

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BRUNA ODORCIK

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À MULHER: A ABORDAGEM DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

CHAPECÓ

2021

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PERPETRADA A MULHER: A ABORDAGEM DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

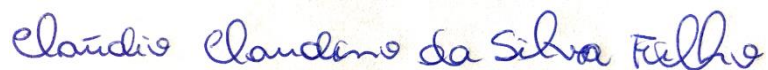
BRUNA ODORCIK

Este trabalho de conclusão foi julgado adequado para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e aprovado pelo curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.

Apresentando a Comissão Examinadora integrada pelos Professores:



Maíra Rossetto
Presidente



Prof. Dr. Claudio Claudino da Silva Filho



M^a Flavia Rubiane Durgante



Gessiani Larentes

VIOÊNCIA DOMÉSTICA À MULHER:A ABORDAGEM DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Resumo

Objetivo: analisar como é a abordagem de profissionais de saúde diante da identificação da violência doméstica a mulheres. **Metodologia:** pesquisa qualitativa realizada em dois Centro de Saúde da Família, com análise dos dados das entrevistas realizadas por meio da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** participaram do estudo 23 profissionais sendo maioria do sexo feminino, enfermeiras entre 30 a 39 anos, formados entre 2000 e 2010, trabalhos anteriores na área da saúde e atual há mais de 10 anos. Estruturou-se quatro categorias: Percepção e identificação do que é violência, revelando uma percepção ampliada; Necessidade de orientação para a equipe, demonstrando o desconhecimento dos profissionais; Contexto Covid-19, influenciando no aumento dos casos; Importância da discussão acerca da violência, mostrando necessidade de sensibilizar mais os profissionais. **Conclusão:** É necessário ampliar as qualificações, o trabalho em rede e o serviço deve buscar técnicas de acolhimento e escuta voltadas a orientar profissionais.

Descritores: Violência contra a mulher; Atenção Básica; Fluxo de trabalho; Profissionais da saúde; COVID-19.

Abstract

Objective: to analyze the approach of primary care health professionals before the identification of violence against women. **Methodology:** qualitative research carried out in two Family Health Centers, with analysis of the data of the information carried out through Bardin's content analysis. **Results:** 23 professionals participated in the study, most of them female, nurses between 30 and 39 years old, graduated between 2000 and 2010, previous work in the health field and current work for more than 10 years. Four categories were structured: Perception and identification of what violence is, revealing an expanded perception; Need for guidance for the team, demonstrating the little knowledge of the professionals; Covid-19 context, influencing the increase in cases; Importance of the discussion of violence, a manifestation of raising awareness among professionals. **Conclusion:** It is necessary to expand the qualifications, networking and the service must seek welcoming and listening techniques aimed at guiding professionals.

Descriptors: Violence against women; Basic Attention; Workflow; Health professionals; COVID-19.

Resumen

Objetivo: analizar el abordaje de los profesionales de la salud de atención primaria ante la identificación de la violencia contra la mujer. **Metodología:** investigación cualitativa realizada en dos Centros de Salud de la Familia, con análisis de los datos de la información realizado a través del análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** participaron del estudio 23 profesionales, en su mayoría mujeres, enfermeras entre 30 y 39 años, egresados entre 2000 y 2010, trabajo previo en el campo de la salud y trabajo actual por más de 10 años. Se estructuraron cuatro categorías: Percepción e identificación de qué es la violencia, revelando una percepción expandida; Necesidad de orientación para el equipo, demostrando el escaso conocimiento de los profesionales; Contexto Covid-19, que influye en el aumento de casos; Importancia de la discusión sobre la violencia, manifestación de sensibilización de los

profesionales. **Conclusión:** Es necesario ampliar la formación, el networking y el servicio debe buscar técnicas de acogida y escucha dirigidas a orientar a los profesionales.

Descriptor: Violencia contra la mujer; Atención básica; Flujo de trabajo; Profesionales de la salud; COVID-19.

Introdução

A violência é um problema recorrente na história da sociedade. Desde os primórdios da humanidade, descrita em relatos bíblicos, até a contemporaneidade, a violência sempre existiu em diferentes civilizações.¹

Para discutir sua existência e enfrentar essa problemática foram definidas muitas políticas a nível mundial. Dentre essas, está a Declaração Universal dos Direitos Humanos, preconizando entre seus artigos 1º ao 5º, que todos os indivíduos nascem livres e são iguais em dignidade de direitos, devendo agir de forma fraternal com os demais, sendo assim impedidos de qualquer tipo de tratamento cruel, degradante, desumano ou de tortura. Esta medida foi proclamada pela Resolução nº 217, da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, sendo assinada pelo Brasil na mesma data.²

No presente trabalho, a discussão sobre violência se debruça no fenômeno da violência doméstica contra mulheres, em virtude da pertinência do tema na esfera social e de sua relevância aos debates em saúde. Para isso, considerou-se sua expressividade na sociedade brasileira, levando em conta os dados do Conselho Nacional de Justiça de 2016, que estimaram a presença de cerca de 1 milhão de processos referentes a violência doméstica contra mulher no Brasil. Ademais, foi também embasado a partir da Lei nº 11.340, intitulada Lei Maria da Penha, cuja destaca a coibição de violências física, psicológica, patrimonial, moral etc. ao decorrer de seus termos; aqui é considerado também sua significância no cenário cultural do Estado de realização do estudo, uma vez que em Santa Catarina, conforme dados do Sistema Integrado de Segurança Pública (2019), o número de feminicídios entre janeiro e março de 2019, cresceu 83% em comparação ao mesmo período do ano anterior.⁴

Dessa forma, dada a importância do tema, torna-se necessário conhecer a abordagem de profissionais de saúde, em Centros de Saúde da Família do oeste de Santa Catarina, diante da identificação de casos de violência doméstica contra mulheres. Nesse sentido, pretende-se explorar uma breve construção histórica da violência doméstica e seus desdobramentos na sociedade brasileira, também conceituar o que é violência doméstica e como ela pode ser

diagnosticada, bem como buscar sintetizar como profissionais de saúde abordam em suas rotinas laborais a identificação de violência doméstica. A problemática em questão é fundamentada na consideração que a temática é um problema de saúde pública e os profissionais da rede são de fundamental importância na promoção e execução de práticas que identificam e combatem a violência doméstica.

Para tanto, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: como são as práticas de profissionais de saúde diante da identificação da violência doméstica perpetrada a mulheres em uma unidade básica de saúde de Chapecó? E como objetivo, analisar como é realizada a abordagem de profissionais de saúde diante da identificação da violência doméstica a mulheres em Centros de Saúde da Família de Chapecó/SC.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em dois Centros de Saúde da Família (CSF) na cidade de Chapecó-SC. Os dois CSFs foram escolhidos por possuírem distintas condições, sendo um com áreas de maior vulnerabilidade e o outro cuja área adscrita consta de bairros com melhores índices de desenvolvimento social.

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram: ser funcionário da unidade, ser maior de 18 anos e estar disponível para responder a entrevista. Já os critérios de exclusão foram: não atender diretamente aos usuários.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira coleta foi realizada em novembro de 2019 de modo presencial pela pesquisadora. Inicialmente, foi realizado contato com a coordenação de cada unidade de saúde e identificados os possíveis participantes do estudo, sendo feita uma lista de profissionais atuantes nos CSFs. Em seguida foram agendados dias e horários para a aplicação do questionário em sala disponível na unidade de saúde e de acordo com o melhor horário para o profissional. Após o aceite para participar da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE). O questionário da pesquisa foi aplicado aos profissionais por meio de uma entrevista mediada pela pesquisadora. Essas entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, e o nome dos profissionais entrevistados foram substituídos por códigos. Em seguida, essas transcrições foram armazenadas no Google drive para posteriormente serem analisadas.

A segunda etapa de coleta dos dados ocorreu de modo on-line, devido ao início da pandemia COVID-19 com a impossibilidade de coleta presencial. Para dar continuidade a pesquisa, foi submetida uma emenda ao comitê de ética em pesquisa, alterando o modo de coleta, as questões relacionadas aos riscos, benefícios, aplicação de TCLE e questionário, com o acréscimo de uma pergunta referente à pandemia. Após aprovação da emenda a coleta de dados on-line ocorreu entre dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. O questionário e o TCLE foram enviados por meio de link eletrônico às coordenadoras dos Centros de Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde, que fizeram o reenvio para os profissionais de saúde por meio do aplicativo de celular.

O instrumento de coleta dos dados abordava questões referentes à identificação pessoal e profissional, entendimento do que é violência doméstica, experiência profissional quanto a suspeita, identificação e conduta, conhecimento acerca da rede de atenção a pessoas vítimas de violência doméstica do município, entendimento quanto ao suporte que deverá ser ofertado à vítima, como também sobre a identificação da necessidade de capacitação para os profissionais, além da percepção quanto ao aumento dos casos no cenário da pandemia (aplicada apenas no questionário on-line após o início da pandemia).

Para a realização da análise dos dados, o presente estudo utilizou método de análise de conteúdo proposto por Bardin, considerando que ele possibilita perceber de maneira sistematizada e confiável os resultados e respostas obtidas dentro de um sistema de análise científico reconhecido e conceituado para análises qualitativas de entrevistas. Esse método consiste em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.⁵

A respeito da fase inicial, de pré análise, após reunir em um único documento todas as entrevistas transcritas na íntegra (primeira fase da coleta) e as respostas obtidas pelos questionários eletrônicos (segunda fase da coleta), foi realizada a leitura flutuante do material. Além disso, realizou-se também a organização dos dados coletados, selecionando o que havia de relevante para ser trabalhado, de modo a permitir a identificação das ideias que continham sentido para serem analisadas nas etapas seguintes. Ressalta-se aqui que para a seleção dos dados foram cumpridas as regras da exaustividade, homogeneidade e pertinência, estabelecidas pela autora para a realização da análise.⁵

Em seguida, foi executada a exploração do material, segunda fase do método, onde procurou-se verificar, parafraseando Bardin, se as ações da fase anterior foram devidamente concluídas, para assim proceder com a codificação e decomposição das construções coletadas. Para a codificação, primeiramente, foram estabelecidas as unidades de registro por temas e em

seguida foram recortadas e agrupadas todas as falas que diziam respeito a cada tema. A partir disso, foram criadas as categorias que, segundo Bardin, transformam os dados brutos em dados organizados, fornecendo uma representação simplificada.⁵ Em cada categoria foram reunidas as unidades de registros que apresentavam relação, e também uma nomeação, através de um título abrangente, a categoria, a exemplo: Percepção do profissional: identificação do que é violência doméstica e como se manifesta; Necessidade de orientação externa: possibilidade de projeto para orientação da equipe; Aumento dos casos de violência doméstica: contexto Covid-19, existiu aumento devido ao isolamento?; Opinião do profissional quanto à relevância do tema: a discussão faz sentido nos Centro de Saúde da Família de Chapecó?.

Ainda nessa fase, de exploração, foi realizada a enumeração das unidades de registro por meio da contagem da frequência com que essas unidades apareceram nas falas dentro de cada categoria, considerando que a importância de cada unidade de registro é diretamente proporcional ao número de aparições. Também foi utilizada a enumeração por direção, com os polos direcionais “conhece/não conhece/conhece pouco” em uma determinada categoria.

Por último, na fase de tratamento, inferências e interpretações dos resultados, foram empreendidos esforços para que os resultados obtidos fossem significativos e válidos. Conforme Bardin considera, nesta etapa se “permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise”.^{5:127} A forma de inferência utilizada foi a específica, pois buscou-se responder ao problema de pesquisa. Para isso foram construídos quadros que permitiram a visualização facilitada de informações, como também possibilitaram constantes retornos que auxiliaram na interpretação dos resultados.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP UFFS) e foi aprovado sob o parecer nº 4.301.333. Também, foi aprovado mediante parecer consubstanciado nº 031-001/2019 pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó. A coordenação local do CSF, também aprovou a realização da pesquisa por meio da Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas.

Resultados e discussão

No total, 23 profissionais participaram da pesquisa, sendo 8 na etapa presencial e 15 na etapa on-line. No quadro 1 são apresentadas algumas características das participantes da

pesquisa como a profissão, a idade, o ano de formação, experiência profissional anterior e área de atuação da Unidade básica de saúde.

Nome	Profissão	Idade	Ano de formação	Experiência profissional	Cargo no CSF/ tempo de atuação
P1	Enfermeira	45	1997	Docente	Coordenadora e enfermeira assistencial – 23 anos
P2	Enfermeira	37	2006	Apenas acadêmica	Enfermeira – 13 anos
P3	Enfermeira	30	2010	Hospitalar	Enfermeira – 09 meses
P4	Enfermeira	33	2009	Não possui	Enfermeira – 10 anos
P5	Enfermeira	27	2015	Hospital, Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Coordenadora – 04 anos
P6	Enfermeiro	44	2007	UPA	Enfermeiro – 06 anos
P7	Médica	34	2014	Preceptoria	Médica – 5 anos
P8	Médica	33	2015	UPA, Pronto Atendimento, SAMU	Médica – 01 ano
P9	Dentista	37	2004	Dentista no setor privado	Dentista – 14 anos
P10	Dentista	41	2002	Não possui	Dentista - 17 anos
P11	Assistente social	35	2010	Agente comunitário de saúde (ACS)	Assistente social – 06 anos
P12	Psicóloga	54	2003	Psicóloga	Psicóloga – 11 anos
P13	Farmacêutica	39	2006	Hospital, farmácias privadas	Farmacêutica – 09 anos
P14	Auxiliar de saúde bucal (ASB)	42	Não recorda o ano	Atendente de farmácia, recepcionista, telefonista	ASB – 14 anos
P15	Auxiliar de enfermagem	35	2008	Não possui	Auxiliar de enfermagem – 10 anos
P16	Auxiliar de enfermagem	45	2012	Não possui	Auxiliar de enfermagem – 10 anos

P17	Auxiliar administrativo	38	2011	Unimed, sadia, unochapecó	Auxiliar administrativo – 20 dias
P18	ACS	53	Segundo grau incompleto - não se lembra o ano	Vendedora, costureira	ACS – 14 anos
P 19	ACS	30		Vendedora, agente de endemias	ACS - 03 anos
P20	ACS	27	2018	Comércio	ACS – 02 anos
P21	ACS	38	2011	Não possui	ACS – 10 anos
P22	ACS	40	2009	Frigorífico	ACS – 02 anos e 06 meses
P23	ACS	35	2000	Não possui	ACS – 01 ano

Fonte: elaborado pelas autoras.

Conforme destaca Vargas no artigo *Atuação do Profissional e Saúde na Atenção Primária Frente à Violência Doméstica à Mulher*, é importante que o profissional de saúde tenha ciência de que o maior contato com as mulheres de uma determinada área demanda que a equipe da Estratégia de Saúde da Família (eSF) seja responsável por conhecer as mulheres vítimas de violência doméstica, bem como as mulheres que são vulneráveis a esse grave problema de saúde pública.⁶ Portanto, a eSF deve estar apta para oferecer suporte necessário à vítima de violência “[...] ajudando-as a compreenderem, analisarem e tomarem as decisões pertinentes à problemática”.⁷

O perfil corresponde em maioria a profissionais do sexo feminino, grande parte sendo enfermeiras e ACS, com idade entre 30 a 39 anos, formados entre 2000 e 2010, com trabalhos anteriores a atual ocupação na área da saúde e na atual função há mais de 10 anos.

A análise dos dados possibilitou a construção de categorias onde os dados são apresentados e discutidos, sendo estas: Percepção e identificação do que é violência: “[...] *são várias formas de violência né, não só física* [...]”; Necessidade de orientação para a equipe: capacitação para conhecer a rede de serviços, identificar casos suspeitos e direcionar o atendimento; Contexto COVID-19: “[...] *aumentou [a violência] pela situação de estresse e maior tempo juntos em casa*”; Discutir violência é importante: “[...] *falta sensibilizar ainda mais*”.

Percepção e identificação do que é violência: “[...] são várias formas de violência, não só física [...]”

A violência física foi citada por 20 participantes, a psicológica por 13 dos respondentes e a verbal por 11 deles, mostrando que há um reconhecimento do que pode ser definido como violência. A privação de patrimônio, agressão moral e sexual foi citada com menor frequência. No presente artigo, partimos do conceito de violência doméstica baseado no conceito ampliado descrito na Folha informativa- Violência contra mulher, da OMS Brasil adotada pela Organização Pan-Americana da Saúde, que define:

a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada.^{8:1}

As falas abaixo apontaram como os participantes identificam a violência doméstica em seu cotidiano de trabalho.

“Então, são várias formas de violência, não só física [...] tem muitas mulheres que são violentadas psicologicamente [...] muitas vezes por bullying [...] E acaba talvez não se dando conta né, muitas vezes que tão sendo agredidas verbalmente [...]”. (P1)

"Tanto verbal quanto física né, os pacientes vem e contam o que elas passam em casa, as vez ser diminuída né, pelo simples fato de ser mulher, ou o próprio..a violência de bater mesmo né”. (P7)

A fala acima mencionada, destaca aspectos tanto físicos quanto mentais de violência manifesta, ressaltando o aspecto verbal da violência, tão mencionada nos dias atuais seja pela toxicidade das relações e que tem aspectos muito sutis para identificação no cotidiano dos profissionais. Uma pesquisa mostrou que os profissionais, muitas vezes, sabem o que é violência, mas sentem-se inseguros e precisam desenvolver habilidade interpessoal para abordar o assunto da violência doméstica com mulheres.⁶

Conforme destaque da OPAS/OMS, o ato de subjugar, diminuir também é uma violência.⁸ Neste sentido P2, P3, P9 e P11, consideram violência como sendo:

“toda violência psicológica, verbal, física que as pessoas.. ameaças, que as pessoas fazem pra outra pessoa né [...] até a questão de você inibir a pessoa, usar algum, algum problema que ela tem físico, pra inibir ela de alguma forma [...] a forma de tratamento”. (P2)

“[...] todo tipo de violência tanto física quanto verbal, pra... que ocorre na residência, tanto a nível familiar, não só com vínculos de sangue mas também, han, de convívio [...] tanto com criança, homem, mulher [...]”. (P3)

“Toda e qualquer violação, opressão, ameaça, bater, xingar, que venha ocorrer contra a mulher no seu ambiente familiar em uma relação afetiva”. (P11)

“Qualquer ato que viole a integridade física ou psicológica de uma pessoa, ocasionada dentro do lar ou por familiares/companheiros(as)”. (P9)

Superando a visão da violência apenas como aquela que causa dano físico, os profissionais trazem importantes considerações sobre as diferentes formas de violência íntima. Estimativas globais publicadas pela OMS indicam que aproximadamente uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida.⁸ Este dado denota que a violência doméstica é um problema de saúde pública que deve ser discutido, estudado e enfrentado por políticas públicas e profissionais de saúde em todos os âmbitos e níveis de atuação, mas, principalmente os profissionais da rede primária, que, muitas vezes são o primeiro acesso das usuárias.

Necessidade de orientação para a equipe: capacitação para conhecer a rede de serviços, identificar casos suspeitos e direcionar o atendimento

Quando questionados sobre as necessidades de capacitação da equipe, dos 23 profissionais entrevistados nesta pesquisa, apenas 7 deles conhecem a rede de atenção a violência doméstica de Chapecó, apenas 1 relatou que conhece parcialmente e do total entrevistado 15 dos profissionais desconhecem a rede completamente, o que faculta um valor de 70% da equipe que sequer sabe como funciona e qual a importância da rede de atenção a violência doméstica. Assim sendo, a maioria dos profissionais destaca que é preciso orientação técnica à equipe, para, conforme o relato, ter capacitação para conhecer, identificar e direcionar o atendimento. Neste sentido a participante P13 destaca em sua fala:

“Capacitação para conhecer a rede de serviços, identificar casos suspeitos e direcionar o atendimento”. (P13)

Os processos formativos, são necessárias principalmente para desenvolver nos profissionais a confiança necessária para dar uma orientação de forma assertiva, quando necessário, neste sentido o participante P9 considera ainda:

“Creio que seja necessário capacitações sobre o assunto para os profissionais da saúde. Não me sinto confortável em orientar, encaminhar ou sugerir ações para pacientes vítimas ou que eu tenha suspeitado serem vítimas de violência. Seja por desconhecimento ou mesmo por receio de estar "invadindo" a privacidade da(o) paciente.”.
(P9)

Corroborando a fala de P9, destaca-se que os serviços de saúde ainda têm uma condução insatisfatória, devido principalmente ao despreparo dos profissionais para atender adequadamente às mulheres.⁹ O participante P2 ainda considera

“Capacitação para alguns profissionais compreenderem que mulheres retornam para os agressores por inúmeras razões psicológicas e não por "gostarem de apanhar”. (P12)

Este também é um limitador no enfrentamento a violência, não obstante, para que este contexto seja modificado é importante que o processo de trabalho em saúde permita que os profissionais estejam capacitados a promover um relacionamento convergente as mulheres, que se transformam de objetos de intervenção em saúde, a sujeitos de uma relação, que precisa ser considerada e compreendida em suas complexidades, toda ação em saúde precisa ser pensada, sendo necessária uma ação em saúde que vise a promoção à saúde, prevenção da violência e cuidado dos agravos que esta gera, sejam eles físicos e/ou psicológicos.¹⁰

Nesse sentido, o maior entrave advém do próprio profissional de saúde e envolve fatores que variam desde formação inadequada até a ocorrência de conflitos morais e éticos que culminam na culpabilização e responsabilização das vítimas pela situação de violência em que se encontram.¹¹ A fala de P11 também aponta que a formação adequada poderia romper com julgamentos de alguns profissionais, preparando-os para o cuidado.

“a gente sabe que acontece muito né, mesmo os dados estatísticos são subnotificados, mas a realidade a gente não sabe [...] é um tema importante que tem que ser debatido, que acontece muito”. (P10)

“Capacitação em primeiro lugar para que os profissionais possam romper com os julgamentos enfim o que está velado por trás de muitas condutas profissionais. Melhorar o atendimento e capacitar para que todos possam realizar um acolhimento e identificar alguma situação de violência, capacitar sobre a rede de apoio e o protocolo de atendimento as vítimas de violência sexual, reforçar sobre a notificação compulsória. Criar estratégias junto a comunidade para que essa também denuncie situações de violência nas quais ocorre na casa ao lado. Discutir dados epidemiológicos para pensar ações educativas no território”. (P11)

“Na maioria das vezes foi relato da mulher sobre violência cometida há poucas horas com o companheiro, sendo necessário notificar e preencher questões burocráticas”. (P17)

As falas acima de P10, P17 e P11 trazem também a importância da notificação dos casos. Neste sentido, observa-se que o desconhecimento da epidemiologia da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo aumenta sua invisibilidade.¹² Pesquisa mostrou que existe uma invisibilidade da violência nos serviços de atenção primária do Brasil e apontou a necessidade de reorganização do processo de trabalho na atenção primária para além da queixa conduta, pautando-se na abordagem sociocultural e ampliada dos grupos de indivíduos em situações de violência.¹³ A não identificação da situação de violência leva a invisibilidade da situação e a ausência da notificação ao sistema de vigilância em saúde. Uma das dificuldades dos profissionais para notificar o caso de violência está na falha na identificação da violência no serviço de saúde, na quebra de sigilo profissional, na escassez de regulamentos que firmam os procedimentos técnicos para isso e na ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar.¹⁴

Na fala de P11 também é citada a necessidade de conhecimento da rede de apoio e do protocolo regional de assistência a mulheres vítimas de violência sexual. O documento foi criado em 2018, trazendo orientações para os profissionais sobre a rede de assistência, os serviços que podem ser acionados e como notificar os casos de violência sexual. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde, poderia ser outra ferramenta para preparo e formação em serviço dos profissionais, tendo em vista, a dinamicidade de serviços e ações jurídicas, sociais e de saúde que precisam ser acionados ao mesmo tempo na rede para assistir uma mulher vítima de violência.¹⁵ A educação permanente pode incentivar os trabalhadores capacitados a serem agentes multiplicadores do conhecimento, a fim de contribuir com a diminuição do número de

casos de violência contra a mulher e com a qualificação profissional de outros trabalhadores da saúde.¹⁶

Contexto covid-19: “[...] aumentou [a violência] pela situação de estresse e maior tempo juntos em casa”

Na etapa on-line, com 15 participantes, buscou-se compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto a ocorrência de mudanças no cenário da violência doméstica no contexto da pandemia de SARS-CoV-2/Covid-19. Como resultado, 11 (75%) dos respondentes relataram o aumento do número de casos de violência, enquanto os outros 4 (25%) não perceberam mudanças.

Entende-se que é consenso para quem respondeu com afirmativa e justificou sua opinião, que o aumento se deu em decorrência do maior tempo de convivência com o agressor, em decorrência da medida de isolamento social para a contenção da pandemia. Sobre o isolamento, com maior frequência, as mulheres são vigiadas e impedidas de conversar com familiares e amigos, o que pode ampliar a margem de ação para a manipulação.¹⁷ O controle das finanças domésticas também se torna mais acirrado, com a presença mais próxima do homem em um ambiente que é mais comumente dominado pela mulher. A perspectiva da perda de poder masculino fere diretamente a figura masculina, servindo de gatilho para comportamentos violentos.¹⁸

Estas percepções se destacam nas falas de alguns dos profissionais, sendo estas abaixo mencionadas:

“devido a convivência em tempo integral e a pressão que todos já estamos enfrentando com os medos de uma doença sem um tratamento específico e todas as consequências ocorridas”. (P15)

“aumentou pela situação de estresse e maior tempo juntos em casa”. (P12)

“Os usuários estão mais distantes dos serviços, mudanças econômicas e de rotina de vida podem ter influência nisso”. (P17)

“Aumento de casos verificados pelos noticiários, levando em conta a situação de isolamento com as consequências econômicas e emocionais que o acompanham”. (P13)

As falas destacam os aspectos relacionados ao estresse, medos e consequentes divergências conjugais implícitas ao contexto de instabilidade como um todo e refletido nas

relações conjugais dentro do contexto da COVID-19.¹⁹ A menor frequência nos serviços de saúde também tem influenciado na ocorrência das violências.¹⁷

Nesta lógica, pode-se ainda destacar que a perda do controle financeiro pelo homem, devido às consequências econômicas do cenário de pandemia, pode vir a ser transferidas para o controle físico através da violência, acirrada ainda mais pelo estresse da instabilidade que todo o cenário expôs.¹⁸

A pandemia agrava um cenário de violência doméstica que já era conhecido dos profissionais da saúde. De 1 a 25 de março de 2019, no Brasil, houve aumento dos casos de violência doméstica de 18% no número de denúncias registradas pelos serviços Disque 100 e Ligue 180.²⁰ Ao analisar o aspecto vínculo com o autor de feminicídios, revela-se que 88,8% dos feminicídios foram praticados por companheiros ou ex-companheiros.²¹ Nesse sentido, conviver por períodos de isolamento com o agressor pode ser um gatilho para agressões mais graves e até morte.

Discutir violência é importante: “[...] falta sensibilizar ainda mais”

Dos participantes, 8 (34%) responderam que é necessário sensibilizar mais os profissionais para o cuidado da mulher vítima de violência. O desafio dos profissionais da saúde está na identificação da rede que pode estar em constante mudança, exigindo de todos os profissionais a constante pactuação e construção desse caminho assistencial, sendo que identificar a rede de proteção contra a violência é urgente para o enfrentamento do problema.¹⁰ Conforme P4, P11 e P13:

“Acredito que somos despreparados para esses atendimentos e as situações intersetoriais são insuficientes e costumam demandar tempo e desgaste para nós profissionais diante das recusas de assistência dos demais setores”. (P4)

“Temos muitos que discutir coletivamente e melhorar enquanto diálogo entre a rede de serviços”. (P11)

“[...] conhecer a rede de serviços, identificar casos suspeitos e direcionar o atendimento”. (P13)

“[...] pode ser outro serviço que tenha casa abrigo das mulheres, tem vários serviços que pode ser a porta de entrada que também fazem parte da rede de atenção à saúde da mulher”. (P1)

“[...] acredito que deveria ter uma rede, que auxiliasse meio que junto até, com a delegacia com a mulher, uma coisa que pudesse ter um atendimento não só psicológico mas médico também”. (P3)

Muitas vezes, a mulher que decide romper com o agressor necessita de diferentes serviços de atendimento que vão desde o acolhimento jurídico, social até cuidados de saúde física e mental, exigindo que o profissional envolvido no atendimento consiga ofertar opções de moradia nas casas de apoio, medidas protetivas, auxílios socioeconômicos e apoio com as crianças em idade escolar, entre outros. Essa complexa rede de cuidados que a situação de violência exige, muitas vezes, não é entendida por muitos profissionais como sendo função da área da saúde, exigindo que a mulher construa sua caminhada assistencial.²² A integração de um trabalho intersetorial necessita primeiramente de um diálogo inicial entre os serviços para que possa haver comunicação, evitando rotas críticas, produzindo cuidado e respostas às demandas das mulheres.²³

A situação de violência exige que os profissionais extrapolem o cardápio oferecido apenas nas organizações de saúde, buscando os serviços que possam cuidar de modo integral e que estejam interligados, evitando rotas críticas.²³⁻²⁴ Pensando nisso, todos os profissionais envolvidos no cuidado precisam pensar as ações desde a notificação até o encaminhamento dos casos. Em algumas entrevistas pode-se perceber a visão de que a enfermagem é a responsável por esta tarefa na unidade de saúde, conforme P1 e P14:

“ainda falta sensibilizar ainda mais, todas as categorias, não só a enfermagem mas médicos, enfim..todas as categorias da área da saúde, agente de saúde que é o que vai na casa, que às vezes pode tá presenciando [...]”. (P1)

“[...] eu acho que até o pessoal da enfermagem mesmo, sempre orienta eles, já comunica né se está tendo alguma coisa”. (P14)

A centralidade do cuidado talvez seja depositada mais na enfermagem pelo seu papel de escuta e triagem em muitas unidades de saúde.²² No entanto, a discussão sobre a formação para o SUS, o papel de cada profissional da equipe de saúde da família e da atenção básica tensionam este paradigma. O conhecimento dos profissionais sobre outros serviços, que não os próprios, não pode ser parcial, devendo existir fluxograma estabelecido e trabalho coordenado em rede.²³

Nesse sentido, várias publicações abordam a importância da inserção nos currículos da graduação de discussões que contemplem o gênero e o acolhimento.^{06,22-23} O bom atendimento não pode depender da boa vontade dos profissionais que, muitas vezes, não têm acesso à formação adequada nem durante suas formações acadêmicas e nem em serviço.²³ O trabalho em rede deve ser apreendido durante a formação assim como a constante necessidade de comunicação e aperfeiçoamento dessas relações.²²

Considerações finais

Os profissionais da saúde entrevistados sabem o que é violência doméstica e suas diferentes manifestações. Porém, muitos desconhecem a rede assistencial e os serviços de acolhimento, bem como o protocolo municipal. Este desconhecimento implica na ausência da notificação dos casos e na invisibilidade da violência doméstica. As capacitações e a implementação de ações de educação permanente em saúde poderiam atuar favoravelmente na constante qualificação de profissionais para atuarem na atenção básica. No período da pandemia, os profissionais responderam que observaram em suas práticas um acréscimo dos casos de violência doméstica devido ao isolamento social e aumento de situações estressoras.

São apontados pelos profissionais a necessidade de conhecimento da rede de serviços e do aumento de ações intersetoriais, devido à dinamicidade da assistência às mulheres que passam por violência doméstica. Também, maior sensibilização dos profissionais desde a formação para trabalhar com essa temática, tanto de modo a mobilizar ações de acolhimento e psicoeducação em saúde da mulher e gênero, quanto orientações técnicas sobre o protocolo municipal de enfrentamento à violência doméstica e orientação adequada a vítimas.

Desvelar a violência no interior dos serviços e explicitar seus desdobramentos por meio de práticas de pesquisa se mostrou um dispositivo estratégico para o engajamento de profissionais com o tema e para que a academia adote práticas de formação e produção de conhecimento que auxiliem o enfrentamento da violência. Sugere-se ainda para o serviço a busca técnicas de acolhimento e escuta em psicologia voltadas a orientar profissionais da enfermagem para que se sintam mais preparados para ouvir e promover cuidado em saúde sempre que se fizer necessário.

Referências

1. PEQUENO M. Violência e direitos humanos. *Rev Filas.* 2016; 28(43):135-146. doi: 10.7213/aurora.28.043.DS07
2. Assembléia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. [Internet]. 1948 [acesso 2020 jun 03]. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 2019 jun 03.
3. Conselho Nacional de Justiça. Lei Maria da Penha. [Internet]. 2020 [acesso 2021 jan 10] Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/violencia-contra-a-mulher/>
4. Sistema integrado de segurança pública. Indicadores de criminalidade. [Internet]. 2019. [acesso 2020 jun 10] Disponível em:< <https://www.ciasc.sc.gov.br/>>
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Abrasco Livros Ed. 70 SP, 2011.
6. Vargas EB, Santos EH. Atuação do profissional de saúde na atenção primária frente à violência doméstica à mulher. [monografia]. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina. 2017 [acesso em 2021 fev 05]. Disponível em:<<https://riuni.unisul.br/handle/12345/2308>>
7. Lima JCV de, Santos RC dos, Silva JC da, Silva R de SC da, Souto CMRM, Souto RQ, et al. Rastreamento e encaminhamento de casos de violência contra a mulher por enfermeiras na estratégia de saúde da família. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [acesso 2021 abr 10]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65579>.
8. Organização Panamericana de Saúde. OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Violência contra as mulheres. [Internet] 2017. [acesso em 2021 fev 05]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820
9. Holanda ERD, Holanda VRD, Vasconcelos MSD, Souza VPD, Galvão MTG. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. *Rev. Brasileira em Promoção da Saúde* [Internet]. 2018 [acesso 2021 abr 10]; 31(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6580>
10. Souza TMC, Rezende FF. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. *Est. Inter. Psicol.* [internet]. 2018 [acesso 2021 abr 10]; 9(2):21-38. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso. ISSN 2236-6407
11. Souza AAC, Cintra RB. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. *Rev. Bioét.* 2018; 26(1):77-86. doi.org/10.1590/1983-80422018261228.
12. Viana AL, Lira MODSC, Vieira MCA, Sarmiento SS, Souza APLD. Violência contra a mulher. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2018; 12(4) 923-29. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110273p923-929-2018>
13. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25(6), 2247-2257. doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018.
14. Oliveira BGD, Freire IV, Assis CS, Sena LDS, Boery RNSDO, Yarid SD. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 abr 10]; 26(3):403-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263260>.

15. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Protocolo de atenção às vítimas de violência sexual dos municípios da região da AMOSC [Internet]. Chapecó (SC); 2015 [acesso em 2021 mar 02]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/atencao-as-pessoas-em-situacao-de-violencia/eventos/seminario-formacao-de-rede-intersetorial/10534-protocolo-regional/file>
16. Santos JPB, Lima RRT. Educação permanente em saúde para qualificar o acolhimento às mulheres vítimas de violência: debatendo uma proposta. *Research, Society and Development*. 2020; v.9, (n.1). doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1859>
17. Campos B, Tchalekian B, Paiva V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de sars-cov-2/ covid-19 em são paulo. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte. 2020 Sep 04; v. 32. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240336>
18. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23. doi: 10.1590/1980-549720200033
19. Roesch E, Amin A, Gupta J, Moreno CG. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ*. 2020 may 07; 369:m1712. doi: 10.1136/bmj.m1712
20. Brasil. Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena [Internet]. Brasil: Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ODNH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena> Acesso em 2021 Fev 28.
21. Reuters. Calls to Spain's Gender Violence Helpline Sharply During Lockdown. *The New York Times* [Internet]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/reuters/2020/04/01/world/europe/01reuters-health-coronavirus-spain-domestic-violence.html>. Acesso em 2021 Mar 02.
22. Oliveira TM, Ferigato SH. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2019 Sep; 27(3): 508-521. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1729>
23. Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface (Botucatu)*. 2017 Jan./Mar. Vol.21 no.60. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0357>
24. Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2016; 21, 52-62. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0357>