

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
Mestrado Profissional em atenção primária à saúde

JULIANA JENIFER DA SILVA ARAÚJO CUNHA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E O CUIDADO INTEGRAL: desafios e impasses  
na estratégia de saúde da família

Rio de Janeiro  
2017



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

JULIANA JENIFER DA SILVA ARAÚJO CUNHA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E O CUIDADO INTEGRAL: desafios e impasses na estratégia  
de saúde da família

*DOMESTIC VIOLENCE AND COMPREHENSIVE CARE: challenges and impasses in family  
health strategy*

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Primária à Saúde.

**Área de concentração:** Atenção Primária à Saúde

**Linha de pesquisa:** Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologias na Atenção Primária à Saúde

**Orientadoras:** Profa. Dra. Maria Fátima Lima Santos  
Profa. Dra. Daniela Savi Geremia

Rio de Janeiro  
Dezembro de  
2017

Cunha, Juliana Jenifer da Silva Araújo

Violência doméstica e o cuidado integral: desafios e impasses na estratégia de saúde da família. / Juliana Jenifer da Silva Araújo Cunha. – Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2017.

xii, 84 f.: il. ; 31 cm.

Orientadora: Maria Fátima Lima Santos.

Coorientadora: Daniela Savi Geremia.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2017.

Referências bibliográficas: f. 76-83.

1. Violência Doméstica. 2. Violência contra a Mulher. 3. Saúde da Mulher.
4. Estratégia Saúde da Família. 5. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde. – Dissertação. I. Santos, Maria Fátima Lima. II. Geremia, Daniela Savi. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Às 14 horas do dia 18 de dezembro de 2017, teve início a Defesa de Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em **Saúde Coletiva**, área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, na Linha de Pesquisa Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologia na Atenção Primária à Saúde. A dissertação intitulada **"Violência Doméstica e o Cuidado Integral: Desafios e impasses na Estratégia de Saúde da Família"** foi apresentada pela candidata Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina/HESFA da UFRJ, sob registro nº115211683 (SIGA). A banca de examinadores foi composta pelos doutores: Maria de Fátima Lima Santos (CPF661.634.045-72); Maria Katia Gomes (CPF287622154-34) e Leonidas de Albuquerque Neto (CPF072742096-26), em sessão pública, no prédio do HESFA, no Auditório/UFRJ, sito a Av Presidente Vargas, 2863 - Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a candidata foi arguida oralmente. Os membros da banca deliberaram, considerando a dissertação (X) APROVADA ( ) REPROVADA ( ) APROVADA COM RESTRIÇÃO. A banca emitiu o seguinte parecer:

- Concluir "rudezas vivas"  
- lei que ligava sobre a noção de competência  
- lei de privacidade  
- política da APS → concluir na prática  
- Deixar apenas nos quadros o discurso coletivo no <sup>o</sup> pessoal  
Incluiu além de incluir e incluir.

- Dissertação ~~está~~ bem estruturada, fundamentada epistemologicamente e metodologicamente. Necessita fazer apenas pequenas correções e ajustes.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da Banca e pela aluna examinada.

Presidente/Orientador: Maria de Fátima Lima Santos

1º Examinador: Leonidas de Albuquerque Neto

2º Examinador: Maria Katia Gomes

Candidata: Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha

Dedico este trabalho à Júlia, meu amor, minha filha.

## AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento, a DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria *dado conta!*

Aos meus pais, meu infinito agradecimento e amor. Por terem me dado a vida e por todos os ensinamentos. À minha mãe, Joanita, por ter priorizado minha formação e conforto, em detrimento de sua vida pessoal e realização profissional, meu eterno agradecimento e amor.

Aos meus irmãos, Carlos, Ana Carolina e Mariana, grata pela cumplicidade.

Ao meu amado esposo, Alberto Vincler, por ser tão importante na minha vida. Grata por sua cumplicidade, amor, compreensão e apoio nestes 15 anos.

À minha amada filha, Júlia Vincler, grata por você ter me feito renascer e ter colorido minha vida.

Aos meus avós, meu eterno amor.

Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos divididos juntos, especialmente aos *FOCAS*: Fabio, Philipp, Bianca, Michele, Carol, Larissa, Renata e Laís, que tornaram mais leve o meu caminhar. Aos poucos nos tornamos mais que amigos! Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias. Foi bom poder contar com vocês!

Às professoras Daniela Savi Geremia e Érica de Brito Pitilin, pelas contribuições e apoio fundamentais para este trabalho.

Às minhas amigas-irmãs Joyce, Larissa, Cristina, Emanuelle, Martieli e Alessandra.

À minha querida Coordenadora de Área Programática, Liliane Leal e todos de sua equipe, pelo apoio e incentivo ao meu crescimento profissional e pessoal, minha eterna gratidão e carinho.

À minha amiga e Supervisora Técnica, Juliana Cardoso, grata pelas contribuições e apoio fundamentais para concretização deste trabalho, bem como incentivo ao meu crescimento profissional e pessoal.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde em que ocupei o cargo de Gerente Técnica, grata pelos ensinamentos e por terem sido os primeiros a me alertarem para a importância em estudar as questões de violência.

Aos pacientes, em especial as mulheres em situações de violência, grata pela delicadeza e sensibilidade no compartilhamento deste meu aprendizado.

Ao Sistema Único de Saúde, com amor.

Amuralhar o próprio sofrimento é arriscar que ele te devore desde dentro.  
(Frida Kahlo)

## RESUMO

A violência contra a mulher está presente desde o início da humanidade, envolvendo múltiplas questões de gênero, sociais, econômicas e culturais. Torna-se evidente a evolução dessa problemática num contexto de exclusão e desigualdade, legitimando-se, no decorrer da história, com o discurso de superioridade masculina sobre a mulher no que tange ao papel destes na sociedade. As discussões sugeridas por meio do desenvolvimento desta pesquisa buscaram apresentar indicativos das possibilidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na redução dos índices de agravos relacionados às mulheres em situação de violência. Objetivou-se analisar a percepção dos profissionais que atuam na ESF no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, bem como os seus processos de trabalho frente à temática. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas com enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde, que atuam em uma clínica da família, no município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados utilizando-se a técnica de grupo focal nos meses março a maio de 2017, em três sessões grupais gravadas e posteriormente transcritas. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que consiste em reconstruir, com pedaços de discursos individuais, discursos-síntese para expressar um pensamento ou uma representação social sobre um tema. Emergiram do material analisado três grandes temas e sete subtemas. Esta pesquisa possibilitou entender o processo de trabalho desses profissionais envolvidos no atendimento à mulher vítima de violência doméstica, identificar os impasses e desafios enfrentados por eles e discutir o atendimento integral proposto por esses profissionais para essas mulheres. Concluiu-se que os casos de mulheres vítimas de violência doméstica são altos nas Unidades de Saúde, porém, muitas vezes não observáveis.

**Palavras-chave:** Processo de trabalho; Saúde da família; Saúde da mulher; Violência doméstica

## ABSTRACT

Violence against women has been present since the beginning of humanity, involving multiple gender, social, economic and cultural issues. It is evident the evolution of this problem in a context of exclusion and inequality, legitimating, in the course of history, the discourse of male superiority over women regarding their role in society. The discussions suggested through the development of this research sought to present indicative of the possibilities of the Family Health Strategy (FHS) in reducing the index of injuries related to women in situations of violence. The objective of this study was to analyze the perception of professionals working at the FHS in the care of women victims of domestic violence, as well as their work processes in this area. This is a descriptive and qualitative study conducted through interviews with nurses, doctors and community health agents who work in a family clinic in the city of Rio de Janeiro. The data were collected using the focal group technique, in three group sessions recorded and later transcribed. For the analysis of the data the Collective Subject Discourse technique was used, which consists of reconstructing, with pieces of individual discourses, speech-synthesis to express a thought or a social representation on a theme. Three major themes and seven sub-themes emerged from the material analyzed. This research made it possible to understand the work process of these professionals involved in the care of women victims of domestic violence, to identify the impasses and challenges faced by them and to discuss the integral care offered by these professionals for these women. It was concluded that the cases of women victims of domestic violence are high in the Health Units, but often not observable.

**Key-words:** Work processes; Family health; Women's health; Domestic violence

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Faixa etária dos participantes da pesquisa	42
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição dos participantes por gênero	42
<b>Gráfico 3</b> - Escolaridade dos participantes da pesquisa	43
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição dos participantes por categoria profissional	44
<b>Gráfico 5</b> - Tempo de trabalho nas unidades básicas de saúde dos participantes da pesquisa.	44

### LISTA DE MAPAS

<b>Mapa 1</b> - Espacialização da Área Programática 52	30
<b>Mapa 2</b> - Área de cobertura da CAP 52 por unidades da Área Programática 52	30
<b>Mapa 3</b> - Área de abrangência da Clínica da Família Valdecir Salustiano Cardozo	31

### LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Instrumento de Análise do Discurso (IAD) entre a população estudada	37
<b>Quadro 2</b> – Descrição dos temas e subtemas conforme as ideias centrais dos discursos dos sujeitos	45
<b>Quadro 3</b> - Exposição do tema 1	47
<b>Quadro 4</b> – Exposição do subtema 1.1	50
<b>Quadro 5</b> – Exposição do tema 2	53
<b>Quadro 6</b> – Exposição do subtema 2.1	56
<b>Quadro 7</b> – Exposição do subtema 2.2	59
<b>Quadro 8</b> – Exposição do tema 3	63
<b>Quadro 9</b> – Exposição do subtema 3.1	66
<b>Quadro 10</b> – Exposição do subtema 3.2	69
<b>Quadro 11</b> - Exposição do subtema 3.3	72

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde.  
AC- Ancoragem.  
APS- Atenção Primária à Saúde.  
COJE - Centro de Orientação Jurídica  
COMVIDA - Centro de Convivência de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica.  
DSC- Discurso do Sujeito Coletivo.  
ECH-Expressão Chaves.  
ENSP / FICRUZ- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz..  
ESF- Estratégia Saúde da Família.  
IAD- Instrumento de Análise de Discurso.  
IC- Ideia Central.  
MS- Ministério da Saúde.  
NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.  
ONG- Organização Não Governamental.  
ONU- Organização das Nações Unidas.  
OMS- Organização Mundial da Saúde.  
PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.  
PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.  
SUS- Sistema Único de Saúde.  
TLCE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.  
UBS- Unidades Básicas de Saúde  
UERJ- Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b>	ix
<b>LISTA DE SIGLAS</b>	x
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2. OBJETIVOS</b>	19
2.1. Objetivo geral	19
2.2. Objetivos específicos	19
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	20
3.1. Violência e a saúde da mulher	20
3.2. ESF: cuidado em saúde e violência doméstica	22
3.3. Saúde e integralidade: desafios e estratégias	25
<b>4. CAMINHO METODOLÓGICO</b>	28
4.1. Local da pesquisa	29
4.2. Sujeitos da pesquisa	32
4.3. Coleta de dados	32
4.3.1. Constituição das sessões e composição do grupo	32
4.3.2. Determinação do cenário	33
4.3.3. Elaboração do guia de temas	33
4.3.4. Dinâmica das sessões	34
4.4. Análise de dados	36
4.5. Apresentação dos dados	37
4.6. Aspectos éticos da pesquisa	37
<b>5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	39
5.1. Descrição das sessões do grupo focal	39
5.2. Caracterização dos entrevistados	41
5.3. Descrição dos temas e subtemas	45
5.3.1. Tema 1. Atuação dos profissionais de saúde no atendimento a mulher	45
5.3.2. Subtema 1.1. Os serviços de saúde como pontos de atenção	49
5.4. Tema 2 - o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF)	52
5.4.1. Subtema 2.1. Empasses, desafios e dificuldades enfrentadas pelas mulheres	55
5.4.2. Subtema 2.2. Empasses, desafios e dificuldades enfrentadas pelo profissional de saúde	59
5.5. Tema 3. Violência como problema de saúde pública	62
5.5.1. Subtema 3.1. O machismo como precursor da violência doméstica	65
5.5.2. Subtema 3.2. Implementação da Lei Maria da Penha	68
5.5.3. Subtema 3.3. Dificuldades da Rede de atenção à mulher em situação de violência	71
<b>6. CONCLUSÕES</b>	74

<b>REFERÊNCIAS</b>	76
<b>APÊNDICES</b>	84
<b>Apêndice A</b> – Cronograma de atividades da pesquisa	84
<b>Apêndice B</b> – Orçamento financeiro da pesquisa	85
<b>Apêndice C</b> - Instrumento de coleta de dados individuais	86
<b>Apêndice D</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	87
<b>ANEXOS</b>	89
<b>Anexo A</b> – Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	89
<b>Anexo B</b> – Parecer substanciado do CEP elaborado pela instituição coparticipante	92

## 1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher está presente desde o início da humanidade envolvendo múltiplas questões sociais, econômicas, culturais e de gênero. Torna-se evidente a evolução dessa questão face à realidade de exclusão, desigualdade e legitimação da sociedade, como se houvesse um direito masculino sobre a mulher. Compreender esse fenômeno é um desafio que vem sendo realizado por pesquisadores num âmbito internacional, por diferentes perspectivas de estudos sociais, antropológicos, econômicos e de saúde (MAGALHÃES et al., 2017).

Acredita-se que a violência é um fenômeno constante no universo das relações e entre as suas formas mais perversas encontramos a violência doméstica. A alta incidência dessa violência, tanto em nível nacional quanto internacional, e seu impacto na vida das pessoas e coletividades fizeram com que esta questão se transformasse numa prioridade da saúde pública mundial, pois pela sua complexidade envolve a conscientização e a participação efetiva de toda a sociedade (MINAYO, 2006).

No Canadá, há um número significativo de mulheres agredidas por seus parceiros, onde mais da metade das mulheres que foram assassinadas pelos seus companheiros já haviam prestado queixas de violência nas delegacias, numa média de 35 vezes (COLLEMAN, 1999). No Peru e no Paquistão, se uma mulher que sofreu abuso for a uma delegacia de polícia para prestar queixa, correrá o risco de ser estuprada pelos policiais (KIRK, 1992). Em Belgrado, uma análise de 770 chamadas de um serviço de 0800 para pedidos de socorro mostrou que 83% dos casos de estupro são cometidos pelos maridos, companheiros ou namorados (MRSEVIC; HUGHES, 1997).

No Brasil, o pesquisador Saffiotti (1998) buscou traçar um panorama da violência doméstica a partir do estudo de 170.000 Boletins de Ocorrências registrados em todas as delegacias de defesa da mulher de 22 capitais. Assim sendo, 81,5% dos casos referem-se a lesões corporais dolosas; metade das mulheres tem entre 30 a 40 anos e 30% têm entre 20 e 30 anos; em 50% dos casos o casal tem entre 10 e 20 anos de convivência e depois da queixa, 60% dos casais permanecem juntos.

Durante muito tempo, a violência doméstica foi considerada um problema de ordem privada e familiar que não era amplamente discutido pela sociedade, sendo explicitada por uma expressão popular “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” (SILVA, 2010; SAFFIOTTI, 1999). A partir da Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos, realizada em 1993 na cidade de Viena, foi reconhecido formalmente que a violência contra a mulher configura uma violação dos direitos humanos, fazendo-se

necessário eliminar qualquer tipo de violência contra a mulher (DE AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008; GUARNIERI, 2010).

O movimento feminista brasileiro, em meados de 1960, foi responsável por tornar pública a violência contra a mulher, principalmente a violência sexual e doméstica. Tal mobilização se deu em função da brutalidade da violência conjugal e da impunidade dos agressores (SOUZA; ADESSE, 2005). Assim, tais movimentos romperam o silêncio dessas mulheres vítimas da opressão masculina.

No início de 1980 surgiu o SOS Mulher, o primeiro grupo de combate à violência contra a mulher voltado ao atendimento jurídico, social e psicológico, além de formação de grupos de reflexões e debates junto à opinião pública sobre as questões de violência (DINIZ, 2007). Conforme Mazoni (2007), com a transição das entidades SOS Mulher para as Delegacias de Defesa da Mulher, altera-se o caráter dos atendimentos de militante para o profissional, ou seja, profissionais especializados no atendimento direto às mulheres em situação de violência.

Outros espaços foram conquistados pelas mulheres para lidar com a situação da violência, como o Centro de Orientação Jurídica (COJE) e do Centro de Convivência de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica (COMVIDA). Ainda, a luta passou a ter como objetivo alterações na legislação na tentativa de diminuição da impunidade para que as mulheres pudessem ter proteção após a denúncia e os agressores serem presos. Assim, em 7 de agosto de 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha para proteger as vítimas de violência doméstica no país.

Considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a terceira melhor lei do mundo para o combate à violência doméstica, superada apenas pelas leis da Espanha e do Chile. Após vários avanços na legislação, é importante discutir as melhorias e os desafios atuais, mesmo que se observe um cenário ainda não muito animador (DUFLOTH et al., 2015).

Por ser um problema social, político, econômico e de saúde pública, os serviços de saúde ocupam um lugar estratégico na identificação, prestação de cuidados assistenciais e de encaminhamento nos casos de violência doméstica (GOMES; ERDMANN, 2014; TAVARES, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte a necessidade de preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher, pois os dados comprovam que a questão está sendo subnotificada, ocultada ou não documentada (WHO, 1998).

Em 24 de novembro de 2003 foi instituída a Lei n. 10.778 de notificação compulsória que se refere à comunicação obrigatória a ser feita à autoridade sanitária pelos profissionais de saúde quando do atendimento de mulheres vítimas de violência em equipamentos públicos ou privados. Porém, a maioria dos casos ainda não notificados formalmente.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), formulado no arcabouço do Movimento Sanitário, apesar de representar um avanço e de propor uma nova leitura aos agravos à saúde da mulher como fator oriundo das iniquidades sociais, não incorporou de imediato em suas diretrizes a violência (PEDROSA; SPINK, 2011).

Bandeira e Almeida (2008), ao proporem a discussão da invisibilidade das mulheres e da violência contra elas no Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltam que mesmo na especificidade de um atendimento voltado à mulher, há uma grande lacuna em relação às problematizações das condições históricas e políticas. Outros autores, por outro lado, afirmam que o setor saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória diante dos casos de violência, pois não consegue levar em consideração a intencionalidade do ato que gerou este estado de morbidade (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008). Esta situação de invisibilidade decorre do fato de que os serviços se limitam a cuidar dos sintomas e não contam com instrumentos capazes de identificar o problema (SILVA, 2003). Para Bonfim (2008), o que é observado, na prática, é uma assistência fragmentada, perpassada por desafios onde grande parte dos profissionais apresenta alguma dificuldade em prestar um atendimento oportuno, eficaz e resolutivo à mulher que sofre violência.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) 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. Reconhecida como o modelo de reorientação das práticas na Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) se revela um espaço onde se desenvolve a aproximação dos profissionais de saúde com a realidade social, descortinando problemas antes invisibilizados e não considerados passíveis de investigação e intervenção em saúde (OLIVEIRA; FONSECA, 2014).

Conforme aumentam as evidências da magnitude da violência doméstica, aumenta também o reconhecimento do importante papel dos serviços de saúde no enfrentamento, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas preconizam um atendimento

integral à família de maneira intrínseca e podem servir de locais de alerta para identificação de casos violentos no âmbito territorial.

A abordagem oferecida à mulher no serviço de saúde, principalmente na APS, possibilitará desdobramentos importantes na construção das estratégias de enfrentamento à situação de violência vivida. Essas estratégias auxiliarão na transformação do quadro, reduzindo ou eliminando a vulnerabilidade à violência e promovendo a saúde e os direitos de cidadania.

Ao refletir sobre as dificuldades dos profissionais de saúde em lidarem com as questões de violência contra mulheres nas Unidades de Saúde, mais especificamente na ESF, este estudo apresenta três questões norteadoras, que são:

1. Qual o processo de trabalho em saúde dos profissionais que atuam na ESF, em específico na atenção à saúde da mulher, no cotidiano de uma unidade de atenção primária no município do Rio de Janeiro?
2. Quais os impasses e desafios que se apresentam no cotidiano e no escopo de atuação das equipes de ESF nos casos de violência à mulher?
3. Como a ESF pode contribuir no atendimento integral às mulheres que se encontram em situação de violência doméstica?

Estas questões norteadoras apresentam duas frentes de trabalho e de reflexão neste estudo. A primeira está relacionada ao levantamento dos fatores que limitam o escopo de atuação das equipes no que se refere à atenção às mulheres em situação de violência. Por sua vez, a segunda frente deste estudo é definida pela observação e análise dos dados coletados acerca da assistência à mulher oferecida na ESF e se a mesma favorece o estabelecimento de vínculo entre a mulher e os profissionais do serviço. Desta forma, definidores nesses momentos de acolhimento e vínculo, a usuária se sentirá segura para buscar ajuda frente à violência vivenciada, seja pela identificação da equipe ou pela própria usuária ao expor a situação.

Nesse sentido, de acordo com a problemática exposta, delineou-se como objeto deste estudo: Analisar a percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família com atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, bem como os seus processos de trabalho frente à temática.

As discussões sugeridas por meio do desenvolvimento desta pesquisa buscaram apresentar indicativos das possibilidades da ESF na redução dos índices de agravos relacionados às mulheres em situação de violência. Estes espaços de saúde coletivos

permitem a construção da cidadania como campo de conhecimento e de ação participativa em defesa do direito à vida e do direito à saúde; e o bem-estar coletivo, um espaço da ação estatal em saúde. Este estudo visa oferecer aos profissionais atuantes na assistência às mulheres em situação de violência as informações e ferramentas úteis para aperfeiçoar seu processo de trabalho.

Os usuários das redes de saúde como um todo, mesmo que fortemente vinculados a certas equipes que não de saúde, se portam como usuários exclusivos desses locais de grande territorialização, pois são nômades no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, que como linhas de fuga, buscam construir outros processos para além dos serviços de saúde já instituídos. Mulheres em situação de violência, muitas vezes, buscam atendimento em locais distintos para que não sejam reconhecidas e, assim, suas histórias permaneçam invisíveis (MERHY; GOMES, 2014).

Além disso, pretende-se contribuir com a reflexão sobre a temática da violência contra a mulher, o papel da ESF e da gestão local frente a estas situações. De forma, ao traçar um paralelo entre o projeto proposto, aprofunda-se o conhecimento técnico-científico-profissional e a gestão da APS no município do Rio de Janeiro (RJ).

Nessa perspectiva, este estudo pretende identificar possibilidades, impasses e desafios para a construção de um atendimento integral às mulheres em situação de violência doméstica no âmbito da APS, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual fomos formados. Ainda, pretendemos analisar a realidade social dos profissionais de saúde que atuam na assistência prática às mulheres em situação de violência, motivando mudanças necessárias no processo de trabalho das equipes de saúde.

A busca por reflexões e compreensão acerca da temática se deu durante a minha trajetória profissional durante cinco anos como enfermeira atuante na Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Ainda, a pesquisadora atua no exercício do papel de gestora de uma Unidade de Saúde Pública, na área programática 5.2, localizada em Campo Grande. Em cinco anos de atuação profissional, houve atuação em três unidades de saúde, duas em Campo Grande e uma em Guaratiba.

Em todas as três unidades, percebeu-se que o tema violência não era discutido e quando este evento acontecia, a medida providenciada era restrita ao preenchimento de uma notificação compulsória e agendamento de uma interconsulta com a psicologia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A dificuldade no atendimento integral, a falta de conhecimento e, muitas vezes, de interesse dos profissionais que atendem mulheres em situações de violência, bem como a ausência de fluxogramas bem definidos e articulados com

outros setores, trouxeram uma inquietação como profissional e a vontade de refletir a respeito do lugar de atuação enquanto profissional inserida no SUS.

Entre os anos de 2011 e 2013, movida pela sede de conhecimento e para qualificar o processo de trabalho, a pesquisadora ingressou e concluiu dois cursos de Pós-Graduação. O primeiro de Gestão em Saúde da Família, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); e o último em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FICRUZ).

No ano de 2015, houve a participação do processo seletivo para a primeira turma de Mestrado em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina Hospital Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O pré-projeto apresentado para o ingresso no curso tinha como uma de suas questões norteadoras os impasses e desafios que se apresentam no cotidiano e no escopo de atuação das equipes de ESF nos casos de violência à mulher.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1. Objetivo geral

- Analisar a percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, bem como os seus processos de trabalho frente à temática em uma unidade clínica de saúde do município do Rio de Janeiro.

### 2.2. Objetivos específicos

- Descrever o processo de trabalho dos profissionais que atuam na ESF, especificamente frente ao atendimento às mulheres em situação de violência doméstica atendidos em uma clínica da família no município do Rio de Janeiro;
- Identificar os impasses e desafios enfrentados pelas ESFs diante da atuação e atendimento às mulheres em situação de violência doméstica.
- Discutir o atendimento integral às mulheres em situação de violência a partir do trabalho das ESFs.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Inicialmente, apresento conceitos sobre a violência e a saúde da mulher, sobre a ESF e o cuidado em saúde e violência, além de abordar a importância da integralidade nesse cenário. Essas explicações servirão de base para a análise dos dados coletados.

#### 3.1. Violência e a saúde da mulher

Ao estudar a saúde da mulher, a violência doméstica é considerada um fator de grande importância, pois geralmente ocorre na família ou em relação conjugal, em que as condições de gênero representam graus de superioridade e inferioridade, e que podem ocasionar graves problemas para a mulher e para os demais membros da família.

Nesta percepção das diferenças entre as relações e conflitos conjugais, mais especificamente no âmbito doméstico, e que muitas vezes propiciam à propagação da violência contra a mulher, Saffioti (2003), descreve:

As pessoas envolvidas na relação violenta devem ter o desejo de mudar. É por esta razão que não se acredita numa mudança radical de uma relação violenta, quando se trabalha exclusivamente com a vítima. Sofrendo algumas mudanças, enquanto a outra parte permanece o que sempre foi mantendo seus hábitos, a relação pode inclusive, tornar-se ainda mais violenta. Todos percebem que a vítima precisa de ajuda, mas poucos vêm esta necessidade no agressor. As duas partes precisam de auxílio para promover uma verdadeira transformação da relação violenta (SAFFIOTI, 2003, p.53).

São muitas as teorias que buscam impor a inferiorização da mulher perante o homem e justificar as agressões sofridas pelas mesmas. Pinotti (1986) aponta o mito e a mistificação do parto e da amamentação como experiências incapacitantes e que tem, na evolução histórica, o propósito de colocar a mulher numa posição de inferioridade, como se a função reprodutiva lhe conferisse algo como incapacitação natural.

A violência é um fenômeno entrelaçado tanto por questões macrossociais quanto estruturais. Minayo (1994) cita que a violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente. Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano.

A atribuição dos papéis para homens e mulheres na divisão de trabalho tem origem na própria estruturação da sociedade, que se aproveitou das diferenças biológicas entre os dois

sexos. As diferenças entre as atividades do homem e da mulher são secundárias e não primárias, adquiridas e não congênitas. “A cultura, que é o estilo de vida de um povo, suas instituições, usos e costumes é que terminam por determinar a divisão de trabalho entre os sexos” (PINOTTI, 1986, p.28).

Ao longo dos séculos, a luta das mulheres pela igualdade de gênero em uma sociedade com forte ideologia patriarcal tem conseguido reconhecimento legal e a garantia de oportunidades de igualdade de direitos e condições sociais, políticas e econômicas. Mas, elas ainda sofrem por diversas formas de discriminação e violência, enfrentando discriminação no acesso ao emprego, remuneração diferenciada, imposição de dupla jornada e vulnerabilidade de todas as formas (GOMES et al., 2007).

A violência contra a mulher é definida pela OMS (2002, p.91) como “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como na esfera privada”. E ainda define que “as consequências do abuso são profundas, indo além da saúde e da felicidade individual e afetando o bem-estar de comunidades inteiras”.

Outra definição é apresentada na 5ª cláusula da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), como a violência doméstica sendo aquela que acontece “onde as pessoas vivem permanentemente juntas, com ou sem vínculos familiares, incluindo aqueles que se juntam esporadicamente”, e a violência familiar como uma “comunidade de indivíduos que são ou se consideram, parentes por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa” (Lei Maria da Penha, 2006).

O conceito de violência, que trata da imposição de dor cometida por uma pessoa contra a outra é uma tática consciente para obter poder e controle sobre a mulher. Pode ocorrer de diversas formas, tais como: violência de gênero, violência intrafamiliar, violência doméstica, violência física, violência sexual, violência psicológica, violência econômica ou financeira e violência institucional.

[...] a violência doméstica e o estupro são considerados a sexta causa de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade física em mulheres de 15 a 44 anos – mais que todos os tipos de câncer, acidentes de trânsito e guerras. Sendo assim, é um tema que merece total atenção, porque, além de acarretar consequências emocionais aos filhos que testemunham a violência, compromete a economia do país – no que se refere a gastos com serviços de saúde –, assim como acarreta consequências psicofísicas à mulher (JACOBUCCI; CABRAL, 2004, p.215)

Marinheiro, Vieira e Souza (2006) destacam que, geralmente, a violência contra as mulheres ocorre devido às relações de gênero, como forma de legitimação do poder do

homem sobre a mulher. Assim, é fundamental entendermos o conceito de gênero. Os autores, Ferrante, Santos e Vieira (2009) apresentam duas proposições: a primeira é que o gênero é um elemento das relações sociais e se baseia nas diferenças entre os sexos e os símbolos culturais, conceitos normativos, formação de identidade subjetiva, entre outros. Em segunda proposição, destaca-se que o gênero é uma forma primária de relação e poder que designa à mulher como frágil e indefesa. O homem sentindo o controle sobre ela, manifestado por meio da força, do impedimento de vida política, social e econômica. A questão do gênero é indispensável para a reflexão e análise das relações de subordinação das mulheres e a mudança social e política.

### 3.2. ESF: cuidado em saúde e violência doméstica

A ESF foi implantada em 1994 com o nome de Programa da Saúde da Família (PSF), incorporando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No final da década, adquire o caráter estratégico para reorganizar e reestruturar a APS, baseada nos princípios e diretrizes do SUS.

A história do PSF pode ser dividida em dois períodos: um primeiro, que vai desde a sua criação até 1996, no qual ele era visto predominantemente como uma estratégia de expansão de cobertura do acesso aos serviços de saúde; e um segundo, a partir de 1996, no qual é considerada uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com a pretensão de substituir as práticas tradicionais de atenção básica (MATTOS, 2002, p. 82).

A ESF estabeleceu uma nova forma de atuação nas UBS com o fortalecimento de vínculos entre os profissionais e a população assistida, visando conhecer o seu contexto e como o processo saúde-doença é influenciado pelas características do meio em que essas populações vivem. A estratégia elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

No final dos anos 90 ganhou a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta, que desenvolve atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, tem como objetivos a prestação, na Unidade Básica de Saúde e no domicílio, de assistência integral à saúde individual (Baseada na Pessoa Assistida) e coletiva (Família e Comunidade), contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita. Além disso, intervir sobre os fatores de risco que população está exposta; eleger a família e o seu

espaço social como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença (Ações de Educação e Saúde e Controle Social), da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressando a qualidade de vida; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (MARQUES; MENDES, 2003).

Para a realização do diagnóstico local é fundamental o processo de territorialização - que delimita a área de atuação das equipes, o cadastramento das famílias, o levantamento dos problemas e a classificação por riscos e a análise situacional da APS (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Alguns fatores são dificultadores da implantação da ESF em capitais e em grandes cidades. Conforme Vasconcelos (1998), as transformações demográficas e epidemiológicas, (envelhecimento da população, as mudanças no perfil de morbimortalidade e o aumento dos níveis de violência urbana), a desigualdade socioeconômica em diversas áreas da cidade que impactam na distribuição da rede de serviços de saúde, a deterioração do prestígio político e social e o sucateamento das estruturas físicas, materiais e de recursos humanos da rede de serviços de saúde.

É neste quadro que o município do Rio de Janeiro está inserido, acrescido das deficiências quantitativas e qualitativas dos serviços de saúde na APS, o que contribui para a que os hospitais e as emergências funcionem como a porta de entrada da saúde.

Um aspecto que também merece uma reflexão dentro deste cenário é a questão dos mecanismos de distribuição dos recursos. Conforme destaca Viana e Dal Poz (1998), os governos locais já assumiram a gestão da APS no Brasil. Entretanto, essa gestão não garante responsabilidade, eficiência, acesso irrestrito à população e nem patamares equitativos de atenção à saúde. As ações dos governos ainda dependem dos incentivos e controles a que estes estão submetidos, quando deveriam produzir gestões locais voltadas ao bem-estar dos cidadãos e à qualidade da APS.

Em que pese o medo e a violência, elementos muito presentes na vida cotidiana da cidade, é preciso abrir espaço para a discussão e o diálogo entre profissionais e sociedade através da gestão local dos serviços de saúde. Daí a relevância do Estado em estimular essa troca, promovendo debates e grupos de discussão a cada ação que corresponda à implantação de uma política pública, responsabilizando-se por promover a inclusão social.

Políticas públicas direcionadas às mulheres, no que se refere ao enfrentamento da violência, apresentam entraves e avanços e há alguns anos amparam as mulheres em sua situação de cidadã. A partir das diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, foi lançado no ano de 2007 o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, um acordo federativo pactuado entre o Governo Federal, os governos estaduais e os governos municipais para combater, de forma integrada, a violência contra a mulher, baseando-se em quatro eixos/áreas estruturantes: Implementação da Lei Maria da Penha e o fortalecimento dos serviços especializados de atendimento; Proteção dos direitos sexuais e reprodutivos; Combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; e a Promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão, entre outros (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011). A ideia seria abarcar as “dimensões de prevenção, assistência, enfrentamento e garantia dos direitos da mulher” (Ministério da Saúde, 2013, p. 44).

Importante apontar que todos os estados da federação aderiram ao Pacto. Contudo, a partir de 2011, verificou-se um processo de repactuação, haja vista a ampliação do número de eixos estratégicos, num total de cinco, concretizando uma reestruturação do Pacto, agora visando:

- a) Garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha;
- b) Ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência;
- c) Garantia de segurança à cidadã e acesso à Justiça;
- d) Garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e enfrentamento da exploração sexual e do tráfico de mulheres;
- e) Garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos (Ministério da Saúde, 2013).

Esta preocupação estende-se da ação setorial da saúde para uma dimensão intersetorial, envolvendo trabalho, meio ambiente, educação, segurança e áreas afins. Cabe às equipes de saúde da família a promoção deste debate com apoio dos níveis de gerência e gestão da ESF. Percebe-se também que na saúde resta ainda o desafio de incluir questões socioculturais, como a perspectiva de gênero na abordagem dos agravos e sofrimentos experimentados pelos (as) usuários (as) (COUTO et al., 2006).

### 3.3. Saúde e integralidade: desafios e estratégias

No enfrentamento da violência doméstica, o acolhimento das mulheres nos serviços de saúde ocorre de maneira fragmentada e pontual, pois os profissionais não estão preparados para atender, de maneira integral, essa demanda. Frente à prática clínica, em que esses atos tendem a se manter na invisibilidade, a conduta dos profissionais de saúde é de não acolhimento às necessidades das mulheres, restringindo suas ações a encaminhamentos, o que também nem sempre resulta em resposta adequada às demandas das mulheres (LETTIERE et al., 2008).

As práticas, centradas em procedimentos profissionais na área da saúde, tem expressado a ação hegemônica produzida pelos territórios nucleares das profissões responsáveis pelo cuidado em saúde. O ato de cuidar, para o trabalhador de saúde, seja no encontro com o usuário, individual ou coletivo, mobiliza-o enquanto portador de ferramentas tecnológicas específicas (GOMES; MERHY, 2014).

Estratégias locais de enfrentamento da violência doméstica devem estar presentes no espaço de atuação das equipes de saúde da família. Para tanto, é necessária uma nova postura profissional alicerçada na reflexão sobre as relações sociais de gênero e na complexidade da violência doméstica contra as mulheres. Aliada a esta reflexão, há que se buscar junto às mulheres a construção de alternativas de enfrentamento da violência (ANDRADE; FONSECA, 2008).

Para Costa e Lopes (2012), a integralidade do cuidado prestado às mulheres vítimas de violência doméstica deve se constituir com o empenho da equipe de saúde de referência. Dessa forma, é de suma importância o entendimento da melhor maneira possível de atender as necessidades e minimizar o sofrimento das mulheres em situação de violência, o que exige a compreensão singular de cada caso, requerendo empatia dos profissionais.

Na maioria dos casos, a busca por ajuda ocorre no próprio meio social, junto à família e amigos. Posteriormente, as mulheres recorrem aos serviços de saúde e à justiça. Nessa busca, os vínculos estabelecidos podem se tornar obstáculos ao enfrentamento e, portanto, vulneráveis à violência, ou podem proteger as mulheres e fortalecê-las no enfrentamento. No reconhecimento de suas necessidades sociais e de saúde, os agravantes da violência são apenas tangenciados pelos profissionais na apreensão das necessidades dessas mulheres. Para o atendimento integral e humanizado devem ser pensadas novas estratégias de ações profissionais (SANTI et al., 2010).

No sentido de contribuir para repensar o modo de cuidar da mulher nessa situação, é importante que os profissionais de saúde que lidam com essas mulheres tenham diariamente aquisição de novos saberes de diversas áreas do conhecimento, das discussões interdisciplinares e intersetoriais para subsidiar e aprimorar a prática. Assim, o princípio da integralidade da assistência à saúde pode ser um produto da prática desses profissionais. Isso significa pensar o cuidado em saúde não apenas como um saber instrumental ou técnico, mas sim, como algo que permita a compreensão do fenômeno como um processo dinâmico, relacionado aos diferentes universos de significação e ressignificação. Dessa forma, um conhecimento mais ampliado do fenômeno promove reflexão mais crítica a respeito das condições de saúde e de vida das mulheres vítimas de violência doméstica, contribuindo para a realização de planejamentos da assistência que vão desde a prevenção, atendimento e reabilitação até a reintegração da mulher junto à sociedade (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Na ação intersetorial é fundamental um trabalho em rede que inclua setores de saúde, segurança, educação, bem-estar social e jurídico que trabalhem de forma articulada e responsável, o que amplia as chances de construir estratégias que respondam, de forma integral, às necessidades das mulheres e que contribua para a superação dos agravos consequentes dessa violência à saúde e à condição de vida delas e de suas famílias.

No cotidiano profissional das equipes de saúde da família, a construção da integralidade inicia-se no acolhimento e na criação de vínculo com as mulheres que buscam os serviços de saúde em momento de aflição. O ato de acolher não significa simplesmente prestar atendimento a esta mulher, mas sim, compreender a sua busca por ajuda, suas necessidades, seus vínculos familiares, seus relacionamentos, buscando encorajar o relato do que foi sofrido e a identificação da violência, além de outros problemas que cercam seu dia a dia. Além disso, a construção do vínculo também é de extrema importância, pois o agente comunitário de saúde é o principal responsável por esta etapa do processo de atendimento, já que está inserido na realidade da usuária através das visitas domiciliares (COSTA; LOPES, 2012).

O estudo de Gomes et al. (2013) revela que os profissionais de saúde não estão preparados e capacitados para o tratamento das mulheres vítimas de violência. A pesquisa afirma que os profissionais apresentam dificuldade em reconhecer a violência conjugal como violência punível legalmente. Os próprios trabalhadores da saúde referem-se à falta de capacitação para tal atendimento, identificando a necessidade do maior aprofundamento desta temática.

Este estudo pretende dar subsídios para criar e tornar mais efetivas as estratégias de apoio, visando fortalecer a rede de enfrentamento à violência contra a mulher em uma Unidade de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro.

#### 4. CAMINHO METODOLÓGICO

A definição pela linha de pesquisa qualitativa ocorreu devido a sua característica de trabalhar com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, e por ser um tipo de investigação interpretativo-formativa, que busca a compreensão do tema pesquisado, favorecendo o processo de descobrimento, por meio de análise, síntese de ideias e conceitos, com envolvimento de aspectos emocionais e contextuais. Pesquisa de natureza qualitativa, porém ao caracterizar os sujeitos de pesquisa, gerou dados quantitativos.

Conforme propõe Minayo (2001), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ou seja, preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Desse modo, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Esta abordagem visa compreender uma realidade particular e promover a autorreflexão dos participantes do estudo diante da problemática exposta. Visa-se diminuir a distância entre a produção e a aplicação do conhecimento, exigindo do pesquisador responsável uma transformação social (BOSI, 2012; NUNES, 2007).

O grupo focal foi a técnica escolhida para coleta de dados, pois caracteriza uma metodologia exploratória, no intento de prover a compreensão das percepções, dos sentimentos, das atitudes e motivações. Ainda, permite ao investigador verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou um evento, como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a esse problema (EDMUNDS, 1999). Sob essa ótica, o grupo focal apresenta caráter exploratório e avaliativo, voltado à compreensão de dimensões subjetivas do coletivo acerca do tema de estudo.

Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Pode ser caracterizado também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos acerca de um fato, prática, produto ou serviço (VEIGA; GONDIM, 2001).

Para Debus (1997) esse método de pesquisa qualitativa prevê a obtenção de dados por meio de discussões em grupo, nas quais cada participante expressa sua percepção, suas crenças, seus valores, suas atitudes e representações sociais sobre o tema estudado. Nessa

perspectiva, esse método deve estar centrado em ouvir as opiniões e experiências de cada participante.

Dentre os aspectos que contribuem para o alcance dos objetivos da pesquisa por meio do grupo focal podem-se destacar: o conhecimento do método; a organização e estruturação do grupo; o perfil do coordenador/moderador e do observador; a dinâmica das sessões (DEBUS, 1997). Tal método vem sendo utilizado para a estruturação de ações diagnósticas e o levantamento de problemas, planejamento de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde e meio ambiente, e para revisão do processo de ensino-aprendizagem (TRENTINI; GONÇALVES, 2000).

Acrescenta-se que, segundo Dall’Agnol e Trench (1999), o grupo focal caracteriza-se pelo baixo custo e pela forma rápida, fácil e prática de contato com a população que se deseja investigar, tornando-se eficiente para obter informações qualitativas e adequado para medir o grau de satisfação das pessoas envolvidas.

Quanto à organização e estruturação do grupo focal, Trentini e Gonçalves (2000) destacam a necessidade de organizar, no mínimo, dois encontros do grupo para cada variável considerada pertinente ao tema trabalhado. Os participantes do grupo podem variar de 6 a 15, os quais são selecionados por apresentar certas características em comum e associadas ao tema pesquisado, configurando, assim, uma amostra intencional. Sugerem-se algumas similaridades, como: classe social; nível de experiência; idade; sexo; estado civil e aspectos culturais. Essas características podem ou não influenciar o estudo, positiva ou negativamente, dependendo da questão em análise (DEBUS, 1997).

#### 4.1. Local da pesquisa

Este estudo teve como cerne a abordagem qualitativa de natureza aplicada, objetivando gerar conhecimentos para aplicação da prática no serviço de saúde.

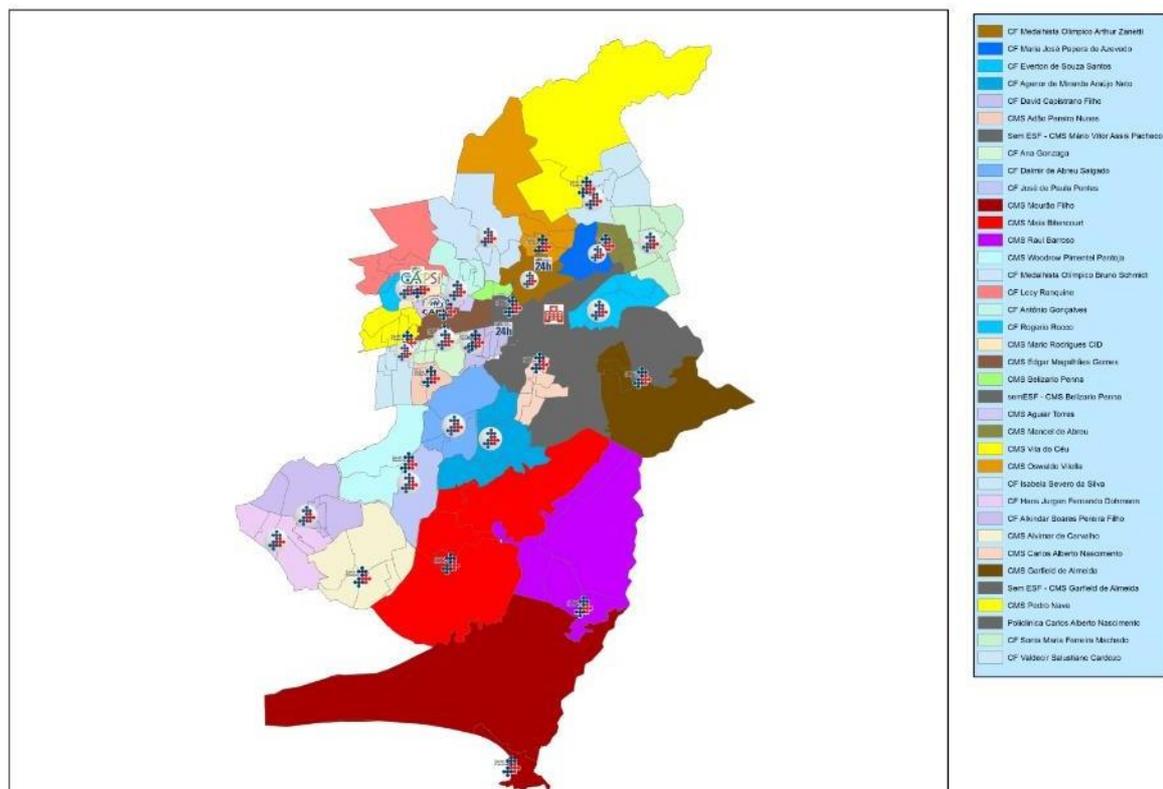
A unidade do estudo foi a Clínica da Família Valdecir Salustiano Cardozo, pertencente à Coordenadoria de Área Programática 5.2, situada no bairro de Cosmos, Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro. Esta unidade de saúde passou por profundas transformações na sua composição, sendo que a partir de julho de 2016 foi denominada Clínica da Família, contando com seis equipes de ESF atualmente. Cada equipe é composta por um médico, um (a) enfermeiro (a), um técnico de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

**Mapa 1** – Espacialização da Área Programática 52



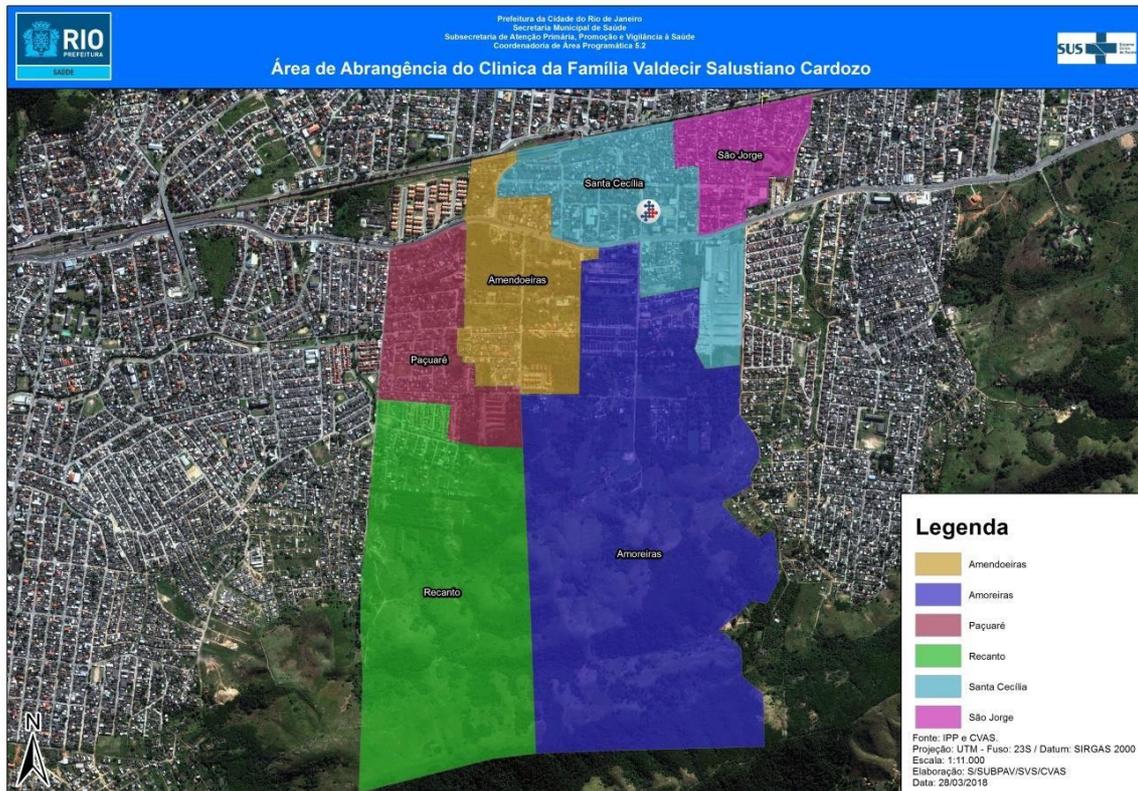
Fonte – Coordenadoria da área programática 52, 2017.

**Mapa 2** – Área de cobertura da CAP 52 por unidades da Área Programática 52



Fonte – Coordenadoria da área programática 52, 2017.

**Mapa 3** – Área de abrangência da Clínica da Família Valdecir Salustiano Cardozo



Fonte – Base Google Earth, 2018. Organização – MELO, Enzo Vieira de, 2018.

## 4.2. Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos deste estudo foram os profissionais de saúde, especialmente médico, enfermeiros e ACS que atendiam casos de violência doméstica, especificamente frente ao atendimento às mulheres em situação de violência. Os demais profissionais que compõem uma equipe de saúde da família, bem como Núcleo de apoio a saúde da família (Nasf), não foram incluídos neste estudo por questões organizacionais dos grupos. Esses foram os critérios de elegibilidade para o estudo.

Para caracterizar os profissionais de saúde que atuaram no atendimento a mulheres que vivenciaram violência, foi aplicado instrumento de coleta de dados, versando sobre condicionantes como a idade, sexo, escolaridade, categoria profissional, tempo de atuação profissional e tempo de trabalho na Unidade Básica de Saúde. Informações relevantes para apoiar o pesquisador no estudo e no alcance dos objetivos propostos.

Os sujeitos da pesquisa totalizaram 30 sendo, seis médicos, seis enfermeiros e 18 ACS. A categoria técnica e os demais membros não quiseram participar da pesquisa. Ressalta-se que alguns profissionais estavam de férias, atestado ou licença médica.

## 4.3. Coleta de dados

Na coleta de dados da investigação pela técnica do grupo focal, utilizou-se o recurso de gravação (áudio), além de observações realizadas pela coordenadora/moderadora, bem como pela observadora nas sessões. Tal ação objetivava obter todas as expressões verbais e corporais possíveis dos sujeitos do estudo, visando conseguir uma transcrição de dados fidedigna e possibilitar a compreensão deles pela temática pesquisada.

### 4.3.1. Constituição das sessões e composição do grupo

Foram realizadas três sessões, com sujeitos de pesquisa diferentes em cada uma delas, durante os meses de março a maio de 2017. Nas duas primeiras a discussão objetivou identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação dos serviços no atendimento das mulheres em situação de violência doméstica, além das barreiras e dificuldades relacionadas ao acesso destas mulheres a esses serviços. Por fim, na terceira sessão foram propostos alguns questionamentos sobre como assistência integral conseguiria alcançar tais mulheres e, assim, atender suas reais necessidades de saúde.

A duração estipulada para cada sessão foi de uma hora, porém os três grupos duraram, em média, 45 minutos cada um, não excedendo a duas horas, conforme recomendam Dall’Agnol e Trench (1999).

No processo de escolha dos participantes do grupo, foram selecionados os que atendiam aos critérios de inclusão para a realização da coleta de dados. Com a intenção de obter um grupo diversificado nas atividades desenvolvidas, foram delimitados os profissionais dos dois turnos (diurno e noturno), visto que a unidade funciona até as 20 horas.

Os participantes foram nomeados pela letra “P” da palavra participante, seguido do número arábico subsequente (P1, P2, P3...) e assim sucessivamente. Além dos profissionais convidados, fez parte do grupo a pesquisadora que exerceu o papel de coordenadora/moderadora, e uma enfermeira, Mestre em Saúde da Família, na função de observadora.

#### 4.3.2 Determinação do cenário

A princípio, o ambiente escolhido para o desenvolvimento do grupo focal foi a sala de reuniões da unidade de saúde, no período das 14:00 às 15:00 horas. O trabalho elaborado por Méier (2004) serviu de orientação para compor o ambiente em que as sessões desenvolveram-se. Assim, preparou-se o local com a intenção de proporcionar a interação e a descontração dos participantes. As cadeiras foram organizadas em forma de U, facilitando a observação dos componentes durante as discussões, e foram disponibilizados café, chá, água, biscoitos e balas.

#### 4.3.3. Elaboração do guia de temas

Na preparação do guia de temas, procurou-se relacionar os objetivos da pesquisa aos questionamentos feitos aos sujeitos. Para promover o debate sobre esses temas, utilizaram-se os seguintes questionamentos:

- 1) Dentro do processo de trabalho, qual a atuação dos profissionais de saúde no atendimento às mulheres?
- 2) Quais atividades são promovidas nesta área?
- 3) Como o serviço de saúde atende casos de violência contra a mulher?
- 4) Existe um protocolo de atendimento?

- 5) Atende casos de violência contra a mulher?
- 6) O atendimento de casos de violência doméstica é realizado neste espaço de saúde?
- 7) Vocês já atenderam casos de violência doméstica?
- 8) Vocês consideram a violência doméstica como um problema de Saúde Pública? Vocês consideram que a violência doméstica uma questão que deva ser cuidada na ESF?
- 9) Qual o protocolo/fluxograma/ processo de trabalho estabelecido de atendimento seguido para estes casos?
- 10) Você acha adequado este protocolo/fluxograma/ processo de trabalho estabelecido?
- 11) Você acredita que este protocolo possa ser modificado? Quais suas sugestões?
- 12) De que maneira a gestão pode apoiar estas mudanças

Assim, o guia de temas foi de grande valia, pois auxiliou na moderação dos debates, ajudando a evitar desvios na discussão e norteando os componentes do grupo focal para uma efetiva produtividade.

#### 4.3.4. Dinâmica das sessões

O planejamento das sessões foi elaborado conforme o guia de temas. Optou-se pela modalidade não diretiva para coordenar o grupo, pois, de acordo com Debus (1997), há duas modalidades de coordenação: a diretiva e a não-diretiva. Essa escolha deu-se pelo fato de ser essa a modalidade mais utilizada e na qual consta uma lista de perguntas abertas que favorecem o posicionamento dos participantes do grupo, além de reduzir a influência do coordenador/moderador sobre eles. Os momentos que contemplaram a dinâmica das sessões foram os seguintes:

##### **A) Primeira sessão:**

Objetivo: Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação dos serviços no atendimento das mulheres em situação de violência doméstica, as barreiras e as dificuldades relacionadas ao acesso destas mulheres a esses serviços.

Abertura (10 minutos): Apresentação da pesquisadora e da observadora, do projeto e da técnica do grupo focal.

Dinâmica de apresentação dos participantes (15 minutos): Apresentação dos componentes do grupo.

Esclarecimento sobre a dinâmica das discussões (10 minutos): Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE).

Debate (30 minutos): Questões de apoio.

Encerramento da sessão (5 minutos).

### **B) Segunda sessão:**

Objetivo: Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação dos serviços no atendimento das mulheres em situação de violência doméstica, as barreiras e dificuldades relacionadas ao acesso destas mulheres a esses serviços.

Abertura (10 minutos): Apresentação da pesquisadora e da observadora, do projeto e da técnica do grupo focal.

Dinâmica de apresentação dos participantes (15 minutos): Apresentação dos componentes do grupo.

Esclarecimento sobre a dinâmica das discussões (10 minutos): Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE).

Debate (30 minutos): Questões de apoio.

Encerramento da sessão (5 minutos).

### **C) Terceira sessão:**

Objetivo: Refletir de que maneira a assistência integral consegue alcançar tais mulheres visando atender suas reais necessidades de saúde.

Abertura (10 minutos): Apresentação da pesquisadora e da observadora, do projeto e da técnica do grupo focal.

Dinâmica de apresentação dos participantes (15 minutos): Apresentação dos componentes do grupo.

Esclarecimento sobre a dinâmica das discussões (10 minutos): Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE).

Debate (30 minutos): Questões de apoio.

Encerramento da sessão (5 minutos).

#### 4.4. Análise de dados

A partir da transcrição dos dados obtida por meio de cópia rigorosa das expressões verbais, realizou-se a análise deles pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a qual Lefèvre e Lefèvre (2003) conceituam como uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, utilizando as seguintes figuras metodológicas:

**Expressões Chave (ECHs)** - trechos ou transcrições literais do depoimento, que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, e que revelam a essência desse depoimento. É com a matéria-prima das ECHs que se constroem os DSCs;

**Idéias Centrais (ICs)** - É um nome ou uma expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECHs que originam, posteriormente, o DSC. É importante assinalar que as ICs não são uma interpretação, mas sim, uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos;

**Ancoragem (AC)** - É a manifestação lingüística explícita de uma teoria, ideologia ou crença, que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, é usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica.

Dessa forma, o DSC consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraíndo-se as idéias centrais, ancoragens e suas correspondentes expressões chave. Com as expressões chave das idéias centrais ou ancoragens semelhantes, compõe-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular. Vale ressaltar que neste estudo foram utilizadas apenas as figuras metodológicas, expressões chave e idéias centrais.

A proposta do DSC, segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), é reconstruir com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julguem necessários para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou uma representação social de um fenômeno. Observa-se que, apesar de o DSC envolver várias pessoas falando, não se trata de “nós”, mas de um eu coletivizado.

Esses discursos expressam o pensamento ou a representação social do fenômeno estudado, como se o discurso de todos os sujeitos da pesquisa fosse o discurso de um só (LEFÉVRE; LEFÉVRE; TEIXEIRA, 2000). A produção do DSC ocorre, de acordo com o rigor científico, utilizando-se procedimentos explícitos, transparentes e padronizados, construindo-se a fala do social com material empírico proveniente de falas dos sujeitos,

buscando, nas ideias centrais e nas expressões chave, coincidentes ou semelhantes, discursos efetivamente existentes, um discurso compartilhado.

#### 4.5. Apresentação dos dados

A tabulação dos dados pela técnica do DSC desenvolveu-se, num primeiro momento, na transcrição integral dos dados coletados, identificando-se e sublinhando-se as expressões chave, seguindo para a identificação das ideias centrais, como descrito no Instrumento de Análise de Discurso (IAD), conforme quadro demonstrativo a seguir. Num segundo momento, construíram-se os DSCs, onde foram transcritas todas as expressões chave correspondentes a uma ideia central (**Quadro 1**).

**QUADRO 1**- Instrumento de Análise do Discurso (IAD) entre a população estudada

IDEIA CENTRAL	
EXPRESSÕES CHAVE	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017

A análise dos dados feita pela técnica do DSC adaptou-se ao tipo de dados produzidos pelo grupo focal, considerando-se a grande quantidade e diversidade das informações obtidas. Esse contexto do grupo focal vem ao encontro da proposta de análise pela técnica do DSC em que os sujeitos dos discursos expressam suas ideias, seus pensamentos ou suas representações sobre o tema estudado, os quais são condensados em um único discurso, como se o discurso de todos os sujeitos da pesquisa fosse o discurso de um só (LEFÉVRE; LEFÉVRE; TEIXEIRA, 2000).

#### 4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de estudo foi aprovado pela Banca de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em APS. Em seguida, foi enviado um ofício ao Diretor Geral da Secretaria de Saúde, solicitando sua autorização para realizar o trabalho de pesquisa que envolveria os profissionais da instituição. Com a autorização do campo da pesquisa, foi possível enviar a

documentação necessária ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que analisou e aprovou o projeto, por meio do Parecer N.º 1.937.663, CAAE N.º 59810916.8.3001.527.

No momento seguinte, os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre o TCLE, o qual foi assinado na primeira reunião do grupo de pesquisa. Assim, iniciou-se a pesquisa, com a ciência do compromisso de respeitar os princípios éticos que a norteiam, em conformidade com a Resolução 196/96, do Ministério da Saúde (MS), reservando-se todos os direitos da equipe e da instituição, e garantindo aos participantes a liberdade de recusa ou de retirarem seu consentimento no decorrer do trabalho. Os documentos referentes a esta etapa encontram-se na seção de apêndices e anexos.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme exposto, os dados do estudo foram obtidos por meio da técnica do grupo focal desenvolvida em três sessões, no período de 28 de março a 09 de maio de 2017. Cada sessão continha um objetivo, buscando o entendimento dos sujeitos sobre o estudo pretendido, como descrito no guia de temas. Ao final das sessões, fez-se uma síntese dos conteúdos discutidos.

Posteriormente, serão apresentados os resultados alcançados no estudo, por meio da análise dos dados, que foram agrupados em temas elaborados a partir das ideias centrais encontradas na tabulação dos dados, conforme preconiza a técnica do DSC.

### 5.1. Descrição das sessões do grupo focal

As três sessões do grupo focal desenvolveram-se da seguinte forma:

A) Na primeira sessão, realizada em 28 de março, participaram duas enfermeiras, dois médicos, seis ACS, além da coordenadora/moderadora e da observadora. O primeiro momento do encontro destinou-se às apresentações e à descrição das atribuições da coordenadora/moderadora, do observador e da apresentação do projeto de pesquisa. Posteriormente, foram entregues os crachás e procedida a leitura do TCLE para a ciência e assinatura dos participantes.

Procedeu-se, então, aos esclarecimentos sobre a técnica do grupo focal, deixando-se claro que o método não é um teste de conhecimento, motivo pelo qual não há respostas corretas ou incorretas. Durante o primeiro encontro, o grupo estava um pouco constrangido, tímido, aparentando resistência em algumas colocações. Entretanto, com o decorrer do tempo, essa visão foi modificada e a real posição da pesquisadora foi compreendida. Ao final do encontro, os participantes mostraram-se mais abertos, sensíveis à discussão, compreendendo a situação e desvinculando as pessoas de seus cargos.

Com o objetivo de identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação dos serviços no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica, além das barreiras e dificuldades relacionadas ao acesso destas mulheres a esses serviços, os sujeitos do estudo foram indagados da seguinte forma: *Dentro do processo de trabalho, qual a atuação dos profissionais de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica?*

Em síntese, o grupo concluiu que há certa necessidade de protocolo integral para as mulheres em situação de violência, fluxos e rotinas melhores para o acompanhamento dessas mulheres, bem como a importância da intersetorialidade nas ações e serviços a essa população vulnerável. Também houve destaque para as questões relacionadas à falta de apoio para as mulheres que não prestam queixa, ou que optam por continuar convivendo com o agressor. O grupo entendeu que as equipes de ESF necessitam de melhor comunicação e apoio para a coordenação do cuidado com as mulheres que são cada vez mais vítimas de uma sociedade machista.

B) A segunda sessão, realizada em 11 de abril, com a participação de duas enfermeiras, uma médica e seis ACS. Foi iniciada como no primeiro momento do encontro, destinou-se às apresentações e à descrição das atribuições da coordenadora/moderadora, do observador e da apresentação do projeto de pesquisa. Posteriormente, foram entregues os crachás e procedida a leitura do TCLE para a ciência e assinatura dos participantes.

Houve necessidade de buscar mais esclarecimentos e entendimento dos participantes para iniciar com as questões.

O grupo apresentou-se mais à vontade, percebi que havia maior afinidade entre os integrantes, portanto a ambientação tornou-se evidente. Foram colocadas as seguintes questões para a discussão: *Como o serviço de saúde atende casos de violência contra a mulher? Existe um protocolo de atendimento? Vocês consideram a violência doméstica como um problema de saúde pública? Vocês consideram a violência doméstica uma questão que deve ser cuidada na ESF?*

Na síntese do grupo, acordou-se que a ESF deve acolher e acompanhar os casos, mas não sozinha. A referência do atendimento deve ser de forma territorializada, com a oferta de serviços respeitando o local de moradia. Ainda, referiram que a falta de apoio institucional/governamental, como locais de acolhida para a mulher e sua família, por exemplo, são ainda incipientes. Por fim, o grupo discutiu algumas lacunas na Lei Maria da Penha.

C) A terceira e última sessão, realizada em 09 de maio, com a participação de quatro enfermeiras, um médico e dez ACS, iniciou com apresentações e à descrição das atribuições da coordenadora/moderadora, do observador e da apresentação do projeto de pesquisa. Posteriormente, foram entregues os crachás e procedida a leitura do TCLE para a ciência e assinatura dos participantes.

A sessão visava descrever fatores a fim de refletir de que maneira a assistência integral consegue alcançar tais mulheres, visando atender suas reais necessidades de saúde, com

ênfase nos processos de trabalho das equipes. A fim de contemplar tal objetivo foram discutidos os seguintes questionamentos: *Qual o protocolo/fluxograma/ processo de trabalho estabelecido de atendimento seguido para os casos de violência na mulher? Você acha adequado este protocolo/fluxograma/ processo de trabalho estabelecido? Você acredita que este protocolo possa ser modificado? Quais suas sugestões?*

Assim, o grupo preferiu começar falando das dificuldades sentidas na realização da continuidade do atendimento à mulher vítima de violência. A discussão fluiu bem, em alguns momentos houve euforia devido à motivação do grupo para discutir as dificuldades, onde foi preciso retomar a questão para compreender melhor a visão do grupo. Salientaram a exposição ao risco que os próprios profissionais assumem ao se envolverem na questão de violência de gênero e o cuidado nos encaminhamentos aos órgãos competentes. Citaram a Lei Maria da Penha com descrença.

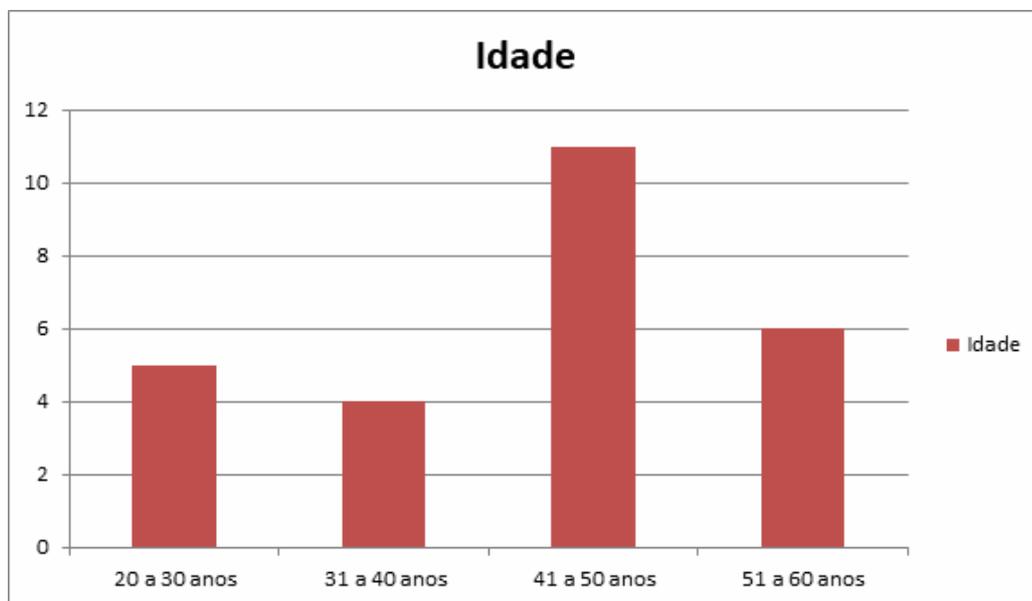
Mesmo com o embasamento teórico construído e a apresentação das sínteses das sessões anteriores em cada sessão, a discussão mostrou-se uma tarefa difícil. Outro elemento limitador foi o número reduzido de participantes.

Em todas as sessões os participantes demonstraram satisfação por participar da pesquisa, salientando que foram momentos de aprendizagem e integração profissional, que deveriam ser continuados, independentemente do término da pesquisa. Agradei a participação de todos, o interesse, a disponibilidade e a motivação pela pesquisa, incentivei sua continuidade, expressando que ela não terminava naquele momento, o qual era apenas um passo para novos estudos.

## 5.2. Caracterização dos entrevistados

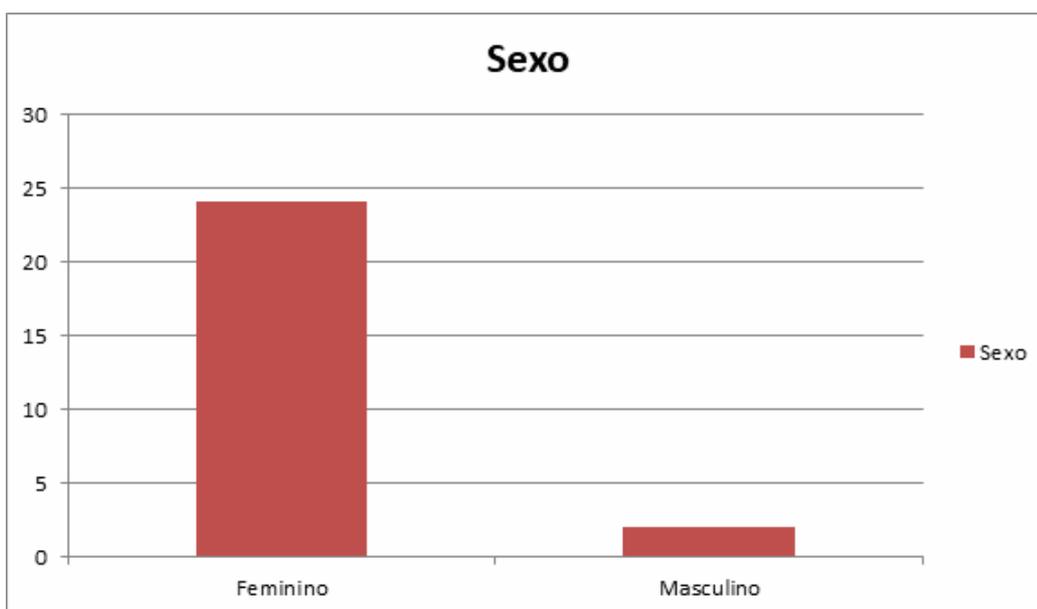
Os entrevistados que cumpriram os critérios de inclusão foram caracterizados através de alguns condicionantes como a idade, sexo, escolaridade, categoria profissional, tempo de atuação profissional e tempo de trabalho na Unidade Básica de Saúde. Esta categorização dos entrevistados é determinante para auxiliar no processo de análise e compreensão dos resultados da pesquisa, visto que o contexto sociocultural influencia diretamente na construção do conhecimento e atuação profissional dos mesmos.

No **Gráfico 1** pode-se visualizar a faixa etária dos entrevistados, onde, em ordem crescente, quatro participantes encontravam-se entre 31 e 40 anos de idade, seguindo de cinco participantes entre 20 e 30 anos; seis participantes que apresentavam idade entre 51 e 60 anos e, por fim, onze participantes entre 41 e 50 anos.

**Gráfico 1** – Faixa etária dos participantes da pesquisa

Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

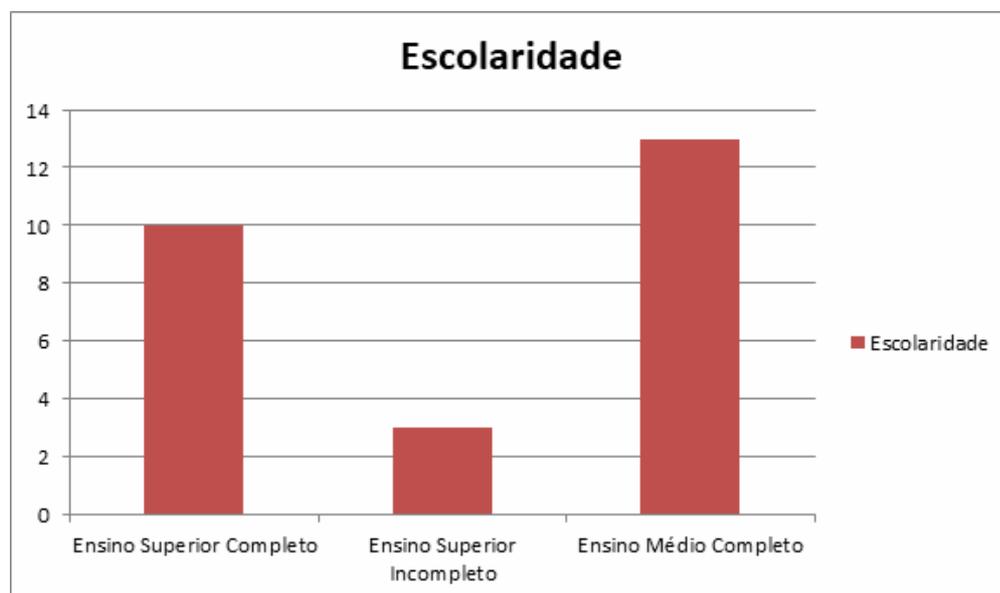
Além disso, o **Gráfico 2** apresenta a sexualidade dos entrevistados, onde pode-se perceber majoritária participação de mulheres. O estudo contou com a participação de 24 mulheres e apenas 2 homens, reflexo da maior atuação de profissionais mulheres no campo da saúde.

**Gráfico 2** - Distribuição dos participantes por gênero

Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

Além de indicadores biológicos, o estudo também avaliou os participantes a partir de indicadores sociais, como a escolaridade e a classe profissional. Ao avaliar a escolaridade dos participantes (**Gráfico 3**), percebe-se que treze apresentam o Ensino Médio completo; três não concluíram o Ensino Superior e dez apresentam ensino Superior completo.

**Gráfico 3** - Escolaridade dos participantes da pesquisa



Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

Estes dados se relacionam com as categorias profissionais (**Gráfico 4**) que foram entrevistadas, onde podemos perceber a participação de dezessete agentes comunitários de saúde, quatro médicos (as) e quatro enfermeiros (as).

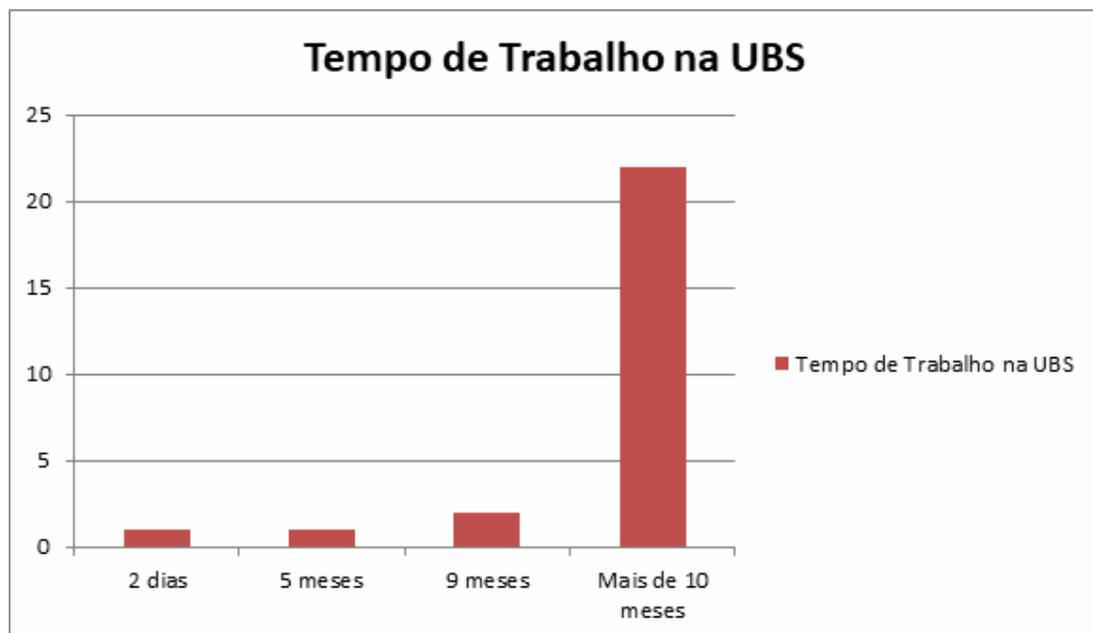
Por fim, também se avaliou o tempo de vinculação dos profissionais à Unidade Básica de Saúde (**Gráfico 5**), cenário da pesquisa, visto que esta informação influencia diretamente na vinculação e conhecimento dos usuários do território, interação com a equipe, conhecimento dos fluxos, responsabilização pelos usuários e dinâmica de trabalho do espaço. Ademais, percebe-se uma grande rotatividade de profissionais nos serviços de saúde, o que soma para a necessidade de considerar esta variável. Porém, pode-se perceber que grande parte dos profissionais, cerca de vinte e dois entrevistados, trabalha na UBS há mais de dez meses, e o restante atua no serviço há um tempo menor.

**Gráfico 4** – Distribuição dos participantes por categoria profissional



Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

**Gráfico 5** - Tempo de trabalho nas unidades básicas de saúde dos participantes da pesquisa



Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

### 5.3. Descrição dos temas e subtemas

A tabulação dos dados, desenvolvida por meio da técnica do DSC, possibilitou identificar três Ideias Centrais (IC), agrupadas em temas, conforme suas semelhanças e significações, e os respectivos subtemas (sete) (**Quadro 2**). Eles são apresentados a seguir, com seus respectivos discursos e suas análises.

**QUADRO 2** - Descrição dos temas e subtemas conforme as ideias centrais do discurso do sujeito coletivo

TEMAS	SUBTEMAS
1- Atuação dos profissionais de saúde no atendimento à mulher e a visão reducionista da saúde e do corpo.	1.2 Os serviços de saúde como ponto de atenção.
2- Processo de trabalho da ESF no contexto da violência doméstica contra a mulher.	2.1 Empasses, desafios e dificuldades enfrentadas pelas mulheres na perspectiva dos profissionais de saúde; 2.2 Empasses, desafios e dificuldades enfrentadas pelo profissional.
3- Violência como problema de saúde pública.	3.1. Violência como problema de saúde pública; 3.2. Machismo como fator precursor da violência doméstica; 3.3 Implementação da Lei Maria da Penha 3.4 Dificuldades da Rede de atenção à mulher em situação de violência.

Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

#### 5.3.1. Tema 1 - atuação dos profissionais de saúde no atendimento a mulher

No início do Século XX e até meados da década de 70, a mulher era assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada, com ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, o que a distanciava das medidas adotadas para as reais necessidades dessas mulheres (FREITAS et

al., 2009). Para uma reflexão sobre gênero e programas de saúde, a forma de trabalho pode vir carregada de uma visão reducionista, onde em alguns programas de Estratégia Saúde da Família (ESF), a mulher é incorporada somente como gestante e mãe, bem como no combate à desnutrição infantil (BENITES; BARBARINI, 2009).

A partir de 1984, o atendimento integral ganhou corpo no então Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi um marco referencial no âmbito da saúde das mulheres. Apesar do discurso integralizador, ainda assim, as políticas públicas voltadas a essa área do cuidado mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva. Por outro lado, pôde ser observada a incorporação de um novo tema, a redução da violência de gênero, demonstrando a preocupação dessas políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais (CORREIA, 2003). Assim, fica explícita a noção de um cuidado fragmentado à mulher, perpassando as noções e diretrizes valorizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004.

Observa-se, no **Quadro 3**, que o discurso fala que o desenrolar da atuação dos profissionais de saúde favorece uma competência profissional direcionada às questões práticas assistenciais como àquelas relacionadas às necessidades ginecológicas, gravídicas e puerperais.

**Quadro 3** – Exposição do tema 1

<b>IDEIA CENTRAL: Atuação dos profissionais da saúde no atendimento à mulher e a visão reducionista da saúde e do corpo</b>	
<b>EXPRESSÕES CHAVE</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<p><i>P1 – Eu acho que tem um foco principal, que é a questão de <u>planejamento</u>, gravidez, preventivo. Mas, principalmente na <u>questão do planejamento familiar</u>. O <u>foco principal do atendimento é esse</u>.</i></p> <p><i>P2 – É, o <u>foco principal</u> é esse... Planejamento, prevenção, pré-natal...</i></p> <p><i>P5 - [...] eu acho que foca mais, realmente, quando engravida. Ou uma vez por ano pede pra fazer o preventivo... que aí, às vezes, elas mesmas procuram, mas... <u>Acho que quando fica mais em cima mesmo é quando realmente tá grávida</u>.</i></p> <p><i>P3 – Muitas vezes elas estão tendo algum problema <u>com o ciclo menstrual</u>, ou <u>já estão sofrendo alguma queixa ginecológica</u>, ou então já vêm as <u>doenças secundárias</u>, né? Hipertensão, diabetes.</i></p>	<p>A atenção à saúde das mulheres ainda é voltada para a questão biológica da mulher, mais especificamente durante o período reprodutivo. A atuação dos profissionais da saúde é pautada na visão reducionista sobre a saúde e o corpo da mulher. A mulher deixa de ser contemplada em todas as faixas etárias, em todos os ciclos de vida, em todos os seus papéis na sociedade e naturalmente em todos os seus problemas e necessidades de saúde. Isso ocorre porque a própria mulher só procura o serviço de saúde para tratar de questões biológicas, ginecológicas e reprodutivas, como também pela própria oferta do serviço que são voltados para essas questões com profissionais treinados e capacitados exclusivamente para isso.</p>

Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

As diretrizes da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher afirmam que as mulheres devem ser atendidas em todas as suas especificidades e ciclos de vida, resguardando-se as diferentes faixas etárias e distintos grupos sociais, tais como as mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas, rurais, e em locais de difícil acesso, assim como em situação de risco, presidiárias, lésbicas, profissionais do sexo, portadoras de deficiência e vítimas de violência (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo Pedrosa (2005), no que tange à área da saúde da mulher, para que haja uma maior aproximação às diretrizes da integralidade, faz-se necessário uma transformação da tradicional abordagem fundamentada exclusivamente às questões anatomofisiológicas direcionadas às peculiaridades de gênero, para as condições sociais e culturais, as necessidades individuais, comunitárias e à qualidade de vida.

A autora ainda complementa que a abordagem das questões relacionadas ao gênero feminino, presente na elaboração de diversas políticas públicas, precisa ser compreendida e incorporada por gestores e, principalmente, pelos profissionais de saúde.

Todas essas ações marcam os formuladores de políticas públicas. Tais profissionais devem estar atentos e sensíveis às mudanças que ocorrem na sociedade. De certa forma, a história da política de saúde da mulher traduz esse desafio tanto para os movimentos sociais, que vão refinando suas demandas, como para o SUS, que precisa se ajustar e acolher as novas demandas da população.

Desde o Século XX, no Brasil, as mulheres têm se organizado em movimentos feministas, lutando em defesa da igualdade de direitos entre homens e mulheres, defendendo a eliminação de todas as formas de discriminação na lei e nas práticas sociais (SANTOS et al., 2016). Embora essas lutas tenham gerado grandes conquistas e vitórias, como os direitos fundamentais contidos na Constituição Federal de 1988, o sexo masculino continua usufruindo maior acesso à educação, empregos bem remunerados, poder e influência de gênero.

Toda história de dominação dos corpos deu-se com base na violência e no uso indiscriminado do corpo feminino, feito objeto passível de ser manipulado (LUCERO, 1995). Todavia, para que se possa caminhar na direção contrária a isso, um dos aspectos importantes está na compreensão de como a saúde da mulher é representada e entendida pelos profissionais da saúde e pelas próprias mulheres. Segundo Gomes (1996), as representações sociais são entendidas como sistemas de interpretação que regem a relação dos sujeitos com o mundo e com os outros, podendo ser produtos tanto de ideias socialmente reproduzidas, quanto de modificações históricas e sociais.

Nesse contexto, a perspectiva de gênero e o respeito à especificidade de cada um deles constituem elementos básicos de uma nova estruturação social e de direitos, contemplando a humanidade como um todo. Logo, a adoção da categoria relacional de gênero poderia permitir aos profissionais uma compreensão mais crítica sobre a saúde e o corpo da mulher e, assim, as diversas formas de violência contra a mulher acabariam incorporadas às práticas profissionais (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

Segundo Viera, Verdana e Santos (2011), um posicionamento dirigido à inserção das questões sobre violência contra a mulher nos contextos dos serviços de saúde implica num deslocamento da representação da sexualidade feminina - de caráter essencialista e informada por um paradigma biomédico - para uma representação centrada na autonomia feminina e no reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos.

Os serviços de saúde são importantes na detecção de potenciais casos de violência doméstica devido à cobertura e contato com essas mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves (LETTIERRE et al., 2008). A não identificação dessas situações de violência contribui para perpetuar o ciclo, diminuindo a eficácia e efetividade dos serviços (OMS, 1997).

Entretanto, estudos têm demonstrado que os profissionais de saúde não identificam que as mulheres possam estar em situações de violência, mesmo quando as lesões apresentadas trazem evidências da ocorrência da violência, bem como os serviços não são vistos como um local de atendimento para essas questões para muitas mulheres (GARCIA-MORENO, 2002).

### 5.3.2. Subtema 1.1. Os serviços de saúde como pontos de atenção

Existem diversas explicações pelas quais uma mulher não conta os episódios de violência e/ou agressões que vem sofrendo seja de cunho físico, psicológico ou moral. Sentimentos como vergonha, humilhação, culpa, medo podem estar presentes, além de temer pela sua segurança pessoal e de seus filhos, pela dependência financeira e afetiva ao agressor, entre outros. Ainda, em algumas vezes ela pode ter tido más experiências no passado quando contou sua situação ou ainda crer que suas lesões e problemas não são importantes.

Ressalta-se também que os profissionais de saúde têm pouco conhecimento sobre a violência doméstica, ou dá pouca importância ao tema, uma vez que sua formação raramente inclui algum conhecimento técnico e específico a respeito de uma assistência voltada para as mulheres. Desse modo, a mulher não encontra profissionais capacitados e treinados para escutá-la, pois as ações dos profissionais se limitam, muitas vezes, ao tratamento das lesões físicas causadas pela violência (MAGALHÃES et al., 2015).

**Quadro 4** – Exposição do subtema 1.1

<b>IDEIA CENTRAL: Serviço de saúde não é visto pela mulher como um ponto de atenção e apoio para a violência</b>	
<b>EXPRESSÕES CHAVE</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<p><i>P4 - O que eu vejo é que elas não procuram muito pra falar sobre isso, pelos menos na minha equipe, pra falar sobre isso. <u>As que eu sei que sofrem é porque o vizinho fala, mas ela mesmo quando vem nem comenta. O casamento é ótimo, maravilhoso, obrigada.</u></i></p> <p><i>P9 - <u>Eu acho que elas têm vergonha. Eu também nunca ouvi falar assim... que o paciente chegou pra mim ...</u></i></p> <p><i>P8 - Lá no condomínio mesmo, quando a gente vai fazer visita e percebe que tem casos assim a gente até tenta, observa, <u>mas elas procuram esconder que isso está acontecendo.</u></i></p> <p><i>P5 - <u>Às vezes as mulheres não denunciam também por causa dos filhos, porque elas têm medo dos filhos ficarem revoltados com ela, entendeu?! Porque é pai das crianças, vamos supor, o pai está preso, então, às vezes, a mulher não fala nada por causa disso.</u></i></p> <p><i>P10 - E inclusive quando vem procurar a gente, sempre tem uma desculpa e não diz a real. <u>Vem com uma história pra não contar a realidade.</u></i></p>	<p>A mulher não identifica o serviço de saúde como um ponto de atenção e apoio para as questões de violência, apesar de frequentar, ter acesso aos serviços e aos profissionais de saúde, seja no ambiente da ESF seja no domicílio.</p> <p>Em geral, sofrem em silêncio, apresentam queixas vagas, dificultando uma aproximação empática entre o profissional e a mulher, inclusive o direcionamento de suas ações.</p> <p>Podemos considerar que parte das nossas pacientes pode sofrer ou têm sofrido alguma forma de violência e que, apesar disso, ela torna-se invisível.</p>

**Fonte** - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

Pesquisas sobre as práticas dos profissionais das equipes de ESF voltadas para as mulheres em situação de violência apontam para a necessidade de se discutir a temática na cotidianidade dos serviços de saúde, sensibilizando os profissionais e estabelecendo parceria com outros serviços, dada a complexidade e contradições do fenômeno estudado.

Atender a essas mulheres que sofrem violência é zelar pelos Direitos Humanos e valorizar, no espaço da saúde, a realização desses direitos. Promover os direitos humanos é a melhor forma de garantir a saúde. Os profissionais de saúde estão em uma posição privilegiada para esta tarefa (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

Quando mulheres que estão sofrendo violência procuram os serviços de saúde, dificilmente revelam espontaneamente esta situação. Mesmo quando questionadas, corre-se o risco de não ser revelado este sofrimento. Percebe-se que é bastante difícil para uma mulher expor a violência sofrida, já que não é comum o acolhimento diante dessa revelação (SILVA, 2003).

Ressalta-se que a palavra violência pode não corresponder à experiência vivida por algumas mulheres que não reconhecem os atos agressivos cometidos pelo marido como violência, mas sim como "estupidez", ou outros termos parecidos. Assim sendo, seja por dificuldades das mulheres, seja porque não podem ainda confiar nos serviços de saúde, as mulheres geralmente não contam que vivem em situação de violência (SAFFIOTTI, 1998).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que há um uso aumentado dos serviços por parte das mulheres vítimas de violência, uma vez que apresentam mais queixas e sintomas do que as que não vivenciam essas situações, esta assistência tem um baixo poder resolutivo. Portanto, o uso repetitivo e ineficaz dos serviços transforma a assistência no âmbito da APS em um serviço com custo elevado (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

A situação de violência leva a um sofrimento crônico que parece debilitar as possibilidades da mulher de cuidar de si mesma e dos outros. A negligência de cuidados é reconhecida nos estudos de Schraiber e colaboradores (2002), por meio da medida de comportamentos e uso de serviços, mostrando que estas mulheres são mais propensas a abuso de álcool, tabaco e drogas, possibilidade de sexo inseguro, entrada tardia no pré-natal, e pior adesão ao exame de prevenção de câncer cérvico-uterino.

A invisibilidade do serviço piora a situação das mulheres, pois elas acabam sendo rotuladas como poliqueixosas, somatizadoras, ou portadoras de distúrbios neurovegetativos. Os processos patológicos associados à violência e ao sofrimento psicoemocional, se não forem abordados de forma integrada, resultam em casos de difícil solução, mesmo quando se referem às patologias mais simples e bem conhecidas (SILVA; PADOIN, 2015).

Freitas e demais colaboradores (2009) complementam que os serviços de saúde acabam diluindo as questões de violência entre outros agravos, sem que se leve em consideração a intencionalidade do ato que gerou o estado de morbidade. Ainda, essa situação decorre do fato de se limitarem a cuidar dos sintomas e não contam com instrumentos capazes de identificar o problema.

#### 5.4. Tema 2 - o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF)

Observa-se, no **Quadro 5**, pelo discurso, que por mais que a equipe forneça condições de abertura para as pacientes verbalizarem suas vivências, práticas e situações familiares, seja dentro da unidade, no consultório ou no domicílio, a violência ainda é um tabu enfrentado por muitas mulheres, que preferem viver e sofrer no anonimato a receber e/ou expor suas reais necessidades.

Segundo Souza e Souza (2017), a violência doméstica, especificamente, é um fenômeno complexo, motivado por questões econômicas, culturais e sociais que acompanham a impunidade, a ilegalidade e o medo de falar a respeito do tema. O crescente aumento evidencia as desigualdades culturais entre os sexos, em que o poder e a força física masculina se sobrepõem em atribuições que legitimam e intensificam a violência (OLIVEIRA et al. 2015).

De acordo com o Mapa da Violência Contra a Mulher no Brasil, entre 1980 e 2010, o número de mulheres assassinadas neste período correspondeu a mais de 92 mil casos. A partir de 2013, esses números corresponderam a 4.762 óbitos a cada ano (WAISELFISZ, 2015).

**Quadro 5** – Exposição do tema 2

<b>IDEIA CENTRAL: Processo de trabalho na ESF no contexto da violência doméstica contra a mulher</b>	
<b>EXPRESSÕES CHAVE</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<p><i>P1- ACS: <u>Durante a visita, nós conversamos com elas, perguntamos se estão com alguma dificuldade, algum problema de saúde ou até mesmo dificuldade dentro de casa, no seu dia a dia, no meio social [...].</u></i></p> <p><i>P7- MEDICA: <u>Difícilmente a gente consegue pegar lá no consultório uma mulher que se queixe realmente. Que denuncie ou que reclame ou mesmo... enfim, não quer expor esse parceiro e nem a vida. A realidade é essa.</u></i></p> <p><i>P-2 – Enfermeira: <u>Muitas vezes são ameaçadas, e quando entram no consultório, você tenta abordar todos os campos, orientando, jogando as informações, e dando oportunidade também para que ela fale, né. Conte do seu dia a dia, da sua vida, mas na maioria das vezes elas não falam.</u></i></p> <p><i>P5- ACS: <u>Quando é no nosso caso, que chega pra gente né, primeiro pegou a gente, a gente leva para a equipe, para a médica e para a enfermeira, e aí elas pedem geralmente para marcar uma consulta e mediante a história relatada encaminha para o psicólogo.</u></i></p>	<p>Dentro da ESF o direcionamento dado para a mulher identificada como potencial vítima de violência doméstica perpassa por todos os membros da equipe. Primeiro o ACS na visita domiciliar e na identificação dos casos, fazendo o elo entre a comunidade e o serviço; Posteriormente, entram em ação os demais profissionais na busca de uma atenção/ação integrada. Para àquelas mulheres que insistem em preservar a situação de vulnerabilidade, o processo de trabalho pela equipe torna-se fragilizado, descontínuo e desassistido.</p>

**Fonte** - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

Sabe-se que as repercussões da violência contra a mulher influenciam o processo saúde-doença. Para Grein e colaboradores (2016), as instituições de saúde caracterizam-se como locais privilegiados para identificação desses problemas. A ESF desempenha um papel importante dentro da rede de apoio à mulher nessa situação, uma vez que se configura como porta de entrada para esses casos, assumindo um espaço de acolhimento e de elaboração de projetos de apoio às mulheres vítimas de violência (VIEIRA; PERDANA; SANTOS, 2011).

Em um estudo recente realizado em Matinhos, no estado do Paraná, foi possível observar que o atendimento às mulheres vítimas de violência era centrado em preceitos

biologizantes, com foco em lesões físicas e medicalização, atrelados a escassez de estrutura local oficial para manejo da violência doméstica (SIGNORELLI, AUAD, PEREIRA, 2013).

A partir dos relatos obtidos nesse estudo, pode-se inferir que as equipes se mostram insuficientes na identificação da violência doméstica, mesmo sendo um dos principais receptores desses casos. Silva e Padoin (2017) acrescentam que as políticas de combate a qualquer tipo de violência contra a mulher são, na maioria das vezes, ineficientes. Além disso, há pouca existência de serviços especializados disponíveis.

Para Warshaw (2007), os profissionais devem extrapolar o modelo tradicional vivenciado na perspectiva da ESF, agregando fatores como sensibilidade pessoal e comprometimento social, tornando-se corresponsáveis com as mulheres na identificação e minimização da violência doméstica.

Qualquer profissional de saúde bem treinado pode acolher as mulheres em qualquer situação de violência, seja ele médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social ou educador. É preferível que seja uma mulher, pois há uma experiência de maior facilidade de contato, estabelecimento da empatia e um menor constrangimento da usuária (DESLANDES, 2004).

Para Signorelli, Auad e Pereira (2013), o reconhecimento da violência e o seu problema, seguido do acolhimento e orientação, são uma tradução não usual das "queixas" das pacientes. O aconselhamento procura ouvir a história da mulher e suas expectativas, redefine os problemas e a potencial rota de soluções, auxiliando-a no uso do guia de serviços e da rede de suporte social existentes.

Nessa direção, autores como Ramos e Lima (2003), bem como Gomes e Pinheiro (2005), apontam o acolhimento como uma possibilidade de atenção à saúde, na intenção de contribuir no atendimento de mulheres em situação de violência doméstica. Para Ayres (2004), apesar de o acolhimento ter sido atribuído como um dispositivo tecnológico nas propostas de humanização da saúde, possibilitando capacidade de ausculta e diálogo entre profissionais e usuários, tal noção é pouco problematizada na prática profissional, necessitando de reflexões conceituais e empíricas sobre suas potencialidades e desafios.

Não obstante, para Teixeira (2003) o acolhimento não se restringe ao momento de entrada no serviço de saúde, limitando-se à recepção, mas sim, na continuidade da interação entre usuários/as e serviços em todas as possibilidades de escuta e diálogo. Ainda, o autor acrescenta que lacunas na formação/sensibilização para o acolhimento se inter cruzam com a falta de estratégias efetivas para combate às relações de gênero desiguais.

O desfecho de ações resolutivas pode depender muito desse primeiro momento, que na população estudada é realizado principalmente pelo ACS, tendo destaque no processo de

diálogo entre as mulheres e os demais profissionais. Não obstante, cada profissional de saúde, no contexto estudado, salientou ter a sua importância dentro da perspectiva do atendimento à mulher vítima de violência doméstica.

Por pertencer à comunidade, o ACS facilita o estabelecimento de relações mais empáticas e minimiza questões de assimetria de poder, que existe nas relações profissionais-usuárias/os (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Contudo, trata-se de criar um espaço onde a mulher possa compartilhar suas dúvidas, anseios, temores, expectativas e incertezas. Além disso, que ela possa contar com apoio respeitoso como ser humano digno de direitos e deveres. Cumpre ressaltar que a ESF consiste em um lugar onde se pode obter informações sobre os serviços disponíveis para o enfrentamento da violência de gênero, além de redirecionar as ações e serviços.

#### 5.4.1. Subtema 2.1. Empasses, desafios e dificuldades enfrentadas pelas mulheres

Ficou evidenciado para os profissionais que há um número considerável de mulheres vítimas de violência praticada de várias formas (**Quadro 6**). Percebeu-se que essa problemática se torna um fato real e cotidiano enfrentado dentro da unidade de saúde. Alguns estudos demonstram que mulheres que vivem em situação de violência sofrem com as repercussões desse fenômeno, materializando-se em problemas de saúde complexos, compreendendo desde as lesões físicas até as psicoemocionais (OLIVEIRA et al., 2009).

Os agravos físicos que necessitam de atendimento médico ou de enfermagem acabam por não procurar atenção em uma parcela dos casos. Entretanto, entre os que procuram, apenas uma parte relata o acontecido aos profissionais.

**Quadro 6** – Exposição do subtema 2.1

<b>IDEIA CENTRAL: Empasses, desafios e dificuldades enfrentadas pelas mulheres na perspectiva dos profissionais de saúde que as atendem</b>	
<b>EXPRESSÕES CHAVE</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<p><i>P3- ACS: [...] muitas vezes elas vêm até a gente, é feito todo o apanhado em relação a isso e elas acabam, também, <u>devido não querer sair de casa, não querer deixar os filhos, elas acabam vivendo com esse companheiro em toda aquela situação pertinente da violência.</u></i></p> <p><i>P2- ACS: Mas, às vezes, muitas não falam por <u>medo de sair e não ter como levar os filhos, alimentar, educar.</u> <u>Aí, elas ficam, se escondem atrás dessa pessoa, que mesmo a maltratando, ainda tem como... É seguro, né... Ele me trata mal, mas está comigo.</u></i></p> <p><i>P8 – ENFERMEIRA: [...] a maioria que sofre violência <u>não trabalha, depende do companheiro. Vivem na dependência, e quando você é dependente, você, geralmente... As pessoas se encolhem, né? Se submetem àquela situação. A gente sabe que, por medo, pela violência que sofre, por vergonha... Quer dizer, são vários fatores.</u></i></p> <p><i>P7- Médica: É porque muitas acreditam que "<u>ah, foi só dessa vez, ah, que vai mudar, ah, que tenho fé, ah, que o amor é incondicional,</u> maior que todas as coisas do mundo e tá levando né, infelizmente é isso.</i></p>	<p>São vários os fatores que influenciam na tomada de decisão da mulher vítima de violência, medo, vergonha, dependência, insegurança, ou não acreditam que poderão encontrar alguma resposta sobre o assunto nos serviços de saúde. Na maioria dos casos, a mulher se coloca em segundo plano, acreditando ser capaz de suportar a situação a favor de outrem, ou até mesmo, acredita ser o seu dever e obrigação manter e zelar pela estrutura familiar.</p> <p>Não há critérios simples ou aparentes para identificar uma potencial vítima. É preciso ressignificar o olhar para transformar o fazer.</p>

Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

No Brasil, são escassos estudos que mostrem a concretude dessa problemática como uma forma de se trabalhar o fenômeno, uma vez que a violência contra mulheres constitui uma das principais formas de violação dos direitos humanos (Ministério da Saúde, 2013).

Neste estudo, o perfil das mulheres vítimas de violência investigadas, segundo os discursos dos profissionais que as atendem, apresenta semelhanças entre esse grupo específico

e outros investigados em diferentes regiões do Brasil no que tange à omissão dos casos por medo, insegurança, vergonha, dependência, entre outros fatores (SANTOS, 2003; ALBUQUERQUE et. al., 2013; RAMOS; SILVA, 2011).

Deve-se lembrar, segundo Teixeira (2003), que a palavra violência pode não corresponder à experiência vivida por algumas mulheres, que não reconhecem os atos agressivos cometidos pelo marido como violência, mas sim como "estupidez" e outros termos parecidos. Assim sendo, seja por dificuldades das mulheres, seja porque não podem ainda confiar nos serviços de saúde, as mulheres geralmente não contam que vivem em situação de violência.

Ainda segundo Minayo (2006), a violência não é uma, mas múltipla, onde seu vocábulo possui origem latina e vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. Assim, para a autora, os eventos violentos se referem a conflitos de autoridade, lutas de poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens.

Para Parodi e Gama (2009), no sentido jurídico, a violência é compreendida como sendo uma forma de constrangimento físico ou moral, o emprego da força física ou moral para alcançar fim ilícito ou não desejado pela pessoa que a sofre, podendo assumir a forma de coação.

No que se refere à violência doméstica, Kirka (1999) afirma que esta pode ser definida segundo duas variáveis: quem agride e onde agride. Logo, para que a violência sofrida por uma mulher esteja enquadrada na categoria "conjugal", se faz necessário que o agressor seja uma pessoa que frequente sua casa, ou cuja casa ela frequente, ou que more com ela, ou seja, a segunda variável delimitando o agressor como pessoa que tem livre acesso a ela.

A melhor estratégia para lidar com a recusa da mulher em expor a situação de vulnerabilidade, para Gomes e Pinheiro (2005), é a pergunta direta, que facilita o início da abordagem do assunto. A disponibilidade do profissional para ouvir os problemas da pessoa em atendimento e sua preocupação com as raízes de seu sofrimento também são importantes para a detecção do problema.

Percebe-se também que parte do discurso dos profissionais responsabiliza a mulher pelo silêncio, como se coubesse apenas a ela a denúncia de situações que envolvem a violência doméstica. As consequências da violência psíquica são muito mais sérias do que os danos físicos porque, frequentemente, desencadeiam transtornos psíquicos como: depressão, ansiedade, fobia, abuso de álcool e drogas, além do estresse pós-traumático (SACRAMENTO; REZENDE, 2006).

Por outro lado, alguns profissionais de saúde dão pouca importância ao tema. Muitas crenças e mitos ainda persistem e dificultam falar de violência com as usuárias. Para Ayres (2004) alguns profissionais acreditam que as mulheres merecem ou pedem o abuso, senão não ficariam com o agressor, ou acreditam que a violência doméstica é um problema social ou legal, ou que se trata de um problema foro íntimo, não cabendo intromissão, entre outras situações.

Uma atitude de respeito, interesse, não julgamento e sigilo são fundamentais. É necessário também respeitar o tempo do usuário e do profissional para revelar o problema e oferecer as orientações cabíveis (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

## 5.4.2. Subtema 2.2. Empasses, desafios e dificuldades enfrentadas pelo profissional de saúde

**Quadro 7** – Exposição do subtema 2.2

<b>IDEIA CENTRAL: Empasses, desafios e dificuldades enfrentadas pelo profissional de saúde que atua na ESF</b>	
<b>EXPRESSÕES CHAVE</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<p><i>P9 – ENFERMEIRA: Na maioria das vezes não é satisfatório. <u>A gente sabe que a mulher que sofre violência, ela vai precisar de um acompanhamento muito mais intensivo e que, muitas vezes, a gente é limitado a fornecer.</u></i></p> <p><i>P7- MÉDICA: Entendeu, a gente é muito limitado a fornecer. <u>Aí, entra em outras vertentes, que é um público muito grande, o número de pacientes muito grande, e você gostaria de acompanhá-las intensamente, mas você não pode, a gente gostaria de uma atenção de um psicólogo mais precisa, aí a gente, infelizmente, não consegue atender a demanda no que realmente ela necessita.</u></i></p> <p><i>P5- ACS: [...] a gente funciona muito para ouvir essa mulher. A gente não pode fazer muita coisa. Um desabafo. <u>O sistema não pode fazer muita coisa, mas estamos ouvindo ela. Dá um alívio pra ela, né, só em ela falar.</u></i></p> <p><i>P3- ACS: [...] essa política precisa ser mudada em relação a isso. Porque a Saúde da Família hoje, <u>pelos moldes atuais que a gente vive, a gente não tem estrutura nenhuma para dar suporte a isso, então...</u></i></p> <p><i>P7- ENFERMEIRA: [...] até mesmo a nossa proteção. Não é só a mulher que precisa da proteção. <u>Nós como profissionais também precisamos. Porque você se envolve.</u></i></p>	<p>Como profissionais de saúde, nos sentimos incapazes de prestar uma assistência de qualidade, satisfatória e, de fato, efetiva. Não há apoio por parte dos serviços, não há formação profissional adequada que nos garanta tal segurança em realizar uma prática voltada à mulher vítima de violência doméstica. O sentimento de frustração ocorre diante da impossibilidade de resolver a demanda dessa mulher nesse contexto. Ainda, ao nos envolvermos, acabamos nos expondo e correndo os mesmos riscos de agressões. Por outro lado, hoje como está estruturada a ESF, não conseguimos dar conta de todas as demandas advindas da população adstrita da nossa área, ou seja, o número de pacientes que precisam de atendimento é grande. Gerar mais uma demanda sobrecarrega os próprios profissionais e o próprio serviço.</p>

Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

A problemática da violência doméstica no âmbito da saúde é complexa, não sendo passível ser abordada em sua plenitude. Por vezes, na tentativa de conferir cuidado e ajuda às

vítimas, os profissionais se sentem frustrados devido aos limites de sua prática assistencial, que se esbarra em questões que não conseguem resolver, comprometendo a qualidade da assistência.

Alguns autores como Herrera e Agoff (2006), e Deeke e colaboradores (2009) relatam que os profissionais de saúde têm muita dificuldade em lidar com violência doméstica, visto o viés da biomedicina, que preconiza tratamento médico-centrado, exames e extermínio de lesões e dores físicas, muitas vezes deixando de lado sentimentos, vivências e ou expressões.

Acrescenta-se ao fato de que outros estudos têm evidenciado que tais profissionais não recebem capacitação adequada para lidar com violência doméstica, bem como sensibilização para o cuidado dessas mulheres (APERT, 1995; WARSHAW, 2998). Situação semelhante foi evidenciada com os profissionais deste estudo.

Para Oliveira e colaboradores (2005), a dificuldade dos profissionais em lidar com o sofrimento das usuárias pode estar relacionada com a própria aptidão prática, pois preferem lidar com doenças, uma vez que possuem referências estabelecidas pela biomedicina e pontos de intervenção, bem como no tratamento das lesões detectadas. Ainda, os autores acrescentam que há uma predominância da ideia de encaminhar as pessoas a outros profissionais (especialistas), transferindo a responsabilidade do cuidado.

Nesse entendimento, para Magalhães et al. (2015) predomina a ênfase em procedimentos, bem como a incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão dos casos, produzindo visões compartimentalizadas, desfocando a centralidade do cuidado nas pessoas.

Nessa perspectiva, muitos profissionais desta área têm dúvidas sobre a oportunidade de se trabalhar um problema desta natureza na rede de serviços públicos, para a qual é referida a maioria das propostas. No contexto prático, podemos observar que realmente há pouco conhecimento acerca do que fazer nesses casos, já que a sua formação raramente inclui algum conhecimento técnico específico sobre o tema.

Um estudo realizado por Santos (2003) com a finalidade de investigar as experiências dos profissionais de saúde, especificamente médicos, com vítimas de violência doméstica, concluiu que abordar a temática é semelhante a abrir a “caixa de pandora”, incluindo sensação de incômodo e impotência, receio de ser ofensivo, perda do controle da situação e constrangimento.

Outro estudo realizado, por sua vez, por Rodríguez-Bolaños et al. (2005) com profissionais de Nicarágua, também observou que, dentre as barreiras para atuação dos profissionais de saúde frente à violência contra a mulher, como a falta de privacidade nas

consultas, o medo de se envolver com assuntos legais, o resguardo pela própria segurança e o desconhecimento de lugares para referenciar a mulher. Condições semelhantes às encontradas nos discursos dos sujeitos deste estudo, mais especificamente na fala de um dos participantes a seguir:

*Aí, acaba que nós ficamos vulneráveis, porque quando elas não se tratam, a gente fica vulnerável, é porque você acaba se inserindo nesse ambiente, você 'tá' dentro da família, então a gente 'tá' introduzido na família dessa pessoa, e aí acaba ficando vulnerável também (P 6).*

Vale lembrar que intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva das esferas jurídica, policial, psicossocial, mas é também da área de saúde, pois há sofrimentos e adoecimentos que acometem as vítimas de violência alterando sua saúde (GARCIA-MORENO, 2002).

Atender às mulheres que sofrem violência é zelar pelos direitos humanos e valorizar, no espaço da saúde, a realização desses direitos. A abordagem do problema requer uma técnica específica de conversa e um bom conhecimento das referências existentes no meio jurídico, policial, do serviço social, da psicologia, das Organizações Não Governamentais (ONGs), das organizações religiosas, esportivas, culturais, entre outras, para que o profissional possa apoiar a mulher a tomar a decisão sobre a melhor alternativa no seu caso.

O conhecimento de serviços voltados especificamente para o problema na região, o respeito às escolhas das mulheres e o compromisso institucional são fundamentais para o trabalho com esta questão pelos profissionais de saúde (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

Nesse sentido, os profissionais poderão também utilizar como ferramenta e estratégia a educação em saúde, já que esta tecnologia pode favorecer o resgate da autoestima e do equilíbrio emocional das mulheres, fatores indispensáveis para o fortalecimento da mulher na descoberta de estratégias de enfrentamento da violência doméstica (ALBUQUERQUE et al., 2013).

### 5.5. Tema 3 - violência como problema de saúde pública

Em 48 inquéritos de base populacional sobre a violência doméstica, na maioria deles a agressão física não foi um evento isolado, mas parte de um padrão de abuso contínuo, acompanhada por violência psicológica e, em um terço dos casos, acompanhada também de violência sexual (OMS, 2002). No Brasil, segundo dados da Fundação Perseu Abramo (2001), numa pesquisa com 2502 mulheres de 15 anos ou mais, residentes em 187 municípios de 24 estados, constatou-se que 33% admitem ter sido vítima de alguma violência física em algum momento da sua vida; 27% sofreram violência psíquica e 11%, assédio sexual. Constatou-se, ainda, que a responsabilidade do marido ou parceiro como principal agressor varia entre 53%, em relação à ameaça à integridade física com armas, e 70% com ameaças. Evidenciou, também, que aproximadamente 20% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica, raramente fazem denúncias públicas e, em quase todos os casos de violência, mais de 50% não procuram ajuda.

Leite et al. (2017) complementam que, dentre as violências domésticas mais recorrentes entre as mulheres, a psicológica é a maior entre as usuárias dos serviços da APS, sendo associada frequentemente à violência física. Ademais, a escolaridade, o histórico de violência por parceiro íntimo, a situação conjugal e o uso de drogas são fatores precursores para ambos os tipos de violência. Devido a esse agravo apresentar-se frequentemente implícito às condições de vulnerabilidade e obstáculos na acessibilidade aos serviços de saúde, há uma dificuldade da ESF em identificar esses casos e planejar estratégias efetivas para tratar dessa temática na perspectiva dos reais impactos gerados por sua inefetividade.

**Quadro 8** – Exposição do tema 3

<b>IDEIA CENTRAL: Violência como problema de saúde pública</b>	
<b>EXPRESSÕES CHAVE</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<p><i>(P7) - <u>Eu acho que é como ele falou, elas ligam, mas, 'ah, é problema de polícia e não de médico'.</u></i></p> <p><i>(P8) - <u>Se é violência, elas correm pra delegacia, não é com a saúde. Elas precisam cuidar daquilo que foi ocorrido.</u></i></p> <p><i>(P4) - <u>Olha, já aconteceu com uma paciente minha, dela chegar a mim, falar com a enfermeira, conversar comigo e a gente fazia as orientações. Ela voltou pra casa e não fez nada daquilo que a gente falou. Foram passadas todas as orientações que nós achamos que deveríamos passar pra ela.</u></i></p> <p><i>(P5) - <u>Não, eu fiquei, né... Eu monitorei, fiquei mais ou menos no monitoramento e ela continuou como se nada tivesse acontecido. Então, a gente vai fazer o quê?</u></i></p> <p><i>P2) - <u>Eu acho que não, "fulana", porque o que acontece, elas saem daqui desacreditadas, daqui num geral, da unidade como um todo. Sai desacreditada, porque ela sabe que depois ela tem que voltar pra casa e aturar aquela mesma pessoa que a agrediu. Então, prefere até se omitir.</u></i></p> <p><i>(P6) <u>E a saúde pública tem que ser vista não só como posto de saúde, como toda a parte, casa de apoio, assistência social, toda a parte da saúde completa. Não a saúde só aqui no posto. Aqui é a porta de entrada, o problema é que tem que ver depois da porta de entrada.</u></i></p>	<p>As mulheres não recorrem aos serviços de saúde, mas sim às delegacias. Consideram que é um problema de polícia, não é médico. Elas saem desacreditadas da unidade básica de saúde, pois voltarão para casa e tem que conviver com o agressor. Quando estes profissionais atenderam aos casos de violência, identificaram que as orientações não foram colocadas em prática e se perguntaram: Então, a gente vai fazer o quê? A saúde pública precisa ser conhecida no seu todo, posto de saúde, casa de apoio, assistência social. A unidade básica é a porta de entrada preferencial do sistema, o problema é que tem que ver depois da porta de entrada.</p>

**Fonte** - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

Desta maneira, a apropriação de saberes multidisciplinares e intersetoriais para a elaboração de fluxos e protocolos que levem em consideração o nível de vulnerabilidade das mulheres vítimas de violência, visa a construção de condutas eficazes e contribui para o cuidado de enfermagem (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2017). Contudo, para o alcance da

assistência eficaz, a harmonização de princípios e saberes entre os gestores e profissionais torna-se fator determinante.

A violência contra a mulher é influenciada por determinantes sociais, econômicos e culturais que conformam um panorama complexo de agravos de saúde pública. Isto implica diretamente na qualidade de vida das mulheres. Conforme estudos de Ellsberg et al. (2008), o impacto da violência doméstica contra a mulher no seu estado de saúde evidencia efeitos associados à depressão, outras doenças mentais e às doenças crônicas, como ressaltamos no discurso DSC 3.1, “[...]a saúde pública precisa ser reconhecida no seu todo”, ou seja, o modelo de assistência à saúde fragmentado e baseado na unicausalidade não corresponde à demanda da população no que tange à violência doméstica contra a mulher.

De encontro, ao que afirma o DSC 3.1, as usuárias consideram que a violência doméstica se configura como um problema de segurança e não de saúde, demonstrando a dificuldade de associar os determinantes de saúde à qualidade de vida e aos indicadores de saúde. Nesta perspectiva, Santi, Nakano e Lettiere (2010) apontam que o acolhimento à mulher em situação de violência é um desafio para a equipe básica da ESF, tornando-se necessário o apoio matricial e intersetorial para a intervenção nesta realidade, visando principalmente o empoderamento e autocuidado da mulher a partir da informação sobre a violência doméstica.

Contudo, seguidamente, a equipe da APS não contempla as complexidades envolvidas nas situações de violência doméstica contra a mulher, seja pela falta de apoio multidisciplinar, seja pelas situações encontrarem-se fora do campo assistencial da saúde. Do mesmo modo, os discursos ressaltam a falta de resolutividade no âmbito da saúde nas situações de violência, destacando a desestimulação das vítimas na procura pelos serviços de saúde.

A porta de entrada ao sistema de saúde, de acordo com a Resolução N.º 2.488 de 2011 do Ministério da Saúde, é a APS. Tanto a promoção de saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos, reabilitação e a manutenção da saúde. Esta tem a função de ordenar as redes de cuidado. O acesso deve ser problematizado, pois este depende do acolhimento, da escuta qualificada, do estabelecimento do vínculo, do preparo técnico da equipe para atender à demanda e de uma rede de estruturas que faz parte de forma direta ou indireta do sistema de saúde (TRAVASSOS et al., 2004). O conceito de acesso ao qual nos referenciamos neste estudo é tanto a porta de entrada, quanto qualquer espaço dentro do sistema de saúde e outros sistemas para a garantia da integridade da pessoa humana, visando sempre à qualidade de vida.

Nesta lógica, a APS tem papel fundamental na garantia do acesso equânime e integral dessa população às ações e serviços de saúde. A integralidade no cuidado do indivíduo e da comunidade faz parte de um ideário sanitário, a estruturação de um modelo de saúde horizontal e multidisciplinar, os quais podem e devem ser impulsionados pela APS.

#### 5.5.1. Subtema 3.1. O machismo como precursor da violência doméstica

Frequentemente as mulheres não recorrem aos serviços de saúde ou até mesmo a outros meios de suporte como a assistência social e delegacia, por acreditarem que os comportamentos agressivos e de opressão masculinos são resultantes de suas condutas inadequadas. Tal fato demonstra uma incoerência com a realidade, e expressa o sofrimento mental que recai sobre a mulher em situação de violência. Porém, essa culpabilização e normatização são dependentes do contexto econômico-sócio-cultural em que a mulher se desenvolveu, bem como, guarda relação com o círculo interpessoal em que os indivíduos estão inseridos. Pois, apesar da reprodução nacional dos valores machistas, algumas regiões e situações apresentam maior incidência.

**Quadro 9** – Exposição do subtema 3.1

<b>IDEIA CENTRAL: O machismo como precursor da violência doméstica</b>	
<b>EXPRESSÃO-CHAVE</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<p><i>(P2) <u>Ainda existe muito machismo e muitas mulheres ainda se acham culpadas, elas são as culpadas por sofrer violência. E não é desse jeito, a gente tenta convencer da situação. Como eu tentei muito conversar com essa, "não, a gente denuncia sim, você não precisa falar nada com ninguém". E ela "não, eu não quero porque a culpada sou eu".</u></i></p> <p><i>(P4) <u>É meio complicado, porque, muitas vezes, nem chega para a gente.</u></i></p> <p><i>(P7) <u>Ainda continua essa situação de violência, continua ainda muito fechada, entendeu?!</u></i></p> <p><i>(P5) <u>Ela não quis dar parte, a enfermeira conversou com ela, mas ela não quis.</u></i></p> <p><i>(P8) <u>Eu me formei num país que é cultural a violência contra a mulher. Então, era muito difícil realmente trabalhar, até porque você vê que você 'tá' indo contra algo cultural. Você está indo contra a cultura, aqui é como se fosse um tabu ainda, ninguém quer falar, mas todo mundo sabe que ocorre. É natural, vamos dizer assim. E com certeza 'vai' passar casos em que a gente vai atender. Não é culpa delas, também não é culpa de médicos, nem de técnicos.</u></i></p> <p><i>(P1) <u>A mulher realmente se sente culpada. A causadora do problema né?! Então... Explicar que ela não tem culpa... Mas, aí vem a questão sócioeconômica, educativa, principalmente. Então, não adianta a gente falar que a gente tenta acolher, a gente tenta fazer, a gente tenta, mas não consegue.</u></i></p>	<p>A cultura do machismo encontra-se presente na realidade das mulheres, fazendo com que elas se sintam responsáveis pela violência doméstica. Por isso, muitas vezes os casos de violência nem chegam até os serviços de saúde e não são denunciados pelas mulheres em virtude da naturalização dessa cultura pela sociedade. Mesmo quando os profissionais de saúde proporcionam apoio, a decisão da mulher é influenciada por fatores socioeconômicos e educativos que, por vezes, enfrentam vulnerabilidades.</p>

Fonte - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

O machismo é uma construção cultural que expande as diferenças de gênero e ressalta o papel masculino nas relações. Desta forma, o padrão sociocultural gerado estimula comportamentos masculinos que assumem determinados valores e atitudes a partir de uma

concepção ideológica baseada na superioridade masculina (KAUTH, 1993). Estes conceitos impactam tanto na produção da violência doméstica contra a mulher, como na culpabilização dela. Ao sentir-se inferiorizada nos papéis sociais, a mulher mesmo vítima de violência, sente-se responsável e precursora do seu acontecimento. O DSC 3.2. explicita como a cultura machista contribui para o ciclo da violência, coibindo a mulher de realizar a denúncia ao incitar a naturalização da agressão, encaixando-a dentro dos papéis de gênero.

Dentre todos os tipos de violência dirigidos às mulheres, a violência física é a que está mais relacionada aos casos de feminicídio, este definido como crime hediondo através da Lei n. 13.104, de 09 de março de 2015. Estudos demonstram que o machismo tem como principais instrumentos de violência física contra a mulher os veículos automotores, como os carros, que simbolizam a liberdade e poder, seguidos pelas armas de fogo, que possuem teor exibicionista e sensação de domínio. Estes fatores ainda se correlacionam com a classe social, podendo haver modificação do objeto da agressão, mas, tornando inegável a forte cultura e sociabilidade da violência perpetuada pelo machismo, influenciada pela sociedade, pela política e pelos círculos interpessoais (MINAYO, 2005).

Um dos principais fatores de estímulo à permanência e à continuidade das situações de violência doméstica é a vulnerabilidade socioeconômica. O DSC ressalta que “a decisão da mulher é influenciada por fatores socioeconômicos e educativos que, por vezes, enfrentam vulnerabilidades”, o que evidencia a dependência financeira e o baixo grau de formação que acomete, por vezes, a vida das mulheres, como determinantes para a cronificação da violência cotidiana. Ainda, o status da figura masculina como provedor de renda tem influência do incentivo à qualificação e das maiores remunerações, contribuindo para o sentimento de posse em relação à mulher.

Neste contexto, ao discorrer sobre os impactos do machismo e a violência contra a mulher, vê-se as assimetrias intra-gênero, que aumentam a probabilidade de ataques às mulheres e expõem a necessidade de efetivação das políticas públicas nos contextos particulares, que são a base da violência doméstica e do feminicídio (FLORES, 2016).

A modificação dos padrões culturais machistas e a consequente identificação dos casos de violência contra a mulher pela sociedade dependem de intervenções políticas, do papel das redes de atenção à saúde, das instituições educacionais formadoras de conhecimento, da segurança pública e de movimentos sociais e comunitários, dentre outros fatores que interferem e possibilitam caminhos para a modificação cultural e do panorama instalado.

### 5.5.2. Subtema 3.2. Implementação da Lei Maria da Penha

A Lei Maria da Penha representa um grande avanço na luta pelos direitos das mulheres e representa o principal instrumento legal para a proteção das mesmas em contexto de violência doméstica e familiar, impactando diretamente no seu processo de saúde e doença (CAMPOS, 2015). Porém, como afirma o trecho do DSC “a maioria das mulheres que morrem vítimas de agressão já haviam denunciado anteriormente”, ainda existem desafios a serem ultrapassados para que a eficácia e efetividade da lei e dos serviços criados a partir dela sejam garantidos.

O estudo de Campos (2015) avalia o impacto da implementação da Lei Maria da Penha na rede especializada de atendimento à mulher em situação de violência e aponta que esta é composta por serviços intersetoriais, a exemplo da assistência social, saúde, judiciário e segurança pública. Os serviços criados a partir desta lei compreendem locais como as casas de abrigo, delegacias especializadas, promotorias em defesa da mulher, central de atendimento e outros serviços de saúde especializados.

Neste ínterim, também se percebe a desarticulação dos diversos setores e serviços que acolhem e prestam atendimento às mulheres em situação de violência. Segundo Santos (2015), esta falta de comunicação pode ser resultante de algumas variáveis, como a história/criação ou finalidade social do serviço, formação e educação permanente dos profissionais que neles atuam ou a institucionalização separatista destes espaços, caracterizando o trabalho individualizado de cada setor.

**Quadro 10** – Exposição do subtema 3.2

<b>IDEIA CENTRAL: Implementação da Lei Maria da Penha</b>	
<b>EXPRESSÕES CHAVE</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<p><i>(P1) <u>É igual à Lei Maria da Penha, muitas mulheres vão lá, denunciam e fica por isso mesmo. Ai, amanhã ou depois aparece que marido matou, marido foi lá, que morreu. E quantas vezes elas chegou a ir na delegacia e ninguém fez nada? A maioria, né, que chega a morrer já teve denúncia antes.</u></i></p> <p><i>(P5) <u>A Lei Maria da Penha é uma farsa, porque você vai e 'dá' queixa na delegacia, eles mandam para o Fórum, para o Jecrim durante 90 dias, se não houver nenhuma outra agressão e você procurar o cartório, aquilo é arquivado e acabou. Quem tem um pouco mais de conhecimento sabe que é 90 dias, espera passar os 90 dias, com 100 dias vai lá e mete o pau nela de novo. Aquele processo acabou, você tem que abrir tudo de novo.</u></i></p> <p><i>(P2) <u>Eu vivi na pele, né, então eu digo para vocês que é uma farsa.</u></i></p> <p><i>(P8) <u>Mesmo sendo já a segunda, terceira? Isso acabou. Cada 90 dias é uma primeira.</u></i></p> <p><i>(P3) <u>Tem a Lei Maria da Penha, mas a gente sabe que quem é pobre não é assim e elas ficam com medo. Fica tudo muito solto né? A realidade continua, né?</u></i></p> <p><i>(P6) <u>A gente só consegue quando é violência sexual, entendeu? Quando é violência sexual sim, agora fora isso...</u></i></p> <p><i>(P8) <u>Na delegacia, como fosse, o profissional, a meu ver, tinha que ser uma mulher, não poderia ser um homem não. Tinha que ser uma mulher. Porque na maioria que vai é homem. E elas não têm coragem, elas ficam com vergonha.</u></i></p> <p><i>(P9) <u>O problema é depois que sai daqui, que, às vezes, elas desistem, elas não querem voltar, elas ficam com medo, entendeu.</u></i></p> <p><i>(P10) <u>Só que hoje qualquer pessoa que chega na delegacia para fazer a denúncia não consegue. Não consegue fazer um boletim de ocorrência. Não consegue.</u></i></p>	<p>A Lei Maria da Penha é considerada uma farsa para os profissionais de saúde. As mulheres denunciam os agressores, buscam se defender e se proteger por meio da denúncia, mas a forma como é conduzido o processo no judiciário não respalda essa atitude, pois, se em 90 dias nada mais acontecer, inicia-se todo o processo novamente. Desta forma, as mulheres ficam com medo e por isso, por vezes, desistem do processo. Ainda, ressaltam que as denúncias só são efetivadas quando o problema é a violência sexual e sugerem o atendimento na delegacia por outra mulher, já que, com o atendimento masculino elas não se sentem acolhidas. Assim, a maioria das mulheres que morrem vítimas de agressão já havia denunciado anteriormente.</p>

**Fonte** - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

O DSC também aponta que a Lei Maria da Penha é considerada “uma farsa para os profissionais de saúde”, já que não apresenta resposta imediata após a denúncia, caracterizando-se por trâmites legais que levam um tempo considerável para serem

resolvidos/encaminhados. Neste contexto, identifica-se a falta de preparo e capacitação dos profissionais atuantes nestes serviços, o que compromete diretamente a qualidade do atendimento prestado.

Após a criação da Lei Maria da Penha, o número de delegacias especializadas aumentou, porém, ainda é deficiente e não cumpre com as necessidades do panorama nacional atual. Do mesmo modo, os profissionais não são qualificados para o tratamento solidário e respeitoso preconizado inicialmente na proposta da criação da lei (CAMPOS, 2015; TAVARES, 2015), o que vai ao encontro do referido no DSC, quando se sugere o atendimento na delegacia por outra mulher, já que com o atendimento masculino as mulheres não se sentem acolhidas.

Todavia, as casas abrigo atuam como suporte às mulheres violentadas, já que proporcionam o afastamento do lar e do círculo social que, por muitas vezes, é o espaço desencadeador das situações de violência. Porém, percebe-se um número reduzido de mulheres abrigadas nestes espaços, o que pode ser decorrente da falta de procura por este serviço, carência de encaminhamento ou desconhecimento da existência deste suporte (PASINATO, 2015).

Vale ressaltar que as Delegacias da Mulher (DEAM) são uma experiência inédita em todo mundo, consideradas um passo importante na direção do reconhecimento público da violência doméstica na sociedade brasileira, visto que contribuem decisivamente para a explicitação e a ordenação de uma demanda que antes se dispersava e se ocultava (MUNIZ, 1996). Ademais, existem no país, 637 serviços especializados no atendimento às mulheres vítimas de violência entre centros de referência, abrigos institucionais, defensorias, juizados e delegacias especializadas. Entre esses, até 2008 existiam 65 casas para atendimento à mulher vítima de violência doméstica (Ministério da Saúde, 2013).

A partir do DSC, constata-se que mesmo com a legislação específica sobre a violência contra a mulher, os casos de violência carecem de resolutividade, influenciada tanto pelos déficits do setor judiciário, quanto pelos serviços de segurança pública e de saúde. Desse modo, a linha de cuidados e de atenção deve ser única para priorizar a segurança e a qualidade de vida da mulher, e não em serviços isolados, permeados pela burocratização dos encaminhamentos, permitindo a recorrência da violência e torna as denúncias ineficazes.

### 5.5.3. Subtema 3.3. Dificuldades da Rede de atenção à mulher em situação de violência

O exposto neste discurso vai ao encontro do estudo de Cortes, Padoin e Kinalski (2017), que afirma a necessidade da construção de fluxos na rede de atenção à saúde da mulher vítima de violência. Este processo deve dar-se, inicialmente, com o conhecimento dos serviços que atendem às mulheres, buscando prever os passos seguidos por elas após o acolhimento na Unidade Básica de Saúde e as inter-relações entre os serviços.

Desta maneira, percebe-se que os serviços não estão preparados para atender as mulheres de forma integral, o que resulta em um acolhimento fragmentado e pontual. Na maior parte dos casos, as vítimas precisam circular nos serviços desordenadamente em decorrência da desarticulação dos mesmos (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010). Mesmo quando acolhidas, muitas vezes o atendimento é ineficaz e unicausal, não considerando o contexto da mulher para a estruturação de estratégias e direcionamento de serviços que supram os fatores precursores da situação de vulnerabilidade.

Este panorama de desarticulação e comprometimento do acesso agrava-se ainda mais quando as mulheres violentadas residem em território rural ou de difícil alcance. O estudo de Costa et al. (2017) aponta que o acesso restrito ao transporte público e a dependência do companheiro para o deslocamento até os centros de saúde atuma como empecilhos para a procura de assistência na rede de atenção.

**Quadro 11** - Exposição do subtema 3.3

<b>IDEIA CENTRAL: Dificuldades da Rede de atenção à mulher em situação de violência</b>	
<b>EXPRESSÕES CHAVE</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<p><i>P7) <u>Por que não tem uma casa de apoio, né? Às vezes tem filho na história, às vezes ela é dependente totalmente do marido, financeiramente... Ela vai fazer o quê? Ela vai denunciar?</u></i></p> <p><i>(P9) <u>As casas de apoio que as delegacias de mulheres oferecem não têm nenhuma na Zona Oeste, nenhuma. Só tem uma no Centro da cidade, que eles oferecem e aí, você tem quem se deslocar, largar tudo que é seu e ir pra lá.</u></i></p> <p><i>(P3) <u>Você teria que ter um apoio, não só da unidade, e também um encaminhamento, acionar assistente social. Poderia se ter uma integração até com a polícia. Porque é muito mais difícil integrar saúde com segurança, prefeitura com estado.</u></i></p> <p><i>(P1) - <u>Se tivesse um apoio até do Ministério Público, assim, se a gente pudesse ter um fluxo "olha, quando tiver assim, vocês ligam, vocês agendam, vocês mandam para tal local", para poder ter uma integralidade, não só da saúde, não ficar só restrito aqui. Você ter outras partes acionadas na prefeitura e no estado também.</u></i></p> <p><i>(P6) - <u>Porque de repente chega aqui e não tem coragem de falar com a doutora Fulana o que está acontecendo com ela. Em um lugar que ela não conheça ninguém, ela vai chegar e falar mais fácil.</u></i></p> <p><i>(P2) <u>Na verdade, esse núcleo até existe, os centros de referência, mas acaba que vocês não têm acesso a esses centros de referência.</u></i></p> <p><i>(P5) <u>A gente só precisava de um apoio. Apoio não, mas se houvesse, como ela falou, a rede, inteiramente, um profissional que pudesse estar acompanhando essa assistida direto.</u></i></p>	<p>A questão central do atendimento à violência contra a mulher na saúde pública é a estruturação de uma rede de serviços que atendam e deem suporte para as vítimas e seus filhos (quando for o caso), ou entes que dependem dessa relação. A rede precisa estar organizada, de modo que não seja de difícil acesso para aquelas que precisam. Precisa estar integrada, articulada em seus diferentes serviços de assistência para proporcionar o apoio necessário, porém, muitas vezes a usuária não tem acesso aos centros de referência. Ademais, essa mesma rede deve estar preparada para não fazer suposições e nem julgamentos às vítimas, facilitando, inclusive, que a mulher possa escolher onde e com qual profissional ela sente confiança em relatar o caso de agressão.</p>

**Fonte** - CUNHA, J. J. S. A., 2017.

Além das articulações, pactuações de gestão e organização dos fluxos entre os serviços, a rede de atenção à saúde da mulher vítima de violência sofre grande influência da forma como os profissionais atuam, bem como de suas concepções acerca das relações de gênero (SILVA et al., 2012). Como afirma o DSC “essa mesma rede deve estar preparada para não

fazer suposições e nem julgamentos às vítimas, facilitando, inclusive, que a mulher possa escolher onde e com qual profissional ela sente confiança em relatar o caso de agressão”, ressaltando que, por vezes, a mulher busca atendimento e sofre julgamentos e culpabilização, mesmo sendo vítima de violência, como discorrido no DSC 3.2.

## 6. CONCLUSÕES

A partir das construções dos discursos dos profissionais que prestam assistência às mulheres vítimas de violência na ESF, foi possível observar a inexistência de uma rede articulada de cuidados efetivos na perspectiva dos fenômenos estudados. É fato reconhecido que a prevalência dessas mulheres nos serviços é alta, porém, nem sempre reconhecidas. Ora se tem invisibilidade, ora tais questões não são abordadas adequadamente, uma vez que os profissionais não identificam essas mulheres em situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas são características do ato.

O acesso universal ao sistema de saúde, com superação das iniquidades, permite que os serviços desenvolvam ações de promoção, prevenção e tratamento de forma articulada, atendendo as demandas de cada caso. Somente assim conseguiremos ter um sistema que cumpra o princípio da integralidade (Ministério da Saúde, 2010).

Há que se enfatizar que não há profissionais da área da saúde que atuem diretamente na APS na equipe multiprofissional, especificamente na rede de atendimento às vítimas de violência, havendo necessidade de uma integração mais efetiva deste setor com a assistência social e jurídica existente. Destaca-se, inclusive, a invisibilidade da necessidade de políticas e capacitações específicas na saúde, bem como abordagens das violências simbólicas na sociedade.

Torna-se preciso que os profissionais de saúde, em suas atividades cotidianas de atendimento, desenvolvam técnicas de abordagem que ultrapassem o cuidado com as lesões aparentes, estando preparados para ajudar as vítimas de violência com tratamento e referência, de maneira a buscar a eficácia no atendimento multisetorial e transdisciplinar. Ressalta-se, ainda, a importância da capacitação dos profissionais do setor de saúde para que sejam capazes de perceber as manifestações relacionadas à subjetividade decorrente deste fenômeno social.

Faz-se necessário destacar a importância do enfermeiro como mediador do cuidado e articulador das ações propostas no âmbito da APS. O enfermeiro reconhece a violência como um problema prescrito e envolto na sua comunidade adstrita. Isso exige capacitação e o estabelecimento de uma relação de cuidado que extrapole as ações técnicas.

A consulta de enfermagem torna-se um instrumento integrante da prática profissional do enfermeiro, podendo propiciar a interação e uma relação dialógica, a identificação das necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica, além do início de uma relação de confiança e da criação do vínculo. A escuta ativa e qualificada, o

diálogo franco e aberto torna-se fundamental para que as mulheres possam expressar seus sentimentos comuns e compartilhar a sua história de vida.

Vale ressaltar que, na relação dialógica, a enfermeira deve considerar o que as mulheres trazem armazenado em sua bagagem cultural, visto que muitas vezes tal conhecimento precisa ser reconstruído. Contudo, ao desenvolver a educação em saúde com mulheres vítimas de violência doméstica, pode ser possível reconhecer o papel da mulher na sociedade em que vive, possibilitando um cuidar mais de si e tomar decisões sobre sua própria saúde de maneira consciente e perspicaz. Essa noção de enfrentamento não se restringe apenas à questão do combate à violência doméstica, mas compreende também as dimensões da prevenção, assistência e garantia de direitos dessas mulheres.

A avaliação realizada com os profissionais da saúde participantes da pesquisa possibilitou compreender seus anseios e suas limitações práticas no complexo contexto dessa temática. Tudo isso foi possível em função da postura de abertura, da escuta, do estabelecimento de uma relação dialógica, de respeito, confiança e valorização do próprio profissional por meio das oficinas/encontros realizados e ao permitir a construção de um discurso coletivo.

Destarte, as limitações da pesquisa relacionam-se com a falta de exploração dos aspectos históricos de vida dessas mulheres vítimas de violência doméstica, que são as principais usuárias dos serviços de saúde.

As consequências da violência refletem de forma significativa na completude dessas mulheres. A redução da violência é um fenômeno que depende de muitos fatores socioeconômicos e culturais, devendo-se considerar o impacto de pesquisas como esta na abordagem da temática.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. B. C.; CESAR, E.S.R.; SILVA, V. C. L. et al. Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, abr./jun., 2013, p.382-90.

ALPERT, E. J. Violence in intimate relationships and the practicing internist: new “disease” or new agenda? **Ann. Intern. Med.**, v. 123, n.10, 1995, p.774-81.

ATKINSON, P.; HAMMERSLEY, M. Ethnography and participant observation. In: Ayres, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, v.13, n.3, 2004, p.16-29.

BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T. M. C. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres, **SER Social**, v. 10, n. 22, jan./jun., 2008, p. 183-212.

BENITES A. P. O.; BARBARINI, N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n.1, 2009, p. 16-24.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, 2012, p. 575-586.

BRASIL. Casa Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm). Acesso em: 20 de fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal de 1988**. Senado Federal. 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº. 1793/1996**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/d1973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm). Belem.do.Para.htm . Acesso em 11 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 11.340/2006**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em 11 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 10.778**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm). Acesso em: 20.02.2018

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, jan. 2006, p. 31-39. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100004). Acesso em 8 jun. 2017.

COLLEMAN, A. Family violence in Canada: a statistical profile. **Violence against woman**, v. 5, 1999, p. 198-227.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

CORBISHLEY, A.C.M; CARNEIRO, M.L.M. Considerações sobre o uso da observação participante na pesquisa em enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, v. 5, n. 12, 2001, p. 82-5.

CORREIA S.O.; PIOLA, S.F. **Balanco 1998-2002**: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, M. C. da; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 5, São Paulo, p. 1088-1095.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodologica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enf.**, v. 20, n. 1, 1999, p. 5-25.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 20, 2008, p. 101-112.

DEBUS, M. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos. **Boletim Dados e Análises**, v. 4, n. 7, p. 2-6, 2008.

DEEKE, L. P.; BOING, A. F.; OLIVEIRA, W. F.; COELHO, E. B.S. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e Sociedade**, v.18, n. 2, 2009, p. 248-58.

DESLANDES, S. F. O Projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010, p. 31-59.

Diniz, S. G. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, L. A. (Orgs.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e Limites** (pp. 15-44). São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006, p. 15-44.

DESLANDES, S. F. **Atenção à crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica**: análise de um serviço. Caderno de Saúde Pública, v. 10, Rio de Janeiro, 1994, p. 177-187.

DUFLOTH, Simone Cristina et al. Construção da cidadania feminina: contribuições do pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 12, n. 1, Jul. 2015, p. 271-291, jul. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2015v12n1p271>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

EDMUNDS, H. The focus group research handbook. USA: McGraw-Hill, 1999. em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul, RS: Edusc, 2003. em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1037-50

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, 2009, p. 424-428.

GARCIA-MORENO, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service responde to violence against women. **The Lancet**, v. 359, n. 9316, 2002, p. 1509-14. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08417-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08417-9/fulltext)>. Acesso em 28 jun. 2017.

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n.2, São Paulo, 1995, p. 57-63, 1995.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.17, mar./ago., 2005, p.287-301.

GOMES R. **O corpo na rua e o corpo da rua**. A prostituição infantil feminina em questão. São Paulo:Unimarco Editora, 1996.

GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E. (Orgs.). **Pesquisadores In-Mundo**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Conjugal violence in the perspective of “Family Health Strategy” professionals: a public health problem and the need to provide care for the women. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, jan. 2014, p. 76–84.

GOMES, N. P. et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, Rio de Janeiro, 2013, p. 683-689. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130012>>. Acesso em 02 nov. 2017

GONDIM, S. A. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v. 12, n. 24, 2003, p. 149-161.

GREIN, T. A. D.; NASCIMENTO, V. F. ; BORGES, A. P.; BAGGIO, E. et al. Violência doméstica contra mulheres: produção de sentidos pela mídia televisiva no Sudoeste de Mato Grosso, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 2, abr./jun., 2016 p. 87-95.

GUARNIERI, T. H. Os direitos das mulheres no contexto internacional da criação da ONU (1945) a Conferencia de Beijing (1995). Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery, n. 8, 2010. **Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery**, n. 8, 2010. Disponível em: <<http://re.granbery.edu.br>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. **Cad. Saúde Pública**, n. 22, n.11, 2006, p. 2349-57.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativana promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n.2, jun. 2001, p.115-21.

JACOBUCCI, P.G.; CABRAL, M.A.A. Depressão e traços de personalidade em mulheres vítimas de violência doméstica. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, n. 3, set. 2004.

KIRK, R. Untold terror: violence against woman in Peru's armed conflict. **Journal of Marriage and Family**, v. 53, London, 1999. p.63-82.

LATIERRE, 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.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. Caxias do Sul: Edusc, 2003.

\_\_\_\_\_; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Edusc, 2003.

LETTIERE, A; NAKANO, A.M.S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6, nov./dez. 2011, p. 467-73.

LUCERO, E. **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas: Papirus, 1995

MAGALHÃES, A.B.; LIMA, H.C.C.; CORREIA et al. Violência contra a mulher registrada no Brasil entre os anos de 2006 à 2011. **Revista Ciência & Polícia**, n3, v.1, jun. 2015, p. 219-227.

MARINHEIRO, A.L.V.; VIERA, E.M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária do serviço de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 4, 2006, p. 604- 610.

MATTOS, R.A. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **Revista de Saúde Coletiva**, n. 12, v. 1, Rio de Janeiro, 2002, p. 77-108.

MAZONI, L.S. **A questão do imaginário no atendimento a mulheres em situação de violência**. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br>>. Acesso em 15 mai. 2017

MEHRY, E. E; GOMES, M. P. C.; SILVA, E. SANTOS, M. F. L. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, out. 2014, p. 153-164.

MÉIER, M. J. **Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

MINAYO, M. C. DE S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, 2006, p. 1259–1267.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

\_\_\_\_\_. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, 1994, p. 7-18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

\_\_\_\_\_. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Disponível em: <<http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em 30 jun. 2013.

MRSEVIC, Z.; HUGHES, D.M. Violence against woman in Belgrade. Servia: SOS hotline 1990-1993. **Violence Against Woman**, vol. 3, 1997, p. 101-128.

MUNIZ, J. **Os direitos dos outros e outros direitos: um estudo sobre a negociação de Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 1996.

NUNES, E.D. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, Rio de Janeiro, ago. 2007, p. 1087-1088.

OLIVEIRA, A. F. L. O.; SCHRAIBER, L. B.; HANADA, H.; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n; 4, 2009, p.1037-1050.

OLIVEIRA, E.M.; BARBOSA, R. M.; MOURA, A. A. V. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 3, 2005; p.376-382.

OLIVEIRA, P. P.; VIEGAS, S. M. F.; SANTOS, W. J. et al. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, jan./mar. 2015, p. 196-203.

OLIVEIRA, R. N. G.; FONSECA, R. M. G. S. Violence as a research object and intervention in the health field: an analysis from the production of the Research Group on Gender, Health and Nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n.2, dez. 2014, p.31–38.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Informe Mundial sobre Violência e Saúde 2002. Genebra, 2002.

PARODI, A. C.; GAMA, R. R. **Lei Maria da Penha**: comentários à Lei N.º 1.340/2006. Campinas: Russel, 2009.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Rev. Bras. Med. Fam. e Com.*, v. 1, n. 3, p. 72-80, nov. 2005. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/12>>. Acesso em 28 set. 2017.

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

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesqui.**, n. 114, São Paulo, nov 2001, p. 179-195. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742001000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742001000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 set. 2017.

PORTELLA, A. P. Caracterização dos homicídios de mulheres em Pernambuco. **SOS Corpo**, v. 20, n.1, Porto Alegre, jan. 1999, p.5-25.

QUEIROZ, D. T; VALL, J.; SOUZA, A.M.A; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n. 2, 2007, p. 276-283.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, 2003. p. 27-34.

RAMOS MLCO, SILVA AL. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. **Saúde Soc.** v.20, n.1, São Paulo, p.136-146, 2011

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

SACRAMENTO, L.T.; REZENDE, M.M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, n. 24, 2006, p. 95-104.

SAFFIOTI H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos pagu**, n. 16, 2001, p.115-136.

\_\_\_\_\_. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em perspectiva**, v. 13, n. 4, 1999, p. 82–91.

\_\_\_\_\_. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petropolis: Vozes, 1998.

SANTI, L.N.; NAKANO, A.M.S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm.** v. 9, n. 3, 2010, p. 417-24.

SANTOS, L. L. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Universidade de São Paulo Ribeirão, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2003.

SCHWARTZ, M.S; SCHWARTZ, C.G. Problems in participant observation. **The American Journal of Sociology**, v. 60, n. 4, 1995, p. 343-353.

Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres / Presidência da República (SPM/PR), 2011.

Senado Federal. **Comissão Parlamentar de Inquérito. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito acerca da situação da violência contra a mulher no Brasil, 2013**. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/BlogDoPlanalto/relatorio-final-da-cpmi-sobre-violencia-contra-mulher>>. Acesso em 08 jun. 2014.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, Rio de Janeiro, jun. 2013, p. 230-1240 Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/7825/S0102-311X2013000600019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 20 out. 2017.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, 2015, p. 249-58.

SILVA, C. **Violência contra as mulheres: a lei Maria da Penha e suas implicações jurídicas e sociais em Dourados-MS**. 2010. 182 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2010.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil Violence against woman: clients of emergency care units in Salvador. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 263–272, 2003.

SOUZA, N. F.; SOUZA, M. B. Os indicadores de violência doméstica contra a mulher no município de triunfo, Rio Grande do Sul. **Revista Sociais & Humanas**, v. 30, n.1, 2017, p. 39-54.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Ipas, 2005.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R. E.; Mattos, R. A. (Orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 89-111.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, sp. 2, Rio de Janeiro, 2004, p.190-198.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência – um método no desenvolvimento de tecnologia na Enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.9, n.1, Florianópolis, jan./abr. 2000, p.63-78.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; e OLIVEIRA, S. de (Orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, 2011, p. 730-737.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência contra a mulher 2015**. Brasília: FLACSO Brasil, 2015.

WARSHA, W. C. Domestic violence: changing theory, changing practice. In: MONAGLE, J. F.; THOMASMA, D. C. **Health care ethics: critical issues for the 21st century**. Gaithersburg: Aspen Publishers; 1998. p. 128-37.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women: a priority health issue**. Geneva, 1997.

**APÊNDICES****Apêndice A – Cronograma de atividades da pesquisa**

<b>Atividades/MÊS</b>	<b>JUL 16</b>	<b>AGO 16</b>	<b>SET 16</b>	<b>OUT 16</b>	<b>NOV 16</b>	<b>DEZ 16</b>
Confecção Roteiro Grupo Focal	X	X				
Banca de Qualificação do Projeto		X				
Submissão/Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa			X	X	X	X
<b>Atividades/MÊS</b>	<b>JAN 17</b>	<b>FEV 17</b>	<b>MAR 17</b>	<b>ABR 17</b>	<b>MAI 17</b>	<b>JUN 17</b>
Desenvolvimento Grupos Focais	X	X				
Interpretação e Análise dos dados.			X	X		
Confecção Dissertação				X	X	
Qualificação (Junho de 2017)						X
Defesa (Junho 2017)						X

## Apêndice B – Orçamento financeiro da pesquisa<sup>1</sup>

Pesquisa Intitulada: Violência Doméstica e o Cuidado Integral: desafios e impasses na Estratégia de Saúde da Família

Todas as despesas serão de responsabilidade do pesquisador principal

<b>Ano 2016/2017</b>			
<b>Semestre</b>	<b>2º semestre 2016</b>	<b>1º semestre 2017</b>	<b>Total</b>
Transporte	R\$ 50,00	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Alimentação	R\$ 50,00	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Acesso à internet	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 300,00
Resma de papel	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 40,00
Canetas, cadernos e pastas	R\$ 70,00	R\$ 70,00	R\$ 140,00
Cartuchos de tinta para impressora preto	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 300,00
Cartuchos de tinta para impressora colorido	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 400,00
Pen Drive 4G	R\$ 20,00	Não se aplica	R\$ 20,00
Xérox	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 200,00
Encadernações	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 40,00
Livros	Não se aplica	R\$ 500,00	R\$ 500,00
Revisão gramatical	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Inscrições em eventos científicos	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 400,00
Banners para eventos científicos	R\$ 50,00	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Transportes para eventos	R\$ 400,00	Não se aplica	R\$ 400,00
Estadia para eventos	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Gravador (MP3)	R\$ 90,00	Não se aplica	R\$ 90,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1570,00</b>	<b>R\$ 1560,00</b>	<b>R\$ 3130,00</b>

<sup>1</sup> Todas as despesas foram de responsabilidade do pesquisador principal.

**Apêndice C - Instrumento de coleta de dados individuais****INFORMAÇÕES SOCIO-ECONÔMICAS:**

- 1) Idade:
- 2) Sexo:
- 3) Gênero:
- 4) Estado civil:
- 5) Religião:
- 6) Nível de escolaridade:
- 7) Tempo de formação:
- 8) Categoria Profissional:
- 9) Tempo de serviço na Atenção Básica:
- 10) Tempo de serviço na UBS:

## Apêndice D – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



UFRJ



Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)



Prefeitura Municipal do  
Rio de Janeiro



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “Violência doméstica e o cuidado integral: desafios e impasses na Estratégia de Saúde da Família”, que tem como objetivos:

Descrever o processo de trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especificamente frente ao atendimento às mulheres em situação de violência doméstica atendidas em uma clínica da família no município do Rio de Janeiro; Identificar os impasses e desafios enfrentados pelas Equipes de Saúde da Família, diante da atuação e atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e Discutir o atendimento integral às mulheres em situação de violência a partir do trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de um ano, com o término previsto para de Julho de 2017.

Sua participação não é obrigatória e consistirá na participação de grupos de discussões a respeito do tema abordado na pesquisa, os Grupos Focais. Esta pesquisa busca contribuir para o atendimento integral às mulheres em situações de violência a partir do trabalho das Equipes de Saúde da Família, uma vez que vai identificar os fatores que contribuem para o não atendimento integral. Nos grupos focais, serão abordados assuntos sobre Profissionais de saúde, saúde da mulher e violência doméstica. Os grupos focais serão realizados em locais reservados para garantir o sigilo das informações e para que não haja o risco de você ser identificada. Seu verdadeiro nome não será revelado e será trocado por um nome inventado. A gravação e o material escrito ficarão de posse do pesquisador responsável em realizar os grupos. As informações coletadas nestes grupos servirão para a elaboração de dissertação de mestrado e de outros trabalhos acadêmicos e científicos. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados aos riscos de qualquer pesquisa com seres humanos que envolvem risco em tipos e gradações variados, tais como não garantir o sigilo, a integridade e o bem estar dos participantes. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa uma vez que a pesquisadora manterá o caráter confidencial e garantirá o sigilo, zelando pela privacidade e garantindo que a identificação do entrevistado não seja exposta nas conclusões ou publicações futuras.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa estarão voltados para a qualificação profissional no atendimento à saúde da mulher, em especial ao integral às mulheres em situações de violência a partir do trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar 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 do pesquisador responsável.

---

Juliana Jenifer da Silva Araújo Cunha  
Pesquisador responsável  
E-mail: [vincllerjuliana@gmail.com](mailto:vincllerjuliana@gmail.com) Cel: (21) 964432962

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8148 – Ramal 228 - E-mail: [cepeeahesfa@gmail.com](mailto:cepeeahesfa@gmail.com)

CEP Secretaria Municipal de Saúde - E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) – Telefone: 2215-1485 -  
Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro - Cep - 20031-040

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

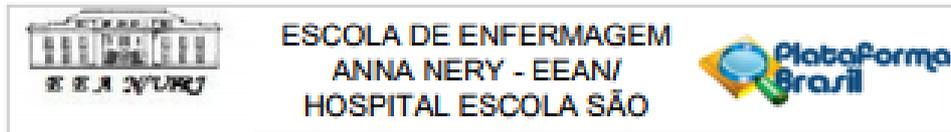
Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome legível do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

## Anexo A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Violência Doméstica e o Cuidado Integral: desafios e impasses na Estratégia de Saúde da Família.

**Pesquisador:** Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 59810916.8.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.870.790

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de Mestrado Profissional, que propõe um estudo qualitativo sobre as dificuldades dos profissionais de saúde em lidarem com as questões de violência contra mulheres nas unidades de saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família.

**Objetivo da Pesquisa:**

-Descrever o processo de trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especificamente frente ao atendimento às mulheres em situação de violência doméstica atendidas em uma clínica da família no município do Rio de Janeiro;

-Identificar os impasses e desafios enfrentados pelas Equipes de Saúde da Família, diante da atuação e atendimento às mulheres em situação de violência doméstica.

-Discutir o atendimento integral às mulheres em situação de violência a partir do trabalho das Equipes de Saúde da Família".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Presentes e atendendo a Res CNS 466/12

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto em atendimento à pendências do CEP. Estudo relevante e exequível.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 273  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepesanhate@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.826.760

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequada

Recomendações:

Finalizar projeto na Plataforma Brasil após a sua conclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFAUFRJ atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto ad referendum em 16 de dezembro de 2016. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_783054.pdf	14/12/2016 17:27:35		Aceito
Orçamento	OrçamentoFinanceiroDetalhadoJuliana.pdf	14/12/2016 17:23:53	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Cronograma	CronogramaJuliana.docx	14/12/2016 17:22:09	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Outros	Formulário de respostas pendências do C EPEEAN_HESFA_UFRJJuliana.doc	14/12/2016 17:21:25	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Juliana.docx	14/12/2016 17:19:57	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
TCE / Termos de	TCEModifica_Juliana.doc	14/12/2016	Juliana Jenifer da	Aceito

Endereço: Rua Alvaro Cavalcanti, 375

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepesaneta@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.870.760

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodific_Juliana.doc	17:16:39	Silva Araujo Cunha	Aceito
Outros	cartadeanuenciaJULIANA.pdf	12/09/2016 17:27:38	Maria de Fátima Pinto Silva	Aceito
Outros	DeclaracaNegativaJULIANA.pdf	12/09/2016 17:28:34	Maria de Fátima Pinto Silva	Aceito
Outros	CartaDeApresentacaoOrientadorJULIANA.pdf	12/09/2016 17:25:56	Maria de Fátima Pinto Silva	Aceito
Outros	CartaDeEncaminhamentoCEP.pdf	12/09/2016 14:20:56	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Outros	CartaDeAnuencia.pdf	12/09/2016 14:09:25	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Folha de Rosto	CEP_Juliana.pdf	12/09/2016 13:56:27	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadados.pdf	01/09/2016 15:20:04	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Dezembro de 2016

---

Assinado por:  
Maria Angélica de Almeida Peres  
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cnpes@eean@gmail.com

**Anexo B – Parecer consubstanciado do CEP, elaborado pela instituição coparticipante**

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Violência Doméstica e o Cuidado Integral: desafios e impasses na Estratégia de Saúde da Família.

**Pesquisador:** Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 59810916.8.3001.5279

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.937.663

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado: Violência Doméstica e o Cuidado Integral: desafios e impasses na Estratégia de Saúde da Família, que será desenvolvido pelo pesquisador responsável Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

-Descrever o processo de trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especificamente frente ao atendimento às mulheres em situação de violência doméstica atendidas em uma clínica da família no município do Rio de Janeiro.

**Objetivo Secundário:**

-Identificar os impasses e desafios enfrentados pelas Equipes de Saúde da Família, diante da atuação e atendimento às mulheres em situação de violência doméstica;

-Discutir o atendimento integral às mulheres em situação de violência a partir do trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepama@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 1.997.663

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados aos riscos de qualquer pesquisa com seres humanos que envolvem risco em tipos e gradações variados, tais como não garantir o sigilo, a integridade e o bem estar dos participantes.

**Benefícios:** - Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa estarão voltados para a qualificação profissional no atendimento à saúde da mulher, em especial ao integral às mulheres em situações de violência a partir do trabalho das Equipes de Saúde da Família.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa será realizada na Clínica da Família Valdeir Salustiano Cardozo, que pertence a Coordenadoria de Área Programática 5.2.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os Termos, conforme Resolução nº 466/12.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa encontra-se em Aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (Item V.3., da Resolução CNSMS Nº 466/12).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNSMS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 26.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepams@rio.rj.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ**



Continuação do Parecer: 1.697.663

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783054.pdf	14/12/2016 17:27:35		Aceito
Orçamento	OrçamentoFinanceiroDetalhadoJuliana.pdf	14/12/2016 17:23:53	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Cronograma	CronogramaJuliana.docx	14/12/2016 17:22:09	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Outros	Formulário derespostaaspendenciasdoCEPEEAN_HEBFA_UFRJJuliana.doc	14/12/2016 17:21:25	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Juliana.docx	14/12/2016 17:19:57	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodifica_Juliana.doc	14/12/2016 17:18:39	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783054.pdf	07/12/2016 12:40:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado_Juliana.doc	07/12/2016 12:39:37	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Juliana.docx	07/12/2016 12:39:07	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783054.pdf	30/11/2016 20:41:20		Aceito
Outros	Formulário derespostaaspendenciasdoCEPEEAN_HEBFA_UFRJ_Juliana.doc	30/11/2016 20:39:39	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobrelaje  
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2215-1483 E-mail: cepama@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 1.637.663

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido.docx	30/11/2016 20:39:19	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Orçamento	OrcamentoFinanceiroDetalhado.pdf	30/11/2016 20:38:47	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	30/11/2016 20:37:47	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.doc	30/11/2016 20:37:14	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Outros	cartadeanuenciaJULIANA.pdf	12/09/2016 17:27:38	Maria de Fátima Pinto Silva	Aceito
Outros	DeclaracaNegativaJULIANA.pdf	12/09/2016 17:26:34	Maria de Fátima Pinto Silva	Aceito
Outros	CartaDeApresentacaoOrientadorJULIANA.pdf	12/09/2016 17:25:56	Maria de Fátima Pinto Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento_detalhadoJULIANA.pdf	12/09/2016 17:22:19	Maria de Fátima Pinto Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_783054.pdf	12/09/2016 14:25:59		Aceito
Outros	CartaDeEncaminhamentoCEP.pdf	12/09/2016 14:20:56	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Outros	CartaDeAnuencia.pdf	12/09/2016 14:09:25	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	12/09/2016 14:05:52	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	12/09/2016 14:05:17	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	12/09/2016 13:57:16	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Folha de Rosto	CEP_Juliana.pdf	12/09/2016 13:56:27	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_783054.pdf	11/09/2016 22:30:50		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_783054.pdf	01/09/2016 15:38:54		Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	01/09/2016 15:20:04	Juliana Jenifer da Silva Araujo Cunha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2125-1485 E-mail: cepama@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Formosr: 1.037.663

RIO DE JANEIRO, 22 de Fevereiro de 2017

---

Assinado por:  
Salesia Felipe de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: [cpams@rio.rj.gov.br](mailto:cpams@rio.rj.gov.br)