

Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 3 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p163-181

Análise das trajetórias assistenciais ofertadas às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde

Analysis of the care trajectories offered to women in situations of gender domestic violence in Primary Health Care

Maria Fernanda Terra

Enfermeira sanitária. Professora doutora na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil/ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
mfterra@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1718-4216>

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Médica. Professora doutora no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
afolive@usp.br; <https://orcid.org/0000-0003-1456-4184>

Resumo: Analisar a assistência em violência prestada por profissionais de saúde, e como essa assistência para o enfrentamento da violência é percebida pelas mulheres a partir da Atenção Primária a Saúde (APS), Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo, SP. Metodologia: Pesquisa qualitativa. Amostra composta por 19 pessoas entrevistadas, sendo quatro usuárias em situação de violência e 13 profissionais de saúde que as atenderam na APS. A coleta de dados aconteceu através de entrevistas gravadas em áudio a partir de roteiro semiestruturado. A análise dos dados aconteceu segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Obedeceu-se a Resolução no 466/12, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética. Resultados: A violência é reconhecida pelos profissionais de saúde, com destaque pelos Agentes Comunitário de Saúde, porém, se torna um problema para a equipe de saúde quando há o envolvimento de crianças, ou um pedido explícito de ajuda pelas mulheres. A assistência ofertada se mostra como tentativa de “consertar” o problema da violência, com tendência às práticas prescritivas, ofertas genéricas, sem agregar as escolhas e os caminhos considerados possíveis pelas mulheres. Conclusões: Faz-se necessária a educação permanente somada a construção de estratégias de escuta ativa e de não julgamento ou vitimização, somada a compreensão de violência e desigualdade de gênero como geradores de impactos sobre a vida e saúde das mulheres.

Palavras-chave: Gênero e saúde; violência de gênero; Atenção Primária à Saúde; Violência contra a Mulher

Abstract: Analyzing the violence care provided by health professionals, and how this assistance to cope with violence is perceived by women from Primary Health Care (PHC), the Unified Health System, in the city of São Paulo, SP. Methodology: Qualitative research. A sample composed of 19 people interviewed, four users in situations of violence and 13 health professionals who attended them in PHC. Data collection occurred through interviews recorded in audio from a semi-structured script. Data analysis occurred according to the Content Analysis proposed by Bardin. Resolution no. 466/12 was complied with, and the research was approved by the Ethics Committee. Results: Violence is recognized by health professionals, especially community health agents, but it becomes a problem for the health team when children are involved, or an explicit

request for help by women. The assistance offered is shown as an attempt to "fix" the problem of violence, with a tendency to prescriptive practices, generic offers, without aggregating the choices and paths considered possible by women. Conclusions: It is necessary to have permanent education added to the construction of strategies for active listening and non-judgment or victimization, added to the understanding of violence and gender inequality as generators of impacts on women's lives and health.

Keywords: Gender and health; gender violence; Primary Health Care; Violence against Women

Introdução

Este estudo analisa a assistência prestada às mulheres em situação de violência doméstica de gênero em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Compreendemos gênero como marcador de desigualdade social que, segundo Scott¹, constitui as relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e é um primeiro modo de dar significado às relações de poder.

A violência doméstica de gênero é uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública². Sua prevalência é alta globalmente. Estima-se que uma em cada três mulheres no mundo já sofreu violência física e/ou sexual perpetrada por companheiro, e que entre 38% e 50% dos casos de feminicídio sejam perpetrados por parceiros ou ex-parceiros³.

No Brasil, segundo pesquisa de base populacional realizada em 2010, 40% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência perpetrada por parceiro íntimo⁴. Na Grande São Paulo, em estudo realizado em 19 serviços, com 3.193 mulheres de 15 a 49 anos de idade, 76% delas referiram ter sofrido algum tipo de violência, sendo 68,9% psicológica, 49,6% física, 54,8% física e/ou sexual e 26% sexual. Nessa mesma pesquisa, do total de 3.193 prontuários analisados, em apenas 3,8% havia o registro da situação de violência sofrida pelas mulheres. Essa ausência de registro que demonstra a invisibilidade e o não reconhecimento da violência como objeto de intervenção no campo da saúde⁵.

Dados do fórum brasileiro de segurança pública (2022), baseados em boletins de ocorrência das polícias civis das 27 unidades federativas, mostram que, entre 2019 e 2021, foram 3.998 casos de feminicídio no país. Desse total, entre março de 2020 (início da pandemia de COVID-19) e dezembro de 2021, foram 2.541 feminicídios, o equivalente a 1,22 mortes a cada 100 mil mulheres, e 100.398 casos de estupro e estupro de vulnerável de vítimas do gênero feminino⁶. No Estado de São Paulo, entre 2019 e 2021, foram 449 feminicídios, com taxa de 0,6

mortes a cada 100 mil mulheres, número abaixo da média nacional. Foram 32.815 casos de estupro e estupro de vulnerável de vítimas do gênero feminino no Estado de São Paulo, 32% de todos os casos ocorridos no país⁶.

O Brasil é signatário de convenções e tratados internacionais em defesa dos direitos e pelo fim da violência contra as mulheres baseada no gênero, tais como a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979)⁷, a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos / Declaração e Programa de Ação de Viena (1993)⁸ e a Convenção de Belém do Pará (1994)⁹. No âmbito nacional, há normas, decretos e políticas direcionados à garantia dos direitos das mulheres, dentre eles o direito a uma vida sem violência. Marcos importantes para a prevenção e o enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil foram a instituição da Lei Maria da Penha¹⁰ e da Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres¹¹, com destaque para a notificação compulsória da violência nos serviços de saúde.

No município de São Paulo, em 2015, foi instituída a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violências, que prevê o Núcleo de Prevenção à Violência (NPV)¹². O NPV tem por finalidade organizar as ações de prevenção, supervisão, vigilância e assistência das pessoas em situação de violência moradoras do território das Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de articular com a rede intersectorial voltada ao enfrentamento das diversas formas de violência¹².

A participação do setor saúde no cuidado às mulheres em situação de violência de gênero está prevista na Lei Maria da Penha¹⁰, na Política Nacional de Enfrentamento às Violências contra a Mulher e na Política da Atenção Integral¹¹ à Saúde da Mulher¹³, mas a forma como os serviços de saúde efetivamente opera essas diretrizes é relativamente pouco estudada no Brasil¹⁴.

Há certa dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública e uma violação aos direitos humanos, posto que invisibilizam o problema. Essa invisibilidade pode ocorrer através do que Bourdieu¹⁵ conceitua como dominação simbólica, em que as relações de gênero são reproduzidas, naturalizadas e disciplinam os corpos das mulheres, permitindo julgá-las e/ou culpabilizá-las pelo ato sofrido. Essa dominação simbólica e cultural opera dentro e fora dos serviços. Ainda no setor saúde, sob a perspectiva da biomedicina, os sofrimentos são reduzidos a patologias, excluindo do processo a dimensão psicossocial, e o sofrimento é medicalizado¹⁶.

Os serviços da APS são considerados a porta de entrada para o SUS. A APS tem potencial para resolver os problemas do território adscrito, dada a sua finalidade assistencial que envolve a garantia de assistência integral, longitudinal e coordenação do cuidado, somada à proximidade e ao conhecimento da dinâmica de vida das pessoas, famílias e comunidade^{17,18}. As características da APS podem contribuir para rearticular ao social os problemas de saúde recortados pela biomedicina, resgatando a noção de que as práticas e técnicas em saúde são, também e antes de tudo, “práticas sociais”, com a finalidade de responder às necessidades em saúde dos territórios. Desse modo, preservam-se as escolhas e valores dos sujeitos a partir do entendimento de que a saúde é um recurso para viver a vida¹⁹. Esse artigo analisa obstáculos (ruídos) e facilitadores (potencialidades) nas trajetórias assistenciais ofertadas pelas UBSs da cidade de São Paulo às mulheres identificadas como vivendo em situação de violência doméstica.

Metodologia

Este estudo resulta de uma tese de doutorado que integrou a pesquisa *Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero: estudo sobre a Rota Crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais*, a qual analisou os obstáculos e as possibilidades da integração dos serviços da APS a uma rede articulada para o enfrentamento da violência doméstica de gênero a partir de três planos de aproximação: políticas, organização dos serviços e práticas assistenciais. A coleta de dados dessa pesquisa maior foi realizada em nove serviços da APS da região Oeste do município de São Paulo no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2015. Foram solicitados, à gestão dos serviços e aos profissionais envolvidos na assistência, casos de mulheres em situação de violência doméstica de gênero (passada ou presente) já identificados nas unidades. Foram entrevistadas 20 mulheres indicadas pelos serviços e, posteriormente, entrevistados os profissionais de saúde, tanto da APS como da rede intersetorial, citados pelas mulheres durante as entrevistas como participantes diretos na assistência por elas recebida.

Das 20 mulheres entrevistadas, foram selecionados quatro casos para este estudo. A escolha dos casos foi baseada na existência de fluxos de organização assistencial nas UBSs a partir do Núcleo de Prevenção à Violência. As quatro mulheres entrevistadas citaram 13 profissionais de saúde que estiveram envolvidos na assistência delas, que foram: agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar de enfermagem (AE), técnica de enfermagem (TE), enfermeira (Enf), médica (M),

assistente social (AS) e psicóloga (PS) (Quadro 1). Todas as entrevistas foram realizadas nas UBSs, em salas fechadas, bem como foram gravadas e posteriormente transcritas.

As entrevistas foram pautadas em roteiros diferentes para as mulheres e para os profissionais de saúde, mas continham questões elaboradas com o objetivo de conhecer as pessoas entrevistadas e sua relação com a UBS. Para os profissionais de saúde, também foi perguntando sobre a formação/capacitação para trabalhar com violência, participação no Núcleo de Prevenção à Violência e tempo de trabalho na UBS. As questões abertas abordaram as vivências da violência e as experiências com a assistência do tema nas UBSs. Os prontuários família dessas quatro mulheres foram analisados a partir de um roteiro para identificar o registro da violência sofrida pelas usuárias, uso de serviços, diagnósticos e condutas frente a violência identificada. Todas as mulheres e profissionais de saúde aceitaram participar deste estudo após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (CAAE: 13084013.8.0000.0065).

As entrevistas foram analisadas por meio da técnica da Análise de Conteúdo²⁰, realizada a partir de três etapas: i) “leitura flutuante” das entrevistas transcritas para conhecer os conteúdos do material empírico; ii) identificação dos núcleos de sentido; iii) definição das categorias de análise, depois agrupadas em temas. A análise dos dados foi realizada considerando, principalmente, as práticas assistenciais construídas e/ou ofertadas pelos profissionais de saúde, na APS, às mulheres frente a casos de violência doméstica.

As informações obtidas nas entrevistas com as mulheres, com os profissionais de saúde e com a análise dos prontuários familiares foram trianguladas e organizadas em Fluxogramas nominados Analisadores por Merhy²¹, os quais permitem construir a representação gráfica da assistência, apontando a relação e os ruídos de comunicação entre profissionais de saúde e as usuárias. Neste estudo, adicionamos a análise de potencialidades advindas desses encontros nos fluxogramas analisadores²¹.

Para nortear a análise das figuras que compõem os resultados dessa pesquisa, há uma legenda: *círculo sem pintura* – indica início ou término da assistência; *losango sem pintura* – indica a decisão assistencial construída em equipe frente ao caso assistido; *retângulo sem pintura* – aponta as ações desenvolvidas pela equipe diante das necessidades identificadas em cada caso; *círculo pintado pequeno* (R1, R2, R3) – são os ruídos ou barreiras identificadas na assistência quanto ao enfrentamento da violência; *retângulo pintado pequeno* (P1, P2, P3) – são as

potencialidades identificadas na assistência prestada às mulheres. As siglas utilizadas nas figuras se referem a: *CM* – consulta médica, *VD* – Visita domiciliar; *CT* – Conselho tutelar; *eSF* – Equipe de Saúde da Família. Para garantir a privacidade de todos, as usuárias e os profissionais de saúde que participaram da pesquisa tiveram os seus nomes modificados, escolhidos aleatoriamente, assim como os serviços de saúde que receberam nomes de países.

Resultados

A análise das entrevistas e dos prontuários mostrou que as mulheres identificadas pelas UBS estavam em situação de violência crônica e grave, e consideramos esse um primeiro resultado da pesquisa: a violência doméstica de gênero pareceu ser identificada, na APS, em casos de extrema gravidade.

Os quatro casos identificados pela UBS foram marcados pela presença de crianças no contexto de violência. As demandas das entrevistadas aos serviços de saúde, descritas nos prontuários, foram: medo do companheiro; ameaças; insônia; tristeza; depressão; acesso ao bolsa família; psicoterapia aos filhos; ajuda para parar com o uso de drogas; e busca de atendimento para o “marido ficar melhor em casa”. O uso dos serviços mostrou-se intenso, como mostrado no quadro 2, com uma média de cinco atendimentos por ano, superior à média do município de São Paulo, que foi de 1,70 na rede básica de saúde no ano de 2011²². Em pesquisa realizada em Pelotas (RS), a frequência média de busca por atendimento em UBSs em um período de 6 meses foi de 1,6 vezes²³.

Quadro 1 – Perfil dos profissionais de saúde da APS que participaram da assistência das mulheres entrevistadas. São Paulo, 2014.

Quadro 1 – Características das mulheres entrevistadas, usuárias das UBS em situação de violência. São Paulo, 2014.

Figura 1 – História de Lúcia, UBS Cuba, 2016

Lúcia sofreu violência por 17 anos e passou por um processo difícil, consciente da repercussão dessa violência sobre seus filhos, o que era reforçado pela cobrança de solução da UBS para o problema. Certo dia, colocou o companheiro para fora de casa.

A demanda da violência foi acolhida pela Assistente Social da UBS durante uma visita à família, que havia perdido muitos móveis e objetos domésticos após uma chuva forte. Apesar deste ter sido o momento do acolhimento, o problema da violência já era conhecido pela ACS

havia pelo menos 1 ano. Essa demora para que o problema se tornasse uma demanda do serviço de saúde foi considerado o 1º ruído, que apareceu da seguinte maneira na fala da ACS:

Aí ela começou a se abrir cada vez mais... né. Que ele a xingava de tudo quanto é nome... ela nunca me relatou de uma violência assim... eh... física contra ela. Contra as meninas sim... ele deu uns tapas nas meninas..., mas era constante... era diário, muito, muito. Às vezes eu estava na área e estava escutando o Ivo gritando, assim, muito frequente mesmo (Leontina, ACS).

O 2º ruído foi a insistência da equipe de saúde para que *Lúcia* entrasse em contato com a família, apesar da resistência da usuária:

E a gente tentava, falava... – deixa, me dá um contato..., e depois a gente entendeu por que.... A gente entrou em contato, ligou para os familiares dela... era uma cidade do interior de São Paulo, não me lembro qual.... e os familiares... simplesmente falaram – olha, a gente não quer saber do caso, a gente não vai cuidar dela, a gente já falou para largar desse safado sem vergonha... ela que não quer largar, então o problema é dela. E aí a gente entendeu por que ela não queria que a gente entrasse em contato com a família... ela já sabia que ia ter essa resposta (Cássia, Enf).

O 3º ruído foi a cobrança da médica para que *Lúcia* mudasse de vida, como também o fato de a profissional ter contactado o companheiro de *Lúcia* para pedir que este parasse com a violência, conversa que foi realizada sem o conhecimento da usuária e que provocou piora na violência dentro doméstica. As decisões tomadas por parte da equipe, descritas no 2º ruído, foram em desacordo com a vontade da paciente. A equipe estava determinada a ajudar a usuária, apesar disso, as decisões assistenciais contribuíram para a perda da confiança da usuária no trabalho dos profissionais e, somadas a outras cobranças e ações, causaram afastamento entre a UBS e a usuária, aumentando a vulnerabilidade desta:

Eu me sentia mal, eu falava que nem queria mais passar no posto. Porque aí... ela falou assim [a médica antiga da equipe]: quando você passar aqui de novo eu quero mudança, eu quero ver você feliz. Mas aí ela falava que quando eu voltasse no posto ela queria ouvir outra história... aí eu falava – não vou voltar mais, porque não vou conseguir separar dele (*Lúcia*)

Apesar dos ruídos, a assistência apresentou potencialidades, como a tomada da violência como problema para a equipe de saúde pela Assistente Social durante uma visita domiciliária. O

acolhimento e a construção de caminho assistencial junto da nova médica da equipe foram considerados a 2ª potencialidade. Essa nova profissional tinha formação em violência de gênero e acolheu *Lúcia*, ouviu-a e foi considerada uma “benção”, uma vez que não buscava impor nenhuma ação à usuária. A partir de então, a equipe instituiu um espaço de acolhimento permanente à usuária, a ser acessado frente às necessidades dela, com a oferta de informações sobre direitos, serviços e apoio nas tomadas de decisão, contexto identificado como a 3ª potencialidade:

(...) ela falou [a nova médica – Clara, M] que eu estava doente, que era por causa dele... que eu pedi para ela conversar com ele... a Dra. Clara, ela é uma benção... tudo que eu falei, ela não falou nada para ele (...) (*Lúcia*). (...) achei que elas me ajudaram bastante... que eu vinha aqui, a Elis mesmo, não tinha horário marcado... e a Elis (AS) conversava comigo... porque assim, elas não se preocupam só com a sua saúde... Ela falava... eu sou ruim de guardar as coisas, mas ela... ela puxava no computador o endereço das coisas para mim, onde que eu tinha que ir, ela falou do negócio da pensão, ela me explicava os direitos da mulher, para as crianças, ela era super atenciosa... Queriam me ver bem de qualquer jeito” (*Lúcia*).

Figura 2 – História de Alceri, UBS Uruguai, 2016.

Alceri relata que o seu pedido de separação foi o grande gatilho das situações de violência. A assistência da usuária na UBS aconteceu em dois momentos, com um intervalo de dois anos entre eles. O 1º momento foi a escuta ativa realizada pela médica psiquiatra com encaminhamento ao ambulatório específico para o acolhimento de pessoas em situação de violência na própria UBS. O 2º momento aconteceu após dois anos, quando o tema da violência foi novamente relatado pela usuária, que foi novamente encaminhada ao ambulatório específico na UBS. Como 1ª potencialidade está o acolhimento da demanda da usuária com valorização de sua queixa sobre violência e encaminhamento para atendimento especializado no tema dentro do serviço. Apesar do movimento de cuidado, a usuária faltou à consulta marcada e a vigilância dessa falta não foi realizada, potencializando a vulnerabilidade da desta tornar a sofrer violência, condição apontada como 1º ruído do caso:

Então, não.... Não, eu praticamente não encaminho. Uma vez ou outra..., mas eu sempre procuro o serviço pra encaminhar pra mim. Olha, o que funciona numa rede é a conversa, né? Você só amarra rede... porque rede amarra um fio com o outro, né? Vai amarrando e vai fazendo a rede. É conversando pessoalmente, assim. É irresponsável, e sádico, porque a pessoa só vai ficar batendo a cabeça (Liz, M).

Quando *Alceri* retornou ao serviço e foi novamente encaminhada para a assistência específica às pessoas em situação de violência, a equipe de vigilância em saúde manteve atenção e plano de cuidado construído com ela, condição considerada como a 2ª potencialidade, como apresentado na fala da usuária:

(...) na hora, desabafei com a psiquiatra (Liz, M) e ela mandou procurar o atendimento específico na UBS para falar da violência Me senti mais protegida. Eu achei que, que nem, ninguém estava ligando para o que eu estava falando... agora pergunta, liga para mim, se está tudo bem... (Alceri).

Figura 3 – História de Nilda, UBS Chile, 2016.

A história de *Nilda* se inicia com o abuso sexual que sofreu na infância pelo padrasto e continuou após ela se casar com este agressor, situação vivida por 35 anos e que já era conhecida pela Assistente Social do serviço. Frente a agressividade do companheiro, *Nilda* buscou ajuda, inicialmente, na delegacia, mesmo sabendo do risco que corria ao quebrar a regra da comunidade quanto ao acionamento da polícia no bairro. O caso de *Nilda* chegou na UBS pelas precárias condições em que vivia sua família, o que se somou ao conhecimento de sua história pela Assistente Social da UBS.

Foram identificados 3 ruídos na assistência de Nilda. O primeiro foi a falta de suporte à usuária frente ao conhecimento prévio de sua história de violência sexual sofrida desde a infância; problema que *Nilda* atribui à falta de cuidado de sua mãe para com ela. O 2º ruído consiste na falta de informação e apoio a *Nilda* por parte da delegacia, que manteve o companheiro preso por apenas três dias, período após o qual ele foi solto sem o conhecimento da usuária, somado ao risco de morte que *Nilda* sofreu ao acionar a polícia dentro comunidade em que mora, como relatado pela usuária:

(...) foi lá, pegou e deixou ele só três dias, depois soltou de novo. Aí ele ia para o Tremembé, né, aí deu a desculpa que não tinha vaga... eu falei: - delegacia não vai ter vaga pro preso? Aí ele deu aquela desculpa – ah, a delegada falou que não tinha vaga, não sei o que... então vamos soltar... pererê, pererê e, foi assim... Aí dando só trabalho também por causa da pressão... na delegacia também é difícil para achar os remédios, aí foi isso também, o jeito foi ser obrigado a soltar (Nilda).

O 3º ruído diz respeito aos julgamentos e à naturalização da violência na história da usuária por parte dos participantes da Rede de Enfrentamento local, bem como à pouca valorização das ações da equipe da UBS:

A violência incrustada na família que é a violência sexual, que você vê que passa de geração em geração... e se tornou uma coisa comum e normal... e o nível de miséria, de pobreza. Isso chama muito a atenção, muito! (Tania, Enf).

Foi uma discussão que teve o... era o caso da Nilda e só tinha eu daqui. E... aí quando no dia seguinte eu voltei aqui, falei – oh, se tiver alguma reunião de saúde mental e eu tiver que ir sozinha, eu não vou mais, porque fui massacrada ontem, realmente, eu fiquei péssima. Foi muito ruim aquela reunião. Porque nesta reunião colocavam que tudo que nós tínhamos feito em relação às ações direcionadas à família da Nilda... tinham sido insuficientes (a oferta de consultas médicas para as crianças e as visitas domiciliares pela Equipe de saúde) ... né... nem digo que foram suficientes, mas não menosprezar aquilo que foi feito... (...) não, naquele momento não houve uma sugestão (Vivian, AS).

Já a potencialidade se refere ao vínculo criado entre a usuária e a assistente social, visto que esta já conhecia a história de violência sofrida por *Nilda*. Essa aproximação aconteceu no passado, quando a assistente social precisou mediar um impasse entre *Nilda* e o hospital em que sua mãe estava internada. O hospital exigia que *Nilda* buscasse sua mãe, o que ela recusava, mas, com apoio da Assistente Social, o problema foi solucionado. Essa postura em relação à usuária permitiu aproximação da profissional, construção de vínculo e diálogo sobre os filhos, as condições de vida e em relação à violência.

Figura 4 – História de Esmeraldina, UBS Brasil, 2016.

Esmeraldina relata que os episódios de violência começaram logo no início do relacionamento, com comportamentos controladores do companheiro quando ela ainda trabalhava fora de casa. Esmeraldina buscou adequar-se às imposições do companheiro e,

passados 30 anos, em atendimento em consultório particular, a causa de suas queixas foi associada à relação de conflito vivida dentro de casa. Com isso, a usuária buscou ajuda na UBS Brasil para atendimento de saúde mental para falar dos conflitos com o companheiro.

O atendimento da usuária aconteceu em dois momentos, com intervalo de 1 ano entre eles. No 1º momento, a usuária foi acolhida e encaminhada para um grupo de mulheres na UBS. No 2º momento, foi atendida por um médico psiquiatra que resgatou o contexto da violência doméstica e a encaminhou para o acompanhamento psicoterápico na própria UBS. A violência sofrida pela usuária era relatada para a ACS durante as visitas domiciliares. Esse conhecimento prévio do problema por parte da equipe foi considerado o 1º ruído. A ACS tinha dúvidas se as queixas sobre a violência perpetrada pelo companheiro de Esmeraldina eram verdadeiras ou apenas fruto de sua imaginação, o que se deve ao fato de a usuária tomar medicação para transtornos de saúde mental:

Quando eu fui fazer a área foi que eu comecei a conviver com ela. Ao mesmo tempo... ela toma muito remédio, ela se faz muito de louca. Então, pra mim, ela nunca falou assim, declaradamente, né? Ela... Ela não fala, porque ela já falou muito para os outros 'Agente Comunitário', que eu sei isso (Eliza, ACS).

O segundo ruído consistiu no encaminhamento de Esmeraldina a um serviço de referência em violência do município após a equipe identificar “dependência afetiva” da usuária para com a psicóloga que a acompanhava na UBS, porque a usuária descobriu que a trabalhadora era sua vizinha: “...e eles proibiram ela de me cuidar, porque a gente morava no mesmo bairro... pertinho, né...” (Esmeraldina).

Na assistência ofertada a Esmeraldina, a potencialidade foi a possibilidade de a usuária recusar uma visita da equipe de saúde para conversar com o seu companheiro sobre a violência relatada por ela, e com isso teve a sua decisão respeitada. O psiquiatra e a psicóloga que participaram do primeiro atendimento na UBS não trabalhavam mais na instituição e, por isso, não receberam o convite para a pesquisa.

Discussão

As narrativas obtidas mostram que são muitos os casos de violência, e reconhecidas, no território e que as mulheres “desabafam” sobre a violência sofrida para os trabalhadores, principalmente para os ACS. Uma ACS comentou que consegue perceber, pelo modo de andar, a mulher que está em situação de violência. Porém, há dificuldade em agregar esses relatos como parte do trabalho da equipe de saúde. Nesse sentido, é importante compreender que a violência não se coloca como um diagnóstico específico para a intervenção, mas como um contexto de práxis em que se deve reconhecer as contradições sociais para orientar a ação humana a partir de decisões compartilhadas na assistência em saúde, em um processo de subjetivação do cuidado²⁴.

As mulheres entrevistadas tiveram seus casos de violência reconhecidos pelas UBS, pois pediram ajuda diretamente, como *Esmeraldina* e *Alceri*, e pela presença de crianças nas famílias, como nos casos de *Lúcia* e *Nilda*. A presença de crianças em contextos de violência mobiliza a equipe, dada a responsabilidade imposta às instituições e profissionais pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, como notificação e ações junto a outros setores²⁵. O ato das mulheres pedirem ajuda diretamente à equipe quebra a lógica da violência simbólica e exige mobilização dos trabalhadores e da equipe de saúde em responderem a demanda posta²⁶.

A assistência ofertada esteve associada à tentativa dos profissionais de saúde “consertarem” o problema da violência, e a prática mostrou tendência a ser prescritiva, com oferta genérica, sem escuta voltada para a construção compartilhada da assistência e sem considerar as escolhas das mulheres, os caminhos já traçados ou novas alternativas possíveis para enfrentar o problema. A oferta de uma prática vertical pode se dar pela urgência da equipe em resolver o problema da violência, mantendo a mentalidade cirúrgica da medicina de resolver os casos de forma imediata, o que resulta em pouca avaliação do risco às mulheres e à própria equipe em decorrência de tais práticas²⁴.

A oferta de medicamento antidepressivo se mostrou uma conduta para reduzir a dor, porém, essa prática isoladamente pode medicalizar a violência, invisibilizando o problema e atuando apenas sobre as consequências mais imediatas²⁷.

Ainda que as profissionais de saúde tenham identificado a complexidade dos casos, houve limitações na maneira como lidaram com eles. A assistência se manteve focada em ações pontuais, fragmentadas e limitantes, insuficientes quando se considera que o processo de superação da violência pelas mulheres não é linear, somado aos sofrimentos mentais resultantes que podem dificultar a superação do problema. Frente a esse contexto, ainda que a equipe identifique e se disponha a acolher, o cuidado se mostrou comprometido²⁸.

A condição da pobreza extrema esteve presente, principalmente no caso de *Nilda*. Sua condição vulnerável não evitou o julgamento dos seus atos e escolhas, pelo contrário, acabou por agravá-lo. O julgamento explícito dos profissionais de saúde no caso de *Nilda*, ainda que o contexto de vida da usuária seja conhecido por parte da equipe de saúde, é difícil de ser justificado pelos trabalhadores frente à rede maior de assistência às pessoas em situação de violência da coordenadoria regional, como mostrado na fala da assistente social Vivian. *Nilda* é julgada pela pobreza, com destaque ao fato de não cumprir com suas obrigações domésticas no cuidado dos filhos, e se distancia da visão de mundo já estabelecida socialmente acerca dos papéis sociais dos homens e das mulheres²⁹. Soma-se a isso a naturalização da violência como parte da vida das mulheres mais pobres, que são culpabilizadas por “aceitarem” a violência para ter algum recurso de moradia ou comida, e acabam percebidas como pouco autônomas para escolherem ou decidirem sobre a própria vida³⁰, condição que ultrapassa o corpo físico e se apresenta na condição de cidadania fragilizada³¹.

Uma das dificuldades dos serviços de saúde está na vigilância e na supervisão dos casos quando há falta em consultas das mulheres, principalmente em situação de violência, já que esse tema não é ainda compreendido como parte do escopo do setor saúde, mesmo com a existência dos Núcleos de Prevenção da Violência^{12,32}.

Dentre as potencialidades assistenciais nos casos de violência previamente identificados pelas UBS estão a escuta qualificada com a valorização da queixa das mulheres, o acolhimento e o vínculo, pontos fundamentais da APS, e ferramentas para assegurar direitos e melhorar a qualidade de vida das pessoas do território, como aponta a Política Nacional de Humanização^{33,34}. A maioria das profissionais envolvidas na assistência não tinha formação permanente no tema da violência contra as mulheres, porém, já haviam recebido algum tipo de informação sobre o tema. Apesar das barreiras, percebe-se a tentativa de abrir caminhos, incluindo a rede de enfrentamento e a escuta das mulheres sob a compreensão da violência como um obstáculo para se viver a vida, já que esta gera adoecimentos e se torna um problema para o campo da saúde³⁵⁻³⁷. A educação permanente mostra-se fundamental para abordar múltiplas condições que permeiam a condição da violência, somada à compreensão de gênero e da violência de gênero que se estabelece sem crítica na sociedade, de modo a influenciar positivamente as visões de mundo dos profissionais de saúde a curto, médio e longo prazo²⁸.

Considerações finais

Analizamos a assistência em violência prestada pelos profissionais de saúde e como as mulheres perceberam esse cuidado no que se refere ao enfrentamento da violência doméstica de gênero a partir da APS. Esse processo é permeado por tensões e expectativas, principalmente dos profissionais na condução da assistência às mulheres em situação de violência, que esperam que seja um processo rápido e pontual.

Percebe-se que a situação de violência doméstica de gênero das mulheres é ouvida e identificada no território pelas ACS, pela própria comunidade que avisa os ACS, e pelos profissionais durante a assistência individual nas UBS. A violência é identificada, mas não é necessariamente acolhida e isso se mostra uma barreira ou ruído importante, já que o problema se torna parte da responsabilidade profissional apenas se a mulher pede ajuda ou é constatada a presença das crianças no núcleo familiar.

A APS e seus profissionais de saúde têm grande potencial para identificar, acolher e cuidar das mulheres em situação de violência como parte da rotina do trabalho no setor saúde, como descrito na Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres e na Lei Maria da Penha. Apesar da estruturação dos NPV, a violência ainda não compõe o trabalho em saúde como produtor de novos olhares para estruturar o cuidado em saúde, questão prioritária a ser analisada para que a educação permanente seja embasada em estratégias de diálogo, de não julgamento ou vitimização, somadas à compreensão de violência e desigualdade de gênero, de modo a promover práticas de cuidado integral às mulheres em situação de violência doméstica de gênero a partir da APS.

Referências

1. Scott JW. Gender: a useful category of historical analysis. *The American Historical Review*. 1986;91(5):1053-75.
2. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington, DC: OPS; 2013.
3. OPAS/OMS [internet]. Devastamento generalizado: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. [Acesso em 29 mar 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>
4. Abramo P. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado (Pesquisa de opinião pública). São Paulo: SESC/ Fundação Perseu Abramo; 2010.
5. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev. Saúde*

Pública.2007;41(3):359-67.

6. Fórum Brasileiro de segurança pública. Violência contra a mulher em 2021. [Acesso em 30 mar 2022]. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/violencia-contra-mulheres-em-2021-forum-brasileiro-de-seguranca-publica-2022/>
7. Cedaw [Internet]. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher,1979. [acesso em 29 mar 2022]. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>
8. Declaração e Programa de Ação de Viena, 1993. [acesso em 29 mar 2022]. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf
9. Convenção de Belém do Pará, 1994. [acesso em 29 mar 2022]. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>
10. Brasil. Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2006.
11. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Secretaria de Políticas Para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
12. São Paulo. Linhas de cuidado para atenção integral à pessoa em situação de violência. Coordenação da atenção básica. Secretaria municipal de saúde. Prefeitura de São Paulo; 2015.
13. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Aguiar JM, d'Oliveira AFLP, Schraiber LB. Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher – São Paulo, Brasil. Interface (Botucatu). 2020; 24:1-16.
15. Bourdieu P. A dominação masculina. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
16. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Rev. Esc Enferm USP.2007;41(4):605-12.
17. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO; 1994.
18. Starfield LB. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
19. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(10):2635-44.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
21. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde: desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 2006.p.35-63.
22. Mendes JDV, Osiano VLRL. Consultas médicas de atenção básica nas RRAS do Estado de São Paulo. Gais informa (Boletim Eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações em saúde da Secretaria de Estado da Saúde de SP). 2012; 4(16):1-19.
23. Fontenelle LF, Camargo MJB, Bertoldi AD, Gonçalves H, Maciel ELN, Barros AJD. Utilização das unidades básicas de saúde da ESF conforme a cobertura por plano de saúde. Revista de Saúde Pública. 2018; 52:55.

24. Schraiber LB. O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
25. Oliveira BG, Freire IV, Assis CS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. Rev. Bioét. 2018; 26(3):403-11.
26. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. Ciência e Saúde Coletiva. 2018; 23(1): 93-102.
27. Soares JSF, Lopes MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. Interface (Botucatu). 2018; 22(66):789-800.
28. Silva ASB, Semedo DSRC, Fortes DCS, Santos AM, Fonseca KSG. Percepções dos profissionais da atenção primária à saúde sobre a violência contra mulher. Rev Esc Enferm USP. 2022;56: e20210097
29. Mota ML, Bastos TRS. A desigualdade social e de gênero na discussão da relação estado e sociedade: expressões para o fenômeno da violência contra a mulher. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018; 16:1
30. d’Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas e redes intersetoriais de atenção. Rev Med (São Paulo). 2013; 92(2):134-40.
31. Pereira FF. A reincidência da violência contra meninas e mulheres pobres do município do rio Grande/RS [Recurso Eletrônico]. Rio Grande/RS: Ed. Da FURG, 2021.
32. Assis SG, Avanci JQ. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ. eds. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4th ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ; 2020. pp. 77-105.
33. Brasil. Rede HumanizaSUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
34. Azambuja MPR, Nogueira C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. Saúde e Sociedade. 2008; 17(3):101-12.
35. Ayres JRCM. Uma concepção Hermenêutica da saúde. Physis. 2007; 17(1):43-62.
36. Schraiber LB, d’Oliveira AFPL. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. São Paulo: Fundação Ford/ CREMESP; 2002.
37. Simões AV, Machado JC, Soares IGB, Rodrigues VP, Pires VMM, Penna LHG. Identificação e conduta da violência doméstica contra a mulher sob a ótica dos estudantes universitários. Enfermería Actual de Costa Rica. 2019; 37: 95-109.

Quadro 1. Perfil dos profissionais de saúde da APS que participaram da assistência das mulheres entrevistadas. São Paulo, 2014.

Usuárias	Profissionais	UBS	Sexo	Idade	Profissão	Tempo na UBS	Treinamento / capacitação	Compõe o NPV
----------	---------------	-----	------	-------	-----------	--------------	---------------------------	--------------

Esmeraldina	Eliza	Brasil	F	51	ACS	14 anos	Não	Não
	Tábata	Brasil	F	33	Médica	5 anos	Não	Não
Nilda	Vivian	Chile	F	37	Assistente social	6 anos	Não	Sim
	Jota	Chile	M	28	Aux. Enf.	5 anos	Não	Não
	Tania	Chile	F	37	Enfermeira	5 anos	Não	Sim
Lúcia	Leontina	Cuba	F	45	ACS	5 anos	Não	Não
	Cássia	Cuba	F	36	Enfermeira	6 anos	Não	Não
	Bia	Cuba	F	27	Assistente social	4 anos	Não	Sim
	Elis	Cuba	F	40	Assistente social	Sem informação	Não	Sim
	Clara	Cuba	F	30	Médica	3 anos	Sim	Não
Alceri	Glete	Uruguai	F	34	Tec. Enfermagem	9 anos	Sim	Não
	Elena	Uruguai	F	66	Aux. Enfermagem	30 anos	Sim	Não
	Liz	Uruguai	F	57	Médica psiquiatra	30 anos	Sim	Não

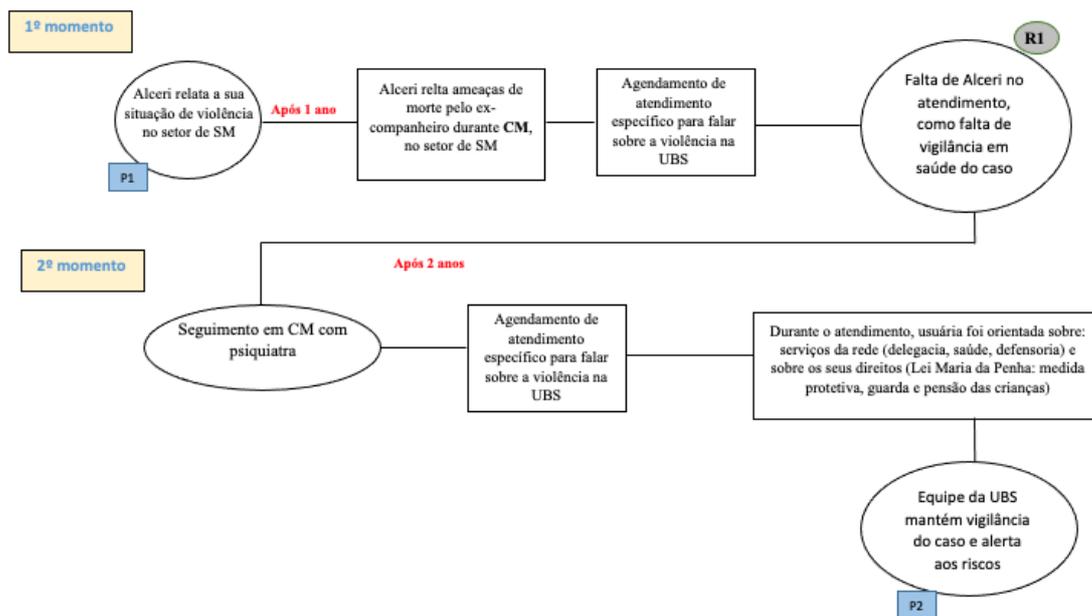
Fonte: Pesquisadoras, 2014.

Quadro 2. Características das mulheres entrevistadas, usuárias das UBS em situação de violência. São Paulo, 2014.

Usuárias	Idade	Cor	Escolaridade	Ocupação	Tempo com parceiro	Filhos	Uso do serviço	Uso/ano	Tipo de atendimento	Tempo da violência
Esmeraldina	58	Branca	Superior completo	Dona de casa	30 anos	2	6 anos	3x	S. Mental	3 anos
Nilda	48	Branca	Fundamental incompleto	Coletora de material reciclável (Bolsa Família)	27 anos	8	2 anos	4x	S. Mulher	17 anos
Alceri	45	Parda	Médio completo	Dona de casa (BF)	26 anos	4	> 7 anos	6x	S. Mental/ S. Mulher	1 ano
Lúcia	36	Parda	Médio incompleto	Diarista (sem INSS)	15 anos	4	9 anos	7x	Demanda Espontânea	17 anos

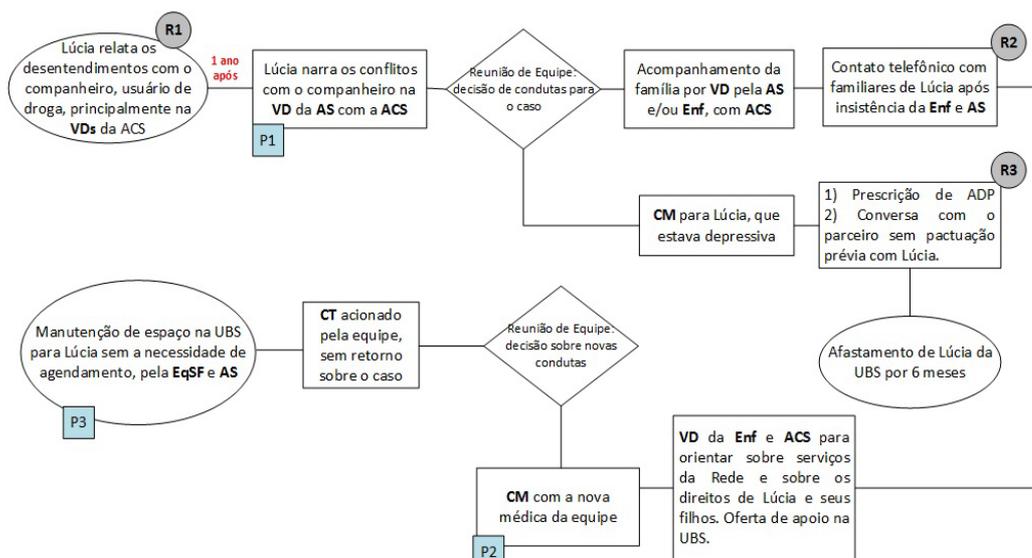
Fonte: Pesquisadoras, 2014.

Figura 1. História de Lúcia, UBS Cuba, 2016



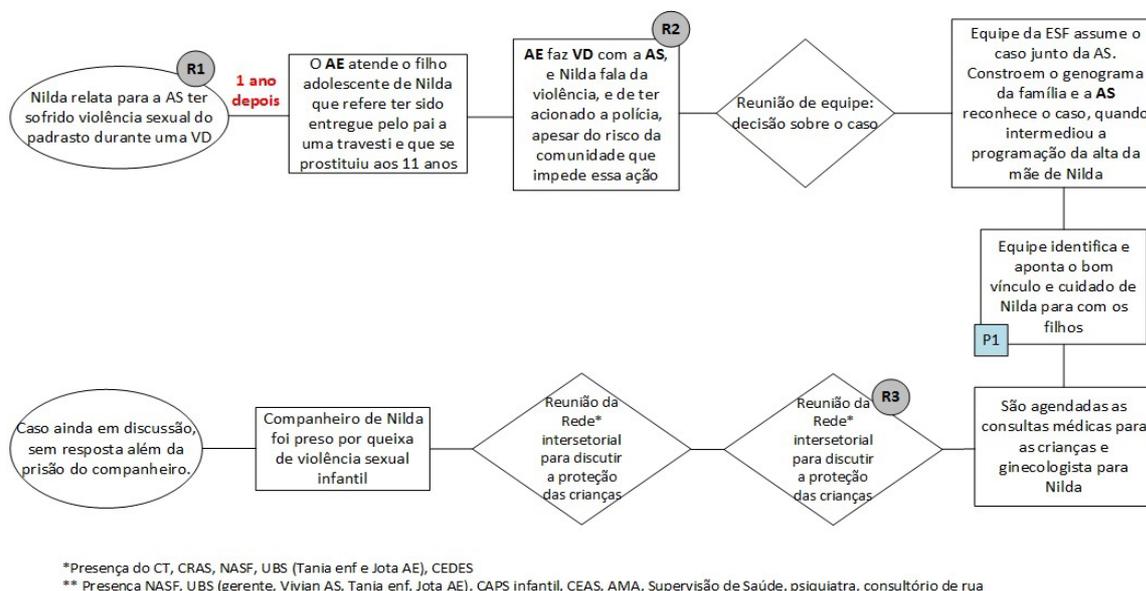
Fonte: Pesquisadoras, 2016

Figura 2. História de Alceri, UBS Uruguai, 2016.



Fonte: Pesquisadoras, 2016

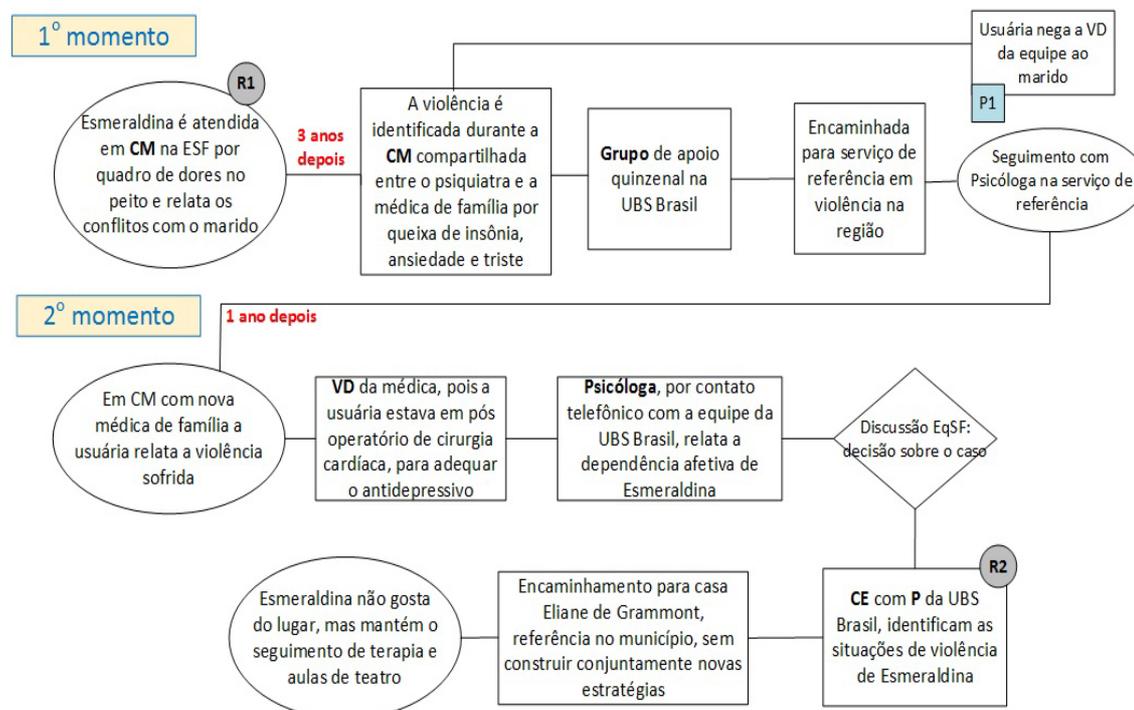
Figura 3. História de Nilda, UBS Chile, 2016.



*Presença do CT, CRAS, NASF, UBS (Tania enf e Jota AE), CEDES
 ** Presença NASF, UBS (gerente, Vivian AS, Tania enf, Jota AE), CAPS infantil, CEAS, AMA, Supervisão de Saúde, psiquiatra, consultório de rua

Fonte: Pesquisadoras, 2016

Figura 4. História de Esmeraldina, UBS Brasil, 2016.



Fonte: Pesquisadoras, 2016