pesquisa que trata de relações e conflitos entre casais em relações íntimo-afetivas.

ANEXO V - TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Resolução no 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: “Narrativas de Mulheres Vítimas de Violência Íntima e a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro”, que tem como objetivo: - Descrever as narrativas das experiências vividas por mulheres vítimas de violência íntima, atendidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro; - Conhecer o itinerário terapêutico da mulher vítima de violência íntima, atendida em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na área de planejamento 3.1; - Descrever a apreciação das mulheres vítimas de violência íntima, sobre a produção do cuidado direcionado a elas em uma unidade de APS, selecionada, da área de planejamento 3.1.

Sua participação nessa pesquisa se dará através de uma entrevista individual, que durará entre 30 a 60 minutos.

Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de recusar-se a responder qualquer pergunta que, porventura, ocasione constrangimentos de qualquer natureza, assim como desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo ou interferirá no acompanhamento que realiza na Unidade de Atenção Primária.

Em relação às eventuais despesas de participação, como alimentação, transporte, ou qualquer outro gasto que você possa ter para poder participar desta pesquisa, serão pagas a você, pela pesquisadora no mesmo dia da sua participação. Você não terá nenhum custo ou compensação financeira. Você terá garantido o seu direito a solicitar indenização por danos decorrentes da pesquisa através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação Brasileira.

Sua privacidade será respeitada e por isso seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-la serão mantidos em sigilo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. A pesquisadora se responsabilizará pela guarda e confidencialidade dos dados. Os dados serão guardados no computador da pesquisadora durante cinco anos após a pesquisa.

Os dados coletados serão usados apenas para esta pesquisa e os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Durante a entrevista os dados serão

coletados através de gravação em áudio e posteriormente transcritos na íntegra para ser submetido a análise.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos a pesquisadora sempre que sentir necessidade.

Os riscos potenciais dessa pesquisa podem estar relacionados a produção de mal-estar, desconforto ou constrangimento decorrente da narrativa, bem como o de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar sofrimento psíquico, moral e físico. A pesquisadora estará atenta e pronta a lhe ajudar caso sinta qualquer desconforto durante a entrevista, neste caso, a entrevista será interrompida e só será retomada caso você se sinta novamente confortável, você poderá ainda agendar novo dia para a entrevista ou desistir de participar da mesma. Outra intervenção será previamente estabelecida em sua unidade de saúde, e se necessário, você será encaminhada a uma ajuda mais duradoura com sua Equipe de Saúde da Família, que estará apta a te dar tratamento, assistência integral e orientação, conforme o caso, e enquanto necessário. Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa serão os conhecimentos advindos dessa pesquisa que pretende contribuir com a melhoria da assistência pelo SUS a usuárias vítimas de violência íntima na Atenção Primária à Saúde, além de um possível efeito secundário terapêutico, uma vez que as participantes encontram um espaço de acolhimento de sua fala e valorização de sua experiência.

Será garantido seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, antes, durante ou após a entrevista.

Em relação aos resultados obtidos a partir desta pesquisa, caso você queira, lhe é garantido o acesso aos mesmos. Sobre o retorno destes resultados, você combinará com o pesquisador a melhor forma de recebê-los, via WhatsApp, e-mail, ou por outro meio eletrônico, que lhe seja mais conveniente.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP e da pesquisadora responsável, podendo esclarecer suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável.

Se você possuir alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery /
Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis / Universidade
Federal do Rio de Janeiro (Instituição proponente)
Rua: Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ, CEP:
20211-130 – Tel. (+55 21) 3938-0962
Email: cepeeahesfa@eean.ufrj.br, cepeeahesfa@gmail.com

CEP-SMS-RJ

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de
Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga (Instituição Coparticipante), 16 - 4o andar
- Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-
040 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Nome legível da participante: _____

Assinatura da participante: _____

Pesquisadora responsável
Anna Carolina Moraes Lamberti
anna.cmlamberti@gmail.com
Tel.: (21) 98183-7513