



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO- BRASILEIRA
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIANA DE OLIVEIRA PINHEIRO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE
DA FAMÍLIA: SABEMOS OUVIR ÀQUELAS QUE TÊM ALGO A MAIS A DIZER?**

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2018

MARIANA DE OLIVEIRA PINHEIRO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE
DA FAMÍLIA: SABEMOS OUVIR ÀQUELAS QUE TÊM ALGO A MAIS A DIZER?**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Senu em Saúde da Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a M.^a Ana Maria Martins Pereira.

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2018

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da Unilab
Catalogação de Publicação na Fonte

P721v

Pinheiro, Mariana de Oliveira.

Violência contra a mulher no contexto da Estratégia da Saúde da Família : sabemos ouvir àquelas que têm algo a mais a dizer? / Mariana de Oliveira Pinheiro. - 2018.
63 f. : il.

Monografia (especialização) - Instituto de Educação à Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2018.
Orientadora: Prof.^a M.^a Ana Maria Martins Pereira.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Violência contra as mulheres. I. Título.

BA/UF/BSCM

CDD 305.42

MARIANA DE OLIVEIRA PINHEIRO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE
DA FAMÍLIA: SABEMOS OUVIR ÀQUELAS QUE TÊM ALGO A MAIS A DIZER?**

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Especialista em da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Data de aprovação: 10/11/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a M.^a Ana Maria Martins Pereira (Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - Unilab

Prof.^a M.^a Ana Beatriz Diógenes Cavalcante

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - Unilab

Prof.^a M.^a Maria Adelaide Moura da Silveira

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - Unilab

RESUMO

O presente estudo buscou compreender de que forma ocorre o atendimento às mulheres em situação de violência no âmbito da Atenção Primária com recorte na Estratégia de Saúde da Família. Realizou-se estudo de abordagem qualitativa, com método de pesquisa descritivo, interpretativo e explanatório da análise de conteúdo, a partir da revisão bibliográfica de artigos científicos selecionados na Biblioteca Virtual e Saúde – BVS. Observou-se que a compreensão que os profissionais da ESF possuem acerca da temática da violência contra a mulher ainda se apresenta de forma individualizada e descontextualizada que, por sua vez, reverbera no modo como tem prestado o acolhimento a este público, para além da presença de dificuldades e desafios a serem enfrentados neste contexto. Assim, concluiu-se que iniciativas como possibilitar maior preparo e capacitação da equipe, a atuação multidisciplinar e o cuidado com usuária e cuidador se constituem enquanto ferramentas de transformação neste processo.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Violência contra as mulheres.

ABSTRACT

The present study sought to understand how the care given to women in situations of violence in the primary care context with a cut in the Family Health Strategy occurs. A qualitative study was carried out with a descriptive, interpretive and explanatory method of content analysis, based on a bibliographical review of selected scientific articles in Biblioteca Virtual e Saúde – BVS. It was observed that the understanding that the professionals of the ESF have on the subject of violence against women still presents itself in an individualized and decontextualized way that, in turn, reverberates in the way that has provided the reception to this public, besides the presence difficulties and challenges to be faced in this context. Thus, it was concluded that initiatives such as enabling greater preparation and training of the team, multidisciplinary action and care with user and caregiver constitute as transformation tools in this process.

Keywords: Family Health Strategy. Violence against women.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAISM	Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
VCM	Violência contra a mulher

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: CONCEITOS E INSERÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE	11
2.2	PERCURSOS NO CUIDADO EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	15
2.3	ASSISTÊNCIA À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL	17
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
4.1	EIXO 1 - COMPREENSÃO ACERCA DOS CONCEITOS DA ESF E DA VCM E SUAS ARTICULAÇÕES	29
4.1.1	Caracterização da ESF e sua contribuição no contexto da VCM	29
4.1.2	Compreensão do conceito de VCM e das necessidades das usuárias no âmbito dos profissionais da ESF	33
4.2	EIXO 2 - UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA: IDENTIFICAÇÃO DE AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESF NO MANEJO DA VCM, SEUS DESAFIOS E LIMITAÇÕES	36
4.2.1	Identificação dos recursos e estratégias existentes no trato com a VCM	36
4.2.2	Reconhecimento acerca das dificuldades e desafios existentes no manejo com a VCM	38
4.3	EIXO 3 - PODER OUVIR O QUE SE TEM À MAIS A DIZER: CONSTRUÇÕES SOBRE NOVAS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO	43
4.3.1	Realização de encaminhamento responsável e importância da atuação em rede	43
4.3.2	Assertividade na atuação de modo interdisciplinar nas unidades da ESF	46
4.3.3	A importância da construção de vínculo entre a mulher e os profissionais da ESF: exercendo o acolhimento	49
4.3.4	Elaboração de intervenções que fortaleçam as potencialidades da mulher	51
4.3.5	Realização de ações de promoção e prevenção	52
4.3.6	Importância da capacitação e educação continuada para os profissionais da ESF	54
4.3.7	Pensar acerca do cuidado com o cuidador	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

Este estudo busca investigar o processo de acolhimento a mulheres em situação de violência sob a perspectiva do âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), com recorte na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para tanto, visa analisar de que forma a ESF compreende a violência contra a mulher e como este fenômeno tem sido abarcado no contexto do cuidado em saúde.

A violência contra a mulher diz respeito a uma temática extremamente complexa, multicausal, de origem histórica, econômica, cultural e política e que, atualmente, tem ganhado uma visibilidade cada vez mais abrangente. Pode-se dizer que a violência contra a mulher está relacionada ao conceito de violência de gênero, o qual Saffioti (2015) afirma que engloba tanto a violência de homens contra mulheres quanto a de mulheres contra homens, uma vez que o conceito de gênero é amplo, aberto e diz respeito a uma categoria histórica relacionada a diversas instâncias: símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos enquanto interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade subjetiva e, de certo modo, uma gramática sexual, de modo a regular não somente as relações homem-mulher, mas também as relações homem-homem e mulher-mulher.

Neste ínterim, são muitas as formas de representação da violência contra a mulher. Dentre elas, tem-se a violência intrafamiliar, que diz respeito a toda ação ou omissão que afete o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, que pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra, estando, deste modo, se referindo não apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói e efetua neste contexto (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2017).

A violência doméstica, por sua vez, está relacionada à violência intrafamiliar, mas diferencia-se por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2006). A violência física é caracterizada pela ação de alguém com a intenção de causar dano por meio de força física de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas (MOREIRA; SOUZA, 2012). A violência psicológica inclui toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento do sujeito. Esta

violência também possui conexão com a violência moral, compreendida como ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2017).

Em sequência, se faz presente a violência sexual, que compreende toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de instrumentos de coerção. Nessa relação, o abusador objetiva estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual, de modo que a violência pode apresentar-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas através de agressões físicas, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual com ou sem penetração (SANTOS; DELL'AGLIO, 2008).

Considerando estes tipos de violência praticados contra a mulher, insere-se a atuação da ESF enquanto possível dispositivo de transformação. A violência contra a mulher pode desencadear consequências tanto para a saúde mental como reprodutiva, o que faz com que a procura pelos serviços de saúde aumente de forma significativa (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Diante deste contexto, a APS, representada pela Estratégia Saúde da Família, é um dos locais privilegiados para atender a violência contra a mulher como demanda de saúde em uma perspectiva social (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

A ESF é compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada na implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Assim, tem como objetivo a reorganização da atenção básica no Brasil, buscando expansão, qualificação e consolidação da atenção básica para, com isto, ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Neste modelo, acaba se tornando um dispositivo que acolhe inúmeras situações vivenciadas pela população, sendo a ocorrência da violência contra a mulher uma delas (BRASIL, 2016).

Vislumbrando este contexto é que surge a proposta deste estudo, na medida em que busca analisar de que forma a ESF compreende a violência contra a mulher e como este fenômeno tem sido abarcado no contexto do cuidado em saúde. Como visto, a APS é um dos principais segmentos em saúde que engloba esta parcela da população, o que chama a atenção para a

necessidade em se verificar como este cuidado tem sido feito, bem como as possíveis lacunas presentes e, conseqüentemente, quais são os âmbitos que necessitam serem atualizados e modificados.

Assim, torna-se importante compreender como a ESF tem realizado a incorporação dos elementos quanto ao cuidado em saúde para a mulher vítima de violência em sua dinâmica de funcionamento, se possui recursos físicos e humanos capacitados para o trato com esta temática e com este público que, muitas vezes, busca este serviço de saúde trazendo o seu corpo e história de vida marcados pela violência. A atenção básica possui significativa relevância enquanto porta de entrada das mulheres ao acesso de serviços que possam assegurar seus direitos e condições e até mesmo encerrar o ciclo de violências em que se encontram.

Neste contexto, está inserida a relevância deste estudo, na medida em que possibilita a verificação destes elementos e o destaque tanto dos aspectos que se fazem presentes de forma efetiva, como também os pontos que necessitam de maior investimento ou reformulação. Destarte, o objetivo deste trabalho visa compreender de que forma ocorre o atendimento às mulheres em situação de violência no âmbito da Atenção Primária com recorte na Estratégia de Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: CONCEITOS E INSERÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

A violência contra a mulher compreende uma temática de extrema importância e que está diretamente ligada aos aspectos históricos, sociais e culturais que perpassam a forma de organização das sociedades, as relações de poder e gênero. Inicialmente, ao se pensar no conceito da *violência*, pode-se já compreender este fenômeno enquanto diverso e múltiplo, sendo a violência contra a mulher um dos seus segmentos.

Minayo (2006) afirma que a violência, caracterizada como um fenômeno complexo e multicausal que atinge a todos os segmentos populacionais e os afeta emocionalmente, foge a

qualquer conceituação de forma precisa e cabal. A autora assinala que há enfoques que, de um lado, sustentam a violência como resultado de necessidades biológicas, psicológicas ou sociais, isto é, que subordinam a questão social às determinações da natureza; de outro, explicam a violência como fenômeno de causalidade apenas social, provocada quer pela dissolução da ordem, quer pela reação dos oprimidos, quer ainda pela fraqueza do Estado (MINAYO; SOUZA, 1998). Conforme a autora, é necessário compreender que a violência representa um fenômeno histórico e muitas de suas expressões persistem no tempo e se estendem por quase todas as sociedades.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através do Relatório Mundial sobre violência e saúde, definiu a violência como:

[...] uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (DAHLBERG; KRUGG, 2005 apud AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008:108).

Neste contexto, entende-se que se tratando de um fenômeno sócio-histórico, a violência não se configuraria, em si, enquanto uma questão de saúde pública ou um problema médico. Contudo, tal aspecto não inviabiliza este fenômeno em sua capacidade em poder afetar significativamente a saúde:

1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2006, p. 45).

Tilio (2012) elucidada que a questão do combate e do enfrentamento da violência contra as mulheres não se limitou ao debate jurídico-legalista (igualdade de direitos) e foi assimilado a partir da década de 1980 aos debates acerca do planejamento em saúde pública. Assim, para o autor, a compreensão do enfrentamento da violência como uma questão de saúde pública se justifica porque, por definição, a saúde pública não diz respeito aos indivíduos, mas sim à melhoria das condições de vida para o maior número de pessoas. Neste sentido, sua preocupação configura-se como prevenção dos problemas de saúde e ampliação de melhores cuidados e segurança para as populações, atuando por meio da ação coletiva de maneira

intersetorial (saúde, direitos e justiça, segurança, educação e assistência social, etc.).

Com isto, as violências e acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas configuram, na atualidade, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do Brasil e do mundo, o que evidencia a necessidade em se pensar a violência atrelada à saúde pública e nas estratégias de enfrentamento dos agravos e cuidado a população. A inserção da violência contra a mulher na agenda da saúde se dá por meio deste movimento de reconhecimento do fenômeno da violência enquanto uma realidade social e da movimentação e protagonismo das organizações e ações dos grupos feministas. Minayo (2006) afirma que, a partir de uma estratégia direcionada a criação da consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esses movimentos pressionaram e continuam a pressionar o setor saúde para que atue ativamente neste sentido e possa oferecer respostas concretas não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas para agir nas causas, por meio da programação e execução de ações.

Felipe et al. (2014) trazem que no Brasil o reconhecimento da violência contra a mulher como uma questão de saúde foi anterior às formulações internacionais, já se encontrando em pauta desde 1980 através da formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), em 1983. Afirmam que, a partir deste marco, passam a surgir diversos programas, normas técnicas e planos com o objetivo de qualificar os profissionais do SUS e, portanto, garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, o que caracterizam como base para uma saúde pública de fato universal, integral e equânime.

Assim, foram endereçados à área da saúde os mais diferentes problemas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero. Neste contexto, a força do feminismo na abordagem do diagnóstico, que passou a ser considerado numa perspectiva situacional, e nas propostas de ação relativa a gênero, começam a aparecer nos documentos dos organismos internacionais do setor saúde, como, por exemplo, o que apresenta as conclusões da Conferência sobre Violência e Saúde realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em Washington em 1994 (TILIO, 2012; OPAS, 1994 apud MINAYO, 2006).

O entendimento acerca da violência contra a mulher perpassa uma aproximação e olhar

associados à perspectiva de gênero. Sobre isso, Minayo (2006, p. 93) afirma que gênero “diz respeito a relações de poder e à distinção entre características culturais atribuídas a cada um dos sexos e a suas peculiaridades biológicas. As características de gênero se fundam na hierarquia e na desigualdade de lugares sexuais”. Assim, a violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construídos nas relações entre homens e mulheres, reproduzido no cotidiano e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias.

Traz que a expressão violência de gênero deve muito de sua força ao movimento feminista que, junto com a politização da questão ambiental, constituem os dois mais importantes movimentos sociais do século XX. Menciona que a sua estratégia de ação se centrou na desconstrução das seculares raízes culturais da inferioridade feminina e do patriarcalismo, nas denúncias das diversas formas de violência, nas tentativas de modificar as leis que mantinham a dominação masculina e na construção de novas bases de relação, protagonizadas por meio de mudanças de atitudes e de práticas nas relações interpessoais. Assim, problemas que, até então, permaneciam como segredos do âmbito privado passaram a ter visibilidade social (MINAYO, 2006).

Considerando os dados estatísticos, tem-se que a violência de gênero, ainda que diga respeito a relações que envolvam homens e mulheres, incide principalmente sobre as pessoas do sexo feminino. Neste sentido, estima-se que esse problema cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Há uma estimativa brasileira de que pelo menos 35% das queixas levadas pelas mulheres aos serviços de saúde estejam associadas a violências que sofrem, principalmente nas relações conjugais. Essas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras (MINAYO, 2006).

Borburema et al. (2017) afirmam que a literatura acerca do fenômeno da violência contra mulher evidencia as maiores prevalências das violências psicológica e física associadas à situação de vulnerabilidade social. Assim, trazem o conceito de Ayres acerca da vulnerabilidade social enquanto movimento que considera a exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao

adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Em complemento a esta ideia, Minayo (2006) postula que a violência contra mulheres, em sua maioria, se exprime na esfera privada, podendo, por exemplo, manifestar-se no seio da família com a violação incestuosa, com as mutilações genitais, com o infanticídio, ou mesmo com os casamentos forçados. Dentro do casamento, expressa-se na relação por meio do estupro conjugal, pelas pancadas, pelo controle psicológico ou mesmo no próprio feminicídio. No domínio público, por sua vez, a violência se manifesta pelo assédio sexual e moral no trabalho, pelas agressões sexuais, pelo estupro, pelo tráfico sexual, pelo uso da mulher na pornografia, pela escravidão e pelas esterilizações forçadas, dentre muitas outras.

Neste bojo, todas essas expressões, frequentemente, são toleradas, silenciadas, desculpadas pela dependência das mulheres em relação aos homens ou por explicações inaceitáveis pautadas na condição masculina, que afirmam serem os homens são incapazes de controlar seus instintos, que os estupradores são doentes mentais ou que as mulheres gostam de homens agressivos. Assim, pode-se pensar que a violência contra mulher é caracteriza em grande nível de complexidade justamente por ser manifestar em formas e relações tão arraigadas e introjetadas social e culturalmente (MINAYO, 2006).

2.2 PERCURSOS NO CUIDADO EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Considerando a compreensão do contexto e incidência da violência contra a mulher, Felipe et al. (2014) afirmam que, embora o reconhecimento da violência como questão de saúde tenha encontrado espaço nos documentos e recomendações oficiais, sua concretização no cotidiano das práticas dos serviços se mostra ainda insuficiente. Segundo os autores, esta dificuldade existe uma vez que os serviços de saúde ainda não conseguiram, efetivamente, introduzir o atendimento às situações de violência contra a mulher às suas rotinas de forma qualificada. Com isto, trazem que há certo distanciamento entre a assistência e os cuidados em saúde, de modo geral, e o cuidado pautado em problemas mais identificados ao social ou à subjetividade do que ao adoecer orgânico.

D'Oliveira et al. (2009) pontuam que as mulheres podem apresentar-se aos serviços de

urgência e emergência por problemas decorrentes diretamente da violência física ou sexual (traumas, fraturas, tentativas de suicídio, abortamentos, etc.) ou recorrer a serviços de atenção primária em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência nestes casos. No entanto, alertam que este uso do serviço, ainda que frequente, é pouco resolutivo, uma vez que é ofertado um atendimento pautado no cuidado àquela situação ou demanda que se apresenta em uma perspectiva pontual, não sendo dada uma continuação e acompanhamentos sistemáticos a estas mulheres. Assim, trazem que, da perspectiva dos profissionais, estes casos tornam-se motivo de frustração e impotência, e, da perspectiva do sistema de saúde, uma demanda que gera altos custos com resultados muito pouco efetivos.

Com isto, pode-se pensar que, tendo em vista tal distanciamento destacado, a porta de entrada para estas mulheres vítimas da violência, em todas as suas formas, seja o acesso aos serviços de saúde, mas que, por vezes, ao se depararem nestes espaços, acabam não sendo compreendidas em sua integralidade, ocasionando na restrição do cuidado ofertado apenas aos aspectos ditos biológicos e, assim, sejam desconsiderados os reais causadores dos sintomas.

D'Oliveira et al. (2009) mencionam que o que se observa no cotidiano dos serviços no que se refere à violência é que estes costumam cuidar apenas das consequências/efeitos das violências vivenciadas pelas mulheres, como as lesões físicas e sofrimentos de natureza emocional. Com isto, ao realizar o cuidado, os profissionais de saúde acabam não dando visibilidade à violência como causa desses adoecimentos, encontrando-se esta como parte invisível dos diagnósticos das necessidades de saúde das mulheres, o que reverbera na criação de uma espiral de demandas e intervenções ética e tecnicamente incompetentes para uma assistência integral.

Segundo Gregory et al. (apud PACHECO et al., 2017), essas mulheres fazem de sete a oito visitas aos profissionais de saúde por motivos diversos antes de relatarem sobre o abuso sofrido, e nem sempre são abordadas diretamente quanto à sua situação de violência, atribuindo a esta a condição de um problema “invisível”, para o qual os serviços de saúde se restringem a tratar apenas seus efeitos. Alguns autores assinalam ser comum que os profissionais sintam-se impotentes diante de situações de assistência às mulheres em situação de violência. Respostas inadequadas dos profissionais da área podem levar a mais violência, como, ainda, à medicalização, negligência de cuidados e quebra de confidencialidade,

desencadeando situações de desespero às vítimas. Também por conta desse despreparo é muito frequente que os profissionais não notifiquem os casos de violência, acarretando a subestimação da morbidade por violência e alimentando sua invisibilidade.

2.3 ASSISTÊNCIA À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Ao se refletir acerca da Atenção Primária neste contexto e em sua definição, pode-se pensar que, conforma trazem Felipe et al. (2014), esse nível de atenção se apresenta como aquele de primeiro acesso da população, oferecendo um acompanhamento ao longo de toda a vida, de base territorial e comunitária, destinado a responder pelos problemas mais comuns de saúde, destacando a atenção à família em seu contexto de vida. Neste bojo, tem como prioridade não apenas as ações de cura, mas também de prevenção e promoção da saúde, muito associadas às questões de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2012 apud FELIPE et al., 2014).

A atenção primária merece um destaque quando se trata de ações referentes à violência contra a mulher por diversas razões. Em primeiro lugar, este nível de atenção tem grande ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde. Além disto, tem um aumento de cobertura e incremento recente, com valorização da ida ao domicílio através da crescente implantação da Estratégia de Saúde da Família. Este nível de atenção enseja um acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, uma relação mais próxima com a comunidade e é dirigida a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica e sexual contra a mulher (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Felipe et al. (2014) mencionam que, ainda que seja destacada a potencialidade dos serviços de atenção básica no cuidado a violência, a invisibilidade dessa questão também se faz presente, principalmente no que se refere às ações preventivas e promotoras (SCHRAIBER, 2001 apud FELIPE et al., 2014). Deste modo, a superação dessa invisibilidade é, portanto, o primeiro desafio para atenção integral às mulheres. Para tanto, os autores trazem que o primeiro exercício de tornar a violência visível, que se refere a atuar contra a sua banalização, começa no próprio serviço de saúde com o compromisso de buscar superar as diversas formas de violência contra a mulher, inclusive a violência institucional, e os estímulos à integralidade no cuidado. Reconhecido esses objetivos, postulam que os serviços devem tentar se tornar mais permeáveis às questões de violência, criando um ambiente mais acolhedor ao tema e sem

temor de tratá-lo publicamente. Teixeira (2003 apud FELIPE et al., 2014) afirma que a temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços.

Em consonância a estes fatores, pode-se pensar que muitos profissionais de saúde demonstram incertezas sobre seu papel e dúvidas a respeito de como desenvolver habilidades para a abordagem da violência. Não se sentem capacitados para atuar sobre essa situação e, frequentemente, transferem a responsabilidade do cuidado a outros profissionais, deixando de registrar os relatos, alimentando a invisibilidade da violência. Outro ponto a se considerar é o desconhecimento de protocolos para o registro das situações de violência, bem como a ausência de parâmetros comuns a todos os profissionais de saúde, o que relega o registro à subjetividade de cada profissional. Um sistema de informação que apresente os indicadores de violência e que seja padronizado poderia facilitar o registro da violência e até estimulá-lo (BORBUREMA et al., 2017).

A partir destes princípios, tem-se que, ao redor de toda a complexidade que perpassa a violência contra a mulher, existe uma falta de capacitação e preparo dos profissionais que integram os sistemas de Atenção Primária no acolhimento e trato desta temática, questão essa que perpassa o âmbito micro do processo de formação das diversas categorias profissionais em saúde, como também uma perspectiva macro que contempla a forma de organização e gestão dos segmentos públicos da sociedade.

Felipe et al. (2014) retomam a questão da invisibilidade pautada no cuidado a violência contra a mulher nos sistemas de saúde, destacando a fragilidade no processo de acolhimento a essas situações. Quando se coloca que os serviços não conseguem incluir o cuidado à violência como uma de suas atribuições no processo de atenção à saúde, pode-se concluir que, nos processos comunicantes entre serviço e usuários, estes não reconhecem que esses espaços podem oferecer ajuda à sua situação. É esse reconhecimento do não lugar do cuidado à violência nos serviços de saúde que faz com que, na maior parte dos casos, as mulheres não procurem ajuda no momento em que se inicia o ciclo de violência ou em situações em que os danos físicos e emocionais ainda não se instalaram. Pode-se dizer que é pelo reconhecimento de que os serviços de saúde cuidam, quase que exclusivamente, das questões orgânicas, que as mulheres em situação de violência apenas os procuram quando o processo de adoecimento

decorrente das agressões já está instalado.

Em termos de capacitação dos serviços de saúde no cuidado a mulheres em situação de violência, D'Oliveira et al. (2009) afirmam que no processo de criação de unidades públicas preparadas para atender mulheres em situação de violência foram criados protocolos e normas de atendimento, contudo, que não recobrem, ainda, toda a demanda gerada pela violência contra a mulher, dando conta de apenas segmentos de forma fragmentada.

Neste sentido, afirmam que, ainda nos casos quando é enunciada a violência por parte da mulher, ela não é reconhecida para o trabalho, já que não existem ações previstas para isto. Ou seja, para a violência doméstica, não há o equivalente à norma técnica para a violência sexual, que orienta as ações a serem realizadas. Portanto, ainda que a mulher diga que foi agredida física ou sexualmente, o profissional poderá ter dúvidas ou se sentir inábil para lidar diante deste contexto. Os autores também chamam a atenção para o fato de que, na maior parte dos casos assistidos nos serviços de saúde, um conjunto de profissionais tratam as mesmas demandas de uma mesma mulher, com pouco conhecimento de cada um sobre o trabalho dos outros e muito menos sobre a situação de violência que pode estar envolvida em várias das queixas e sintomas relatados.

Considerando todos estes elementos no que diz respeito à assistência a mulheres em situação de violência nos serviços de Atenção Primária, dando ênfase a Estratégia da Saúde da Família, torna-se notório o hiato existente na oferta de um cuidado qualificado e adequado a estas mulheres nestes sistemas de saúde, que, como visto, perpassa uma série de fatores que vão desde o entendimento acerca do conceito de violência e sua relação com as questões que perpassam a mulher e a temática de gênero, bem como a abertura e capacitação existentes nas estruturas dos serviços de saúde enquanto suporte neste contexto.

Assim, ao se pensar em possíveis possibilidades de transformação desta realidade, destaca-se a importância em se poder acolher a violência como problema em toda a sua complexidade, o que implica pensar na promoção da não violência, prevenção e cuidado aos casos, tanto da perspectiva do tratamento de suas consequências, como da especificidade do setor saúde na abordagem do problema da violência em si, que sendo um tema complexo, interdisciplinar, leva à necessária multiprofissionalidade e intersetorialidade da atenção. No sentido da prevenção dos casos e promoção da não violência, diversas ações podem ser sugeridas, a

saber: campanhas em meios de comunicação de massa; a educação para a igualdade de gênero; o controle de armas na sociedade; o controle da violência urbana; o controle da publicidade e do abuso de álcool; a igualdade de salários entre homens e mulheres; a igualdade na participação política (FELIPE et al., 2014).

Especialmente no que tange a prevenção, pode-se pensar em ações que podem ser realizadas pelos serviços de Atenção Primária e que perpassam o combate à violência institucional e o estímulo à integralidade da atenção, tendo em vista que estes fatores são promotores da boa comunicação e relações interpessoais no serviço, denotando de modo exemplar a prática da não violência e, por contraste, apontando sua recusa e a não reprodução desta no interior dos serviços.

Com isto, D'Oliveira et al. (2009, p. 1042) propõem que:

[...] a finalidade última do trabalho com violência contra a mulher seja o fortalecimento das mulheres e a emancipação de todos os envolvidos (população e profissionais), e não apenas o alívio da dor e o tratamento dos sintomas e agravos consequentes à violência, o que reorientaria os objetivos mais tradicionais de base biomédica do trabalho profissional em saúde. Para isto, é necessária uma forma de agir com uma importante dimensão interativa, baseada na escuta, na orientação, no acolhimento, com ênfase na comunicação com a mulher usuária e entre os profissionais, na direção de projetos assistenciais negociados e construídos em conjunto para cada caso, tendo como referência a garantia de direitos e a emancipação.

Diante disso, está lançado o grande desafio e, ao mesmo tempo, urgência que perpassam os serviços de saúde e, em especial, a Atenção Primária no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no tocante as questões voltadas para o atendimento e reconhecimento de mulheres em situação de violência.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura. Como método de pesquisa, foi utilizada a revisão de literatura que se caracteriza pelo levantamento de documentos e textos que subsidiarão o tema da pesquisa e que também servirão para avaliar a literatura disponível sobre o assunto. Neste sentido, Noronha e Ferreira (2000) definem a revisão da literatura como:

Estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado da arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menos ênfase na literatura selecionada. (NORONHA; FERREIRA, 2000, p. 191 apud MOREIRA, 2004, p. 22).

Para a obtenção dos dados foi realizada uma busca *on-line* nas bases de dados para mapeamento e seleção de materiais científicos (artigos), considerando as principais plataformas de busca da literatura científica em saúde. Neste contexto, destaca-se a Biblioteca Virtual e Saúde (BVS), uma plataforma construída pelo Ministério da Saúde e BIREME/OPS/OMS em parceria com instituições nacionais, utilizada como principal fonte de coleta deste trabalho. A partir desta plataforma, teve-se também acesso aos periódicos do *Scientific Electronic Library Online* – Scielo e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs.

As produções levantadas foram referentes ao período de 2004 a 2017, tendo em vista que no ano de 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), derivada do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher –PAISM. O total da amostra foi de 185 periódicos, sendo a seleção dos materiais feita através da leitura dos resumos e associação aos objetivos deste estudo, bem como a partir da aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram: artigos de método qualitativo e quantitativo, escritos em português, cujo tema fosse relacionado ao atendimento nos programas em saúde da família referentes a situações de violência contra a mulher publicados desde 2004 até 2017, que possuíssem avaliação significativa na *Qualis* (A1, A2, B1 e B2) e texto completo disponível.

Após a seleção dos artigos, utilizando os critérios de inclusão e exclusão, a amostra resultante foi de 23 artigos científicos. Neste ínterim, iniciou-se a avaliação dos materiais selecionados, tendo em vista o estabelecimento de categorias para análise e discussão pautadas nos objetivos da pesquisa. A criação destas categorias baseou-se na análise do conteúdo identificado, uma técnica de pesquisa que, segundo Bardin (2009, p. 33) compreende “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, onde as comunicações representam conteúdos diversos. Nesse sentido, Moraes (1999) afirma que a matéria-prima da análise de conteúdo constitui-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não verbal, como cartas, cartazes, jornais, revistas, informes, livros, relatos autobiográficos, discos,

gravações, entrevistas, diários pessoais, filmes, fotografias, vídeos etc.

Neste sentido, a partir da leitura dos artigos e da sistematização deles em fichamentos de acordo com os objetivos do trabalho, foram elaboradas onze categorias, sendo estas organizadas em três eixos temáticos: Eixo 1 - Compreensão acerca dos conceitos da ESF e da VCM e suas articulações; Eixo 2 - Um olhar sobre a prática: Identificação de ações dos profissionais da ESF no manejo da VCM e seus desafios e limitações; e Eixo 3 - Poder ouvir o que se tem a mais a dizer: construções sobre novas possibilidades de atuação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para melhor compreensão da análise deste estudo, foi elaborado um quadro visando ilustrar a coleta dos dados. Neste, estão evidenciados os artigos científicos utilizados distribuídos por título, ano, revista e respectiva Qualis, bem como o delineamento do estudo e conclusões obtidas.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos científicos analisados (Biblioteca Virtual e Saúde – BVS)

Nº	Título	Ano	Revista Científica/ Qualis	Delineamento do Estudo	Resultados e Conclusões
1	Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes	2017	Revista Gaúcha de Enfermagem (ONLINE)/ B1	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.	Aponta-se a necessidade de organização de um protocolo de enfermagem que auxilie na identificação e classificação de risco à exposição à violência, educação permanente destes profissionais e fortalecimento das ações intersetoriais.
2	Perfil das violências por parceiro íntimo em Unidades de Saúde da Família	2017	Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn/ A2	Estudo transversal	O estudo investigou o perfil das situações de violências e possibilitou reflexões quanto às abordagens adotadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.
3	Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva	2016	Revista Gaúcha de Enfermagem (ONLINE)/ B1	Estudo qualitativo e convergente assistencial.	Há necessidade de formalização institucional dos dispositivos construídos. A articulação entre os serviços requer comunicação, envolvimento e compromisso dos profissionais para garantir a

					continuidade do cuidado.
4	Apoio social à mulher em situação de violência conjugal	2015	Revista de Salud Pública/B1	Investigação qualitativa baseada na Grounded Theory, também conhecida como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).	Diante a grande demanda e a prerrogativa de promoção à saúde defendida pela Atenção Primária à Saúde, urge a maior disponibilidade de assistente social no âmbito da Estratégia Saúde da Família. O apoio social às mulheres requer interesse político, no sentido de valorização da articulação do setor saúde com demais recursos disponibilizados para o enfrentamento da violência.
5	Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde	2015	Revista Latino-americana de Enfermagem/A1	Estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais.	Trata-se de uma representação estruturada, pois contém elementos conceituais, imagéticos e atitudinais. Os subgrupos foram formados por profissionais que atuavam na zona rural e que concluíram o curso de formação profissional em 2004, ou após; estes possuíam representação da violência, que difere da representação do grupo geral, embora todos tivessem uma conotação negativa deste fenômeno.
6	Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas	2015	Revista Latino-americana de Enfermagem/A1	Estudo de abordagem qualitativa, fundamentado na perspectiva de gênero e que adotou necessidades em saúde como categoria analítica.	Destaca-se a perspectiva de gênero enquanto ferramenta que deve ser agregada ao cotidiano das práticas profissionais em saúde para confirmar ou negar o caráter transformador da assistência em vigor no que concerne ao reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das mulheres.
7	Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde	2015	Texto Contexto Enfermagem/A2	Trata-se de um estudo qualitativo, em que se adotou a pesquisa participante (PP) como método.	Os profissionais compreendem que a violência contra a mulher existe devido à hierarquia nas relações entre homens e mulheres, que confere mais poder ao homem, situação que o legitima a praticar a violência. A prática assistencial parte de uma concepção biológica do problema com

					tendência à social. Os cuidados direcionam-se ao tratamento da lesão física, escuta, orientação à denúncia e encaminhamento a setores especializados de saúde e assistência social.
8	Mulher em situação de violência: limites da assistência	2015	Ciência & Saúde Coletiva Online/B1	Trata-se de um estudo qualitativo, em que se adotou a pesquisa participante (PP) como método.	Os resultados mostram ausência de articulação entre os setores da rede; falta de protocolo, fluxo e organização de referência e contrarreferência; ineficiência dos setores da polícia, justiça e de segurança; e o despreparo dos profissionais para trabalhar com a violência contra a mulher e na perspectiva de rede como condições restritivas para uma prática eficiente. Ressalta-se a necessidade de maior apoio dos gestores municipais aos profissionais para trabalhar em rede e incentivo à qualificação por meio de cursos e educação permanente, que abordem temas como equidade de gênero, garantia de direitos e rede de atenção.
9	Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família	2014	Saúde e Sociedade Online/B1	Trata-se de pesquisa-ação, em que é possível agregar diversas técnicas de pesquisa social e com as quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa no nível da captação da informação.	Os profissionais das ESF apoiam as famílias no reconhecimento da violência, propiciando a escuta, orientações e encaminhamento aos órgãos competentes; apesar de encontrarem algumas dificuldades nesse processo, como a falta de articulação mais efetiva com os órgãos de proteção e assistência às vítimas. Para a prevenção e combate à violência intrafamiliar as ESF devem agregar a rede de serviços especializados das áreas da saúde, social, de segurança e justiça e da comunidade para uma atuação integral.
10	A construção do cuidado: o atendimento às	2014	Saúde e Sociedade Online/B1	Abordagem qualitativa.	A violência contra a mulher em geral não foi tomada como objeto da equipe, demonstrando

	situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família				diferentes graus de “visibilidade” entre as violências. As estratégias incluíram ações de vinculação à família, de monitoramento dos casos e avaliação dos aspectos biomédicos, mas também ações incisivas, como a internação compulsória. As estratégias construídas alternam-se entre uma perspectiva prescritiva e outra centrada na ideia de cuidado, no diálogo com as famílias e suas necessidades. Os agentes comunitários de saúde e os profissionais do NASF foram os principais protagonistas nesses atendimentos, numa articulação entre o saber prático e técnico.
11	Prática de trabalhadora(s) de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero	2014	Texto Contexto Enfermagem/A2	Pesquisa de abordagem qualitativa.	Ressaltamos a necessidade de qualificação das equipes da Estratégia de Saúde da Família para atuação nas situações de violência de gênero, e fomento pela gestão pública para a estruturação da rede de serviços assistenciais.
12	Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial	2013	Acta Paul Enfermagem Online/A2	Trata-se de uma pesquisa participante com 30 profissionais de seis equipes de saúde da família.	A visita domiciliar e o vínculo entre os profissionais e a usuária são considerados potencializadores do acolhimento e, como limite, observa-se a dificuldade de obter o relato da mulher que sofreu violência e de comprometê-la em um projeto assistencial.
13	Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal	2013	Escola Anna Nery/B1	O estudo utilizou como referencial metodológico a Grounded Theory, também conhecida como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).	A dificuldade de reconhecer o agravo à mulher e os encaminhamentos ao sistema de referência e contrarreferência constituem os principais desafios para o enfrentamento da problemática. Os profissionais propõem a capacitação enquanto estratégica para garantia do cuidado. O estudo oferece subsídios para a gestão do

					cuidado à mulher, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde.
14	Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família	2013	Texto Contexto Enfermagem/A2	Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa.	Pontua-se para a importância da relação de confiança e da escuta no processo de identificação do agravo. Torna-se necessário melhor preparo profissional, o que possibilitará maior visibilidade da problemática e a adoção de estratégias de enfrentamento.
15	Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero	2013	Revista da Escola de Enfermagem da USP/A2	Estudo de caso, de abordagem qualitativa.	A medicalização foi constatada como a limitação mais significativa das práticas profissionais. Entretanto, foram constatadas possibilidades relacionadas ao vínculo propiciado pela lógica de atenção instaurada com a ESF, ainda que cerceadas pelas limitações do modelo biomédico e a ausência de tecnologias específicas para lidar com a violência.
16	Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher	2014	Revista Latino-americana de Enfermagem/A1	Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, utilizando como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TDF) ou Grounded Theory.	O fenômeno permite a compreensão do movimento de ação e interação acerca do cuidado à mulher em situação de violência conjugal.
17	Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde	2013	Revista Gaúcha de Enfermagem (ONLINE)/B1	Pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, realizada com 35 Agentes Comunitários de Saúde.	As conceituações da violência contra as mulheres centram-se na violência enquanto construção social e de desigualdades de gênero; e violência enquanto construção multifatorial. Em relação às práticas de cuidado e enfrentamento, observaram-se algumas ferramentas: a construção de estratégias de cuidado junto com a equipe; vínculo, escuta e diálogo com a mulher vítima de violência. Acredita-se que este estudo

					contribua para dar visibilidade a essa problemática como uma necessidade de saúde e assistência e para a construção de estratégias de enfrentamento.
18	Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família	2011	Revista Latino-americana de Enfermagem/A1	Trata-se de estudo qualitativo, cujos elementos discursivos foram analisados sob a perspectiva de gênero.	Constatou-se a coexistência de concepções críticas, potencialmente transformadoras, com outras conservadoras e reprodutoras da ideologia hegemônica da dominação masculina. Tais resultados confirmam a necessidade de ampliar a qualificação profissional no sentido de capacitar os trabalhadores para lidar com o fenômeno da violência de gênero, comum no cotidiano da vida das mulheres que buscam os serviços de saúde.
19	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	2012	Revista de Saúde Pública/A2	Estudo descritivo, de corte transversal.	Relevante proporção de usuárias vivenciava violência em seu cotidiano, especialmente por parceiros íntimos. Maior parte das mulheres não era identificada ou abordada nesses serviços e não recebia ajuda. Gestores e profissionais de saúde, embora percebessem a magnitude do problema, não consideravam a atenção básica preparada para atender essas mulheres. Evidenciou-se a ausência de rede intersetorial de cuidados para atender mulheres em situação de violência.
20	Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero	2009	Revista Brasileira de Epidemiologia/B1	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo no qual aplicou-se face a face um questionário para todas as enfermeiras e médicos do setor de clínica médica, ginecologia e prontoatendimento nas cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) do Sistema Único de Saúde (SUS) de	A maioria dos entrevistados demonstrou atitudes positivas e podemos inferir que há bom potencial para o manejo adequado dos casos, se receberem capacitação.

				Ribeirão Preto.	
21	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde	2009	Ciência & Saúde Coletiva Online/B1	Estudo qualitativo e descritivo baseado em catorze anos de experiência do Grupo de Pesquisa e Intervenção Violência e Gênero nas Práticas de Saúde (Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP).	Defende-se a possibilidade de atendimento integral, para que também a violência, e não apenas suas repercussões, seja considerada no trabalho em saúde. Recupera-se a proposta de atenção dirigida à violência sexual no Brasil e debate-se uma possibilidade de atuação na atenção primária tal como implantada no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. As ações propostas e integradas ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) da Unidade constituem uma atividade de atendimentos a conflitos familiares difíceis (CONFAD), conceituada como uma técnica específica de detecção, escuta e orientação qualificadas, que caracterizam uma “técnica de conversa” como agir profissional. Por fim, discutem-se aspectos relativos à conexão do setor saúde com a rede intersetorial de atenção e suas principais dificuldades.
22	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	2009	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/B1	Pesquisa Qualitativa	Embora ambas as unidades identifiquem frequentemente usuárias vítimas de violência doméstica, na unidade de referência os profissionais se mostraram mais preparados para identificar o problema quando este não se apresenta de forma explícita e para desenvolver ações de acolhimento dentro da própria unidade de saúde. O que diferencia as duas unidades é o encaminhamento dado ao problema, relacionado com a forma como cada serviço entende a violência como demanda inerente também à esfera da saúde.
23	Encaminhamentos à mulher em situação	2013	O Mundo da Saúde Online/B2	Estudo de natureza qualitativa, adotou o	As mulheres em situação de violência conjugal são

	de violência conjugal			referencial metodológico da Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).	referenciadas para psicóloga e assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Foram mencionados como encaminhamentos externos: Centro de Referência, Delegacia da Mulher, Instituto Médico Legal e espaço hospitalar ou maternidade. No entanto, o desconhecimento acerca dos serviços e a desarticulação intersetorial comprometem o cuidado à mulher. Sugere-se o conhecimento sobre os serviços, entendimento do fluxo e articulação intersetorial.
--	-----------------------	--	--	---	--

4.1 EIXO 1 - COMPREENSÃO ACERCA DOS CONCEITOS DA ESF E DA VCM E SUAS ARTICULAÇÕES

Este primeiro eixo temático reúne as concepções identificadas nos artigos científicos analisados no que diz respeito ao conceito da ESF e VCM e as interlocuções entre estes dois elementos. Ele é composto por duas categorias: *Caracterização da ESF e sua contribuição no contexto da VCM* e *Compreensão do conceito de VCM e das necessidades das usuárias no âmbito dos profissionais da ESF*.

4.1.1 Caracterização da ESF e sua contribuição no contexto da VCM

Dentro do âmbito da APS, a ESF compreende um importante seguimento, elaborado com a intencionalidade de aproximar o cuidado à comunidade mediante as reais necessidades em saúde apresentadas. Os 23 artigos selecionados abarcam a discussão acerca das características e representações da ESF no âmbito da saúde pública, demarcando a sua relevância.

Franzoi, Fonseca e Guedes (2011) em seu estudo afirmam que o SUS consolidou a ESF como principal estratégia de reorganização da Atenção Básica, sendo marcada pela territorialização da atenção à saúde. Segundo os autores, esta característica é um dos pilares para a maior construção de vínculo e proximidade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, o que possibilita a oferta de maior visibilidade aos problemas antes encobertos ou não

reconhecidos como objeto passível de intervenção, como é o caso da violência contra as mulheres.

Especialmente no que tange à territorialização, Franzoi, Fonseca e Guedes (2011) trazem que a aproximação entre os profissionais de saúde e a clientela das áreas de abrangência favorece a empatia necessária à abordagem de temas complexos como a violência.

Hesler et al. (2013) complementam esta ideia, mencionando que a ESF parte da premissa de que a unidade de saúde da família é o primeiro nível de atenção, de modo que busca-se conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de vulnerabilidade existentes na comunidade para, assim, desenvolver ações curativistas, educativas, promocionais e intersetoriais junto aos usuários e à comunidade. Com isto, muda-se o foco da atenção antes centrada na perspectiva curativista, para a adoção de procedimentos em atenção centrada no usuário e na família.

Tomando como princípio tais elementos relacionados à construção e condução da ESF, insere-se a temática da saúde da mulher e, conseqüentemente, a violência existente contra este público. Oliveira e Fonseca (2015) apontam que neste processo de descortinação das demandas que antes não chegavam até os serviços de saúde, a violência de gênero se faz presente. Segundo os autores, a ESF se constitui enquanto espaço de concretização da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), norteadas pelos eixos que consideram as desigualdades de gênero e o reconhecimento e enfrentamento de necessidades que vão além da especificidade biológica e reprodutiva. Assim, tem como dever e possibilidade de atuação o cuidado diante do fenômeno da violência contra a mulher, enquanto uma demanda que também está associada à saúde integral deste público.

Os 23 artigos destacados estabelecem esta correlação entre os elementos que constituem a estrutura da ESF e a sua potencialidade no cuidado a mulheres em situação de violência. Rafael et al. (2017) mencionam que, para além dos elementos já destacados, a ESF apresenta sua dinâmica de funcionamento pautada pelos princípios da Vigilância em Saúde e da produção de informação para a ação, contemplando assim os níveis micro, meso e macrosociais envolvidos nos fenômenos das violências.

Outro elemento evidenciado nos artigos diz respeito às conseqüências vivenciadas pelas

mulheres em situação de violência que fazem com que busquem de forma acentuada os serviços da unidade básica. Para além disso, o fato de que uma questão cultural perpassa a maior incidência de usuárias do sexo feminino enquanto demandantes dos serviços de saúde também é destacado. Sobre isso, Guedes, Fonseca e Egry (2013) ressaltam que as mulheres frequentam mais os serviços de saúde, principalmente aqueles destinados à prevenção e promoção da saúde, seja pelo seu posicionamento cultural como cuidadora, seja pela responsabilização com os cuidados de outras pessoas, o que pode ser evidenciado quando a presença destas nos serviços é comparada a dos homens, cujo perfil de masculinidade contradiz o envolvimento com o cuidar. Neste sentido, os autores mencionam que os espaços de busca de cuidados pelas mulheres se constituem também espaços de captação da violência que pode vir implícita entre as demandas que trazem, visto que cuidado e violência de gênero são construtos carregados e vivenciados, historicamente, muito mais pelas mulheres.

Para além deste fator, a vivência da VCM pode desencadear uma série de consequências que perpassam tanto o adoecimento físico como mental das mulheres, o que pode estar associado diretamente à busca pelos serviços de saúde, onde a ESF configura-se como cenário propício para a identificação desses casos. O estudo de Gomes et al. (2013), dentre outros artigos selecionados, aborda tais reverberações, pontuando que a manifestação de doenças no sistema digestivo e circulatório, dores e tensões musculares, alterações menstruais, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e lesões físicas são algumas das repercussões que a violência contra a mulher pode gerar. A vivência de violência pode ainda associar-se a doenças sexualmente transmissíveis, abortamento espontâneo, gravidez indesejada, comprometimento da saúde mental, como uso de álcool e drogas e inclusive tentativas de suicídio.

Com isto, não se pode perder de vista que a VCM trata-se de um fenômeno complexo e multidimensional, uma vez que envolve diferentes disciplinas, dimensões sociais, psíquicas e culturais marcadas e determinadas pelas desigualdades de gênero. Sendo assim, transcende situações típicas do processo saúde e doença caracterizadas pelo paradigma biomédico (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016). Neste sentido, pode-se pensar que a violência contra a mulher acaba sendo um fenômeno que adoce não somente as mulheres, como também toda a família, resultando em sérias implicações no processo de desenvolvimento psicossocial e no aumento da demanda nos serviços sociais e de saúde, o que requer a intervenção a partir da intersectorialidade (RODRIGUES et al., 2014).

Abarcando esta ideia, o estudo de Hesler et al. (2013) apresentou também contribuições, na medida em que mencionam que

[...] considera-se que o setor saúde, principalmente por meio das equipes da Estratégia de Saúde da Família, pode intervir na questão da violência contra as mulheres, através da identificação do problema, da realização do acolhimento, da escuta qualificada, do apoio às usuárias, e do acompanhamento dos casos, uma vez que, constitui-se um modelo em saúde pautado nas tecnologias relacionais e na atenção integral aos usuários. Entretanto, se reconhece que a resolução do problema não lhe compete unicamente, sendo necessária a estruturação de uma rede intersetorial que tenha o objetivo de garantir às mulheres seus direitos como cidadã. (p. 185)

Diante dos elementos identificados, percebe-se que as características que compõem a APS e, especificamente, a ESF evidenciam as potencialidades que este segmento de saúde pública possui no processo de identificação, cuidado e combate a VCM. Neste ínterim, o conceito de integralidade, um dos pilares da ESF é também colocado em voga, enquanto um dos potenciais que a atenção primária possui para traçar meios de intervir sobre esta condição. Conforme apontam Gomes et al. (2013), a integralidade possibilita o reconhecimento da violência pela ótica de toda a sua complexidade, que tange desde ações promotoras da não violência até a prevenção e tratamento aos casos já identificados, que, por suas características, deve ser entendido e atendido de forma interdisciplinar e intersetorial.

4.1.2 Compreensão do conceito de VCM e das necessidades das usuárias no âmbito dos profissionais da ESF

A compreensão acerca do conceito da VCM pelos profissionais da ESF se configurou como um elemento de extrema importância neste trabalho, também identificado enquanto um dos objetivos de estudo dos 23 artigos selecionados, o que pressupõem a relevância deste aspecto no contexto da articulação da VCM no âmbito da atenção primária e, mais especificamente, na ESF.

A bagagem ideológica e as concepções de mundo que os profissionais trazem através do acúmulo de conteúdos e experiências não somente ligadas a sua trajetória profissional, mas também pessoal, influencia sobremaneira suas condutas e, conseqüentemente, a visão que apresentam diante de determinados fenômenos. Neste ínterim, destaca-se a contribuição de Franzoi, Fonseca e Guedes (2011) quanto à associação destes elementos à construção acerca da identidade e violência de gênero pelos profissionais da saúde. Afirmam que estes

profissionais, muitas vezes, acabam trazendo para o cotidiano das suas práticas determinadas construções acerca das identidades de gênero, revelando um manejo muitas vezes impregnado de preconceitos e reiteração das desigualdades. Assim, destacam que essa construção também é um elemento constituinte da subjetividade do profissional, e que, por este motivo, pode influenciar o modo de reconhecer e enfrentar os problemas colocados em suas práticas. Sobretudo, os autores pontuam que este elemento associa-se ao resultado de um processo histórico e ideológico marcado pelo referencial androcêntrico que permeia toda a estrutura social.

A compreensão acerca das concepções dos profissionais sobre a temática na VCM configura-se como um elemento extremamente significativo, uma vez que o “saber norteador” (FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011, p. 3) caracteriza-se como “o principal instrumento do qual os profissionais de saúde se valem em seu processo de trabalho, determinando a prática que supera ou reitera as desigualdades”.

Considerando o conjunto dos artigos analisados, foi possível identificar concepções distintas entre os profissionais da ESF sobre o conceito e compreensão da VCM, aspecto que pode ser relativizado considerando também o ano, as diferentes localidades e regiões do Brasil onde as pesquisas que originaram tais estudos foram realizadas.

A maioria dos artigos aponta para a percepção dos profissionais sobre a grande incidência da VCM no espaço familiar. Neste âmbito, Franzoi, Fonseca e Guedes (2011) mencionam que tal fator se dá diante da falta do respeito mútuo entre os pares, trazendo, porém, que este discurso advindo dos profissionais pode acabar desconsiderando o fato de que os conflitos existentes neste contexto sejam resultado da iminência da perda do lugar de poder por parte do homem, assim como na progressiva ocupação desse espaço pela mulher, desencadeando resistências. Este elemento também esteve presente em outros estudos, tais como discorrem Oliveira e Fonseca (2015). Em seu estudo, mostram que a estrutura familiar foi reconhecida pelos profissionais de saúde como determinante da violência, o que pode concretizar grande parte da reprodução social.

O estudo protagonizado por Oliveira e Fonseca (2015) apontou para outros elementos referentes à concepção da VCM pelos profissionais da ESF. Neste, os autores afirmam que determinada parcela dos profissionais indicou significados associados a esta temática que

culpabilizam as mulheres como responsáveis pela violência vivenciada. Por outro lado, mencionaram que alguns discursos também revelaram possibilidades de reconhecimento de necessidades relacionadas a condições de vida mais vinculadas aos determinantes sociais, o que, por sua vez, demonstra uma evolução na concepção crítica e mais sistematizada deste público.

A submissão da mulher em relação ao homem nas relações socioafetivas também foi evidenciada, na medida em que existem profissionais que consideram que o homem possui autoridade sobre a mulher (SILVA; PADOIN; VIANA, 2015). Nesta mesma perspectiva, referiram que ao homem cabe trabalhar fora para sustentar a família e à mulher, o cuidado dos filhos. Destarte, pode-se observar a presença da divisão social do trabalho em uma concepção clássica, conhecida como divisão sexual do trabalho, que obedece ao critério de sexo e suas desigualdades. Pode-se inferir que estes profissionais representam também a voz cultural que ainda reforça o papel do homem atuando no espaço público, e a mulher, no espaço privado. Assim, mesmo em situações onde a mulher seja a provedora do lar, não é dada a oportunidade para que a relação seja vista com autonomia e esta permanece sofrendo agressões devido às normas sociais e culturais inculcadas (SILVA, PADOIN, VIANA, 2015, p. 232).

A submissão quanto ao “poder” masculino foi um elemento também desenvolvido por Franzoi, Fonseca e Guedes (2011). Estes autores afirmaram que muitos profissionais atribuem a permanência de muitas mulheres em relações abusivas mencionando que tal aspecto envolve desde a dependência econômica ou afetiva do parceiro até supostas gratificações que a relação pode trazer pela realização pessoal de manter o modelo idealizado de mulher que perpetua a relação afetiva e a família nuclear, mesmo que, para isso, tenha que se anular como ser humano.

No discurso identificado pelos profissionais de saúde da ESF, também ressalta-se a associação da violência com a condição social das mulheres, sendo a “pobreza” evidenciada como também o aspecto da “desestruturação familiar”, sendo abarcado as características “patológicas” da vítima ou do agressor (ANDRADE e col., 2011; NUNES e col., 2008; SANTOS, 2005 apud MOREINA et al., 2014). No estudo citado, os autores fazem uma reflexão sobre a compreensão superficial dos aspectos culturais, históricos e sociais presentes nestes elementos, uma vez que acabam individualizando ou mesmo isolando aspectos que, diante da temática da VCM, precisam ser compreendidos de forma sistêmica e inter-

relacionada, o que também se insere na proposta deste trabalho.

Diante destas concepções, pode-se pensar sobre quais aspectos os profissionais identificam como demandas a partir das condições das mulheres em situação de violência e como tem lidado com estes fatores. Marques et al. (2017) evidenciam contribuições neste ponto, mencionando que muitos profissionais apresentam dificuldade em identificar a VCM nas usuárias em saúde e que definem tal processo como um fenômeno complexo. Complementam trazendo que quando há a verbalização ou a presença de sinais físicos como hematomas e lesões, a identificação ocorre com mais facilidade.

Assim, percebe-se que existe uma dificuldade para a identificação ampla das demandas que estas mulheres possam vir a ter, uma vez que não há uma concepção integral e ampla do que se compreende enquanto a prática da VCM. Neste ínterim, Pereira-Gomes et al. (2015) afirmam, com base em seu estudo, que conforme os significados atribuídos pelos profissionais de saúde, as ameaças e a dependência econômica foram apontadas como as principais demandas das mulheres em situação de violência no âmbito da ESF.

Com isto, tem-se o fator, apontando por Guedes, Fonseca e Egry (2013), relacionado ao não reconhecimento da violência como competência dos serviços de saúde. Essa reprodução acaba por se traduzir na inviabilização da violência e não verbalização pelas mulheres, que reiteram a atenção que recebem e compreendem apenas os problemas físicos como campo de atuação da saúde. Tais autores trazem estudos que apontam o fato das marcas da construção da identidade e violência de gênero pelos profissionais, quando construídas sob um referencial androcêntrico, reforçarem e naturalizam a opressão, sendo contraproduzidas ao trabalho como instrumento de emancipação social das mulheres e fazendo com que os serviços reproduzem a violência, ou porque naturalizam, ou porque vitimizam as mulheres que buscam seus cuidados.

Considerando o exposto, Hesler et al. (2013) comentam que a construção social de gênero apresenta-se como responsável pela naturalização da violência, tanto por parte dos homens como por parte das mulheres. Assim, observam que a barreira cultural é difícil de ser rompida visto o arraigado dos valores, resultando no não reconhecimento da violência por parte das mulheres, pois, seja em casamentos formais ou em uniões estáveis, elas acreditam que as condutas dos companheiros devem ser aceitas em respeito à posição de poder do homem na

relação. Os autores salientam que, ao longo dos séculos e ainda atualmente, a ideia da mulher como sexo frágil, submisso e imperfeito está introjetada no imaginário social, o que se traduz em efeitos no campo da assistência à saúde e, particularmente, na atenção as vítimas de violência.

4.2 EIXO 2 - UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA: IDENTIFICAÇÃO DE AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESF NO MANEJO DA VCM, SEUS DESAFIOS E LIMITAÇÕES

4.2.1 Identificação dos recursos e estratégias existentes no trato com a VCM

A partir da análise dos artigos selecionados, foram identificadas algumas das ferramentas criadas e utilizadas pelos profissionais da ESF na oferta do cuidado às mulheres em situação de violência.

O uso de protocolos de atuação foi um aspecto colocado em pauta nos artigos selecionados. Alguns destes apontam que não há uma construção e conseqüentemente uso de um protocolo de atuação específico para o cuidado com mulheres em situação de violência. Neste quesito, o estudo de Silva, Padoin e Vianna (2015) evidenciou que os profissionais identificavam que o cuidado era prestado de acordo com a demanda, sem a necessidade de um protocolo e fluxo de atendimento nas Unidades de Saúde da Família e na rede de atenção integrada do município.

Os dados associados a outro estudo (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016), questionam o uso de protocolos específicos para esta temática, uma vez que estes podem ser elaborados em uma perspectiva generalizante, fragmentando o atendimento com tendência a patologizar e medicalizar o corpo, o que pode levar as mulheres a percorrerem vários serviços. Já Osis, Duarte e Faúnes (2012) evidenciam o uso, em cinco municípios conforme a sua área de abrangência estabelecida, de um protocolo de atendimento específico para os casos de violência contra mulheres, contudo não discorrem acerca da perspectiva acerca deste uso.

Associado ao uso ou não de protocolos no atendimento a VCM, outro elemento que foi evidenciando diz respeito à abordagem direta à usuária quanto a ocorrência da violência. Osis, Duarte e Faúnes (2012) afirmam que, conforme pesquisa realizada, foi evidenciada a não realização de perguntas diretas em unidades da ESF sobre a vivência de situações de

violência. Os autores mencionam que tal aspecto não se constituía enquanto uma rotina nas UBS de seu município e que tais perguntas eram feitas se as mulheres referissem espontaneamente esse tipo de queixa ou se os profissionais identificassem algum sinal de violência física ou psicológica durante os atendimentos de rotina.

A partir da identificação que determinada usuária está em situação de violência, foi observado em alguns estudos a iniciativa dos profissionais em fomentar espaços de discussão sobre o caso. Rodrigues et al. (2014) trazem este elemento, contudo destacando que, em algumas situações, esses trabalhadores se sentem sem condições de resolutividade, tendo em vista que as soluções não dependem apenas das ações da equipe e que não encontram o apoio necessário dos serviços de outros setores que assistem as mulheres em situação de violência, o que parece demonstrar uma fragilidade na articulação intersetorial no enfrentamento da violência de gênero. Os autores afirmam ainda que, apesar destes elementos, os discursos dos profissionais apontaram que quando identificam os casos, aconselham e encaminham as mulheres em situação de violência aos serviços de assistência que atuam na prevenção e combate.

As reuniões para discussão dos casos também foram abordadas por outros autores (MACHADO et al., 2014). Estes mencionam que os profissionais da ESF buscam discutir os casos, traçar estratégias, apoiar, escutar e orientar as famílias envolvidas no contexto da violência. Entretanto, ressaltam que em algumas situações as equipes da ESF se sentem sem condições de dar continuidade ao apoio à família em razão da violência ser um fenômeno de múltiplas causas. Esses profissionais, ao suspeitarem ou confirmarem uma situação de violência intrafamiliar, dialogam com as pessoas em situação de violência, comunicam à equipe de saúde, além de orientarem as famílias, demonstrando que buscam agir, aproximando-se do que definem os Ministérios de Saúde e da Justiça nos casos de violência intrafamiliar. Entretanto, ainda se limitam à mudança de comportamento.

O encaminhamento foi outro recurso identificado nos artigos selecionados. Marques et al. (2017) referem tanto o encaminhamento para serviços especializados no âmbito da atenção terciária à saúde, como também encaminhamentos para as demandas relativas à saúde mental, a depender das condições em que se encontre a mulher. Gomes et al. (2015) também abordam a prática do encaminhamento, porém denunciam a desarticulação entre os serviços alertando que esse problema precisa ser superado, pois há uma gama de serviços funcionando

isoladamente. Nesta mesma perspectiva, Silva, Padoin e Vianna (2015) destacam que casos que não cabem na concepção biologicista e medicalizante da prática assistencial e escapam aos processos biológicos são direcionados pelos profissionais para apoio em áreas especializadas do setor de saúde. Quando as queixas são de ordem psicológica ou social, as ações dos profissionais são encaminhamentos, o que nem sempre significa resultados positivos.

Diante dos pontos abordados, tem-se que, conforme elucida Guedes, Fonseca, Egry (2013), os profissionais revelam potencialidades da escuta e no vínculo de confiança estabelecido com as usuárias no trabalho em saúde. Contudo, chamam a atenção para o fato de que entre essas potências reveladas e o efetivo agir para o acolhimento e enfrentamento do problema com respostas às suas necessidades há uma grande lacuna que, por sua vez, precisa ser identificada e erradicada. Apesar das potencialidades que se revelam, as limitações de recorte biologicista e clínico são realidades que se destacam nos achados deste estudo.

4.2.2 Reconhecimento acerca das dificuldades e desafios existentes no manejo com a VCM

Para além da identificação dos recursos e estratégias utilizadas pelos profissionais da ESF no trato com a VCM, os artigos evidenciaram de forma mais contundente e expressiva as dificuldades e desafios existentes nesta prática. O despreparo e falta de capacitação dos profissionais foi o ponto mais abordado no campo dos artigos analisados e identificado enquanto entrave para uma série de práticas e conduções efetivas no cuidado as mulheres em situação de violência. Este esteve relacionado tanto com a capacidade de reconhecimento do agravo e, uma vez reconhecido, o despreparo insere-se também na condução do cuidado junto à usuária.

Pereira-Gomes et al. (2015) afirmam que muitos profissionais atuantes em equipes de referência da ESF não se sentem preparados para identificar nem lidar com a complexidade deste fenômeno. Neste sentido, não identificando a situação de violência, também não a registram em prontuários de atendimento e tampouco direcionam ações de apoio à mulher, o que favorece a subnotificação das ocorrências.

Padoin e Vianna (2013) referem-se, quanto à notificação compulsória, que esta não ocorre de forma padronizada em todas as unidades e nem todos os profissionais sabem como usá-la. Referem que tal elemento também está associado ao fato de existirem situações onde os profissionais percebem o relato da violência como um desabafo e identificam que as mulheres não desejam seguir com um plano de enfrentamento.

Rafael et al. (2017) trazem que o desconhecimento das diversas formas de apresentação do fenômeno e a compreensão das várias concepções, que são socialmente e historicamente construídas, tendem a trazer implicações para as equipes, imputando riscos de negação da detecção e do manejo destes casos. Neste contexto, Gomes et al. (2013) citam um estudo onde observou-se que os profissionais de saúde têm mais dificuldade de investigar e encaminhar situações em que há indícios de violência do que quando a violência contra a mulher é verbalmente confirmada. Esses dados apontam para a dificuldade destes em trabalhar com a questão da violência de gênero e ao abordar o tema.

Um relevante aspecto destacado nos artigos refere-se à ausência de conteúdos relacionados à VCM na formação acadêmica dos profissionais da saúde. Gomes et al. (2013) abordam esta temática, mencionando que o não reconhecimento da violência como agravo responsável pela demanda do serviço de saúde é um problema atrelado à formação profissional, uma vez que os currículos dos cursos de formação em saúde pouco abordam a violência como objeto da saúde. Afirmam que a não incorporação da violência nos currículos dos cursos pode estar associada ao reconhecimento desta como um problema de saúde pela OMS somente a partir de 1998, o que poderia ilustrar a dificuldade de percepção da violência como objeto da saúde. A alta demanda de trabalho, a falta de apoio dos gestores aos profissionais, o número reduzido de trabalhadores da saúde, falta de tempo disponível para a escuta e desconhecimento em áreas como a saúde mental e jurídica também foram apontadas enquanto dificuldades vivenciadas no cuidado a mulheres em situação de violência (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

Foi identificado ainda que, por vezes, as práticas e posturas dos profissionais dos diversos setores são distintas e desagregadas, e essa configuração fragmentada pode fragilizar a mulher quanto à busca pelo apoio (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Na maior parte dos casos assistidos nos serviços de saúde, um conjunto de profissionais trata o conjunto das demandas de uma mesma mulher com pouco conhecimento de cada um sobre o trabalho dos outros e

muito menos ainda sobre a situação de violência que pode estar envolvida em várias das queixas e sintomas relatados. (D'OLIVEIRA et al., 2009). Gomes et al. (2013) complementam esta ideia, trazendo que o não preparo profissional, seja durante a graduação ou no serviço, conduz, muitas vezes, a um atendimento de forma “pessoal”, distanciando-se de uma assistência qualificada e singular no que tange a especificidade e necessidade de cada vítima de agressão, ou mesmo adotam atuações que assumem caráter pontual e emergencial (MOREINA et al., 2014).

Moreina et al. (2014) trazem uma reflexão pertinente neste contexto, onde mencionam que, de uma forma geral, as abordagens mostraram-se centradas no atendimento e proteção à criança, e, não raro, as outras formas de violência, particularmente a violência contra a mulher, ficam à margem no campo das ações. Com isto, evidenciam que as violências contra idosos e crianças/adolescentes são as que mais apareceram como objeto de atuação da equipe de saúde, em especial as situações de negligência nos cuidados de saúde e alimentação. Neste sentido, o olhar da equipe sobre as mulheres, em especial as mães, seus sofrimentos e suas necessidades de saúde podem ficar em segundo plano, de modo que as ações voltadas à proteção e ao apoio à mulher vítima de violência são realizadas somente em momentos em que o agravamento das agressões já constituía risco à sua vida e a de seus filhos.

O despreparo interfere ainda na construção de um encaminhamento adequado e efetivo. Cortes, Padoin e Kinalski (2016) mencionam que existe uma dificuldade no acompanhamento e implementação da comunicação entre os serviços diante da VCM, o que repercute negativamente na atenção à saúde das mulheres, uma vez que essas ficam à mercê da disponibilidade pessoal do profissional. Silva, Padoin e Vianna (2015) também afirmam que o encaminhamento das mulheres, como uma das condutas da prática assistencial, a serviços complementares especializados configura a fragmentação dos serviços de saúde e sociais, reforçando a ideia de divisão das necessidades biopsicossociais e biológicas quando transformadas em práticas assistenciais. Assim, Marques et al. (2017) ratificam que ao transferir a responsabilidade deste cuidado a outro serviço/profissional, e muitas vezes, não tomar conhecimento dos desdobramentos desta ação, é gerado um cuidado em rede com pouca comunicação entre os pontos e, por vezes, não resolutivo. Complementando estes pontos, se faz presente o desconhecimento por parte dos profissionais acerca dos serviços para apoio à mulher, bem como seu funcionamento e a articulação entre eles, o que repercute em não saber como realizar os encaminhamentos de forma devida (GOMES et al., 2013).

Outra dificuldade presente nos artigos analisados diz respeito à concepção de cuidado e assistência dos profissionais inserida predominantemente dentro de uma perspectiva biológica e medicalizadora. Neste âmbito, reflete-se acerca da atuação que comumente é executada pelos profissionais da saúde e que se relaciona, como já pontuado, a formação profissional e também a organização do SUS que, mesmo com um discurso que contempla as questões sociais e culturais, ainda preserva práticas centradas no modelo biologicista. Com isto, as ações são muito mais voltadas para as consequências, físicas ou psíquicas, da violência na saúde da mulher.

Oliveira e Fonseca (2015) pontuam que as necessidades em saúde trazidas pelas mulheres foram reconhecidas pelos profissionais como demandas relacionadas às necessidades de assistência a agravos de ordem física, o que traduzem enquanto denominado pela expressão “medicalização das necessidades em saúde” (OLIVEIRA; FONSECA, 2015, p. 303). Referem que foi significativa a menção à necessidade de atendimento especializado em saúde mental, revelando a dicotomia mente-corpo no trabalho em saúde. Desse modo, concluem que, quando um problema não está inscrito no corpo ou foge à lógica medicalizadora, como acontece com a violência, está inscrito na mente e requer atenção específica na área de saúde mental. Assim, afirmam que a medicalização revelada nos depoimentos pode se traduzir em uma maior prescrição de analgésicos, tranquilizantes e encaminhamentos para serviços de saúde mental para mulheres que vivem em situação de violência, ainda que o diagnóstico não seja registrado. Desse modo, como a raiz do problema não é tematizada, estas condutas podem acabar por fortalecer processos destrutivos, além de não ajudar o enfrentamento do problema.

Para além dos aspectos evidenciados, a seleção e análise dos artigos denotou outro aspecto presente no campo das dificuldades experienciadas pelos profissionais, que diz respeito ao manejo com o próprio temor diante de situações onde mulheres estejam sendo vítimas da violência, como também lidar com o medo destas em poder abarcar a temática no atendimento em saúde.

No estudo de Marques et al. (2017) foi observado o discurso de profissionais externalizando a preocupação em atuar em um território em que a violência e o tráfico de drogas estão presentes e que atuar de forma propositiva e corresponsável no enfrentamento da violência contra as mulheres requer espaços mais seguros e protetivos aos próprios profissionais da

saúde.

Gomes et al. (2015) complementam esta discussão, mencionando o temor de retaliação associado a subnotificação da VCM, destacando que dar visibilidade a este crime pode acarretar em consequências danosas tanto para usuárias, quanto para profissionais. Afirmam ainda que impotência e o temor dos profissionais de saúde frente à VCM pode gerar sentimentos de revolta, baixa autoestima e submissão em ambos, profissionais e usuárias.

No que tange as mulheres em situação de violência, Marques et al. (2017) destacam a vergonha e o medo de ser descoberta pelos profissionais da saúde, o que pode promover o afastamento da assistência adequada e, assim, se tornando mais exposta à violência pelo agressor. Além da dificuldade de revelação da situação de violência pela mulher ao profissional, percebida pela vergonha da mesma em expor a vivência da violência, os autores destacam a dependência emocional e financeira do companheiro. Tais elementos configuram-se como desafios no enfrentamento da violência, visto que a falta de autonomia financeira da mulher gera dificuldades para a mesma romper com o contexto da violência além de fragilizá-las no que se refere à sua autoestima e saúde mental.

Considerando as dificuldades e desafios expostos, Gomes et al. (2013) abordam que o Ministério da Saúde, por meio do Programa Saúde da Mulher, assinala que a maioria dos serviços de saúde não possui profissionais capacitados para prevenir, diagnosticar e tratar adequadamente situações de violência contra a mulher. Como já pontuado, a dificuldade na atuação com a temática relaciona-se a escassa abordagem da violência nos currículos da graduação, o que compromete o atendimento profissional à mulher, primeiramente porque dificulta o reconhecimento do agravo, mas também porque não os prepara para lidar com essa problemática.

Outro ponto de extrema relevância associa-se a não liberação dos profissionais para que possam realizar capacitações. Os autores ilustram tal contexto a partir de um estudo realizado no ano de 2011, com diversos profissionais da área da saúde, que mostrou a insatisfação dos trabalhadores diante da excessiva demanda de atendimento, o que dificulta a disponibilidade destes para se atualizarem (GOMES et al., 2013).

Franzoi, Fonseca e Guedes (2011) afirmam que a Política Nacional de Saúde instaurada com

o SUS e, conseqüentemente, a ESF, pressupõem uma atenção à saúde que amplie o recorte do objeto de trabalho para além dos limites do biológico, considerando as formas de trabalhar em sociedade como determinantes significativos do processo saúde/doença. Porém, no cotidiano das práticas, essa política não tem se concretizado em alguns aspectos, pois, historicamente, os profissionais desde a sua formação não têm sido instrumentalizados com tecnologias específicas para a abordagem de problemas complexos que fogem à lógica singular e biologicista da atenção em saúde.

4.3 EIXO 3 - PODER OUVIR O QUE SE TEM À MAIS A DIZER: CONSTRUÇÕES SOBRE NOVAS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO

Esse eixo temático reúne os elementos identificados nos artigos enquanto possibilidades de atuação visando modificar a realidade da atuação dos profissionais da ESF diante da VCM tal como tem se apresentado. Importante salientar que todos os artigos selecionados abordavam ao menos um destas categorias que serão apresentadas, o que indica também o direcionamento e implicação da produção científica em curso visando à mudança desta realidade.

4.3.1 Realização de encaminhamento responsável e importância da atuação em rede

As mulheres em situação de violência podem apresentar em sua condição necessidades e demandas que, por vezes, extrapolam as potencialidades do que ESF pode ofertar. Neste sentido, Pereira-Gomes et al. (2015) afirmam que as mulheres nesta situação podem apresentar demandas de atenção psicológica, hospitalar, jurídica e social, sendo preciso identificar os recursos e serviços disponíveis a fim de que sejam contempladas em sua integralidade. Para isso, deve-se considerar os equipamentos sociais disponíveis no município e seu funcionamento para que se possa orientá-las quanto aos possíveis caminhos para o enfrentamento do fenômeno.

Neste contexto, os referidos autores apontam a importância da inserção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) neste processo, o que também é mencionado por Marques et al. (2017). Assim, o NASF foi mencionado por alguns profissionais como uma estratégia de enfrentamento aos casos de violência, já que a proposição deste núcleo de compartilhar as práticas e saberes em saúde permite ampliar o escopo das ações da atenção básica no que se

refere o enfrentamento da violência, bem como sua resolubilidade. Além disso, foi colocado que o apoio oferecido pelo NASF, no que tange o aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades sociais e de saúde, supriria lacunas da formação e capacitação sobre o tema. Neste ínterim, a participação dos profissionais do NASF, especialmente psicólogos e assistentes sociais, nas reuniões de discussão de casos foi apontada pelos autores como um diferencial importante, que possibilitou maior agilidade e resolutividade. Esse diferencial se deu tanto pela possibilidade de ofertar ações específicas do núcleo desses profissionais como pelo compartilhamento de saberes e fazeres, permitindo aos profissionais da ESF maior segurança para assumirem certas ações (MOREINA et al., 2014).

Gomes et al. (2013) afirmam que, com o objetivo de fomentar a expansão da ESF, em 2008 o Ministério da Saúde implantou o NASF, buscando melhorar a qualidade e alcance da assistência prestada e fortalecer os vínculos necessários com os usuários. A portaria que estabelece o NASF prevê ações de apoio matricial e tem suas forças centradas no planejamento, educação continuada, promoção da saúde e atendimento de casos. A abordagem interdisciplinar proposta possibilita as práticas de cuidado em saúde, inclusive para o enfrentamento às questões ligadas à violência de gênero.

Um aspecto evidenciado pelos autores no que tange ao exercício do encaminhamento diz respeito não somente a realização deste de forma responsável, mas também chama a atenção para a viabilidade do encaminhamento após serem esgotadas todas as possibilidades de atuação da equipe, para impedir que ocorram circunstâncias em que os trabalhadores de saúde delegam as ações para outros serviços apenas pela necessidade de livrar-se da problemática (RODRIGUES et al., 2014).

Neste contexto, reflete-se acerca da importância da articulação e concretização do trabalho em rede. Sobre isso, Cortes, Padoin e Kinalski (2016) afirmam que o trabalho que ocorre de modo interligado entre os distintos setores e conjunto de serviços se atribui a qualificação de rede.

A rede de atendimento, ou de atenção às mulheres em situação de violência, é composta pelo conjunto de ações e serviços de diferentes setores que visam à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres, bem como e à integralidade e humanização do atendimento (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016, p. 2).

Os autores descrevem que a rede é composta por serviços não especializados, ou gerais e, especializados, onde os não especializados geralmente constituem a porta de entrada da mulher na rede: hospitais gerais, serviços de atenção primária (unidades de saúde), delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público e defensorias públicas. Os especializados atendem exclusivamente mulheres, possuindo expertises no tema. São eles: Centros de Referência de Atendimento à Mulher, (Casas de Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), Núcleos nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), Ouvidorias, serviços de saúde para os casos de violência sexual e doméstica, dentre outros (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

Com isto, a perspectiva intersetorial representa um desafio na medida em que exige a ruptura com o modelo tradicional de gestão pública, que tende à departamentalização, à desarticulação e setorialização das ações e políticas públicas. Por isso, é fundamental que os serviços trabalhem a partir da perspectiva da intersetorialidade, a fim de que possam definir fluxos de atendimento compatíveis com as realidades locais, contemplando as demandas das mulheres em suas diversidades. Além disso, os autores destacam que para compartilhar os problemas e conhecimentos é necessário criar estratégias como encontros e reuniões sistemáticas a fim de superar a deficiência de comunicação intersetorial, sugerindo serem estas que favorecem o fortalecimento da rede (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

Rafael et al. (2017) também chamam a atenção para a possibilidade de que, conforme um trabalho integrado entre os diferentes setores no âmbito da VCM, a sinergia dessas estratégias de base territorial pode, sobretudo, permitir uma assistência qualificada a toda família, incluindo a vítima, o perpetrador e todos aqueles que vivem direta ou indiretamente a multiplicidade de expressões dos eventos abusivos.

É essencial refletir que a concepção de trabalho integrado e intersetorial vincula-se ao entendimento de que essa tarefa é uma constante construção. A constituição de uma rede geralmente exige um movimento mais intenso e contínuo para integrar diferentes atores e equipamentos sociais, seja por meio de uma rede informatizada ou não. Há necessidade de compartilharem um mesmo código de comunicação, o que significa ter a mesma compreensão

das diferentes formas de violência. A implantação de uma rede não exige grandes investimentos do setor público ou privado, mas, mudança de olhar e uma visão mais atenta dos profissionais, visando integrar os serviços já existentes, contando com pessoas sensibilizadas e comprometidas (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

4.3.2 Assertividade na atuação de modo interdisciplinar nas unidades da ESF

Para além da qualificação na realização dos encaminhamentos e articulação da rede na VCM, faz-se necessário também a qualidade na atuação e comunicação dos próprios profissionais que compõem a ESF. Este aspecto foi abordado em distintos artigos, onde Pereira-Gomes et al. (2015) referem que a Lei n. 11340/2006, sancionada para coibir e eliminar todas as formas de discriminação contra as mulheres, já preconizava que o atendimento à mulher deve se dar de forma multidisciplinar e integrada. Os autores chamam a atenção também para a necessidade, além de buscar interações intersetoriais, de tornar-se essencial que os profissionais estabeleçam articulações assertivas com as políticas públicas a fim de garantir uma assistência integral à mulher em situação de violência.

A busca e execução de um atendimento assertivo perpassa também a adoção de intervenções que possibilitem efetivamente a garantia do cuidado à mulher em sua integralidade. Neste quesito, Marques et al. (2017) destacam a importância da notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher, compreendida como um dispositivo que permite visibilidade da problemática em tela, uma vez que o comprometimento do Estado com o diagnóstico da violência contra as mulheres pode ser reforçado a partir de construção de estatísticas oficiais. A notificação deve ser realizada em todos os serviços de saúde, incluindo a ESF, e desse modo também torna-se um respaldo para o profissional no sentido que o mesmo agiu frente a tal situação.

Outra possibilidade de intervenção apontada pelos referidos autores diz respeito ao processo de identificação da VCM, aspecto abordado enquanto uma das maiores dificuldades pelos profissionais da ESF. Assim, os autores propõem, caso a VCM não seja identificada pelo relato, que poderia ser identificada pelos aspectos clínicos da violência, inseridos em um fluxograma como sinais de alerta, a citar: queimaduras, hematomas e fraturas, qualquer lesão em cabeça ou pescoço; lesões das mucosas oral, anal e vaginal, infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez. Manifestações tardias como dor no baixo ventre, hipertensão arterial,

transtornos digestivos, insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade; choque, crise de pânico, ansiedade, confusão, autorreprovação, insegurança, culpa, abuso de álcool e drogas, depressão, tentativas de suicídio, disfunções sexuais, dentre outros também foram mapeadas como necessárias a uma maior atenção (MARQUES et al., 2017).

Neste sentido, os autores afirmam que a criação de protocolos e fluxos de encaminhamentos para a violência contra as mulheres, pautados em critérios de classificação de risco e vulnerabilidades, são recomendados pela literatura como estratégias para construção de condutas mais resolutivas. Silva, Padoin e Vianna (2015) chamam a atenção para a discussão acerca do cuidado quanto uso de protocolos de atuação, trazendo que a necessidade de um protocolo na rede de serviços pode organizar as ações intersetoriais, mas é preciso ponderar o uso, tendo em vista que a complexidade do problema requer soluções plurais e nem sempre projetos assistenciais técnicos baseados em protocolos fixos e únicos promoveriam resultados eficientes.

Em complemento a esta ideia, os autores postulam que intervir imediatamente no caso é sempre melhor do que observar, esperar e ensinar, o que leva à invisibilidade da violência de gênero e ao desconhecimento das várias formas de apresentação em diversos contextos. Reconhecê-las certamente exigiria outras formas de intervenção, como elaborar planos para abordar o que não é patológico, apropriando-se de melhores condições de comunicação, o que leva a aprender a trabalhar com as emoções e subjetividades próprias e das mulheres, requerendo posicionamentos profissionais claros, éticos e políticos. Nesse contexto, é de suma importância que, ao identificarem as situações de violência contra a mulher, os trabalhadores das equipes da ESF não atuem sozinhos, mas envolvam a equipe, considerando os desdobramentos inerentes ao contexto da violência. Ademais, cada situação denota uma atitude diferente, pois devem ser analisados todos os aspectos, inclusive os emocionais, socioeconômicos, culturais, religiosos, entre outros, evitando julgamentos ou tomadas de decisão sem a vontade ou consentimento da mulher em situação de violência (RODRIGUES et al., 2014).

Nos artigos selecionados, foram identificadas intervenções e possibilidades de práticas visando contribuir no processo de cuidado a mulheres em situação de violência, tanto na perspectiva dos profissionais da ESF, como usuárias. Neste ínterim, Guedes, Fonseca e Egry (2013) trazem as respostas relacionadas a transformações mais qualitativas quando se

remetem à prática grupal. Ainda que a escuta estabelecida na consulta individual tenha sido constatada como uma possibilidade do serviço, o atendimento grupal foi revelado como espaço que, além do estabelecimento de vínculo e escuta, possibilita maior autonomia das mulheres.

Os autores evidenciam que estudo sobre práticas em grupos voltados a mulheres que vivenciam violência revelou que, especialmente na ESF, esses espaços têm constituído uma possibilidade de oferecer atendimento a um número maior de usuárias, além da promoção de uma coletivização das práticas, angústias e problemas vivenciados pelos indivíduos, possibilitando a busca de soluções muito mais coletivas do que individuais, contribuindo para que as experiências de violência possam ter significados e sentidos na vida das pessoas que deles participam, proporcionando possíveis mudanças, enfrentamentos e transformações qualitativas (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Silva, Padoin e Vianna (2013, p. 610) mencionam o conceito da “assistência singular” como prática assistencial, considerando as especificidades de cada caso. Destarte, indicam a visita domiciliar como um recurso para detectar a violência contra a mulher, uma vez que durante o cotidiano de trabalho conseguem identificar os sinais da violência e abordar a mulher. Ainda, recomenda-se identificar junto à mulher formas de proteção e recursos próprios, da família e da comunidade que possam ampará-la na iminência de uma violência severa.

A frequência com que, por exemplo, os agentes comunitários de saúde visitam as famílias que estão sob seus cuidados e a forma como dialogam e participam da vida dessas pessoas faz com construam uma relação comprometida com um projeto de melhoria de vida. Esse contato próximo, de confiança, somado à formação profissional centrada em ações de promoção à saúde, o torna apto para detectar e acolher questões como a violência contra a mulher. Este elemento promove o senso de responsabilização pelas famílias, o que mostrou seus efeitos na prática dessas equipes da ESF. (MOREINA et al., 2014).

Considerando estas contribuições e possibilidades de atuação evidenciadas, tem-se ainda a importância da monitoração de propostas com avaliação e supervisão sistemáticas a fim de qualificar os serviços prestados, visando a reflexão e olhar crítico quanto ao que tem sido feito e possibilitando o espaço para que mudanças e ajustes sejam constantemente pensados.

Finalizando esta categoria, Rafael et al. (2017) nos convidam a refletir a partir de estudo recente que propõe um modelo de combate e atenção às mulheres vítimas de violência baseado nos princípios da confidencialidade, privacidade, respeito à autonomia das mulheres e manutenção da segurança. Também propõe que os cuidados sejam prestados com base em alguns elementos fundamentais: o conhecimento sobre os cuidados clínicos e os encaminhamentos implicados aos diversos pontos da rede de atenção, a consciência sobre as questões de gênero e igualdade, as atitudes voltadas à ausência de julgamento, a empatia, as habilidades para o atendimento emergencial e longitudinal aos danos físicos e psicológicos e a compreensão dos diversos contextos para construção de redes de apoio.

4.3.3 A importância da construção de vínculo entre a mulher e os profissionais da ESF: exercendo o acolhimento

A construção do vínculo entre profissional e usuário é elemento basal em todo e qualquer tipo de atendimento em saúde, principalmente no trato de questões delicadas e que envolvem as vicissitudes dos indivíduos. No contexto da oferta do cuidado às mulheres em situação de violência, todos os artigos analisados fizeram o recorte da importância do vínculo no estabelecimento do processo de acolhimento as demandas por elas apresentadas.

Segundo Pereira-Gomes et al. (2015) o itinerário que esta mulher percorre para o enfrentamento da violência pode ser cumprido ou interrompido de acordo com a qualidade do vínculo e das interações estabelecidas com os serviços e organizações. Neste sentido, estabelecer uma relação de confiança e conseguir compreender o que o usuário de saúde não verbaliza, mas expressa em seu corpo e comportamento, são recursos importantes no atendimento a este público.

Marques et al. (2017) afirmam que a presença mais frequente da mulher nos serviços pode facilitar o processo de construção de vínculo maior com a equipe de saúde e inclusive vir a favorecer a identificação dos casos de violência. Um aspecto primordial neste processo do estabelecimento do vínculo associa-se a oferta de uma escuta qualificada pelos profissionais. Neste ponto, a acolhimento dado a usuária e o desenvolvimento de uma escuta “interessada” foi indicado como uma ferramenta potente para identificação da violência e também no processo posterior de condução do caso.

É importante que a escuta estabelecida no contato entre profissionais e usuárias não se traduza, na prática, em um simples diálogo que permeia a assistência. A escuta qualificada pressupõe a atenção integral, o olhar atento mediado por um saber instrumental generificado, que apreenda as necessidades das usuárias, reconhecidas como sujeitos de sua existência e inseridas em uma sociedade que determina a subalternidade e a violência (OLIVEIRA; FONSECA, 2015).

O estudo de Silva, Padoin e Vianna (2015) reafirma esta ideia, trazendo que a escuta, a orientação e o acolhimento à mulher por meio de um diálogo, com a construção de um projeto compartilhado de enfrentamento da violência, é uma prática que pode levar à resolução do agravo.

Outro princípio importante no contexto do atendimento à VCM refere-se à privacidade. Isto significa, no cotidiano dos serviços, salas fechadas, encontros privativos e que não possam ser escutados por outros, sejam profissionais, usuários ou familiares, o que alia-se diretamente à questão do sigilo, elemento fundamental, inclusive para a segurança dos envolvidos. O sigilo estende-se ao uso e manuseio dos prontuários e deve ser mantido pelo serviço, ainda que as informações possam e devam circular entre a equipe (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Assim, Marques et al. (2017) afirmam que o acolhimento dos profissionais de saúde configura-se como uma oportunidade de responsabilização na escuta dos relatos e queixas das mulheres, permitindo a livre expressão de suas preocupações e angústias. A escuta comprometida dos profissionais de saúde é um elemento que viabiliza o reconhecimento da violência, por isto é necessário que a equipe esteja preparada para estabelecer uma relação de cuidado que gere a conquista da confiança da paciente.

Segundo, Silva, Padoin e Vianna (2013, p. 611), o acolhimento apresenta-se em três dimensões: postura, técnica e reorientação dos serviços. Integra-se a esses planos a noção de humanização nas relações entre trabalhadores e usuários. O acolhimento é incorporado à acessibilidade organizacional, que, por sua vez, deve ter estratégias que facilitem a entrada da usuária no Serviço. É essencial que a mulher perceba que o serviço se interessa pelo seu problema e que a equipe deseja apoiá-la no enfrentamento.

Assim, afirmam que é possível acolher a mulher em situação de violência por meio da

proposição de um plano de ação que respeite a decisão da própria mulher. Orientações como a denúncia do agressor, medidas protetivas como o afastamento dele da casa e o apoio de instituições são informações que ela precisa receber, mas a decisão final é apenas da usuária. A escuta e o diálogo entre profissional e usuária buscam a identificação das demandas e das soluções alternativas que se traduzem em formas de lidar com a situação, as quais são próprias para cada condição.

Diante destes fatores, pode-se refletir sobre o conceito de cuidado. Moreina et al. (2014) em seu estudo discutem sobre esta definição, afirmando que o cuidado, por vezes, tem sido associado à integralidade e, assim, é compreendido como práticas de saúde que superam uma perspectiva exclusivamente biomédica e atentam para os aspectos sociais, culturais e subjetivos, concretizando-a na relação entre profissional de saúde e usuário (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Em outras palavras, o cuidado remete a uma prática que tem como objetivo principal a saúde do usuário tomado como sujeito, compreendendo-a como a ampliação de sua “reserva técnica” para enfrentar os desafios da vida, e não tomando os diagnósticos e os aspectos biológicos do adoecimento como centrais. (MERHY, 2002 apud MOREINA; et al., 2014). Para os autores, cuidar significa também algo inerente à vida. Com diferentes arranjos ao longo do tempo e considerando diferentes modos de vida, tem relação com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida, sendo um tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam o existir.

Por isso o cuidado em saúde supõe um encontro entre o profissional de saúde e o usuário que se caracterize como uma relação intercessora, capaz de articular essas diferentes visões – a do profissional (saber técnico-científico, sua experiência clínica, seus valores) e a do usuário (seus projetos de vida, seus desejos, sua experiência pessoal), produzindo projetos terapêuticos a partir dessa composição (MERHY, 2002 apud MOREINA et al., 2014, p. 817).

4.3.4 Elaboração de intervenções que fortaleçam as potencialidades da mulher

Em consonância as categorias já abordadas, parte-se para a reflexão e identificação acerca das intervenções que podem ser adotadas pelos profissionais da ESF, direcionadas ao mapeamento e fortalecimento da mulher em suas potencialidades enquanto mais um recurso na oferta do suporte diante da VCM.

Neste ponto, Pereira-Gomes et al. (2015) assinalam as diversas dificuldades que perpassam as mulheres no contexto da violência e a necessidade da adoção de ações que combatam essa realidade.

Com isto, Oliveira e Fonseca (2015) trazem o reconhecimento pelos profissionais de saúde de necessidades na condição apresentada pelas mulheres que remetem à autonomia, necessidade relacionada à identificação da mulher como sujeito de sua vida, assim como à necessidade de fortalecimento para o manejo dos conflitos.

O respeito e suporte diante da decisão da mulher foi também um elemento abordado nos artigos analisados. Compreender a autonomia dos sujeitos como potência (e não como entrave) e possibilitar a participação dos usuários na definição de seus “projetos terapêuticos” são possivelmente os principais desafios atuais para as equipes. E sem esse elemento de produção compartilhada, o risco de insucesso aumenta significativamente (MERHY; FEUERWERKER, 2008 apud MOREINA et al., 2014, p. 824).

A busca pela rede de apoio da usuária é outro aspecto fortalecedor em seu processo. Assim, os profissionais, ao buscarem o acesso a essa rede, para redirecionarem as suas ações a fim de promover o cuidado integral das mulheres nos serviços de saúde, podem dar voz às mesmas, suscitando o seu empoderamento, além de levá-las a perceber a importância das decisões decorrerem delas próprias, a partir de uma consciência crítica sobre as questões de gênero (RODRIGUES et al., 2014).

4.3.5 Realização de ações de promoção e prevenção

Para além dos elementos identificados no processo de cuidado a mulheres que se encontram em situação de violência, é importante que sejam pensadas condutas que possam ser tomadas antes da instauração deste fenômeno. Assim, inserem-se as ações de promoção e prevenção em saúde, outro recorte também abordado nos artigos selecionados.

Pereira-Gomes et al. (2015) trazem o conceito da APS para discutir este aspecto, na medida em que as unidades de saúde precisam desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de agravos a partir da integração com a saúde pública e com os serviços de atenção comunitária.

Para tanto, indicam a maior disponibilidade do assistente social no âmbito da ESF, ou com maior poder de articulação, junto ao CRAS, enquanto possibilidades no atendimento a grande parte dos problemas da comunidade, ainda no nível primário, como também garantia de continuidade do acompanhamento.

Em seu estudo, Gomes et al. (2015) trazem uma importante contribuição neste contexto. Evidenciam uma iniciativa pautada da realização de uma mesa-redonda, com autoridades no assunto, a fim de debater, juntamente com os profissionais das unidades da ESF e acadêmicos dos cursos de saúde, aspectos referentes à notificação compulsória, código de ética profissional e Lei Maria da Penha, as implicações jurídicas, éticas e legais do atendimento às vítimas e os encaminhamentos possíveis e necessários. Os autores mencionam que estratégias como esta auxiliam na detecção, combate e prevenção da VCM, devendo ser reproduzidas em reuniões das equipes de saúde da família, ambiente hospitalar e entre acadêmicos das áreas da saúde.

A prevenção, entretanto, também passa por ações que podem ser realizadas pelos serviços de saúde. Em primeiro lugar, o combate à violência institucional e o estímulo à integralidade da atenção são promotores da boa comunicação e relações interpessoais no serviço, denotando de modo exemplar a prática da não violência e, por contraste, apontando sua recusa e a não reprodução desta no interior dos serviços. Assim, o propósito de tornar visível a violência como questão, atuando contra sua banalização, é uma prática que começa no próprio serviço de saúde. O trabalho orientado pelos princípios do PAISM, com a promoção dos direitos reprodutivos e sexuais e o trabalho com conflitos de gênero da perspectiva de fortalecimento das mulheres e emancipação de todos os usuários e trabalhadores, é fundamental neste sentido (D'OLIVEIRA; et al., 2009).

Devemos considerar, ainda, que o ambiente mais acolhedor ao tema e sem temor de tratá-lo publicamente é uma prática que pode facilitar a revelação e a emergência de casos, lembrando-se que o cuidado mesmo aos casos já instalados tem uma forte dimensão preventiva: testemunhar violência entre os pais, na infância, ou sofrer violência quando criança é importante fator de risco, tanto para meninos como para meninas, para o envolvimento em situações de violência na vida adulta. Portanto, o cuidado aos casos pode proteger as crianças e prevenir a transmissão intergeracional da violência, ao mesmo tempo em que pode prevenir as constantes reiterações dos episódios para a própria mulher em

situação de violência. O cuidado aos homens, na mesma direção, pode trazer uma perspectiva crítica e prevenir futuros novos episódios de violência com as mesmas ou outras mulheres com quem se relacionem, sejam elas parceiras, familiares ou colegas e conhecidas (D'OLIVEIRA et al., 2009).

4.3.6 Importância da capacitação e educação continuada para os profissionais da ESF

Para que todas as ações e estratégias anteriormente descritas sejam possíveis e realizadas de forma qualificada, a capacitação e educação continuada para os profissionais da ESF devem ser colocadas em prática. Os artigos analisados foram unânimes ao abordarem esta questão ao trazerem a necessidade da execução destes aportes, que perpassa desde a compreensão da temática quanto a VCM, bem como conduzir o cuidado com este público.

A compreensão sobre a complexidade da violência, em especial sobre a permanência da mulher na relação, além de favorecer um atendimento que reconhece o agravo, amplia o olhar da saúde diante da violência, estimula e incorpora a mudança de atitudes, crenças e práticas (PEREIRA-GOMES et al., 2015). Torna-se essencial que os profissionais, independentemente da área de atuação, conheçam os recursos existentes para orientação e disponibilidade de equipamentos sociais de apoio às mulheres em situação de violência.

Neste processo, a valorização da dimensão subjetiva e social na abordagem as mulheres em situação de violência faz-se necessária, uma vez que só a dimensão objetiva do cuidado limita sua atuação frente à situação, baseando-se apenas em sinais e sintomas objetivos, com enfoque curativo e pouco resolutivo as demandas sociais e de saúde dessas mulheres. (MARQUES et al., 2017).

Silva, Padoin e Vianna (2015) afirmam que a qualificação desses profissionais sobre violência de gênero pode contribuir para a melhoria da prática assistencial. A reflexão e a discussão da prática assistencial, a partir da perspectiva do gênero, podem subsidiar os profissionais na construção de condutas e fazer com que pensem em mecanismos que suplantem as dificuldades de mulheres e homens que vivem em situação de violência, geradas pelas desigualdades de gênero e que tencionam as relações.

Ampliar o olhar para além da posição de vítima e de autor também parece imprescindível para

avançar nas ações de controle deste fenômeno. Alguns trabalhos já têm apontado nesta direção, principalmente por inferirem a possibilidade de perdas no processo de cuidado familiar diante da inobservância da violência enquanto uma entidade cíclica e bidirecional, e também pelo reconhecimento de que todos os envolvidos sofrem nestas situações: a vítima, o perpetrador ou os demais atores que compõem o núcleo familiar. (RAFAEL et al., 2017).

Neste âmbito, Silva, Padoin e Vianna (2013) trazem uma reflexão importante ao afirmarem que punir o agressor de acordo com a legislação nem sempre será a primeira opção. Para a mulher, muitas vezes a dependência química e de bebidas alcoólicas são vistas como deflagradoras de episódios de violência por parceiro íntimo e o tratamento é colocado como solução. Essa concepção faz com que a opção seja o encaminhamento do parceiro ao tratamento. Os profissionais precisam estar preparados para compreender a perspectiva da mulher e, assim, incluir o agressor no plano de enfrentamento, deixando o aspecto punitivo e educativo da legislação para outro momento da assistência.

Gomes et al. (2013) também chamam a atenção para a importância da capacitação dos profissionais, afirmando que, diante da dinâmica das unidades da ESF, o momento das reuniões de equipe podem ser uma possibilidade de espaço para esta intervenção. Comentam que

[...] a compreensão acerca da complexidade da violência é essencial para o processo do cuidar, exemplificando tal fato com um estudo realizado com mulheres vítimas de violência que mostrou que a maioria delas não menciona a palavra violência durante suas falas. Assim, ao prestarem queixa contra seus parceiros íntimos, utilizam palavras que retratam o caráter agressivo das relações, referindo-se aos seus parceiros como sendo sujeitos ignorantes e que lhes perturbam o cotidiano. Essa situação expressa a dificuldade das mulheres em falar abertamente acerca da violência sofrida no ambiente domiciliar ou mesmo da não percepção de que sofrem violência. Por isso, a forma natural com que referem sofrer empurrões, tapas, sacudidas, acreditando, inclusive, serem merecedoras de tal “castigo”, ancora-se na visão de subalternidade e subserviência feminina. Ao entenderem a vivência da violência no âmbito familiar, os profissionais da saúde podem atuar de forma mais efetiva para a resolução do problema. (GOMES et al., 2013, p. 688).

Outro aspecto de extrema relevância diz respeito ao reconhecimento dos próprios preconceitos por parte dos profissionais, para que concepções rígidas acerca de relações familiares, fidelidade, relação com álcool e drogas ou outras não obstaculizem o trabalho de compreensão da mulher e o manejo da conversa no sentido da afirmação dos direitos humanos e de uma ética da não violência nas relações interpessoais. Esta “vigilância cultural”

(D'OLIVEIRA et al., 2009, p. 1045) que o profissional deve realizar acerca de seu próprio agir inclui a atitude de evitar a vitimização da mulher.

4.3.7 Pensar acerca do cuidado com o cuidador

Tão relevante quanto a capacitação e educação continuada para os profissionais da ESF, encontra-se a perspectiva no cuidado com estes profissionais, elemento pouco mencionado nos artigos analisados.

Marques et al. (2017) evidenciam que existe uma preocupação nos profissionais em atuar em um território em que a violência e o tráfico de drogas estão presentes, por exemplo, e que atuar de forma propositiva e corresponsável no enfrentamento da violência contra as mulheres requer espaços mais seguros e protetivos aos próprios profissionais da saúde. Mencionam que os profissionais envolvidos na atenção a esta clientela percebem a complexidade e intensidade da violência vivenciada, que, por vezes, mobilizam questões pessoais de cada um. Há também dificuldade no estabelecimento de estratégias para lidar com as repercussões da violência na saúde e no cotidiano dos profissionais, principalmente diante da escassez e fragilidade de uma rede de apoio para o enfrentamento dessas situações.

Também abarcando esta discussão, Moreina et al. (2014) afirmam que a complexidade das situações de violência coloca aos profissionais de saúde desafios ético-filosóficos e práticos, vividos cotidianamente em cada caso atendido. O primeiro deles retoma as questões éticas ligadas ao reconhecimento e respeito à autonomia dos sujeitos e ao papel dos profissionais de saúde em situações que envolvem risco a outras pessoas ou a si mesmos.

Neste ínterim, D'oliveira et al. (2009) apontam que um cuidado especial precisa ser tomado, uma vez que a grande maioria dos trabalhadores de saúde são mulheres. Os profissionais de saúde, portanto, necessitam abordagem especial, levando em consideração que muitas também passam por situações semelhantes e devem ser acolhidas pelo serviço desde o treinamento, sem exposição. É importante salientar que, conforme rememoram os autores, viver ou ter vivido violência não impossibilita o trabalho com as pacientes, mas deve ser considerado no treinamento e supervisão dos profissionais. A possibilidade de trabalho melhor ou pior com o tema depende da elaboração que a profissional fizer sobre ele, suas vivências e também o seu desejo de trabalhar com o assunto ou não.

Outro aspecto dessa importante “vigilância cultural” (D’OLIVEIRA et al., 2009, p. 1045) do trabalho do profissional é seu lidar com as suas próprias emoções, pois os relatos escutados são fortemente mobilizadores, sendo as emoções mais comuns a raiva, o medo e a impotência. A consciência crítica destes sentimentos deve ser buscada para o bom atendimento e também para o crescimento e aperfeiçoamento do profissional, prevenindo sua interferência moral ou puramente emocional reativa no trabalho assistencial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da seleção e análise dos artigos científicos reunidos e construção dos resultados e discussões deste trabalho, foi possível apreender que as características que compõem a APS e, especificamente, a ESF evidenciam as potencialidades que este segmento de saúde pública possui no processo de identificação, cuidado e combate a VCM, tendo em vista os objetivos que respaldaram a sua constituição e regem a sua organização e princípios.

Contudo, percebeu-se que tais elementos não têm sido suficientes para garantir o atendimento adequado e qualificado às mulheres que buscam a ESF em situação de violência, uma vez que dificuldades e desafios se fazem presentes. Um deles, diz respeito à forma como os profissionais da ESF compreendem a VCM, elemento de extrema importância neste trabalho e identificado enquanto um dos objetivos de estudo dos 23 artigos selecionados, o que pressupõem a relevância deste aspecto no contexto da articulação da VCM no âmbito da atenção primária.

Neste ínterim, foi identificado que não existe um entendimento único diante do conceito da VCM e que muitas percepções encontram-se associadas a discursos dominantes socialmente e demasiadamente impregnados das concepções androcêntricas e patriarcais, o que acaba contribuindo para uma visão reducionista, preconceituosa e superficial do complexo fenômeno que é a violência contra a mulher.

Apesar destes elementos, foi observado que os profissionais da ESF recebem e atendem em suas unidades mulheres em situação de violência e, para tanto, em meio às adversidades, contam com o uso e construção de recursos que, em dados contextos, possuem efeitos significativos e, em outros, insuficientes. Assim, ainda que os profissionais revelem

potencialidades da escuta e no vínculo de confiança estabelecido com as usuárias no trabalho em saúde, entre as potências reveladas e o efetivo agir para o acolhimento e enfrentamento do problema com efetivas respostas às suas necessidades há uma grande lacuna que, por sua vez, precisa ser identificada e erradicada.

Partindo deste princípio, foram também identificadas e reunidas as dificuldades e desafios que possivelmente constituem esta lacuna, visando justamente oportunizar o reconhecimento para a construção da mudança visando à melhora.

O despreparo, a falta de capacitação dos profissionais e a visão centrada nos aspectos biológicos foram alguns dos pontos mais abordados no campo dos artigos analisados, e identificados enquanto entraves para uma série de práticas e conduções efetivas no cuidado as mulheres em situação de violência. Estes estiveram relacionados tanto com a capacidade de reconhecimento do agravo como, uma vez reconhecido, no processo de condução do cuidado junto à usuária.

Neste contexto, pôde ser percebido um recorte do cenário em que se encontra a ESF no âmbito do cuidado à VCM e refletidas possibilidades de mudança que possam promover a restauração das lacunas presentes e potencializar e complementar os atributos que a APS e, em especial, a ESF possuem para fornecer o cuidado a estas mulheres de forma qualificada.

Destarte, foram identificadas a necessidade da realização de encaminhamento responsável e importância da atuação em rede, considerando que a ESF não possui todos os atributos necessários para a oferta do cuidado integral as mulheres em situação de violência, sendo fundamental a parceria e a execução do trabalho em rede, o que não significa, por sua vez, que esteja eximida da responsabilidade deste atendimento.

A assertividade na atuação de modo interdisciplinar nas unidades da ESF foi outro elemento destacado, possibilitando a condução de intervenções e ações de forma assertiva e cuidadosa no trato com a VCM, bem como de forma integrada entre as equipes da ESF, não abrindo espaço, por exemplo, para a revitimização dentro da unidade ou a execução de alguma outra prática de forma desrespeitosa e, até mesmo, violenta a nível institucional.

Foi evidenciada a importância da construção de vínculo entre a mulher e os profissionais da

ESF enquanto aspecto fundante na construção do cuidado e acolhimento a este público, assim como a elaboração de intervenções que fortaleçam as potencialidades da mulher e possibilitem a sua assistência de forma integral.

A realização de ações de promoção e prevenção e a importância da capacitação e educação continuada para os profissionais da ESF também se configuram enquanto peças essenciais e de extrema relevância no contexto não só do cuidado, mas também do combate a VCM, na medida em que possibilitam a atualização dos profissionais que compõem as equipes e a disseminação de informações sobre a temática, dando espaço também para a realização da prevenção e, assim, maior qualidade no processo da promoção de saúde.

Concluindo os resultados e discussões deste estudo, a necessidade acerca do pensar sobre o direcionamento do cuidado também aos profissionais da ESF apresentou-se como ponto primordial, possibilitando a ampliação do olhar para estes enquanto sujeitos em suas particularidades e, assim, auxiliá-los a também direcionar o olhar para as mulheres em situação de violência de modo sensível, atento e cuidadoso.

Desse modo, este estudo compreende um disparador na discussão acerca da atuação dos profissionais da ESF no âmbito da VCM, na medida em que percebe-se que existe muitas potencialidades neste contexto, mas também significativos elementos que precisam ser olhados de perto e modificados. Assim, este estudo possibilitou um olhar abrangente e inicial sobre este fenômeno para que mais trabalhos e discussões sejam feitas nesse âmbito, no movimento de reflexão e construção de ferramentas e subsídios que possam ampliar e melhorar cada vez mais o atendimento a mulheres em situação de violência na APS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO. DOSSIÊ – VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. Disponível em <<http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/>>

BORBUREMA, T.L.R.; PACHECO, A.P.; NUNES, A.A.; MORÉ, C.L.O.O.; KRENKEL, S. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez; 12(39):1-13. Disponível em <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1460/866>>

BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.28, p.165-74, jan./mar. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a14.pdf>>

BRASIL. PORTAL DE SAÚDE. *Estratégia de Saúde da Família*. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Brasília, jul - dez, 2013. Disponível em <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/306/284>>

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, Oct. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso>

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Formas de Violência Contra a Mulher. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/lei-maria-da-penha/formas-de-violencia>>
Cortes LF, Padoin SMM, Kinalski DDF. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(esp):e2016-0056. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp2016-0056.pdf>>

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; 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*, 14(4):1037-1050, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a06v14n4.pdf>>

FELIPE, D.; LYRA, J.; MEDRADO, B.; OLIVEIRA, S. Compreensão do acolhimento à violência contra a mulher em serviços de atenção básica, a partir da observação no cotidiano. Universidade Rural de Pernambuco; *18º REDOR*. Disponível em <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/660/672>>

FRANZOI, N.M.; FONSECA, R.M.G.S.; GUEDES, R.N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* maio-jun 2011;19(3):[09 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_19.pdf>

GOMES, N.P.; ERDMANN, A.L; BETTINELLI, L.A.; HIGASHI, G.D.C.; CARNEIRO, J.B.; DINIZ, N.M.F. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima

de violência conjugal. Esc Anna Nery (impr.)2013 out - dez ; 17 (4): 683 – 689. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0683.pdf>>

GOMES, N.P.; SILVEIRA, Y.M.; DINIZ, N.M.F.; PAIXÃO, G.P.N.; CAMARGO, C.L.;

GOMES, N.R. Identificação da violência na relação conjugal a partir da estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 789-96. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a27.pdf>>

GOMES, V.L.O.; SILVA, C.D.; OLIVEIRA, D.C.; ACOSTA, D.F.; AMARIJO, C.L. Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2015;23(4):718-24. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00718.pdf>

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L.; MOTA, L. L.; CARNEIRO, J. B.; ANDRADE, S. R.;

KOERICH, C. Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37(4):377-384. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/encaminhamentos_mulher_situacao_violencia_conjugal.pdf>

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(2):304-11. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>>

HESLER, L.Z.; COSTA, M.C., RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):180-186. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v34n1/23.pdf>>

MACHADO, J. C.; RODRIGUES, V. P.; VILELA, A. B. A.; SIMÕES, A. V.; MORAIS, R. L. G.; ROCHA, E. N. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.828-840, 2014. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2014.v23n3/828-840>>

MARQUES, S.S.; RIQUINHO, D.L.; SANTOS, M.C.; VIEIRA, L.B. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(3):e67593. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v38n3/0102-6933-rgeenf-38-3-e67593.pdf>>

MORAES, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em <http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>

MOREINA, T. N. F.; MARTINS, C. L.; FEUERWER, L. C. M.; SCHRAIBER, L. B. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.814-827, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0814.pdf>>

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. *O Social em Questão* - Ano XV - nº 28 – 2012. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/2artigo.pdf>>

OLIVEIRA, R.N.G.; FONSECA, R.M.G.S. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mar.-abr. 2015;23(2):299-306. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-3455-2555.pdf>

OLIVEIRA, A. F. P. L.; 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*, 14(4):1037-1050, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a06v14n4.pdf>

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAÚNES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):351-8. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3137.pdf>>

PEREIRA-GOMES, N.; ERDMANN, A. L.; GOMES, N. R.; MONTEIRO, D. S.; SANTOS, R. M.; COUTO, T. M. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. *Rev. salud pública*. 17 (6): 823-835, 2015. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/rsap/2015.v17n6/823-835/pt>>

RAFAEL, R.M.R.; MOURA, A.T.M.S.; TAVARES, J.M.C.; FERREIRA, R.E.M.; CAMILO, G.G.S.; NETO, M. Profile of intimate partner violence in Family Health Units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(6):1259-67. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1259.pdf>

RODRIGUES, V.P.; MACHADO, J.C.; SIMÕES, A.V.; PIRES, V.M.M.; PAIVA, M.S.; DINIZ, N.M.F. Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 735-43. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00735.pdf>

SAFFIOTI, H. Gênero, Patriarcado e Violência. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTOS, S. S.; DELL'AGLIO, D. D. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estud. psicol.*, Campinas, v. 25, n. 4, Dec. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a14v25n4>>

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.; VIANNA, L.A. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6):608-13. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/16.pdf>>

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.; VIANNA, L.A. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 229-37. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00229.pdf>

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):249-258, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf>

SILVA, E. B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E

A PRÁTICA ASSISTENCIAL NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 229-37. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00229.pdf>

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. C. S.; ALMEIDA, A. M. NAKANO, A. M. S.; SANTOS, M.

A.; DALTOSO, D.; FERRANTE, F. G. D. Conhecimento e atitudes dos profissionais de

saúde em relação à violência de gênero. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(4): 566-77. Disponível

em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/07.pdf>>