



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Evelin Gomes Esperandio

**Violência íntima: experiências de mulheres na atenção primária à saúde no
Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2019

Evelin Gomes Esperandio

Violência íntima: experiências de mulheres na atenção primária à saúde no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

E77 Esperandio, Evelin Gomes.
Violência íntima: experiência de mulheres na atenção primária à saúde no Rio de Janeiro / Evelin Gomes Esperandio – 2019.
91f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Violência contra as mulheres - Teses. 2. Violência por Parceiro Íntimo - Teses. 3. Atenção Primária à Saúde - Teses. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Moura, Anna Tereza Miranda Soares de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 618.89-008.444.9-055.2

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Evelin Gomes Esperandio

Violência íntima: experiências de mulheres na atenção primária à saúde no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 31 de maio de 2019.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Corina Helena Figueira Mendes
Instituto Fernandes Figueira

Rio de Janeiro
2019

DEDICATÓRIA

Às mulheres fortes que encontrei na vida, que me ajudaram a me encontrar: minha gratidão!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço às mulheres entrevistadas, que me emprestaram suas vozes, compartilharam suas histórias comigo e me ajudaram a aprender com suas vidas e vivências!

À minha orientadora Anna, pelos ensinamentos amorosos e comprometidos, pacientes e persistentes, pelas mensagens de estímulo e por acreditar em mim! “Oi querida, já tem algum material para me mandar??”

Agradeço também às pessoas envolvidas nesse trabalho: trabalhadoras e trabalhadores das unidades de saúde, bem como pessoal das residências em MFC e às gestoras das quatro unidades – sem vocês essa coleta de dados não teria sido possível!

À Tereza e ao Daniel Puig, junto com as meninas do GAR, Verônica e Patrícia, da CAP 1.0, que me ajudaram a ampliar o olhar e melhoraram muito esse trabalho!

Ao Marcus: sem você esse trabalho ainda estaria pendente no CEP!

À Aninha, pela colaboração sempre gentil durante o mestrado!

Às professoras, professores e colegas de mestrado, que conquistaram lugar cativo no meu coração!

À Thayz Guimarães pela parceria nas transcrições! Os agradecimentos devem ter a tabulação de parágrafo e o texto também é justificado em relação às margens.

À minha mãe, a primeira mulher forte da minha vida, que me ensinou o que é ser batalhadora, persistente, dedicada e muito inteligente!

Ao meu pai, exemplo de paciência e dedicação amorosa.

Às amoras e amores antigxs e novxs... eternas esposas Mari, Nat, Prima, Raíssa. Obrigada por me fazerem repensar dia a dia o sentido de família, carinho, apoio, afeto. Aprendo sempre com vocês. Sarah, grande amiga, que me ensina sempre a olhar outros lados das questões. Sersan, presente sereno que a vida me trouxe quando eu menos esperava, com sabor de queijo com docinho, gratidão por tudo que já vivemos até aqui! Aos companheiros das meninas (Wal, Fábio, Fernando e Renan): gratidão pelos afetos e saberes compartilhados!

Ao César, grande amigo e parceiro que me ensina sempre!

À Bárbara, pela escuta semanal há tantos anos, me ajudando sempre!

Ao mano e à Tassy, por compartilharem belos momentos de alegria em família.

Aos avós *in memorian* (Vó Maria e Vós José e Américo) e à vó Carmem, pelas orações e à grande família, que me fez ser quem sou. Isso inclui ser mãe da Frida :)

Às e aos colegas de trabalho, de residência, de Faculdade, de hoje, de ontem e de sempre, por compartilharem dores e delícias da vida real.

Às amigas e amigos da vida: vocês fazem ela valer a pena!

Às companheiras e companheiros de luta: estamos firmes!

À Vida, mãe natureza, Pachamama, à Força Superior ou o mistério: àquilo que não sei explicar, mas que me dá força e me move: gratidão!

Por último, mas não menos importante: à Alexandra Elbakyan, fundadora incrível do Sci-Hub, sem o qual esse trabalho não teria sido possível!

Presenciei tudo isso dentro da minha família
Mulher com olho roxo, espancada todo dia
Eu tinha uns cinco anos, mas já entendia
Que mulher apanha se não fizer comida
Mulher oprimida, sem voz, obediente
Quando eu crescer, eu vou ser diferente
Eu cresci
Prazer, Carol bandida
Represento as mulheres, 100% feminista
Eu cresci
Prazer, Carol bandida
Represento as mulheres, 100% feminista
Represento Aquatune, represento Carolina
Represento Dandara e Xica da Silva
Sou mulher, sou negra, meu cabelo é duro
Forte, autoritária e às vezes frágil, eu assumo
Minha fragilidade não diminui minha força
Eu que mando nessa porra, eu não vou lavar a louça
Sou mulher independente não aceito opressão
Abaixa sua voz, abaixa sua mão
Mais respeito
Sou mulher destemida, minha marra vem do gueto
Se tavam querendo peso, então toma esse dueto
Desde pequenas aprendemos que silêncio não soluciona
Que a revolta vem à tona, pois a justiça não funciona
Me ensinaram que éramos insuficientes
Discordei, pra ser ouvida, o grito tem que ser potente
Represento Nina, Elza, Dona Celestina
Represento Zeferina, Frida, Dona Brasilina
Tentam nos confundir, distorcem tudo o que eu sei
Século XXI e ainda querem nos limitar com novas leis
A falta de informação enfraquece a mente
Tô no mar crescente porque eu faço diferente
100%, por cento, por cento, por cento feminista
100%, por cento, por cento, por cento feminista
100%, por cento, por cento, por cento feminista

(100% Feminista MC Carol, part. Karol Conká)

RESUMO

ESPERANDIO, Evelin Gomes. **Violência íntima**: experiências de mulheres na atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. 2019. 91f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A Violência Íntima (VI) é um fenômeno altamente prevalente e um grande desafio para profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS). Muito se tem avançado em pesquisas, porém ainda parece haver pouco resultado na melhoria do cuidado longitudinal. Estudos tem mostrado a perspectiva dos profissionais, porém pouco se encontra na literatura sobre a voz destas mulheres. Compreender a experiência das mulheres em situação de violência íntima no contexto do cuidado ofertado pelos serviços de saúde da família (ESF) de Atenção Primária do Rio de Janeiro. Trata-se de estudo qualitativo transversal em Clínicas da Família. Frequentou-se a sala de espera das unidades, aplicando o questionário *Conflict Tactic Scales 2* em local reservado. Identificou-se 21 mulheres positivas para qualquer tipo de violência, dando seguimento a uma entrevista semiestruturada, com questões sobre a revelação da violência vivida para as equipes e sugestões para profissionais de saúde. Para interpretação, utilizou-se o método hermenêutico-dialético. Realizou-se, também, revisão integrativa sobre VI no cenário da APS, buscando sistematizar os estudos dos últimos 10 anos para corroborar com a discussão dos achados da pesquisa de campo. Emergiram do encontro dos fatos empíricos com a teoria 03 categorias que representam a trajetória das mulheres: sentimentos sobre contar ou não o que aconteceu para a equipe de saúde; análise de desafios da ESF para a revelação e o acompanhamento das situações; e sugestões trazidas pelas mulheres para abordagens criativas pela ESF para o enfrentamento da VI. Quanto à revisão integrativa, discutiu-se o uso das terminologias e a presença de estudos que reforçam a descrição dos fatores de risco do modelo ecológico através de estudos de magnitude, prevalência e consequências na saúde. Observou-se ausência de artigos que aprofundem a compreensão dos fatores protetivos e de resiliência. Traduziu-se desafios para o cuidado ofertado nos serviços de APS, trazendo conselhos das mulheres para mudanças na abordagem da VI. Vislumbrou-se a falta de estudos que trabalhem os fatores protetivos das mulheres no âmbito da APS. Sugere-se a realização de estudos de seguimento e intervenção, focados em promover fatores de suporte e proteção, com vistas ao aumento da resiliência individual e coletiva.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Violência Íntima. Violência contra a Mulher.

Revisão Integrativa. Modelo Ecológico.

ABSTRACT

ESPERANDIO, Evelin Gomes. **Intimate partner violence**: the experience of women in Primary Health Care in Rio de Janeiro,. 2019. 91f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Intimate Partner Violence (IPV) is a highly prevalent phenomenon that remains a major challenge for practitioners working in Primary Health Care (PHC). Much progress has been made in research, but there still seems to be little result in improving longitudinal care. Studies have shown the perspective of professionals, but little is found in the literature on the voices of these women. to understand the experience of women in situation of intimate partner violence in the context of the care offered by the primary health services (FHS) of Rio de Janeiro. Transversal qualitative study in Family Clinics. The waiting room of the units was attended, applying the questionnaire "Conflict Tactic Scales 2" in a private room. Twenty-one women were identified for any kind of violence, following a semi-structured interview, with questions about the revelation of violence experienced and suggestions for health professionals. For interpretation, the hermeneutic-dialectic method was used. An integrative review on Intimate Violence was also carried out using the PHC scenario, seeking to systematize the studies of the last 10 years to corroborate with the discussion of field research findings. Three categories were constructed and represent the trajectory of women: feelings about whether or not to tell what happened to the health team; analysis of FHS challenges for the development and monitoring of situations; and suggestions made by women for creative approaches by the FHS to address IPV. Regarding the integrative review, we discussed the use of terminologies and the presence of studies that reinforce the description of risk factors of the ecological approach through studies of magnitude, prevalence and health consequences. There was a lack of articles that deepened the understanding of the protective and resilient factors. Challenges for the care offered in PHC were translated, bringing women's advice for changes in the approach to IPV. There was a glimpse of the lack of studies that investigate women's protective factors under the PHC scenario. It is suggested to carry out follow-up and intervention studies, focused on promoting support and protection factors, to increase individual and collective resilience.

Keywords: Primary Health Care. Intimate Violence. Violence against Women. Integrative Revision. Ecological Approach.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Modelo Ecológico da OMS.....	20
Figura 2 –	Modelo Ecológico atualizado.....	21
Figura 3 –	Mapa das Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro.....	30
Quadro 1 –	Perfil das entrevistadas nas unidades de saúde do Rio de Janeiro em 2018, e descrição da violência vivenciada.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	agentes comunitários/as de saúde
AP	área programática
APs	áreas programáticas
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP 1.0	Coordenadoria Geral de Saúde da Área Programática 1.0
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CFs	Clínicas da Família
CMS	Centros Municipais de Saúde
CTS2	<i>Revised Conflict Tactic Scales</i>
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ED	Editor
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MFC	Medicina de Família e Comunidade
n.	número
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
Org.	Organizador
p.	página
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VC	Violência Conjugal
VD	Violência Doméstica

VI	Violência Íntima
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	OBJETIVOS.....	29
1.1	Geral.....	29
1.2	Específicos.....	29
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
2.1	População do estudo e amostra.....	31
2.2	Instrumentos de coleta.....	32
2.3	Procedimentos analíticos.....	33
2.4	Procedimentos éticos.....	34
3	RESULTADOS.....	36
3.1	Artigo 1 - Revisão integrativa sobre violência íntima e atenção primária: uma discussão urgente	36
3.1.1	<u>Introdução</u>	37
3.1.2	<u>Metodologia</u>	38
3.1.3	<u>Resultados e Discussão.....</u>	39
3.1.3.1	Magnitude da VI e consequências: ainda reforçando o Modelo Ecológico.....	39
3.1.3.2	Pouca capacitação, poucos pedidos de ajuda.....	44
3.1.4	<u>Considerações finais.....</u>	45
3.2	Artigo 2 - Violência íntima: experiência de mulheres na atenção primária à saúde no Rio de Janeiro.....	53
3.2.1	<u>Introdução.....</u>	54
3.2.2	<u>Percurso metodológico</u>	55
3.2.2.1	Tipos de pesquisa.....	55
3.2.2.2	Cenário	55
3.2.2.3	Participantes.....	56
3.2.2.4	Instrumentos de coleta.....	56
3.2.2.5	Análise.....	56
3.2.3	<u>Resultados e Discussão.....</u>	57
3.2.3.1	Perfil.....	57
3.2.3.2	“Ninguém sabe o que eu já passei” - Sentimentos das Mulheres.....	58
3.2.3.3	“Nunca contei porque nunca perguntaram também” – Dinâmica da ESF.....	61

3.2.3.4	“Eu ia amar” – Possibilidades de Encontro.....	63
3.2.4	<u>Considerações finais</u>	64
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	93
	APÊNDICE C – Perfil das Participantes da Pesquisa de Campo.....	95

INTRODUÇÃO

À guisa de revelar a motivação para ter iniciado essa pesquisa, faz-se uma breve apresentação. Toma-se a liberdade de ser menos formal e escrever em primeira pessoa.

Era mais uma manhã atordoada na clínica da família. Mil e uma demandas, pacientes difíceis, solicitação de ambulância para gestante ir pra maternidade... E no meio desse caos, a paciente entrou na minha sala para perguntar do SISREG de sua filha. Relatou que estava bastante perdida, pois o marido havia saído da prisão e voltara para casa. Eu estava irritada, pois ela não sabia quando estava marcada a consulta da filha até que tive que parar tudo e ouvi-la: 'ele me bate e me pega a força pra transar. Estou toda machucada, doutora!'

Foi ao ouvir e escrever essa narrativa que me dei conta do quanto eu, mulher e profissional de saúde, não sabia nada sobre como abordar mulheres em situação de violência. E que, assim como eu não sabia, imaginei quantos e quantas profissionais também deveriam se sentir angustiadas e angustiados quando diante de uma questão tão complexa como essa. Fui para a literatura e descobri muita gente pesquisando o que outros profissionais, assim como eu, sabiam e não sabiam, pensavam e não pensavam... e pouco “ouvi” da voz destas mulheres na literatura brasileira.

Deste encontro com o espaço vazio que surgiu a motivação para esta pesquisa, que espera conseguir contribuir com mais um degrau na construção do conhecimento sobre esse assunto tão sensível e pertinente.

O que se traz a seguir é uma tentativa de expressar, pelo menos em alguma medida, as vozes das mulheres que estão sendo atendidas diariamente nas Clínicas da Família do Rio de Janeiro, local deste estudo. Como se sentem nos atendimentos? Onde há acertos e desafios? O presente documento apresenta o marco teórico, a justificativa do trabalho e os objetivos do estudo. Em seguida, dialoga-se sobre o percurso metodológico que foi utilizado. Através dos dois artigos, discute-se os produtos deste trabalho de Mestrado Profissional em Saúde da Família, dando tanto um panorama geral sobre violência íntima, trazendo uma revisão integrativa sobre as pesquisas neste tema no âmbito da atenção primária nos últimos 10 anos, quanto apresentando os resultados de uma pesquisa de campo que entrevistou 21 mulheres atendidas na Atenção Primária e que emprestaram suas vozes para representar um pouco do que vivenciaram e vivenciam as mulheres nos atendimentos primários de saúde nesta cidade. Ao final, tem-se as considerações finais, trazendo uma síntese das contribuições deste estudo e perspectivas para outras investigações. Nos entremeios, textos de poesia em prosa que foram

surgindo/brotando na autora durante o processo de trabalho e contato com o tema foram inseridos para poetizar e dialogar com os lados subjetivos que surgem ao falar de temas tão sensíveis.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil vem crescendo e se desenvolvendo nas últimas décadas. Recentemente, comemorou-se 30 anos de Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde universal que se propõe ser integral e equitativo. A Atenção Primária consolidou-se no país através da Estratégia Saúde da Família (ESF), local de acesso de primeiro contato e de acompanhamento longitudinal dentro do sistema de saúde de todas as famílias brasileiras (HARRIS; MACINKO, 2015). Para cumprir as funções de equidade e integralidade, é necessário olhar para os problemas mais prevalentes na sociedade e investir em oferecer respostas a eles. Um dos grandes problemas atuais é a desigualdade social (ANDERSON et al., 2018), que tem como consequência importante a violência em seus mais variados âmbitos – interpessoal, estrutural, intrafamiliar.

A Violência Intrafamiliar, geralmente no âmbito doméstico, tem sido objeto de estudo por sua significativa correlação com a saúde das pessoas (KRUG; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Dentre suas apresentações, a violência nas relações de intimidade pode ser considerada uma das mais importantes, sendo reconhecida internacionalmente como um problema de alta relevância. Evento prevalente, frequente, complexo e de repercussões intersetoriais. Dados expressivos podem ser encontrados na literatura: em torno de 30% das mulheres do mundo - podendo chegar a 71% em alguns países - relatam já terem sofrido algum tipo de violência na vida (física, psicológica ou sexual), segundo uma pesquisa multicêntrica da Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization (OMS/WHO) (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2005, p. 5). No Brasil, dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostram que a cada uma hora e meia morre uma mulher vítima de feminicídio (GARCIA; FREITAS; SILVA, 2013).

Apesar desta alta prevalência, o tema ainda é pouco trabalhado na graduação e pós graduação dos cursos de saúde e profissionais relatam sentirem o despreparo para este tipo de atendimento (SUGG; INUI, 1992; COLL-VINENT et al., 2008; VICENTE; VIEIRA, 2009; HASSE et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2016; CRUZ et al., 2017). O mesmo, porém, não pode ser dito em relação aos estudos da academia. Existem diversos grupos no Brasil e no mundo estudando o tema, inclusive com abordagens multicêntricas conduzidas por universidades, centros de saúde-escola e também pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2005; D'OLIVEIRA et al., 2009; RAFAEL et

al., 2017a; MENEGHEL et al., 2017). Esta preocupação reforça a importância do tema, que é de interesse social e governamental.

A abordagem, o diagnóstico e o manejo da Violência Íntima (VI) ainda permanecem como desafios atuais. Embora haja avanços no reconhecimento do problema e no volume de estudos acadêmicos, diversas vezes estes casos passam despercebidos ou ignorados por profissionais de saúde que trabalham nos postos e unidades básicas de saúde. A emergência muitas vezes continua sendo a porta de entrada para as mulheres com injúrias físicas decorrentes da VI (BALLAN; FREYER, 2017). Diversos estudos tem reportado a alta prevalência de casos de violência aguda e crônica que são atendidos na emergência e no nível hospitalar (DAVIDOV et al., 2017). Estudos que utilizam instrumentos de *screening* para VI em salas de emergência percebem em torno de pelo menos 20% de respostas positivas (WOLFF et al., 2017). Um dos estudos mostrou que 14% das pacientes que procuram a emergência por história de trauma físico estão envolvidas em situações de VI (ZAKRISON et al., 2017).

Ainda são poucas as produções que apresentam narrativas sobre a experiência de estar em situação de violência ou que descrevem como essas mulheres se sentem nos atendimentos de saúde, nem em qual ponto da rede de atenção à saúde existe o acolhimento (SCHRAIBER et al., 2003; PORTO, 2004; MUÑOZ COBOS et al., 2009). Poucos trabalhos explicitam o papel da APS como local para acompanhamento destas situações longitudinalmente. A APS é a coordenadora do cuidado e ordenadora do sistema (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2012), e por isso deveria estar totalmente capacitada a identificar e responder às questões de VI envolvidas no cuidado integral às mulheres. O que se vê na prática, em vez disso, é que por vezes as mulheres frequentam por anos o seu serviço de APS sem que profissionais tomem conhecimento das situações de violência vividas por elas (COLL-VINENT et al., 2008).

Há uma série de avanços nas Políticas Públicas e nas cartilhas, manuais, linhas de cuidado, fluxos de atendimento, porém em sua maioria acabam enfocando a necessidade de encaminhamento dos casos agudos para centros de referência ou esclarecem a importância de testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) ou anticoncepção de emergência no caso de violência sexual (RIO DE JANEIRO, 2016). Isto é, há um enfoque principalmente nas questões biológicas do cuidado e na atenção aos casos agudos, com pouca orientação formal sobre como desenvolver um acompanhamento mais perene à violência recorrente, com a compreensão de que ela não é um evento episódico (BRAZIL, 2002;

SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003; JORNADAS ANDALUZAS MUJERES Y SALUD; INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER, 2007).

Dessa forma, percebe-se ainda a necessidade de debruçar-se de forma mais aprofundada sobre a APS como local de cuidado para as mulheres que vivenciam situações de violência na intimidade, buscando entender se contam com suas equipes de saúde da família para aconselhamento e acompanhamento deste aspecto de suas vidas.

O presente trabalho pretende colaborar com esta possível lacuna encontrada, a da falta de vozes das próprias mulheres nos estudos sobre violência na intimidade. Realizou-se entrevistas com mulheres atendidas no âmbito da APS. Objetivou-se produzir uma reflexão que pudesse contribuir para os atendimentos de saúde tanto para as próprias entrevistadas, quanto para as equipes de saúde da família (eSF), profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e demais setores da rede pública de saúde e assistência social. Espera-se que este trabalho possa colaborar em direção ao fortalecimento do SUS e gerar algum subsídio que reforce transformações necessárias nos equipamentos de saúde. Deseja-se contribuir para que mulheres e profissionais possam desenvolver um processo mais ampliado de percepção de necessidades de saúde entendendo que a violência faz parte dos múltiplos fatores que afetam a vida e o bem-estar. Pretende-se, por consequência, que o conteúdo deste trabalho possa ser mais uma peça no “quebra-cabeça” do trabalho em saúde, no âmbito da atenção às pessoas em situação de violência.

Assim, neste processo de escuta das experiências das mulheres, pretendeu-se lançar luz sobre algumas questões: que aspectos das suas vivências estão sendo contempladas no trabalho em saúde? A APS tem conseguido oferecer um vínculo que as deixe confortáveis para trazer questões de violência para o espaço da unidade de saúde? Existe de fato uma compreensão ampliada, que envolva as dimensões biopsicossocial e espiritual nos atendimentos? Um dos desdobramentos deste trabalho foi avançar nesta compreensão da realidade do dia-a-dia da APS carioca.

Nota-se que nem sempre as mulheres estão nas emergências com equimoses pelo corpo e rosto, nem nas Delegacias da Mulher, mas estão na APS e não são identificadas. Por vezes, as mulheres que vivenciam a VI comparecem às unidades de saúde para acompanhar sua prole nas consultas de puericultura, nos pré-natais, nas consultas por dores musculares ou cefaleias. Elas trazem seus pais e mães na terceira idade para consultar, procuram a odontologia com dores de dente. Podem comparecer pois estão com a pressão alta ou com relato de ter “problemas de nervos”. Por vezes elas podem ser as poliqueixosas ou as hiperutilizadoras: “você vem tanto aqui, que lhe ignoro” (BORRELL CARRIÓ, 2012).

Assim, é evidente que existem oportunidades perdidas para abordagem da VI, e pretende-se, com este trabalho, lançar luz a estas questões, colaborando com as reflexões já existentes (PORTO, 2004; ZANCAN; WASSERMANN; LIMA, 2013).

Para apresentar um marco teórico sobre a temática inicia-se abordando as mulheres e a violência como uma questão de gênero, trazendo um breve histórico sobre feminismo e violência. Falar sobre VI tendo as mulheres como sujeitos de pesquisa implica discutir sua luta por direitos iguais, a luta por serem reconhecidas como seres humanos, dotados de direitos da mesma maneira que os homens. Data de 1832 o primeiro livro de uma feminista no Brasil, chamado “Direitos das mulheres e injustiça dos homens”, de Nísia Floresta (CAMPOI, 2011).

No âmbito internacional, Alexandra Kollontai foi uma importante feminista da Revolução Russa e trouxe relevantes discussões sobre a família e o Estado Capitalista, desde 1907 (KOLLONTAI, 2014). Simone de Beauvoir, em 1949, polemizou com o livro “O segundo sexo” (BEAUVOIR, 1960). Em 1998, Joan Scott trouxe o conceito de gênero para a discussão, e posteriormente seguiu discutindo as implicações deste conceito em 2008 (SCOTT, 2008). Ela compreende o gênero como a construção social, política e cultural que envolve o que entendemos por feminino e masculino, tendo consequências nas relações entre mulheres e homens, nos papéis sociais que desempenham e na desigualdade nas relações de poder.

No Brasil, a primeira onda do feminismo no início do século XX esteve por um lado envolvida em organizações anarquistas e por outro envolvida no movimento sufragista, em que mulheres lutavam pelo direito ao voto. Por volta da década de 60, surgiu o feminismo de segunda onda, em que iniciou-se a luta pelo direito ao próprio corpo e as discussões mais consistentes em relação à violência doméstica e sexual aumentaram (CAETANO, 2017). Em 1979, Heleieth Saffioti publicou “A mulher na sociedade de classes: mitos e realidade” (2013), e em 2001, as “Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero” (2001), trazendo, assim, importantes considerações para a discussão da violência de gênero no país. No início da década de 1980 tem-se o desenvolvimento da terceira onda do movimento feminista, com teóricas do feminismo negro que iniciaram a discussão sobre a interseccionalidade. Foi também nessa década que fundou-se o grupo SOS Mulher, de combate à violência (PINTO, 2003).

Essas e outras autoras são importantes matrizes que embasam a discussão sobre violência. Aqui, há que se entender o papel do patriarcado: a forma de relações desiguais de poder entre homens e mulheres na qual a sociedade vem se organizando nos últimos séculos e

ainda no século atual. Para Narvaz e Koller, “denominadas *violência de gênero*, são também violação dos direitos das mulheres” (2006, p. 51, grifo do autor), nesse mesmo sentido explicitam:

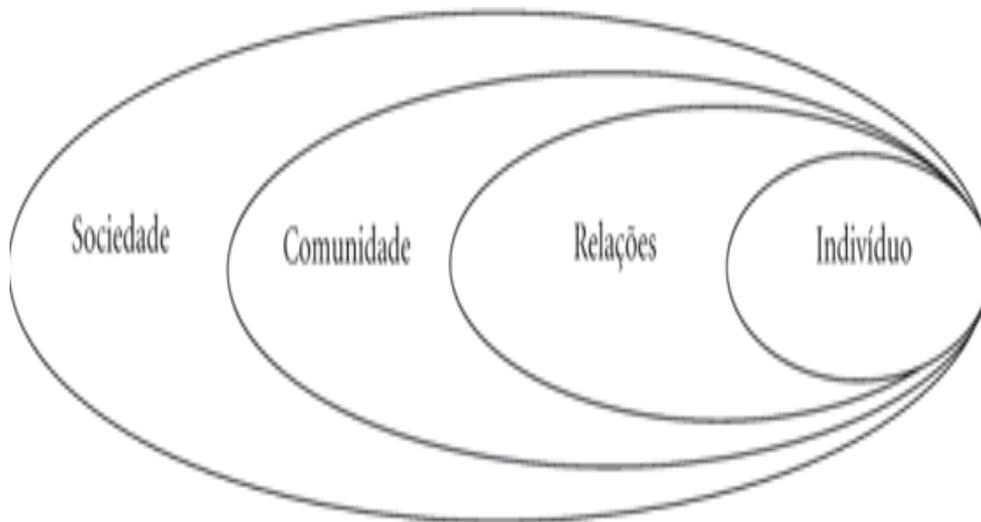
ao deslocar o olhar das concepções homogêneas de papéis familiares para as possibilidades de resistência dos sujeitos às normatizações impostas, não deve, entretanto, ser desconsiderada a vigência do patriarcado enquanto discurso normativo ainda na atualidade. A despeito das conquistas sociais e legais das mulheres, papéis e relações assentados em discriminações e desigualdades de gênero permanecem neste novo século e invadem as ciências, as artes, a política; invadem, enfim, a cotidianidade de nossas vidas (2006, p. 53).

Encontra-se na literatura concepções por vezes diferentes e polarizadas de distintos pontos de vista dentro do(s) feminismo(s), que discutem conceitos sobre a manutenção e perpetração da violência, considerando aspectos da vida pública e privada. Trabalhou-se aqui com alguns referenciais expostos no artigo de Meneghel sobre Rotas Críticas (MENEGHEL et al., 2011). O trabalho deste grupo foi inspirado num grande estudo multicêntrico que examinou as rotas críticas de mulheres em situação de violência em 10 países, com participação da Organização Panamericana de Saúde (SAGOT; CARCEDO; PROGRAM ON WOMEN, 2000). Meneghel coloca a importância da contribuição de feministas marxistas contemporâneas, que trabalham o conceito de gênero e patriarcado. Dentre elas, podemos citar dois trabalhos importantes: os de Saffioti e de Delphy, que trazem resgates históricos e atuais, situando o debate feminista sobre as opressões de gênero em diálogo com as opressões do sistema capitalista (CASTILHO-MARIN; OLIVEIRA, 2005, p. 35; HIRATA, 2009).

É importante marcar aqui, que optou-se por utilizar a terminologia “mulheres em situação de violência”, em divergência a uma posição da mulher sempre como vítima e o homem como perpetrador, em papéis cristalizados (RAFAEL; MOURA, 2014). O aspecto “relacional do conceito de gênero auxiliou a descartar a noção de vitimização que impregnava os primeiros estudos sobre a violência contra a mulher.” (RAMÃO; MENEGHEL; OLIVEIRA, 2005). Gregori traz importantes reflexões a respeito da compreensão relacional da violência (DEBERT; GREGORI, 2008) e Falcke descreve a violência como um fenômeno interacional (FALCKE et al., 2009). Em 1993, Gregori já falava sobre a violência entre os casais, compreendendo sua complexidade, entendendo que ambos – homens e mulheres – possuem um papel importante na manutenção das relações violentas (GREGORI, 1993). Embora ambos tenham responsabilidade na VI, percebe-se que as consequências em geral são maiores nas mulheres e crianças, sendo elas as mais afetadas pelos efeitos dos valores patriarcais (NEVES; NOGUEIRA, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem se dedicado a pesquisar e sistematizar informações nesta área nas últimas décadas. Foi apenas em 1993 que os direitos das mulheres foram considerados parte dos direitos humanos universais (NARVAZ; KOLLER, 2006). Parte do esforço por reconhecer e compreender o problema gerou um relatório sobre prevenção da Violência entre Parceiros Íntimos (VPI). Segundo o documento, existem diversos modelos para explicar o surgimento e a manutenção da violência de gênero (KRUG, 2002). A OMS adotou o modelo ecológico de compreensão desta problemática, entendendo que existem aspectos individuais, relacionais, comunitários e sociais que estão envolvidos nesse processo (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2005; BUTCHART et al., 2010), conforme descrito na Figura 1:

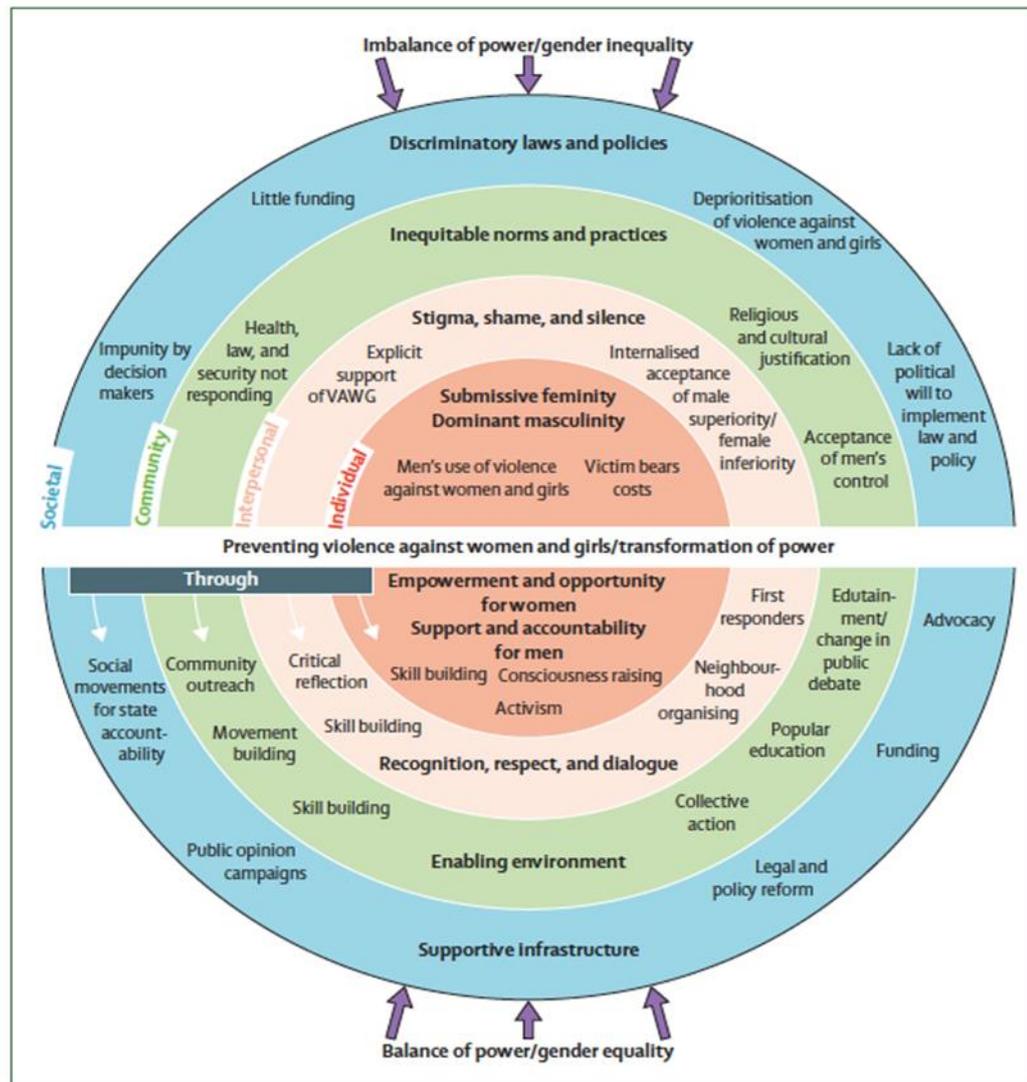
Figura 1 - Modelo Ecológico da OMS



Fonte: Violência, uma questão de Saúde Pública (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Uma série recente de artigos em um número especial da Revista Lancet sobre Violência contra a Mulher menciona uma revisão deste modelo ecológico, proposta por Heise (2011) e traz uma figura mais atualizada (FIGURA 2), composta de propostas para ações de enfrentamento ao problema considerado de importância global (MICHAU et al., 2015):

Figura 2 - Modelo Ecológico atualizado



Fonte: MICHAU et al., 2015.

Assim, é possível compreender que o fenômeno da violência é um problema complexo e com diversas formas de análise. Sabe-se que é necessário incluir na discussão os conceitos de classe e pobreza, nesse ponto a OMS reconhece que baixos níveis educacionais e de emprego são parte do problema (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Giffin (2002) aprofunda a discussão sobre a influência das questões de cunho socioeconômico na VI. Em seu ensaio sobre pobreza e equidade em saúde, Giffin, traz apontamentos sobre a apropriação de demandas do movimento de mulheres por organismos internacionais:

pronunciamentos oficiais sobre a importância de gênero fazem parte integrante das políticas macroeconômicas hegemônicas que aumentam a desigualdade entre

mulheres. Isto equivale a dizer que está havendo um esvaziamento de conceitos e uma crescente ideologização, na qual a visibilização do gênero encobre tanto o aprofundamento das desigualdades sociais como os conflitos de interesse entre mulheres de classes sociais diferentes (2002, p. 103).

Ao falar sobre violência deve-se incluir a discussão de equidade em saúde, de fatores socioeconômicos que influenciam profundamente a vivência e a experiência das mulheres. Cabe a busca por entender o papel das desigualdades sociais no surgimento e perpetuação da violência, inclusive a chamada Violência Estrutural, fruto da organização socioeconômica e política das sociedades, que observa o quanto a retirada de direitos tem consequências na população (HEISE, 1993; MINAYO, 1994; ANDERSON et al., 2018).

Nesse ponto convém discorrer sobre os determinados termos e suas definições pertinentes à temática e que permeiam o texto desta dissertação. Embora a terminologia utilizada pela OMS seja a Violência contra a Mulher, existem diversos termos utilizados na literatura.

Após as discussões de Scott e Saffioti, tem-se visto mais frequentemente o uso do termo Violência de Gênero; o âmbito doméstico é um dos maiores sítios de ocorrência dos episódios violentos e a relação conjugal é uma das suas maiores expressões. A VI ou Violência entre Parceiros Íntimos são termos cada vez mais utilizados na literatura afim que derivam da tradução do termo usado por de pesquisas em língua inglesa: *Intimate Partner Violence*. Esse termo foi consagrado pelo *Centers for Disease Control (CDC)*, visando padronizar as diversas definições utilizadas para uniformizar as pesquisas na área, incluindo na parceria íntima relações de namoro, relações informais, casamentos, uniões estáveis, e mesmo casais separados ou divorciados (SALTZMAN et al., 1999).

Os três tipos mais comuns de violência mencionados na literatura são a violência psicológica, física e sexual (SCHRAIBER et al., 2010). Outros tipos também incluem a violência patrimonial e moral. Krug, no Relatório mundial sobre violência e saúde, conceitua:

em uma relação íntima, a violência de gênero refere-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação. Esse comportamento inclui: atos de agressão física – tais como estapear, socar, chutar e surrar. Abuso psicológico – tais como intimidação, constante desvalorização e humilhação. Relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual. Vários comportamentos controladores – tais como isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência (2002, p. 89).

Acerca dos números da violência na intimidade, afirma Heise (1994) que a VI tem sido considerada uma epidemia global. Minayo, em estudo de 1997 a 2001, trouxe dados do Estado do Rio de Janeiro:

os resultados mostram que determinantes culturais têm papel fundamental na construção dos papéis masculinos e femininos, legitimam o poder masculino sobre as mulheres, tornando-os violentos, quando por algum motivo perdem o controle das situações familiares. Mais da metade das queixas das mulheres sobre violência conjugal (53%) ocorreu por lesão corporal, e o restante configura ameaça e tentativa de homicídio (39%) e abuso psicológico (8%) por injúrias e difamações (LAMOGLIA; MINAYO, 2009, p. 595).

Reichenheim e diversas outras pesquisas mostram a magnitude dos números da VI no Brasil, como mapeado em 15 capitais e o Distrito Federal:

prevalências variaram distintamente entre as cidades, o abuso físico total indo, por exemplo, de 13,2% a 34,8%. Como um todo, as prevalências foram mais altas nas cidades do Norte/Nordeste do que nas do Sudeste/Sul/Centrooeste. Também, todos os tipos de violência entre parceiros íntimos foram mais freqüentes entre casais formados por mulheres jovens (< 25 anos) e com menos escolaridade (< 8 anos). Desagregando por gênero, ainda que mulheres tendessem a perpetrar pelo menos um item de abuso físico mais amíúde, os escores foram consistentemente mais altos entre parceiros positivos (2006, p. 425).

Schraiber, Barros e Castilho (2010) evidenciaram em seus estudos – utilizando-se a cidade de São Paulo – que a prevalência de VPI pode chegar até 59% em serviços de APS. Outro estudo recente detalhou alguns fatores associados à VI em cidade da região metropolitana do Rio de Janeiro, relacionando menos tempo de estudo e piores condições de moradia a uma maior prevalência de eventos de violentos (RAFAEL et al., 2017b).

Em 2016, comemorou-se 10 anos da Lei Maria da Penha. Em 2015, aprovou-se a Lei do Femicídio, que modifica o código penal para incluir homicídios de mulheres em decorrência do gênero (“Violência contra a Mulher”, [s.d.]; BRASIL, [s.d.], [s.d.]). Há um número alto de Femicídio no Brasil, tendo prevalência de 4,8 assassinatos em 100 mil mulheres. O Brasil tem liderado as posições de homicídios femininos, ocupando a posição número cinco em um *ranking* de 83 países (“Femicídio”, [s.d.]). Números da violência também podem ser encontrados no Mapa da Violência (“Mapa da Violência”, [s.d.]) e no recentemente divulgado Atlas da Violência (CERQUEIRA et al., 2018). Chama a atenção as questões da intersecção entre violência contra as mulheres e a desagregação por raça/cor: o número de feminicídios de mulheres pretas aumentou em 15,4% entre 2006 e 2016, sendo que este mesmo índice caiu 8% entre brancas (SILVEIRA; NARDI, 2014).

Compreendendo a APS como espaço de cuidado para as questões de violência, apresenta-se a seguir o contexto de sua consolidação no Brasil e seus atributos. Em 2002, a APS foi estabelecida, através da Estratégia Saúde da Família, a ESF, como a política de Estado para ser a coordenadora do cuidado e porta de entrada no SUS, tendo suas iniciativas inclusive sendo reconhecidas internacionalmente (MACINKO; GUANAIS, 2006; PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011), até mesmo em investigações sobre violência (REICHENHEIM et al., 2011). Giovanella (2012) e Starfield (2002) trazem aportes sobre a organização dos sistemas e serviços de saúde no Brasil e no mundo. Starfield (2002) foi responsável por sistematizar os atributos essenciais e derivados da APS, tendo como essenciais o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e os derivados sendo a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Já Giovanella (2012) traz um panorama do início e consolidação do SUS. A APS tem atuado como organizadora deste sistema, sendo por ela que as pacientes vem pela primeira vez quando precisam de qualquer tipo de atendimento de saúde. É também através da APS que elas têm seu cuidado continuado. A ESF é constituída pelas milhares de equipes de saúde da família do país, que são responsáveis por mais da metade da população brasileira, com mais de 35 mil equipes cadastradas (HARZHEIM et al., 2016). A equipe de Saúde da Família, portanto, atende a mulher em todas as suas necessidades de saúde e tem o papel de articular os outros pontos de cuidado quando necessário. Quando exerce o seu papel de maneira adequada, a Saúde da Família tem uma maneira própria de abordar as questões da família e da comunidade, que é diversa de outros pontos da rede, pois consegue articular ferramentas de abordagem familiar e uma lógica sistêmica de compreensão dos modos de andar a vida das pessoas e das comunidades (SANTOS; GOMES, 2012). Por meio da competência cultural, as equipes são capazes de entender a violência no seu contexto próprio de violência estrutural (MINAYO, 1994), entendendo, por exemplo, que a realidade das favelas, como no contexto do Rio de Janeiro, tem configurações bastante diferentes de outras áreas da cidade ou de zonas rurais.

No município do Rio de Janeiro, houve uma importante expansão da APS nos últimos anos. A partir de 2009, a cobertura da ESF aumentou de 8% para mais de 70% da população (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Isso se deu em um contexto em que a gestão municipal compreendeu o papel estruturante do sistema que tem a APS e decidiu realizar este investimento. Esta mudança gerou um aumento da quantidade de Clínicas da Família (nome dado pela gestão municipal ao que outros municípios chamam de unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família). Antes deste período, a população contava com uma quantidade

mínima de postos de saúde/Centros Municipais de Saúde, que atendiam uma área correspondente a mais ou menos 40 mil pessoas por unidade de saúde, sem agentes de saúde, trabalhando numa lógica ambulatorial, de marcação de consultas, com dificuldades no acesso e no atendimento à demanda espontânea. Estes Centros de Saúde ainda coexistem com as CFs, sendo responsáveis pelo atendimento das áreas descobertas pela ESF. Embora tenha havido um grande investimento na expansão da APS na última década, no último triênio, a APS do município e do país tem sofrido ataques, com tentativa de desmonte de diversas conquistas (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2016).

Alguns desafios se apresentam atualmente à APS no Rio de Janeiro, pois esta expansão não se deu sem polêmicas ou problemáticas. O vínculo trabalhista dos profissionais contratados para suprir estas equipes é via Organizações Sociais. Estas, ditas entidades sem fins lucrativos, tem sido envolvidas em diversas irregularidades nos repasses financeiros e em desgastes com a gestão municipal e da mesma com os trabalhadores da saúde, o que vem ocorrendo desde 2009. Andreazzi e Bravo (2014) já traziam sistematizações deste tipo de questão, fato que vem se agravando nos últimos anos. Percebe-se que, na verdade, as Organizações Sociais acabam por transferir uma boa parte do patrimônio público para o setor privado (MORAIS et al., 2018). Um dos grandes problemas observados neste tipo de vínculo é a rotatividade de profissionais, que acabam por não ficar muito tempo nas equipes, pois não tem qualquer estabilidade no emprego ou garantia de direitos trabalhistas. O que se evidencia quando não são realizados concursos públicos: testemunha-se episódios de assédio moral e atrasos de salários (CARVALHO et al., 2018).

Neste cenário de aumento de cobertura da rede de APS, além do fortalecimento dos Programas de Residência que já existiam na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), criou-se um programa municipal de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), com número crescente de vagas, com em torno de 300 residentes trabalhando hoje como médicos de referência das equipes (RIO DE JANEIRO, [s.d.]). Este fato contribuiu para melhoria da qualidade da atenção, tendo hoje mais médicos de família com formação própria para a APS trabalhando nas unidades do município, porém também aumentou a rotatividade de profissionais, considerando que a residência dura 2 anos.

Impossível não descrever aqui o cenário atual que passa a saúde municipal. Desde 2017, há sucessivos anúncios de corte de verbas, demissões de pessoal, trocas de equipes das unidades de saúde, alterações na configuração das equipes e aumento da quantidade de população adscrita por cada equipe (REIS, 2018). O cenário do município encontra-se num

contexto de congelamento de gastos também a nível federal, refletindo em todas as esferas os desafios atuais envolvendo o orçamento para a execução dos objetivos constitucionais de saúde para todos (SOUTO, 2018).

Para entender a relação entre Violência, Saúde e Atenção Primária pode-se observar o contexto de ampliação da rede com seus desafios e avanços, onde a população do Rio de Janeiro – que antes ficava madrugadas às portas das emergências dos hospitais – hoje frequenta as Clínicas da Família (CFs). As mulheres fazem seus acompanhamentos de saúde na APS, incluindo o cuidado às doenças crônicas, acesso à saúde bucal, acompanhamento de programas como pré-natal e puericultura, além de ter o acesso através da demanda espontânea para queixas agudas.

Como destacado por diversas autoras, as mulheres são usuárias frequentes dos serviços de APS (ULRICH et al., 2003; COKER et al., 2004; SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010). Muitas vezes as mulheres são cuidadoras de familiares, tanto mais velhos, quanto mais novos, e frequentam a unidade tanto para o cuidado de si como dos outros. As CFs, enquanto coordenadoras do cuidado, recebem diariamente uma quantidade infinita de mulheres. Em estudo de 2010, Schraiber constata que há relação entre alta frequência do uso dos serviços de saúde por diversas queixas tanto físicas quanto de saúde mental e a VI, inclusive mostrando que quanto mais repetida é a VI, maior é o uso dos serviços de saúde. Nota-se também os impactos na saúde reprodutiva, visto que há consequências importantes também durante a gestação, como aumento do risco e da prevalência de abortos em decorrência de violências durante o período pré-natal (HEISE, 1993), além de prejuízos no rastreamento do câncer de colo de útero (RAFAEL et al., 2017a). Percebe-se também que há impacto financeiro em termos de custos para o sistema de saúde, além do impacto no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Compreende-se que as mulheres em situação de violência por parceiros íntimos estão frequentando os serviços de APS, muitas vezes com outras queixas, e a sua situação de violência não tem sido identificada nem notificada (OLIVEIRA, 2013). A VI, portanto, tem impacto na saúde global das mulheres, sendo a ESF fundamental para prevenir, identificar e acompanhar as situações de violência, mesmo que muitas vezes as situações vivenciadas não sejam percebidas pelas mulheres como tal (SCHRAIBER et al., 2007).

Percebe-se que quando se encontram a VI e a APS dá-se um espaço para o cuidado continuado. Essa perspectiva está demonstrada pois muito se avançou na produção de linhas de cuidado, políticas de atenção às mulheres e manuais no Brasil e no mundo (BRASIL, 2002; HEISE L., 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; BARSTED;

ROMANI, 2014; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA et al., [s.d.]; RIO DE JANEIRO, 2016).

O que se vê, mesmo assim, é que tanto a formação dos estudantes e residentes, quanto a Educação Permanente em Serviço não tem dado conta de manter este conhecimento prático e teórico circulando, sendo utilizado no acompanhamento dos casos (VICENTE; VIEIRA, 2009; WATHEN et al., 2009).

As unidades de saúde e a gestão dos serviços de saúde em geral apresentam uma certa dificuldade em compreender a importância de se planejar o processo de trabalho para o reconhecimento e atendimento destes casos (D'OLIVEIRA et al., 2009). A integralidade, atributo da APS, deveria induzir a organização dos serviços para inserir este problema dentro do seu escopo e dinâmica de trabalho.

As equipes de saúde da família muitas vezes não tem a dimensão do quanto podem fazer por estas mulheres. Frequentemente não tratam deste tema com a compreensão de que é um problema crônico a ser acompanhado e não reconhecem o potencial importante que tem ao estarem ao lado destas mulheres que enfrentam este desafio em suas vidas. Entre as atividades habituais das equipes, está a visita domiciliar, que pode ser uma ferramenta para a detecção e seguimento destas situações (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

A experiência das mulheres em situação de VI requer uma escuta diferenciada. Vários trabalhos tem traçado o perfil das mulheres em situação de violência, compreendendo a necessidade de entender o fenômeno através da investigação de quem são estas mulheres, procurando identificar sua situação sócio-econômica, sua escolaridade, etc. (RAFAEL et al., 2017b).

Diversos estudos abordam a vivência das mulheres nas situações de VPI trazendo como cenário as casas de apoio, as ONGs, os coletivos feministas, as delegacias da mulher, as emergências, os hospitais e até o Instituto Médico Legal onde as mulheres com história de violência física foram fazer o exame de corpo de delito (PORTO, 2004; SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010). Ou seja, tem sua amostra em mulheres que já realizaram denúncia ou que já tem uma violência física grave que tornou-se evidente externamente aos seus corpos. Entretanto, poucos são os estudos que vão à atenção primária para conversar com as mulheres e ouvir suas experiências de cuidado ali (HAMBERGER et al., 1998; VILLELA et al., 2005; LO FO WONG et al., 2008). Dois estudos mostraram que as mulheres desejam ser perguntadas sobre violência por seu médico de família (FRIEDMAN et al., 1992; BRADLEY et al., 2002b), já outro apontou que isto não é consenso, e que muitas mulheres não gostariam

de passar por *screenings* em relação à violência, por não compreenderem o motivo das perguntas ou se sentirem constrangidas por elas (RICHARDSON et al., 2002).

Em diálogo com os referidos estudos, que buscam dar voz às mulheres em situação de violência e buscam escutar as suas experiências e entender como gostariam de ser atendidas, propõem-se este estudo de dissertação. A intenção justifica-se pois percebeu-se que as vozes das mulheres atendidas na APS estão corriqueiramente sendo pouco ouvidas (HAGUE; MULLENDER, 2006).

Algumas autoras e autores trazem artigos sobre os relatos orais na área da saúde. Dentre esses, Rigotto e Rigotto colocam que:

as técnicas de Relatos Oraís, em seu conjunto, colocam o sujeito e sua cultura em lugar de destaque: partem de sua fala, centrada na experiência própria de vida, mas postulando que a história dos indivíduos contém e registra comportamentos, técnicas, valores e ideologias de seu grupo e de sua sociedade. Permitem, assim, desvendar, na cultura, as teias que ligam os macroprocessos econômico-sociais e as pessoas, captando o que sucede na encruzilhada indivíduo-sociedade, sujeito-estrutura (1998, p. 127-128).

Quanto às análises de experiências, temos contribuições teóricas por parte de Ayres, em seu ensaio sobre “Sujeito, Intersubjetividade e práticas de saúde”:

interessa-nos particularmente um aspecto fundamental dessa dialética: o lugar do sujeito, esse ser pensante que, ao atribuir predicados ao mundo, identifica a si próprio. Interessa-nos a experiência de “resistência” que faz surgir esses sujeitos como presenças reais (2001, p. 66).

Assim, como a APS é esse lugar da longitudinalidade, do cuidado continuado, do acompanhamento das pessoas com suas condições crônicas, e – portanto – possuidora de um incrível potencial de olhar para as experiências de VI com a atenção e dedicação que merecem, é preciso ouvir. É necessário que a APS abra-se para escutar as vivências destas mulheres e compreender onde estão acertando e errando para repensar suas práticas e modificar o processo de trabalho em saúde.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

O objetivo geral dessa pesquisa é compreender a experiência das mulheres em situação de VI no contexto do cuidado ofertado pelos serviços de saúde de Atenção Primária do Rio de Janeiro.

1.2 Específicos

Os objetivos específicos são:

- a) identificar os equipamentos de saúde utilizados pelas mulheres em situação de VI;
- b) descrever as percepções das mulheres em situação de VI em relação à abordagem de profissionais no âmbito da APS;
- c) explorar as expectativas das mulheres em relação à abordagem de profissionais da APS com vistas à oferta de um cuidado mais adequado;
- d) dialogar com a literatura existente a respeito do tema através de revisão integrativa.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

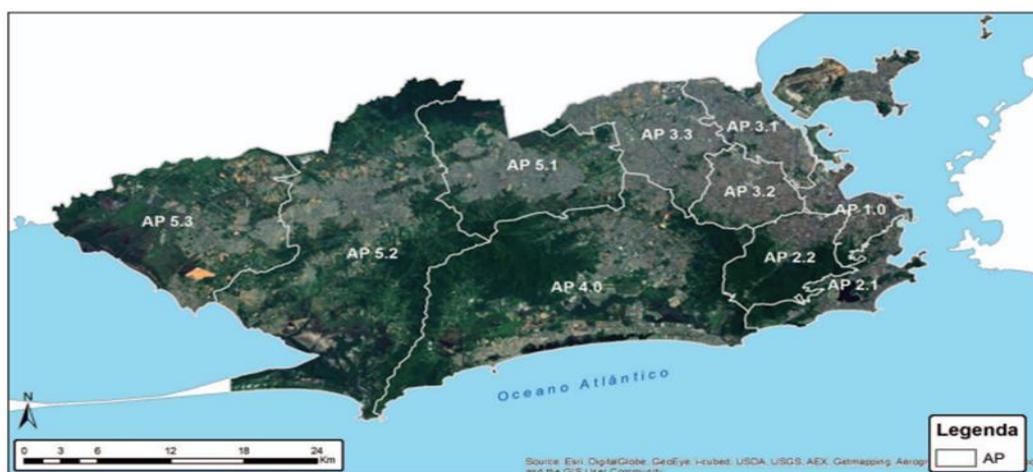
A metodologia de escolha foi um estudo qualitativo, de caráter descritivo, baseado no método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1992), através de entrevista com roteiro semiestruturado.

O desenho do estudo abarcou a realização de dois momentos, primeiramente houve a captação das mulheres em sala de espera, com aplicação do questionário “*Revised Conflict Tactic Scales*” – CTS2 (MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2002) em sala reservada. Depois, no segundo momento procedeu-se a realização da entrevista com as mulheres que concordaram em dar seguimento em entrevista após “positivarem” as perguntas que envolviam violência de qualquer tipo presentes no questionário.

O cenário encontrado é descrito a seguir. As mulheres foram captadas em unidades de saúde da rede de APS do município do Rio de Janeiro, em CFs da Coordenação de Área Programática (CAP) 1.0. As unidades escolhidas tem residência médica em MFC e pelo menos 2 anos de funcionamento. A escolha da AP 1.0 está justificada após a apresentação da organização e características das diferentes áreas programáticas (APs).

O município está dividido em 10 APs de acordo com os distritos sanitários, conforme mostrado no mapa abaixo (FIGURA 3):

Figura 3 - Mapa das Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro



Elaboração: S / SUBPAV / SAP
 Fonte: IPP
 Data: agosto de 2013

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (RIO DE JANEIRO, 2013)

A AP da 1.0 cobre a região central, portuária e de São Cristóvão, fazendo limite com a 3.1, que é o início da zona norte do município. É uma área que, embora seja bastante central, conta com poucos equipamentos de saúde mental – não há nenhuma categoria de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPS-álcool e drogas ou CAPS-infantil) na área, por exemplo. Área com muitas zonas de comércio, de prostituição, com muitas pessoas em situação de rua e diversas favelas, como a da Mineira, em Santa Tereza, o morro da Providência (favela mais antiga do Brasil), favela da Mangueira e o morro do Tuiuti – sítios de tradicionais escolas de samba do município. O Índice de Desenvolvimento Humano é considerado alto, porém, se comparado aos outros bairros do município fica em uma posição média. O mesmo ocorre com o Índice de Desenvolvimento Social (IDS), um índice que leva em conta números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados como a qualidade habitacional, renda, escolaridade, acesso a saneamento básico. Ocupa, no IDS, a 74ª posição de 158 bairros: 0,594 (RIO DE JANEIRO, 2008).

Outras áreas programáticas do Rio de Janeiro possuem grande quantidade de pesquisas e ações intersetoriais, como a área da Tijuca, a 2.2, próxima ao Hospital Universitário Pedro Ernesto e o Hospital Gaffrée e Guinle ou Manguinhos, na 3.1, próxima a Fiocruz. A área programática 1.0 durante muito tempo ficou silenciosa, sem receber muitos projetos de intervenção. Há, inclusive, um documento da prefeitura com ações de diversas APs envolvendo a violência e que não há textos da 1.0 (RIO DE JANEIRO, 2016).

Assim, a AP 1.0 foi escolhida por ter as características supracitadas, que são interessantes enquanto território a ser pesquisado, pelo menor número de projetos executados e universidades envolvidas. O local também preenchia os critérios de inclusão por possuir residência em medicina de família e comunidade (programa coordenado pela UERJ, instituição a qual está vinculado este programa de pós graduação) e da SMS/Prefeitura. A autora do projeto trabalha como MFC nesta área e conhece bem o local. Importante destacar que a unidade em que a autora do projeto possui vínculo não foi investigada.

2.1 População do estudo e amostra

O presente estudo trabalhou com mulheres que frequentaram as CFs da CAP 1.0 durante o período de coleta de dados. Foram incluídas aquelas cadastradas nas unidades, com pelo menos um atendimento anterior à entrevista e em um relacionamento íntimo – homo ou

heteroafetivo –, em coabitação ou não, também por pelo menos um ano. A faixa etária escolhida foi entre 18 e 69 anos. O critério de exclusão foi não ter vivenciado nenhum episódio de violência de qualquer tipo.

A amostragem se deu por oportunidade da seguinte maneira: 1) preparação: conversa com a CAP e com a gerência das CFs escolhidas; 2) captação e entrevista

A pesquisadora frequentou as CFs selecionadas em turnos variados durante os meses de outubro e novembro de 2018. Após conversar com as equipes e com os profissionais em atendimento naquele turno, a pesquisadora abordou mulheres que estavam na sala de espera aguardando por atendimento, explicando que seria realizada pesquisa sobre relacionamentos familiares e convidando cada uma individualmente para conversa em sala reservada. Às que aceitaram, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE, foi aplicado o questionário CTS2 (APÊNDICE A), supracitado. Este questionário, validado para o português e utilizado em diversos estudos (MOURA; REICHENHEIM, 2005; RAFAEL; MOURA, 2014), contém 39 perguntas sobre violência física, psicológica e sexual. Caso fosse positiva para qualquer um dos tipos de violência, a entrevistada foi convidada a continuar a conversa por meio perguntas de roteiro semiestruturado (APÊNDICE B).

2.2 Instrumentos de coleta

Quanto aos instrumentos de coleta, a entrevista ocorreu em duas partes. A primeira com a aplicação do questionário supracitado, CTS2. A segunda parte foi composta por roteiro semiestruturado com perguntas abertas cujo objetivo foi analisar as experiências vividas por mulheres em situação de violência, buscando entender qual o papel teve e/ou tem o serviço de saúde na sua trajetória, se o mesmo esteve presente em suas narrativas. No roteiro, o principal mote foi a pergunta “o que você gostaria que sua equipe de saúde soubesse?”, além de conselhos e sugestões para profissionais de saúde da APS.

A logística do trabalho de campo deu-se em três passos:

- a) passo 1: conversas com a CAP sobre a intenção da pesquisa. O objetivo desta etapa foi obter o consentimento da administração da área programática (AP) para que a pesquisa se desenrolasse em suas unidades. Foram realizadas reuniões com as mulheres atualmente responsáveis pelo Grupo Articulador

Regional desta CAP, que tratam do tema da violência a nível de AP, com o coordenador da CAP e com a vice-coordenadora na época.

b) passo 2: conversas com as gerências das unidades eleitas. Apresentação da pesquisa com seus objetivos e métodos.

c) passo 3: frequentou-se por 1 a 2 semanas cada unidade de saúde/clínica da família, aplicando o questionário CTS2 e realizando entrevistas com as mulheres positivas para violência, com gravação após aplicação do TCLE (APÊNDICE B).

As entrevistas foram gravadas com o consentimento das mulheres.

2.3 Procedimentos analíticos

A análise dos dados foi realizada após a transcrição das gravações e controle de qualidade dos dados obtidos. Seguiu-se com a leitura de todo o material para análise da qualidade dos dados obtidos, avaliando se a pergunta realizada foi respondida nas entrevistas.

Após, passou-se à categorização através de leitura flutuante inicial. Organizaram-se e prepararam-se os dados para análise: procedeu-se leitura com a escuta da gravação dos áudios transcritos obtendo o sentido geral, e depois uma segunda leitura com categorização inicial identificando assuntos relevantes que foram abordados nas falas.

A seguir, fez-se a sistematização das categorias encontradas nas entrevistas através da leitura exaustiva do material, selecionando aquelas falas que mais se relacionavam com as respostas às perguntas e aos objetivos do estudo, identificando também achados interessantes que não foram incluídos nas categorias finais.

A análise dos dados foi realizada embasando-se no referencial de Minayo que propõe o Método Hermenêutico-Dialético de interpretação dos achados para interpretação e análise do contexto, pois “é o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Essa metodologia coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida” (1992, p. 231).

No livro “O desafio do Conhecimento”, Minayo (1992) sistematiza uma proposta operativa para a utilização deste método. Ela propõe um primeiro momento, que é o mapeamento do contexto sócio-histórico em que se dá o objeto de estudo. Nesta etapa,

compreende-se a história vivenciada pelo grupo, pelas usuárias e profissionais das CFs, compreendendo a rede de serviços de saúde do município e da AP também. Busca-se ainda dados epidemiológicos sobre a população estudada.

Parte-se então para outra etapa que é a interpretação mesma dos dados, em que há a análise da “prática social e a ação humana” e o “encontro com os fatos empíricos” (MINAYO, 1992, p. 354 - 355). Além das entrevistas, analisa-se também as notas de campo elaboradas pela pesquisadora. Durante a análise, é preciso avaliar as comunicações individuais, as condutas coletivas, as falas oficiais e as cerimônias e ritos envolvidos no assunto. Existem nesta sessão, categorias analíticas e as empíricas e operacionais. A autora sugere subdivisões para ordenação e classificação dos dados. Dentro desta parte, sugere: 1. Leitura horizontal; 2. Leitura transversal; 3. Análise Final; 4. Relatório. Este relatório apresenta-se em formato de artigo científico, apresentado como Resultados e Discussão. O Artigo 2 traz os Resultados do Campo, com o título “Violência Íntima: experiência de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro”.

2.4 Procedimentos éticos

As questões éticas implicadas foram respeitadas. O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aos Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto/UERJ e da Prefeitura do Rio de Janeiro, sendo aprovados respectivamente sob com os números de protocolos CAEE 91968618.0.0000.5259 e 9168618.0.3001.5279.

Para cada mulher entrevistada, explicou-se sobre a pesquisa, aplicação do TCLE antes das entrevistas, solicitando autorização para gravação, juntamente com perguntas para traçar o perfil sócio-demográfico. As mulheres foram entrevistadas em local reservado e foi oferecido contato com as respectivas equipes caso fosse identificada a necessidade de continuar acompanhamento mais próximo após as conversas: algumas aceitaram, outras recusaram e foi respeitado o desejo da mulher em relação ao sigilo.

Naquela tarde vazia

“Beatriz, me escuta, Beatriz!!!”

Era meia noite e meia e ecoava um grito de voz masculina em uma ruazinha do Flamengo.

Muitos vizinhos correram para as janelas para entender o que acontecia. Estes edifícios antigos do bairro, com milhares de janelas uma de frente pra outra despertam a curiosidade.

Cada janela, uma história.

Flores em uma, cortinas em outra. Muitos móveis, poucos móveis. Um mulher fumando na janela com os peitos de fora. Um ateliê de pintura.

Todos escutam... Beatriz parece estar em perigo. “Vai se fuder!” brada o homem.

De repente, uma vizinha parece compadecer-se: “foge, Beatriz!”

Essas situações sempre parecem deixar um ponto de interrogação no ar: ligo pra polícia sem informações sobre local preciso nem sobre o que realmente está acontecendo? Corro o risco de sofrer chacota ou simplesmente passar ignorada solenemente?

Me pergunto sempre se os outros ficam com as mesmas dúvidas.

Até hoje a voz silenciada de Beatriz ecoa em minha mente.

Quantas Beatrices estão por aí nessa cidade maravilhosa, espalhadas em relacionamentos abusivos de mútuo desrespeito e gritaria?

Quantas vidas estarão por trás de cada janela buscando um sentido para sua existência, perguntando-se o porque de suas escolhas?

As motos buzinaam ao longe, o ruído das vozes conversando na rua diminui.

O silêncio da madrugada se expande e Beatriz parece estar menos ameaçada... ou estaria tão mal que não consegue pedir ajuda?

Não, nunca saberemos o destino dela e de muitas Marias, Joanas... heroínas com ou sem arco.

Heroínas de suas próprias histórias, batalhando pela sobrevivência, pelo pão de cada dia, por alimentarem a si, aos seus filhos e netos. Quando conseguirão alimentar seus espíritos?

Vidas sedentas de sentido, de alegria, de plenitude...

A vida deveria ser mais do que sobreviver. Sobre viver. Viver sublime. Viver bem...

Tantos anseios e angústias por vezes não cabem no peito...

Os pássaros começam a cantar e uma nesga de sol entra pela janela.

O olho abre automaticamente no mesmo horário todos os dias. É hora de levantar, passar o café, lavar o rosto. Escovar os dentes, arrumar-se para o trabalho.

Dia, após dia, após dia... Os anos vão passando e você percebe que não é nada daquilo que imaginava ser quando crescer.

Primeiro, que não é assim aquele poço de maturidade.

Segundo: “Menina bonita/com quem quer casar?/Loiro, moreno, negro sarará/polícia, ladrão, soldado, capitão?”... Quantos estereótipos em uma pequena brincadeira de pular corda, não?

Pois é, nem casar casou.

Uma coisa é certa, tá aprendendo a brincar. A ver alegria nas coisas. A estudar com gosto.

Fazer difíceis escolhas... Sonhar...

Por onde andaré Beatriz? Pergunta-se a mente inquieta... “Pela janela/vejo fumaça/vejo pessoas...”

(Evelin Gomes Esperandio. Rio de Janeiro, março de 2019)

3 RESULTADOS

Os resultados foram configurados e seguem apresentados na sequência em formato de artigo. O primeiro traz é uma “Revisão integrativa sobre violência íntima e atenção primária: uma discussão urgente” e o segundo detalha os resultados da pesquisa em si, com o título “Violência íntima: experiência de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil”

3.1 Artigo 1 - Revisão integrativa sobre violência íntima e atenção primária: uma discussão urgente

Integrative review on intimate violence and primary care: an urgent discussion

Resumo

A violência íntima (VI) é um problema de saúde pública atual e de grandes proporções. A Atenção Primária à Saúde (APS) deveria ser sítio de identificação e acompanhamento destas situações. Objetivou-se analisar com esta revisão integrativa as publicações sobre VI no Brasil nos últimos 10 anos na APS. Foi realizada busca na Biblioteca Virtual em Saúde, identificando 122 artigos. Após as etapas de seleção, foram analisados e discutidos 23 trabalhos. Observou-se preocupação em reforçar o modelo ecológico de compreensão da violência, identificando a prevalência, os fatores associados e as consequências da VI para a saúde. Alguns estudos constataram a inabilidade de profissionais de saúde em tratar da questão. Não identificou-se intervenções que valorizassem os fatores de proteção, suporte ou resiliência das mulheres, sendo esta uma possível recomendação temática para futuros estudos na área.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Violência Íntima. Violência entre Parceiros Íntimos. Violência Contra a Mulher. Modelo Ecológico.

Abstract

Intimate partner violence (IPV) is a major topic in public health. Primary Health Care (PHC) should be a site for identifying and monitoring these situations. The aim of this integrative review was to retrieve research on VI in Brazil in the last 10 years in PHC settings. The search was performed in the Virtual Health Library, identifying 122 articles. After the selection stages, 23 papers were analyzed and discussed. Findings include reinforcement of the ecological approach, identifying prevalence, associated factors and health consequences of IPV. Some studies have noted the inability of health professionals to address the issue. Only one study assessed attitudes of women. Interventions that value protection or support factors

and women resilience were not identified, and this is a possible thematic recommendation for future studies in the area.

Keywords: Intimate partner violence; Primary Health Care; Violence Against Women; Ecological Approach.

3.1.1 Introdução

A Violência Intima (VI) é um fenômeno internacionalmente reconhecido como problema de saúde pública, com diversas iniciativas para melhor compreendê-lo (1). É definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como qualquer comportamento que ocorre em relações de intimidade que cause danos decorrentes de agressões físicas, abuso psicológico, coerção sexual e outros tipos de comportamentos controladores (2). Estudos brasileiros mostram prevalências de VI que giram em torno de 30% (3) e existe grande preocupação quanto às consequências para a saúde da mulher e de crianças inseridas em famílias que vivenciam relações conflituosas (4), tornando-as usuárias frequentes dos serviços de saúde (5). Embora a violência seja prevalente em relações íntimas de maneira bidirecional, as mulheres tem consequências mais graves para a sua saúde, além de estarem mais frequentemente no lugar de quem sofre a violência e menos como perpetradoras (6).

No âmbito das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços devem trabalhar na ótica da integralidade, incluindo a abordagem, a detecção e o acompanhamento integral dos casos de VI (7). Ao debruçar-se sobre o assunto, é fácil identificar relatos sobre a invisibilidade do fenômeno, tanto pela dificuldade das mulheres em revelar as situações, quanto pelas limitações dos profissionais em abordar e manejar o problema (8). A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido implementada no país através da Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada do sistema de saúde e local para acompanhamento longitudinal das famílias, onde é possível abordar seus problemas, sem restrição de faixa etária, sexo ou condição social (9). Pode assim, ser considerada como sítio ideal e oportuno para o acompanhamento de mulheres em situação de VI (10).

Muito se tem avançado nos aspectos relacionados à legislação - com as Leis Maria da Penha e do Feminicídio (11,12) -, às políticas públicas e à produção científica sobre o tema (13,14), mas ainda parecem existir lacunas entre a teoria e a prática observada nos serviços para acolher e lidar com a questão (15).

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa que pudesse trazer o estado da arte das pesquisas sobre VI no cenário da APS no Brasil. Optou-se por um recorte das produções dos últimos 10 anos, trazendo perspectivas mais atuais que possam dialogar com o planejamento de futuras investigações e colaborar com a construção de ações de educação permanente em saúde sobre o tema.

3.1.2 Metodologia

A revisão integrativa busca reunir de modo sistemático a literatura científica publicada sobre um determinado assunto. Ela difere de outros tipos de revisão, não se limita a pesquisas experimentais e também não inclui a literatura não publicada, chamada de “*grey literature*” (16). Utiliza metodologia que permite combinar dados teóricos e empíricos, definições de conceitos e estudos com as mais variadas metodologias. Neste estudo buscou-se discutir a terminologia utilizada nas pesquisas em VI no Brasil, optando por realizar busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca foi seguida das etapas de exclusão dos artigos duplicados ou que não tinham relação alguma com o assunto, com leitura dos títulos e resumos. Foi realizada seleção daqueles com relevância relacionada ao objetivo, com leitura integral, sistematização e discussão dos achados.

Parece ainda não existir consenso na literatura brasileira sobre qual nomenclatura usar para violência no âmbito das relações de intimidade. Expressões como violência doméstica (VD) e intrafamiliar são utilizadas como sinônimos, com destaque para o local onde mais acontecem: o domicílio (17). Também é encontrado o uso de violência conjugal (VC) ou de conceitos mais amplos como Violência Contra a Mulher (VCM), que engloba situações para além daquelas que ocorrem em relacionamentos íntimos (18). No âmbito internacional, o uso de *Intimate Partner Violence* (IPV) está mais consolidado, podendo ser considerada uma palavra neutra que incorpora especificamente as vivências relacionais próximas (6). Traduções para o português frequentemente utilizadas acabam por reforçar os estereótipos de gênero, com o uso de vocábulos que já apontam para um olhar masculino como “violência por parceiro íntimo” e “violência entre parceiros íntimos” (VPI), indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e encontrados em vários estudos importantes no Brasil (19). A opção pelo termo VI, embora menos comum, foi ancorada no intuito de não reproduzir no uso das palavras o machismo que se pretende discutir e que está tão imbricado na discussão sobre

violência nas relações e na sociedade (20). A busca na BVS foi realizada em 17 de março de 2019 utilizando “violência contra a mulher”, “violência entre parceiros íntimos”, “violence against woman”, “intimate partner violence”, “intimate violence”, e “atenção primária à saúde” ou “primary health care”. Foi utilizado filtro para país de afiliação “Brasil”.

Foram encontrados 122 artigos, sendo excluídos 31 duplicados, oito por questões de metodologia, ou por tratarem exclusivamente de violência entre adolescentes, realizados no âmbito da emergência ou em outros países. Artigos que mencionavam expressões mais genéricas como VD ou VCM, mas não especificavam claramente a VI também foram excluídos nesta etapa inicial, além de seis artigos com data anterior ao ano de 2009.

Como já mencionado, a etapa seguinte compreendeu a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos restantes. Em caso de dúvidas, procedeu-se à leitura dos textos integrais para decidir sobre sua inclusão na revisão proposta. Foram selecionados 31 artigos para a leitura em seu conteúdo integral, com exclusão de oito que não utilizavam a VI como tema principal, que estava presente como achado parcial, inserida entre questões mais abrangentes sobre violência, praticada por outros perpetradores, ou descrita como VC. Para uniformizar as análises e os resultados, serão apresentados os dados extraídos dos 23 artigos restantes que tratavam especificamente de violência nas relações de intimidade no cenário da APS.

3.1.3 Resultados e Discussão

Os 23 artigos analisados englobaram em sua grande maioria estudos de prevalência, avaliando fatores associados e consequências da VI na saúde das mulheres e de sua prole. Apenas três estudos avaliaram as percepções de profissionais sobre a VI, um estudo foi um protocolo de revisão sistemática e somente um tratou sobre o enfrentamento das mulheres às situações de violência. Assim, dividiu-se os achados em duas categorias: Magnitude da VI e consequências: ainda reforçando o modelo ecológico e Pouca capacitação, poucos pedidos de ajuda.

3.1.3.1 Magnitude da VI e consequências: ainda reforçando o Modelo Ecológico

Belsky, Garbarino e Bronfenbrenner, por volta da década de 1970/1980, foram importantes sistematizadores do Modelo Ecológico de compreensão da violência contra a criança (21, 22). No final da década de 90, Heise utilizou-os como base para uma análise que

fundamental para a compreensão da violência contra a mulher (23). Ao sistematizar achados e dialogar com as investigações de seus/suas antecessores/as, modificou o modelo ecológico para compreensão da VCM, tentando equalizar fatores relacionados ao patriarcado e às concepções feministas com questões de cunho individual e familiar. Assim, o modelo ecológico traz 4 círculos concêntricos, iniciando pelos fatores individuais, seguindo pelos relacionais, comunitários e, por fim, sociais, compreendendo as questões da sociedade relacionadas aos padrões de masculinidade, à rigidez nos papéis de gênero, à propriedade masculina sobre os corpos femininos e à aprovação da violência como algo aceitável. No relatório sobre Violência e Saúde de 2002, a OMS reitera esta sistematização (4) e nos anos que se seguiram fez uma grande pesquisa sobre o tema da violência de gênero em 10 países, sendo o Brasil um deles (24).

Os artigos encontrados apontam para diversos fatores individuais. Dentre eles, encontra-se maior prevalência de VI em adolescentes e em adultas menores de 40 anos (25). A interseccionalidade também é fator que tem sido discutido, pois mulheres negras e pardas tem maiores índices de VI (25). Mulheres com menor escolaridade, as que não coabitam com o companheiro e as que moram em imóvel alugado também são mais propensas à VI (26) (27). A mulher em situação de VI parece exercer menor autocuidado, pois realiza menos exames preventivos de câncer de colo do útero (28, 29). Também é apresentada a relação entre o uso de substâncias psicoativas com menores índices de coleta desses exames. Quanto aos fatores individuais do companheiro, ter sofrido ou testemunhado relações violentas na infância mostrou correlação positiva em perpetrar atos violentos na idade adulta (30). A história de tabagismo, o uso inadequado de álcool ou outras drogas pela mulher ou pelo companheiro aumentaram a probabilidade da violência ocorrer (26, 31).

Considerando o segundo círculo, dos aspectos das relações, vê-se que no âmbito familiar, a gestação e o pós parto são períodos do ciclo de vida em que também ocorreram episódios de VI (26, 31). Ter dois ou mais filhos menores de 5 anos, falhas na amamentação, no pré-natal e na utilização dos serviços de saúde ou ter a percepção de que a saúde de sua prole está aquém da esperada também encontram-se entre os fatores associados (26, 31). Houve associações positivas entre presença de problemas de saúde mental no pós-parto e VI no período gestacional ou peri-gestacional (32, 33). Achado interessante foi que o suporte social foi protetor, transformando os índices de depressão nas mulheres que apresentavam maior suporte social (34).

Ainda sobre o aspecto familiar do modelo ecológico, pode-se perceber efeitos da VI nas crianças. Aquelas que nasceram após episódios entre seus progenitores tem maior

prevalência de baixo peso ao nascer e maior chance de cessar a amamentação mais cedo. Outros indicadores de vulnerabilidade são a mãe não ter ocupação formal e não ter feito pré-natal (35,36,37,38).

Observou-se que havia entrevistadas sem parceiro no momento das perguntas, mas previamente casadas, corroborando uma possível hipótese de que elas tenham saído de relacionamentos abusivos, o que contradiz crenças de que as relações abusivas nunca são abandonadas. Embora este número não represente a maioria, e sim em torno de 10% do total de pesquisadas com episódios de VI psicológica ou física, esse grupo foi três vezes mais propenso a vivenciar violência do que os outros grupos analisados. Esta forma de realizar a aferição do status marital foi fundamental para entender que aquelas que respondem estar solteiras podem ter optado por este estado civil após uma série de acúmulos de violências em relacionamentos anteriores, fato que pode ter sido invisibilizado em outras pesquisas do gênero (30).

Compreendendo a violência como uma questão relacional, em que mulheres e homens são muitas vezes concomitantemente perpetradores e vítimas de atos violentos, estudos tratam da percepção de ambos sobre a VI (39, 40). As primeiras apresentam frequência maior de violências sofridas na vida, independente do tipo. As diferenças de gênero foram evidenciadas não apenas quanto à violência sofrida e perpetrada mas também quanto à percepção dessas situações. Parece que a percepção de que o parceiro é agressivo aumenta consideravelmente a chance de VI, justificando a necessidade de que profissionais de saúde perguntem ativamente sobre isso (27). Reforça-se assim, atributos essenciais e derivados da APS, como a integralidade e a orientação familiar. Esta última frequentemente é deixada de lado durante a formação em saúde, fazendo com que se tenha pouco espaço/tempo para aprofundar e aplicar ferramentas potentes como o familiograma ou o ecomapa.

A percepção dos homens tanto sobre a VI bidirecional quanto outras formas de violência sofrida e perpetrada por pessoas do sexo masculino foi aferida em um único estudo (41). Metade relatou já ter perpetrado algum tipo de violência contra a sua parceira na vida. A violência psicológica foi a que teve maior taxa de ser sofrida e perpetrada. Em 14% dos casos havia violência bidirecional e em 81% dos casos os homens eram somente perpetradores.

Voltando-se a atenção para as questões comunitárias, aquelas com menor senso de pertencimento ou com mais heterogeneidade aparentam ser mais propensas à violência (4). Neste âmbito, pode-se verificar a presença de dispositivos no território, como organizações eclesiais. Praticar alguma religião poderia ser protetivo por promover um senso de conexão entre as pessoas. Em alguns estudos analisados, porém, metade das mulheres que já

havia sofrido violência física afirmam serem católicas ou evangélicas. Aquelas de outras matrizes haviam sofrido mais violência psicológica (25,30). Ao incluir os serviços de saúde da APS no cenário comunitário, a hiperutilização dos serviços por diversos tipos de problemas de saúde aparece como consequência da VI: quanto mais grave e mais repetitiva foi a violência, maior foi a procura das mulheres pelos serviços, principalmente por questões de saúde mental (5).

Chama a atenção uma alta prevalência de estudos de magnitude. Em 2005, Minayo já entendia que muitas vezes a área da saúde se comportava como uma contadora de eventos e reparadora dos danos e consequências (42). Por um lado, na última década, houve avanços legislativos no Brasil, juntamente com avanços nas políticas públicas como a Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres (43). Por outro, parece haver uma certa estagnação no perfil dos estudos sobre violência, que tem mantido sua temática em torno da constatação da magnitude do problema, avaliando prevalências, fatores associados e consequências para a saúde, com poucas análises sobre o âmbito comunitário. Embora estes estudos sejam extremamente relevantes por justificarem e exemplificarem os conceitos do modelo ecológico de compreensão da violência, sozinhos não são capazes de provocar mudanças nas práticas em saúde. O modelo ecológico já é universalmente aceito e seu uso pode explorar fatores de vulnerabilidade e de fortaleza para o enfrentamento da violência. Assim, a grande maioria dos estudos encontrados continua reforçando a compreensão ecológica (4) a partir da reiteração do estudo dos fatores associados e das consequências na saúde, com metodologias de corte transversal, que não contemplam a longitudinalidade da APS. Os estudos sobre perfil enfatizaram mais o aspecto individual e relacional do modelo ecológico, como uma fotografia pontual do momento de vida das mulheres pesquisadas naquele recorte temporal. Assim, parecem ter dificuldade de identificar potências e tampouco conseguem vislumbrar as modificações que as mulheres podem ter em suas vidas se observadas ao longo do tempo em estudos de seguimento ou de coorte retrospectiva. Dessa forma, parece haver um certo determinismo que ignora as janelas de oportunidade para mudança na maneira como se dão as relações de intimidade. Estudo de revisão sobre violência familiar na APS constatou os mesmos achados, notando que algumas vezes os próprios filhos podem ser os impulsionadores destas transformações (44, 45). Ao mesmo tempo, tem-se visto transformações que parecem vir das mobilizações de movimentos sociais feministas, que tem ampliado sua luta em defesa de direitos, pressionando – de certa forma – a sociedade a discutir e enfrentar a problemática da violência (46).

Observa-se, no que diz respeito à terminologia utilizada nos artigos avaliados inicialmente, a falta de uniformização dos conceitos utilizados, com pouca reflexão sobre a escolha de cada um e suas consequências, pois as questões linguísticas têm repercussões não somente operacionais, como também políticas e culturais. Violência Contra a Mulher é o termo mais amplo dentre os citados, e sua origem remonta a uma posição política utilizada pelas feministas da década de 1980 que percebiam a importância de lutar contra os valores patriarcais, demarcando uma posição historicamente relevante na época (47, 48). A VD é um termo abrangente que inclui qualquer tipo de violência que ocorre no âmbito do domicílio (48). Assim, pode ser utilizado tanto para VI, quanto para violência contra idosos ou crianças, sendo um termo pouco específico. Quanto ao uso da expressão VC, percebe-se que a maioria dos artigos que a utilizam são estudos brasileiros (49). O Centers for Disease Control and Prevention, o CDC Americano, propôs o uso de IPV com o intuito de uniformizar as estimativas de magnitude do problema (50, 51) e o termo parece explicitar melhor a ideia de violência nas relações de intimidade, não importando a formalização de união, diferente da VC, que sugere uma relação mais formal. Estudos que desejam aumentar o diálogo com a literatura internacional tem optado por usar expressões relacionadas à VI e apresentam escolhas metodológicas mais rígidas, com estudos quantitativos, seguindo a tendência encontrada de revisitar a magnitude e os fatores associados à violência. Já estudos recentes que tem acrescentado mais ao debate prático, dialogando com a Saúde Coletiva e envolvendo o processo de trabalho da Saúde da Família, tem sido menos rigorosos com terminologia e definições, utilizando termos abrangentes como VD, VC e VCM.

A distância entre a aplicação real das políticas públicas supracitadas, a abordagem da ESF e o papel específico de Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS) foi discutida em estudo etnográfico que não mencionou a VI (52). Parece existir dificuldade nas questões éticas envolvendo a Violência Doméstica, compreendendo tanto questões de sigilo e privacidade das mulheres, quanto possíveis ameaças à segurança de ACS, porém percebeu-se também o potencial que ACSs com boa capacitação podem ter no trabalho em equipe para a efetivação das políticas contra a violência (52). A descoordenação da rede ou sua própria inexistência e incapacidade de organização para responder ao problema da violência também tem sido debatida utilizando VCM (53).

3.1.3.2 Pouca capacitação, poucos pedidos de ajuda

Lidar com o problema da VI no âmbito da APS é dificuldade mencionada na literatura desde o início da década de 1990 (8). Considera-se um tema complexo sempre que se estuda a percepção de profissionais (54, 55, 56). A banalização e a naturalização da violência emergem em alguns discursos, bem como preconceitos de classe social, além da culpabilização da mulher, com reforço dos papéis tradicionais de gênero. A responsabilidade sobre lidar com a VI aparece “terceirizada” em algumas falas, como se os problemas do sistema de saúde, da rede de atendimentos, das mulheres e da própria sociedade não fossem algo que as/os profissionais da APS tivessem implicação em discutir e participar das soluções. Claro está que a gestão também precisa se implicar na organização deste enfrentamento (57). Quanto ao manejo da VI, a discussão dos casos em equipe e o encaminhamento para serviços especializados aparentam ser as soluções mais utilizadas. Interessante notar que não haja outros elementos além destes e reitera-se que os únicos estudos que trazem metodologias inovadoras não utilizam o termo VI. Um deles destaca-se por entrevistar profissionais tanto da APS, quanto de hospitais, delegacias comuns e delegacias da mulher, observando a rota crítica realizada nas situações de violência na busca por cuidado e auxílio, observando-se novamente despreparo, preconceito e revitimização, assunto de trabalhos com o termo VCM na APS (58, 59). Debate fundamental também toca a necessidade de inserção da discussão da VCM tanto no ensino médico quanto na formação de profissionais de saúde dos níveis técnico e superior e pode ser encontrado na literatura recente (57, 60, 61).

Percebe-se ainda a falta de escuta das vozes das brasileiras em situação de VI que tratem a APS como local de cuidado. A abordagem das atitudes das mulheres face à VI constatou que metade das mulheres conversaram com alguém sobre ter sofrido violência, 3,5% procuraram alguma ajuda institucionalizada, 17,3% conversaram e procuraram ajuda e 21,6% não procuraram nenhuma forma de ajuda (62). Entrevista com usuárias de um Centro de Atendimento à Mulher em situação de violência explorou a realização de um mapa da rede social utilizada para apoio pelas mulheres pode servir de exemplo para inovações na APS, mesmo não tendo tido como cenário de coleta de dados as unidades de saúde (63).

Um protocolo de Revisão Sistemática foi publicado conforme as diretrizes internacionais (64). O objetivo do estudo foi avaliar estudos quantitativos que focassem intervenções no cenário da APS em países de baixa e média renda, com o propósito de

prevenção ou redução da VI e a melhora da saúde, segurança e bem-estar das sobreviventes (65).

3.1.4 Considerações finais

Esta revisão pode constatar que as investigações em VI no Brasil tem se ocupado em consolidar e reiterar as explicações sobre os fatores de vulnerabilidade contidos no modelo ecológico de compreensão da violência. Recente e ampla sistematização sobre as faces da violência contatou os mesmos achados, percebendo que o avanço nas investigações em VI rumo a questões mais práticas na abordagem e prevenção dos casos é indispensável (47). Estudos de seguimento e de intervenção parecem ser urgentes, como observado nos objetivos do protocolo de revisão sistemática analisado. Além disso, estudos com inovações metodológicas, integrando a rede intersetorial e dialogando com a Saúde Coletiva e com as ferramentas da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e do cuidado centrado na pessoa também aparentam ser uma possível alternativa temática para os trabalhos futuros. A valorização das vivências das usuárias do sistema pode dar pistas de quais caminhos seguir.

Não encontrou-se na busca realizada trabalhos consistentes que explorassem em profundidade os fatores de proteção do modelo explicativo. Há 40 anos, Belsky já trazia que é necessário um desequilíbrio entre fatores de suporte e fatores estressores para o desencadeamento da violência, porém não foram identificados estudos brasileiros sobre esses fatores de suporte nos últimos 10 anos tendo a APS como cenário (21). Assim, pode-se inferir que estudos que usem a APS como local de intervenções poderiam avaliar a promoção da resiliência individual e comunitária como mecanismo de enfrentamento da VI (66). Sugere-se o mapeamento das redes de apoio social através das ferramentas próprias da APS, como a abordagem familiar e comunitária, com utilização do familiograma, ecomapa, círculo familiar, etc (67).

Quando não estão envolvidos em reforçar o modelo ecológico, estudos estão constatando a inabilidade de profissionais de saúde em avançar na abordagem efetiva destas questões. Alguns artigos sem padronização quanto à terminologia tem sido capazes de trazer atributos essenciais e derivados da APS, como a discussão de aspectos éticos ligados ao trabalho de ACSs e também da integralidade e longitudinalidade do cuidado (68). O desenvolvimento destes atributos parece ser fundamental para o desenvolvimento e

consolidação das políticas públicas já existentes para reorientar os serviços de saúde, além de potencializar fatores de “diferença de gênero e poder” nos níveis individual, relacional, comunitário e da sociedade (69).

As consequências da violência na saúde das mulheres e crianças deve servir de impulsionador para mudanças práticas nos processos de trabalho da APS, sendo essencial a utilização de desenhos metodológicos que avaliem o impacto da implementação de estratégias de identificação e manejo da VI. Reforçar os fatores já identificados como fatores impulsionadores, como a resiliência citada e a realização de atividades coletivas que diminuam a sensação de solidão enfrentada por essas mulheres pode ser uma estratégia.

As possíveis limitações decorrentes da opção por usar uma escolha restrita das palavras-chave e da base de dados não impossibilitaram uma discussão ampliada do tema nem restringiram a identificação de um panorama real da literatura, visto que artigos com outras abordagens e terminologias foram contemplados na discussão dos achados.

O congelamento de gastos em saúde, a desestruturação da rede e a precarização do trabalho em saúde vividos no momento atual lançam luz para mais um desafio a ser enfrentado por profissionais e academia (70).

Diante do exposto, percebe-se que ainda há um longo caminho a trilhar nos estudos sobre VI, avançando nos modelos de metodologia utilizados para cumprir o objetivo de avançar na concretização das políticas públicas já estabelecidas e em tornar palpável e de melhor qualidade a abordagem e o manejo das situações de VI no âmbito da APS. Nesse sentido, sugere-se que estudos de coorte prospectiva e de intervenção sejam realizados, além de investigações que abordem as narrativas das mulheres, valorizando suas experiências, desejos e expectativas de cuidado.

Referências

1. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, World Health Organization, Department of Gender W and H. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
2. Brasil - Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres - Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra

- as mulheres. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [Internet]. 2011 [cited 2019 Apr 13]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>
3. Brasil. Lei no 11.340 de 7 de agosto de 2006. [Internet]. Lei Maria da Penha. [cited 2017 Dec 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
 4. Brasil. Alteração do decreto para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. [Internet]. Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. [cited 2017 Dec 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm
 5. Giovanella L, editor. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2012. 1097 p.
 6. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
 7. Brasil (Ed.). Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF: Editora MS; 2002. 96 p. (Cadernos de atenção básica).
 8. Schraiber LB, Barros CR dos S, Castilho EA de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2010 Jun;13(2):237–45.
 9. Heise L. Violence against women: the hidden health burden. *World Health Stat Q*. 1993;46(1):78–85.
 10. Anderson MIP, Romero XA, Arias-Castillo L, Moreno CB, Sinisterra JSG, Martín TM, et al. Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária e Violência: Formação e ação em Iberoamerica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018 Sep 18;13(1):9–28.
 11. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* [Internet]. 1995 [cited 2020 Jan 24];20(2). Available from: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721>
 12. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*. 2001;(16):115–36.
 13. Bonneti A, Souza ÂMF de L e. Gênero, mulheres e feminismos. Salvador: EDUFBA: NEIM; 2011.
 14. Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence: Opening Pandora's Box. *JAMA*. 1992 Jun 17;267(23):3157–60.

15. Superintendência de Atenção Primária. Fluxo de Atendimento à violência sexual [Internet]. Prefeitura do Rio de Janeiro; 2016 [cited 2018 Jan 10]. Available from: http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher_Violencia.pdf
16. Brasil, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2011.
17. Petersen R, Moracco KE, Goldstein KM, Clark KA. Moving beyond disclosure: women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women Health*. 2004;40(3):63–76.
18. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002 Feb;18(1):163–76.
19. Rafael R de MR, Moura ATMS de. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2014;63(2):149–53.
20. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO; 1992. 269 p. (Saúde em debate).
21. Bonet O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Sociologia & Antropologia*. 2014 Dec;4(2):327–50.
22. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*. 2015 Apr 25;385(9978):1685–95.
23. Miller E, McCaw B. Intimate Partner Violence. *New England Journal of Medicine*. 2019 Feb 28;380(9):850–7.
24. Pinsky, CB (org) P JM (org). Nova História das mulheres no Brasil. 1a ed. São Paulo: Contexto; 2018.
25. Galeano, E. *Mujeres*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2015. 240 p.
26. Heise LL. Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*. 1998 Jun 1;4(3):262–90.
27. Moraes CL, Tavares da Silva T de S, Reichenheim ME, Azevedo GL, Dias Oliveira AS, Braga JU. Physical violence between intimate partners during pregnancy and postpartum: a prediction model for use in primary health care facilities. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2011 Aug;25(5):478–86.

28. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*. 2015 Apr 25;385(9978):1672–84.
29. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. 2008 Mar;70(3):386–94.
30. Levy AG, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Assessment of Patient Nondisclosures to Clinicians of Experiencing Imminent Threats. *JAMA Netw Open*. 2019 Aug 14;2(8):e199277.
31. Muñoz Cobos F, Burgos Varo ML, Carrasco Rodríguez A, Martín Carretero ML, Ríos Ruiz J, Ortega Fraile I, et al. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Aten Primaria*. 2009 Sep;41(9):493–500.
32. Leitão MN da C. Mulheres sobreviventes de violência exercida por parceiros íntimos – a difícil transição para a autonomia. 1. 2014 Aug 1;48:7–15.
33. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel-Arcas C, editors. *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2003. 131 p. (Publicación Ocasional).
34. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1567–79.
35. Silveira R da S, Nardi HC. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. *Psicologia & Sociedade*. 2014;26(spe):14–24.
36. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *The University of Chicago Legal Forum*. 1989;140:139–167.
37. Rivera MM. Una aproximación a la metodología de la historia de las mujeres. In: Ozieblo B. (ed.). *Conceptos y metodología en los estudios sobre la mujer*. Málaga: Universidad de Málaga; 1993. p. 19–42.
38. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
39. Narvaz MG, Koller SH. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*. 2006 Apr;18(1):49–55.
40. Rosa DOA, Ramos RC de S, Gomes TMV, Melo EM de, Melo VH. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Saúde em Debate*. 2018 Dec;42(spe4):67–80.

41. Athié K, Dowrick C, Menezes AL do A, Cruz L, Lima AC, Delgado PGG, et al. Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Jan;22(1):75–86.
42. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Ciênc Saúde Colet*. 2018 Jan;23(1):93–102.
43. Sagot M, Carcedo A, Program on Women H and Development (Pan American Health Organization). Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. Peru: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000.
44. Soares J dos SF, Lopes MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018 Sep;22(66):789–800.
45. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 May;21(5):1399–408.
46. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, Menezes T, Konder MT, O'Dwyer G, et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Dec;24(12):4555–68.
47. Rodrigues EAS, Tavares R, Melo VH, Silva JM da, Melo EM de. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saúde em Debate*. 2018 Dec;42(spe4):55–66.
48. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, 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*. 2009 Aug;14(4):1037–50.
49. Ayres JR de CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004 Dec;13(3):16–29.
50. Sugg N. Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am*. 2015 May;99(3):629–49.
51. Oliveira CL, Rodrigues EAS, Souza GA de, Silva J dos S, Dias JAS, Goncalves L, et al. Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(21):283–7.

52. Ribeiro MMR, Tavares R, Melo EM de, Bonolo P de F, Melo VH, Ribeiro MMR, et al. Health promotion, participation in collective actions and situation of violence among users of Primary Health Care. *Saúde em Debate*. 2018 Dec;42(SPE4):43–54.
53. Alonso, MCF. Guia clínica de actuación sanitaria ante la violencia de genero. Castilla y Leon: Gerencia Regional de Salud; 2017.
54. Sánchez LS. Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2015 Apr 8;0(1):103–13.
55. Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ; 2017. 595 p.
56. Hamberger L, Ambuel B, Marbella A, Donze J. Physician Interaction with Battered Women: The Women's Perspective. *Archives of family medicine*. 1998 Nov 1;7:575–82..

Mas é claro que o sol

Foi uma calcinha pendurada no banheiro.

“João, que calcinha é essa aqui pendurada no registro?” Saiu Maria Bonita já aos berros do box. “Eu não tô acreditando no que está acontecendo!!!”. O que se seguiu foi uma tentativa de João de se explicar, como se não fosse tudo tão evidente.

Nos dias seguintes, Maria Bonita descobriu que ela é que era a amante, sem saber. João tinha até se casado nesses 4 anos de convivência, e sua esposa estava grávida de uma menina.

Acabou tudo. Botou todas as coisas aleatórias que ele deixava em sua casa numa caixa e deixou na portaria do prédio dele. “Nunca mais quero ver você na minha frente”, digitou antes de bloqueá-lo no WhatsApp.

Para sua surpresa, alguns meses depois ele apareceu dentro do seu apartamento numa louca tentativa de feminicídio. Maria Bonita não conseguia mais voltar pra casa e João seguia solto, livre, como se nada tivesse acontecido.

Um belo dia Maria Bonita viu um beija-flor na janela. Ele olhou pra ela e voou. Num suspiro profundo Maria Bonita ficou se perguntando quando sua vida voltaria ao normal. “Nunca”, pensou.

Mas o beija-flor tinha trazido um ar de esperança e Maria Bonita foi voltando a sorrir. Foi no grupo de mulheres que dividiu suas dores e temores. Compartilhou a vida e ouviu outras histórias. E foi vislumbrando a possibilidade de recriação. Tinha sido dançarina de um grupo de “Passinho” antes de entrar na faculdade. Decidiu voltar a dançar.

Acabou criando um grupo de dança na unidade de saúde ali perto, todas as quartas à tarde. Deixava sua sobrinha na creche e ia direto pro posto. Ali, encontrava adolescentes, adultas, idosas, todas querendo mexer o corpo e despertar também a alma.

“A gente precisa cuidar do nosso corpo, mulherada, ele é um bem precioso que temos... e ele carrega a gente pra todo lado!” Maria Bonita sempre fazia um relaxamento no final do grupo e encerrava com uma roda em que todas davam as mãos. Ninguém solta a mão de ninguém...

Um dia, no final do grupo, uma adolescente veio falar com Maria: “você é um grande exemplo pra mim!”, disse ela, com lágrimas nos olhos. E seguiu contando que andava sem vontade de viver e muito desanimada. E que a dança estava sendo o momento mais esperado da semana.

Ontem Maria Bonita me contou sua história. Enquanto ela falava, uma bela borboleta amarela captou nossas retinas.

Também Maria se transformou e vem transformando outras. Ela ainda sente um frio na barriga toda vez que passa de ônibus em frente ao seu antigo sobrado. As memórias não se apagam facilmente e as cicatrizes não deixam de doer quando em vez. Porém a vida segue, a esperança renasce a cada dia junto com o sol e com as voltas que a Mãe Terra dá. É preciso construir o presente

(Evelin Gomes Esperandio. Rio de Janeiro, abril de 2019).

3.2 Artigo 2 - Violência íntima: experiência de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil

Intimate partner violence: the experience of women in Primary Health Care in Rio de Janeiro, Brazil

Violencia en la Pareja: Experiencia de Mujeres en la Atención Primaria de Salud en Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

A abordagem da Violência Íntima (VI) é um desafio na Atenção Primária à Saúde (APS). Estudos trazem discussões na perspectiva de profissionais, sendo que poucos avançam em dar voz às mulheres. O objetivo deste trabalho foi compreender a experiência destas mulheres no contexto do cuidado ofertado na APS na cidade do Rio de Janeiro, de estado homônimo, Brasil. Utilizou-se metodologia qualitativa, entrevistando mulheres nas unidades de saúde da família, com questionário semi-estruturado e análise hermenêutica-dialética. Entrevistas com 21 mulheres mostraram dificuldades de revelação da VI e possibilidades de atuação da APS, identificando a precarização da rede. Sugestões para abordagem: criação de grupos, escuta empática e vínculo. Foram destacados a atuação de profissionais como tutores de resiliência, a necessidade de qualificação da rede, reforço do papel dos Agentes Comunitários e dos atributos da APS para o cuidado destas situações.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Violência contra a Parceria Íntima; Violência contra a Mulher; Violência Íntima.

Abstract

The approach to intimate partner violence is a challenge in Primary Health Care. Studies bring discussions from the perspective of professionals, and few give voice to women. The aim of this study was to understand the experience of these women in the context of the PHC settings in the city of Rio de Janeiro, Brazil. This study used a qualitative methodology, interviewing women in family health clinics applying semi-structured questionnaire, with hermeneutic-dialectic analysis. Interviews with 21 women showed difficulties in the disclosure, identifying problems in the PHC scenario, revealing possibilities and suggestions for approach as work in therapeutic groups, empathic listening, strengthen the bonding. The role of professionals as resilience tutors was highlighted, with the need for qualification of the network, reinforcement of the role of Community Health Agents, and the attributes of the PHC to care for these situations.

Keywords: Primary Health Care; Intimate Partner Violence; Violence against Women.

Resumen

El abordaje de la violencia en la pareja (VP) es un desafío en la Atención Primaria de Salud (APS). Los estudios discuten la perspectiva de los profesionales, y pocos avanzan en dar voz a las mujeres. En este trabajo se buscó comprender la experiencia de mujeres en la APS en la

ciudad de Rio de Janeiro, Brasil. Se utilizó metodología cualitativa, entrevistando mujeres en unidades de salud aplicando cuestionarios semi-estructurados, con análisis hermenéutico-dialéctico. Las entrevistas con 21 mujeres mostraron dificultades para revelar la VP y posibilidades de acción en la APS, identificando la precariedad de la red. Sugerencias: ejecución de grupos, escucha empática y vinculación. Se destacó la actuación de los profesionales como tutores de resiliencia, la necesidad de calificación de la red, el refuerzo del rol de los agentes comunitarios de salud y de los atributos de la APS.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud, Violencia en la pareja; Violencia contra la mujer; violencia en la relación íntima.

3.2.1 Introdução

A violência tem repercussões intersetoriais e frequência considerável, sendo reconhecida internacionalmente como problema de saúde pública de alta relevância pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹. Considerando as relações de intimidade, a Violência Íntima (VI) atinge especialmente as mulheres. Em torno de 30% das mulheres no mundo relatam já terem sofrido algum tipo de violência na vida ¹. A reflexão sobre a temática é crescente, com o desenvolvimento de manuais e políticas públicas que discutem formas de erradicação e punição, com avanços significativos na legislação como a Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio ^{2 3 4}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) já está bem estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS) como local de acesso de primeiro contato, longitudinalidade e de atendimento integral às pessoas^{5 6}. Executada no Brasil no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a APS pode ser considerada como cenário oportuno para o cuidado das mulheres que enfrentam situações de VI ⁷. As equipes de Saúde da Família (eSF) podem ser vistas como as executoras deste cuidado na prática, sendo que os princípios da APS deveriam nortear seu trabalho. Neste nível de atenção, a ocorrência de VI pode chegar a 59%, tendo consequências consideráveis na saúde das mulheres e no uso dos serviços^{8 9}.

Apesar da elevada prevalência, o tema ainda é pouco explorado na formação em saúde¹⁰, havendo despreparo para lidar com o problema, além da existência de preconceitos que colocam as mulheres em lugar de culpabilização¹. Ainda que existam avanços nas discussões sobre a implicação do machismo e do patriarcado sobre a violência de gênero, com importantes marcos conceituais trazidos por Scott¹¹ e Saffioti¹², é possível observar na academia a falta de legitimação de pesquisas feministas, predominando olhares masculinos nas publicações ¹³.

Mesmo que a correlação entre violência e saúde seja consenso na literatura, muitas situações ainda permanecem invisíveis ou são interpretadas como não pertencentes ao setor ¹
¹⁴. Observa-se que a maioria dos instrutivos enfoca principalmente as questões biológicas, como o aconselhamento para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e a atenção aos casos agudos ¹⁵ ¹⁶. Poucos são aqueles que se debruçam sobre o acompanhamento longitudinal, compreendendo as situações de VI como recorrentes e não episódicas, sendo tanto a detecção quanto sua abordagem desafios ainda atuais⁷ ¹⁷.

Também são poucas as produções que apresentam narrativas do ponto de vista das mulheres. Suas itinações e a relação com a APS ainda aparecem de forma incipiente na literatura brasileira, sendo difícil identificar se existe busca por cuidado neste nível de atenção. O presente trabalho tem como objetivo compreender a experiência das mulheres em situação de VI e quais suas expectativas no contexto do cuidado ofertado pelos serviços de saúde de APS do município do Rio de Janeiro (RJ).

3.2.2 Percurso metodológico

3.2.2.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de estudo qualitativo realizado com mulheres usuárias da ESF em quatro unidades de saúde da família selecionadas na NN [eliminado para efeitos da revisão por pares].

3.2.2.2 Cenário

As unidades de saúde escolhidas tinham as seguintes características: áreas de favelas e regiões de classe média / média-baixa, com 2 a 8 anos de funcionamento, trabalhando na lógica da ESF, com RMFC. A escolha da NN [eliminado para efeitos da revisão por pares].

3.2.2.3 Participantes

As mulheres que aguardavam por atendimento na sala de espera das unidades de saúde foram convidadas para participar de entrevistas realizadas em sala reservada. O critério de inclusão foi estar cadastrada e ter 18 anos ou mais.

3.2.2.4 Instrumentos de coleta

As mulheres foram informadas sobre o objetivo da pesquisa e que poderiam interromper a entrevista a qualquer momento. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicada a versão para o português do questionário CTS2 – *Revised Conflict Tactics Scales*¹⁸, validado para uso no Brasil¹⁹, composto por perguntas sobre violência física, psicológica e sexual apresentadas de maneira bidirecional, questionando se a entrevistada já sofreu e perpetróu cada ação. Em caso de resposta positiva para qualquer item, foi dado prosseguimento à entrevista com roteiro semiestruturado, envolvendo questões sobre a busca por serviços de saúde nas situações de VI; os desafios enfrentados; o que a entrevistada gostaria que sua eSF soubesse sobre as situações vivenciadas, o acolhimento recebido e os conselhos que daria. Também foi questionado o padrão de uso da unidade e o perfil sócio-demográfico.

3.2.2.5 Análise

As entrevistas foram gravadas, transcritas e a análise do material foi realizada com a escuta dos áudios e leitura das transcrições. A análise do material ocorreu através do método hermenêutico dialético, considerando a conjuntura socioeconômica, histórica e cultural na interpretação dos achados²⁰. A escolha deste método se deu pela possibilidade de analisar as falas em seus contextos, ponderando sobre a realidade e a historicidade envolvidas. A partir do encontro dos fatos empíricos com reflexões e circunstâncias prévias, emergiram as categorias analisadas. Foram utilizados como marcos teóricos para a discussão o conceito de itinerância na busca de cuidados, o modelo ecológico para compreensão da violência, os atributos da APS e sua aplicação no cuidado às situações de VI^{21 22 6 23}.

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética NN [eliminado para efeitos da revisão por pares].

3.2.3 Resultados e Discussão

Durante outubro e novembro de 2018 foi realizada a coleta de dados, sendo convidadas para a entrevista 25 mulheres. Três não preenchiam os critérios de inclusão e houve apenas uma perda, com amostra final de 21 entrevistadas. Os encontros ricos e densos fluíram com facilidade e as participantes expressavam vontade de contar sobre suas experiências de vida. Muitas entrevistas duraram mais de uma hora devido à profundidade e aos detalhes das histórias que algumas mulheres nunca haviam contado para profissionais de saúde, sendo essa escuta exercício produtivo. Quando foi identificada alguma vivência de VI nas relações atuais, orientou-se a busca por apoio na eSF. Quando autorizado, os casos foram informados às equipes. Não houve identificação de nenhuma situação de alto risco.

3.2.3.1 Perfil

O Quadro 1 apresenta o perfil das entrevistadas, com codinomes baseados em mulheres que lutaram por direitos ^{24,25}. Os nomes das unidades de saúde foram substituídos por letras. A maioria das participantes referiu ter religião, especialmente de matriz cristã, destacando ora o apoio ao enfrentamento de suas dificuldades, ora a presença de conflitos espirituais. Mais da metade das participantes eram negras e pardas. Correlacionando-se o perfil das mulheres ao modelo ecológico, vale considerar as interseccionalidades e a sobreposição das violências no âmbito individual e coletivo. Heise e Michau chamam atenção para aspectos deste modelo na explicação da violência compreendendo-a desde o nível individual, passando pelo relacional e comunitário, chegando à sociedade como um todo. ^{26 27}

28

Levando em conta a itinação das mulheres na busca por ajuda, emergiram as três categorias de análise: “*Ninguém sabe o que eu já passei.*” – *Sentimentos das Mulheres* – que

abarca a ideia de contar ou não o que aconteceu para as equipes; *“Nunca contei porque nunca perguntaram também.”* – *Dinâmica da ESF* – uma análise dos desafios para a revelação e o acompanhamento das situações no âmbito da ESF; e *“Eu ia amar”* - *Possibilidades de Encontro* – sugestões trazidas para abordagens criativas pela ESF para o enfrentamento da VI. As categorias parecem se originar do percurso trilhado desde o silêncio até a sugestão de diferentes espaços de escuta, trazendo à tona a importância de qualificar os atributos da APS para o enfrentamento da violência.

3.2.3.2 “Ninguém sabe o que eu já passei” - Sentimentos das Mulheres

A literatura aponta para a dificuldade de relatar sobre a vivência de VI, observando que as mulheres costumam enfrentar sozinhas as dificuldades no relacionamento abusivo, por medo de críticas e juízos sociais^{29 17 30}. O sentimento de isolamento é constante, o apoio familiar é raro e o silêncio sobre o ocorrido parece estar relacionado ao receio de trazer ainda mais problemas para pessoas próximas^{31 32}.

“Ninguém sabe o que eu já passei, o que eu passo.” (Maria Bonita)

“Minha mãe não tem muita estrutura, porque minha mãe já tá com idade, tem problema de pressão, diabete.(...) Eu não desabafo com ninguém.” (Mariana)

Algumas entrevistadas mostram-se exemplos de mulheres que nunca contaram para suas equipes sobre situações de VI presentes ou passadas e que não enxergam a unidade de saúde como um cenário onde procurar apoio. A ideia que estariam em um ambiente seguro poderia ser o primeiro passo para que se sentissem apoiadas e confortáveis para se expressar³³. A longitudinalidade pode resultar em relação de confiança que viabilize espaços de acolhimento, possibilitando à mulher reconhecer sua vulnerabilidade e identificar alternativas. Mudanças de atitudes não são tarefas fáceis ou pontuais e, muitas vezes, envolvem aspectos financeiros e consequências para outros membros da família, com a desconstrução do ideal familiar. Profissionais têm dificuldade de identificar fatores de proteção para a ocorrência de VI e ampliar a rede de suporte, mas podem acabar sendo demasiadamente prescritivos³⁴.

“O médico falou assim: (...) ‘Caiu da mesma maneira que eu tô entendendo que você caiu?’. (...) ...porque eu tinha duas pessoas abaixo de mim, eu não era um corpo sozinho, entendeu? A não ser que eu também fosse embora, mas eu achava que eu ia sacrificar os meus filhos.” (Jovita)

“Ah, porque eu precisava dele. Eu não trabalhava (...) E eu me sentia melhor tendo meu marido, pai dos meus filho em casa. (...)Eu queria a nossa família, queria comprar coisas, ajeitar nossa casa, e ele não queria nada daquilo. Não me respeitava como mulher, como pessoa, me xingava muito.” (Chiquinha)

Por vezes a saída do relacionamento abusivo se reveste de implicações para o bem estar dos filhos ²⁷. Ausência de imóvel próprio aumenta a vulnerabilidade de sofrer abuso e considerando o modelo ecológico, estudos mostram que mulheres negras e com pior renda sofrem um acúmulo de consequências decorrente tanto da VI quanto da violência estrutural ²⁷. A interseccionalidade³⁵ vem sendo discutida desde a década de 90³⁶ e a literatura aponta marcadores sociais da diferença, com sobreposição de violências e de questões raciais e renda em estudos de prevalência e fatores associados²⁷. O aprofundamento sobre o entrelaçamento destas opressões ainda se faz necessário.

É inevitável aqui o debate sobre o patriarcado ³⁷, compreendido como uma maneira de nomear o sistema de opressão social de homens sobre as mulheres, principalmente em relação às atividades econômicas e políticas ¹³. Sua estrutura machista produz um lugar de inferioridade à mulher e favorece sua manutenção através de processos de vulnerabilização. As teóricas do feminismo esclarecem que o patriarcado traz em si a manutenção de uma visão de mundo em que o gênero masculino tem poder sobre o feminino, que a ele deveria ser subordinado e, portanto, a violência acaba sendo naturalizada³⁸. Reflexões sobre a importância da família como forma de controle dos corpos femininos e sobre o papel masculino como provedor do sustento estão presentes na literatura e precisam ser analisadas levando em consideração o sistema capitalista, engrenagem fundamental para a compreensão destas opressões³⁹. Os relatos mostram que as mulheres internalizam concepções sociais desta diferença de gênero, temendo a opinião de familiares e profissionais. Muitas não buscam ajuda, pois percebem que ao verbalizar o ocorrido seria esperado que tomassem alguma atitude sobre o relacionamento, para a qual nem sempre estão preparadas ⁴⁰.

“Tive medo até de denunciar, porque ele já tinha até passagem na polícia.” (Maria Bonita)

No contexto da favela aparecem outros motivos para o medo da revelação, relacionados às consequências ao companheiro, que pode ser punido criminalmente ou pelo “poder paralelo” nas comunidades ⁴¹. Foi possível identificar que regras locais estão presentes nos discursos com eufemismos e retóricas pouco claros, evitando-se nomear o que pode acontecer: o silenciamento que acontece nas favelas parece se estender para dentro dos consultórios. Chama atenção a omissão ao longo dos atendimentos de questões relacionadas à

violência relacional e estrutural, com a formação de pactos silenciosos de mão dupla entre profissionais e usuárias ⁴¹. A equipe evita abordar situações difíceis entendendo que precisaria tomar atitudes para as quais muitas vezes não tem experiência ou segurança suficientes, a despeito do papel da ESF de considerar o território na sua dinâmica de trabalho. Este enfrentamento passa pelo desenvolvimento de atributos como a competência cultural, a abordagem familiar e comunitária, entendendo também o papel fundamental de agentes comunitários/os de saúde ^{42 43 23}. A menor rotatividade de profissionais aumentaria a vinculação das mulheres às equipes, favorecendo a sensação de conforto para o compartilhamento de suas vivências. A ausência de vínculo com profissionais surgiu em relatos que apontam para uma descrença na potencialidade da equipe, por não considerar que exista aptidão necessária para abordar questões psicossociais, como se houvesse uma crise de confiança na ESF.

“Pra minha equipe? Ah, eu não sei, porque eu acho que a vida particular, não vai ter uma coisa que vai ajudar muito.(...) Quem tem que mudar sou eu (...) Ia me ajudar em quê? Ah, o psicólogo, conversar?(...)Eu bebia, fumava quando começou... Eu emagreci muito.” (Helenira)

Os relatos também envolvem questões de privacidade. Este pode ser um grande desafio a ser enfrentado pelas equipes devido a presença de ACS no território, assim como de vizinhos, familiares e até do companheiro nas Unidades, já que a lógica do trabalho pressupõe o cadastramento de toda a comunidade ⁴⁴. Esta proximidade pode colaborar com a sensação de julgamento e culpa, além de desrespeito ao sigilo, tornando necessária a capacitação de toda equipe para implementação de políticas públicas para enfrentamento da violência com identificação e acompanhamento dos casos, preservando aspectos éticos fundamentais ⁴².

“...pessoas que moram aqui, que trabalham aqui e mora lá no morro, (...) quer saber da sua vida pra depois ficar falando (...) Não é a privacidade que a gente queria (...)” (Maria Bonita)

Alguns estudos com mulheres que romperam o ciclo de violência têm explorado facilitadores ou complicadores para tal atitude que se traduzem em autonomia na tomada de decisões ¹⁷. Algumas não consideram os serviços de saúde como cenário colaborador, compreendendo que a iniciativa de mudança deve ser fruto de processos internos ou ocorrem após um acúmulo de consequências em suas próprias vidas^{32 33}.

“Acho que quem me ajudou mesmo foi eu mesma. Botei na minha cabeça que eu não queria aquilo, não.” (Florisbela)

Ao retomar o perfil das entrevistadas, percebe-se que algumas mulheres tinham apenas episódios pontuais de violência, porém a maioria das entrevistadas relataram situações recorrentes de VI, incluindo desde as classificadas como “violência psicológica menor” até quadros que envolviam os três tipos abordados na CTS2. A co-ocorrência de diferentes tipos de violência é relatada na literatura, observando-se a continuidade da violência e seu agravamento, até que se consiga romper o ciclo. Foram relatadas diversas histórias, desde as permanecem no lugar de desconfiança ou solidão, até aquelas que traduzem superação de relacionamentos violentos. Essas últimas contradizem as crenças que trazem uma visão de imobilismo em relação ao comportamento feminino. Muitas vezes o relacionamento violento perdura enquanto existe dependência - afetiva ou financeira -, modificando-se a partir da acentuação dos conflitos, desgaste da relação ou empoderamento decorrente de outros ganhos alcançados pelas mulheres³².

3.2.3.3 “Nunca contei porque nunca perguntaram também” – Dinâmica da ESF

A ESF no NN [eliminado para efeitos da revisão por pares] apresentou aumento de cobertura na última década⁴⁵, porém durante o período de coleta de dados estava em curso importante processo de desestruturação e cortes financeiros, que devem ser considerados na análise⁴⁶. A restrição ao acesso decorrente desta situação foi uma das dificuldades apontadas, atrapalhando a dinâmica de trabalho, refletindo na dificuldade em abordar temas sensíveis que necessitam de tempo, vínculo e confiança⁴⁷. Parece haver uma combinação de questões institucionais - como a falta de condições laborais adequadas - com aspectos individuais de cada profissional que dificultariam a identificação da VI⁴².

“...aquela barreira de baixo [guichê de acolhimento de ACS] às vezes é intransponível.” (Zeferina)

“Se eles tiverem tempo, porque os médicos hoje em dia não têm tempo (...) Porque tem trocentos ali fora esperando.”(Jovita)

Fatores como o número reduzido de profissionais, grande quantidade de atendimentos e infraestrutura inadequada são elementos a serem superados ⁴⁷. A falta de acesso como descumprimento de um dos atributos da APS muitas vezes torna-se mais um desafio. À sobrecarga das equipes, somam-se a falta de interesse dos profissionais, a omissão ou a

restrição do atendimento às questões biológicas, além da estrutura física das unidades, por vezes sem acústica adequada, comprometendo o sigilo profissional 48.

“Por mais que tem mil cabeças pra atender, mas, tipo, a gente quer que a gente seja bem tratado, entendeu? Porque, bem ou mal, a gente tá aqui não é porque a gente quer, é porque a gente precisa.” (Maria Bonita)

“Mal.. Ninguém trata pobre bem, ninguém. Raríssimo os médicos que têm a paciência de receber uma pessoa e tratar bem, entender que tá chorando... (...) ‘Vem cá, minha senhora, quem é a sua equipe? (...) Cadê a cadernetinha?’” (Aqualtune)

O sofrimento das usuárias reflete o peso e a sensação de que sua situação socioeconômica determina o tipo de tratamento recebido. Episódios recorrentes de desatenção, aliados à busca por acolhimento e a peregrinação nos serviços de saúde podem trazer re-vitimizações. O conceito de itinação em busca de cuidados traduz bem a situação vivenciada pelas mulheres 21. A itinação das mulheres coloca em questão que caminhos têm sido possíveis para a revelação de situações de violência. Aprofundando o olhar sobre esta expressão, Bonet a discute como um mover-se ao longo de linhas entrelaçadas como uma malha da vida, compreendendo que profissionais e usuárias podem se entrelaçar em um encontro terapêutico⁴⁹. O espaço da APS pode tornar-se, então, um encontro de dois “eus” que trazem caminhadas e repertórios distintos, oportunizando que o cuidado aconteça.

Diretrizes orientam quanto à escuta empática, à validação da experiência e atitude de suporte 34. A postura profissional com atitudes que facilitem o diálogo sobre assuntos delicados e a correlação entre queixas orgânicas e psicossociais ainda são desafios para qualificar a APS 29 17 44. Profissionais admitem que raramente perguntam às mulheres sobre violência, mesmo diante de lesões físicas 48. Dores crônicas, ansiedade, depressão, abuso de substâncias e problemas gastrointestinais são consequências comuns da VI, e as falas analisadas mostram dificuldade na identificação destas correlações 50.

“É aquilo, eu tô falando pra você, porque você me perguntou”. (Jovita)

“Olha, eles nunca comentou nada, não perguntou nada... Eu chegava aqui, já ia ser consultada, só isso.” (Florisbela)

“Não, só falava porque eu sentia muita falta de ar, tava fazendo uns exames de arritmia, coração. (...) Não, nada de... da vida particular, não, só do médico mesmo e da área de saúde.” (Quitéria)

Diante de tantas possibilidades de somatização, o atributo da integralidade convida profissionais de saúde a um olhar direcionado à mulher como um todo, compreendendo não

apenas a experiência da doença, mas seu contexto familiar e comunitário, os sentimentos e ideias sobre seus sintomas e o quanto isso impacta suas atividades corriqueiras³¹.

“Eu fiz tudo quanto era exame pra ver se era um tumor, se era tireoide. E até hoje ninguém sabe o que que houve comigo. (...) Meu corpo tava falando por mim, a verdade é essa.” (Jovita)

3.2.3.4 “Eu ia amar” – Possibilidades de Encontro

O estudo trouxe a ideia de dar voz às usuárias, ouvindo sugestões sobre a abordagem da VI. Os relatos variaram entre elogios ao trabalho realizado e dificuldades encontradas. O vínculo que se estabelece na ESF foi expresso pelas mulheres que se sentem bem tratadas e acompanhadas nas diversas dimensões de suas vidas, incluindo a VI. Percebiam a diferença do cuidado ofertado a partir da implantação de eSF nas unidades estudadas, com presença de programas de Residência 45, sendo possível distinguir entre a dinâmica dos antigos Centros Municipais de Saúde (CMS) e das atuais Clínicas da Família. Alguns relatos mostraram novas possibilidades de conversar a respeito de episódios de VI vivenciados sobre os quais ninguém havia perguntando antes.

“Meus três pré-natal foi lá [em outro CMS]. (...) Perguntar, perguntavam, mas não se aprofundavam no assunto. (...) Porque, antigamente, o pré-natal era assim, você entra, examina a barriga (...), tá liberado. (...) Não dava nem chance de falar o que tava acontecendo.”(Sila)

“Já sabem tudo (...) Eu acho o atendimento aqui ótimo. Reforçar, só a manutenção, porque é difícil, mas independe da gente e independe até deles.” (Ana Nery)

“...a minha equipe é só elogios. Quando eu chegar aqui, a hora que eu tiver precisando, ela me atende. (...) O meu ACS mora perto da minha casa: ‘Tá tudo bem? Qualquer coisa vai lá, tô lá’.” (Sila).

Dentre as especificidades da ESF está a oferta de atividades em grupo e a literatura recente mostra como a participação coletiva pode ser protetora ⁵¹. A orientação comunitária assume lugar de destaque, pois somente com a compreensão das mulheres sobre sua inserção na comunidade é possível o desenvolvimento de redes de apoio. Estudos com atividades coletivas utilizaram conceitos de autocompaixão e humanidade comum com bons resultados ⁵². A valorização da formação de grupos se contrapõe a medidas gerenciais que restringem as

atividades comunitárias e deixam o trabalho de profissionais cada vez mais limitado aos consultórios.

“Que fizesse um grupo pra ajudar essas pessoas que tãõ passando por essa fase aí de agressão (...) Toda semana aqui na clínica. Eu ia participar. (...) Eu ia amar. (...) ...uma coisa, assim, pra abrir a mente da pessoa, a conversar com o companheiro... (...) As mulheres vir participar, quando chegar em casa, saber se defender, saber falar, entendeu?”(Florisbela)

“...abrir um espaço pras mulheres casadas, pra homens casados. Tipo um psicólogo mesmo, uma reunião de família pra ver o que que passa (...). Porque cada um passou por coisas diferentes (...) Uma troca de ideia” (Maria Bonita).

Estudos apontam para a importância de fortalecer a resiliência, chamando atenção para que as mulheres não sejam vistas como vítimas, mas capazes de grandes transformações 53. Profissionais poderiam atuar na facilitação desta qualidade, como “tutores de resiliência” 54. Os grupos são considerados espaços promotores de resiliência individual e coletiva, com busca por soluções compartilhadas e sustentadas.

3.2.4 Considerações Finais

Ao longo da escuta de tantas histórias de vida, evidenciou-se a necessidade de articulações que qualifiquem as eSF de maneira profunda e efetiva, através da Educação Permanente, transformando os avanços teóricos induzidos por políticas públicas em realidade prática. Ênfase deve ser dada à valorização de ACS – profissionais chave no desenvolvimento da competência cultural e da relação com o território –, com espaços que reforcem o diálogo sobre ética nos serviços, enfatizando vínculos saudáveis e atividades transformadoras, potencializando visitas domiciliares e atividades em grupo 42. A sensibilização de profissionais para identificar os casos precisa envolver atitudes empáticas, potencializando a abordagem integral dos aspectos relacionais trazidos pelas mulheres, colaborando para tomada de decisões, respeitando seu tempo e considerando sua segurança.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se que não foi possível aprofundar a discussão sobre interseccionalidade, compreendendo a necessidade de desenvolver ações mais equitativas, considerando questões relacionadas a raça e classe social 34 55. Tampouco foi possível detalhar a relação entre a vivência de VI e a violência estrutural, principalmente no caso dos expressivos indicadores relacionados à violência policial nas comunidades.

Talvez a maior contribuição dos achados tenha sido o ato desafiador da escuta, entendendo quais são os desejos e expectativas para os atendimentos no âmbito da ESF, dando voz à criatividade e a reiterações das boas práticas trazidas pelas entrevistadas. Estudos sobre atitudes desejáveis e indesejáveis por parte de profissionais tem mostrado que as mulheres tendem a valorizar a escuta ativa, a não-culpabilização e o oferecimento das possibilidades de atendimento na rede de serviços 56. As sugestões envolvendo atividades coletivas como rodas de conversa e grupos de apoio parecem revelar a necessidade de coletivizar o sofrimento individual, mostrando que seu compartilhamento favorece a busca por mudanças 51. Parece existir um clamor quase silencioso por espaços de troca e criação de laços, que possibilitem reconhecer umas nas outras as mesmas vivências, construindo redes de solidariedade nos territórios. Dentre os aspectos levantados, recomendações incluem a importância da orientação comunitária como atributo importante da APS a ser reforçado.

Ao considerar o modelo ecológico, parecem existir necessidades de ações concretas em todos os âmbitos. O cotidiano de consultas, visitas domiciliares e grupos, além das mudanças na formação em saúde, desde os cursos básicos até a Educação Permanente precisariam ser revisitados. O desafio para abordagem da VI ainda permanece, sendo necessário muito trabalho para aproximar profissionais e a academia, dispostos a realizá-lo com criatividade. Nesse sentido, fortalecer a APS, desenvolvendo intensamente seus atributos, qualificando profissionais e estudantes, parece tarefa atual imprescindível. Trazer para dentro dos serviços e da academia as reflexões sobre o quanto o olhar masculino e o patriarcado seguem interferindo na abordagem da violência íntima se faz também urgente.

Agradecimento:

À Corina Mendes, pela cuidadosa e generosa contribuição na leitura e revisão desse manuscrito, nossa gratidão.

Referências

1. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, World Health Organization, Department of Gender W and H. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.

2. Brasil - Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres - Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [Internet]. 2011 [cited 2019 Apr 13]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>
3. Brasil. Lei no 11.340 de 7 de agosto de 2006. [Internet]. Lei Maria da Penha. [cited 2017 Dec 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
4. Brasil. Alteração do decreto para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. [Internet]. Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. [cited 2017 Dec 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm
5. Giovanella L. (ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2012. 1097 p.
6. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. (ed.). Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF: Editora MS; 2002. 96 p. (Cadernos de atenção básica).
8. Schraiber LB, Barros CR dos S, Castilho EA de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2010 Jun;13(2):237–45.
9. Heise L. Violence against women: the hidden health burden. *World Health Stat Q*. 1993;46(1):78–85.
10. Anderson MIP, Romero XA, Arias-Castillo L, Moreno CB, Sinisterra JSG, Martín TM, et al. Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária e Violência: Formação e ação em Iberoamerica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018 Sep 18;13(1):9–28.
11. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* [Internet]. 1995 [cited 2020 Jan 24];20(2). Available from: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721>
12. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*. 2001;(16):115–36.
13. Bonneti A, Souza ÂMF de L e. Gênero, mulheres e feminismos. Salvador: EDUFBA: NEIM; 2011.

14. Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence: Opening Pandora's Box. *JAMA*. 1992 Jun 17;267(23):3157–60.
15. Superintendência de Atenção Primária. Fluxo de Atendimento à violência sexual [Internet]. Prefeitura do Rio de Janeiro; 2016 [cited 2018 Jan 10]. Available from: http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher_Violencia.pdf
16. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2011.
17. Petersen R, Moracco KE, Goldstein KM, Clark KA. Moving beyond disclosure: women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women Health*. 2004;40(3):63–76.
18. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002 Feb;18(1):163–76.
19. Rafael R de MR, Moura ATMS de. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2014;63(2):149–53.
20. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO; 1992. 269 p. (Saúde em debate).
21. Bonet O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Sociologia & Antropologia*. 2014 Dec;4(2):327–50.
22. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*. 2015 Apr 25;385(9978):1685–95.
23. Miller E, McCaw B. Intimate Partner Violence. *New England Journal of Medicine*. 2019 Feb 28;380(9):850–7.
24. Pinsky, CB (org) P JM (org). Nova História das mulheres no Brasil. 1a ed. São Paulo: Contexto; 2018.
25. Galeano, E. Mujeres. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2015. 240 p.
26. Heise LL. Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*. 1998 Jun 1;4(3):262–90.
27. Moraes CL, Tavares da Silva T de S, Reichenheim ME, Azevedo GL, Dias Oliveira AS, Braga JU. Physical violence between intimate partners during pregnancy and postpartum:

- a prediction model for use in primary health care facilities. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2011 Aug;25(5):478–86.
28. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*. 2015 Apr 25;385(9978):1672–84.
29. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. 2008 Mar;70(3):386–94.
30. Levy AG, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Assessment of Patient Nondisclosures to Clinicians of Experiencing Imminent Threats. *JAMA Netw Open*. 2019 Aug 14;2(8):e199277.
31. Muñoz Cobos F, Burgos Varo ML, Carrasco Rodríguez A, Martín Carretero ML, Río Ruiz J, Ortega Fraile I, et al. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Aten Primaria*. 2009 Sep;41(9):493–500.
32. Leitão MN da C. Mulheres sobreviventes de violência exercida por parceiros íntimos – a difícil transição para a autonomia. 1. 2014 Aug 1;48:7–15.
33. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel-Arcas C, editors. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2003. 131 p. (Publicación Ocasional).
34. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1567–79.
35. Silveira R da S, Nardi HC. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. *Psicologia & Sociedade*. 2014;26(spe):14–24.
36. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *The University of Chicago Legal Forum*. 1989;140:139–167.
37. Rivera MM. Una aproximación a la metodología de la historia de las mujeres. In: OZIEBLO B, editor. *Conceptos y metodología en los estudios sobre la mujer*. Málaga: Universidad de Málaga; 1993. p. 19–42.
38. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
39. Narvaz MG, Koller SH. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*. 2006 Apr;18(1):49–55.

40. Rosa DOA, Ramos RC de S, Gomes TMV, Melo EM de, Melo VH. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Saúde em Debate*. 2018 Dec;42(spe4):67–80.
41. Athié K, Dowrick C, Menezes AL do A, Cruz L, Lima AC, Delgado PGG, et al. Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Jan;22(1):75–86.
42. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Ciênc Saúde Colet*. 2018 Jan;23(1):93–102.
43. Sagot M, Carcedo A, Program on Women H and Development (Pan American Health Organization). Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. Peru: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000.
44. Soares J dos SF, Lopes MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018 Sep;22(66):789–800.
45. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 May;21(5):1399–408.
46. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, Menezes T, Konder MT, O'Dwyer G, et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Dec;24(12):4555–68.
47. Rodrigues EAS, Tavares R, Melo VH, Silva JM da, Melo EM de. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saúde em Debate*. 2018 Dec;42(spe4):55–66.
48. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, 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*. 2009 Aug;14(4):1037–50.
49. Ayres JR de CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004 Dec;13(3):16–29.
50. Sugg N. Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am*. 2015 May;99(3):629–49.

51. Oliveira CL, Rodrigues EAS, Souza GA de, Silva J dos S, Dias JAS, Goncalves L, et al. Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(21):283–7.
52. Ribeiro MMR, Tavares R, Melo EM de, Bonolo P de F, Melo VH, Ribeiro MMR, et al. Health promotion, participation in collective actions and situation of violence among users of Primary Health Care. *Saúde em Debate*. 2018 Dec;42(SPE4):43–54.
53. Alonso, MCF. Guia clínica de actuación sanitaria ante la violencia de genero. Castilla y Leon: Gerencia Regional de Salud; 2017.
54. Sánchez LS. Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2015 Apr 8;0(1):103–13.
55. Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2017. 595 p.
56. Hamberger L, Ambuel B, Marbella A, Donze J. Physician Interaction with Battered Women: The Women's Perspective. *Archives of family medicine*. 1998 Nov 1;7:575–82.

Como é linda a liberdade

“Todas as relações são sutis”, leu ela. Concordou, olhando para sua xícara de chá e vendo o seu reflexo na película do líquido.

Lembrou de um episódio de “O mundo de Beakman” que explicava como o mosquito consegue ficar “equilibrado” andando sobre a água... E pensou nas sutilezas da vida. Uma mensagem dizendo “eu te amo”, um presente inesperado, um “vi isso aqui e lembrei de você”, uma escuta atenta que faz alguém se sentir confortável para contar pra você que passou muitos anos da vida carregando uma culpa e que sofreu alguns anos de agressões e estupro marital.

Uma pergunta feita na hora certa, uma consulta com mais tempo para ouvir.
“Se eles tivessem tempo”... disse uma entrevistada.

Tempo, tempo, tempo.

Lembrou-se do relógio do coelho de Alice.

A vida, as sutilezas, as escutas, os buracos, as janelas.

Foi Saramago que falou nos olhos como janelas da alma? Em que consiste a alma? Quanto mede? Quanto pesa? Como se define?

O tempo muitas vezes parece um leão feroz. Parece rugir como se estivesse duvidando que a gente conseguisse fazer tudo o que se propôs, naqueles minutos, horas, dias, meses ou anos...

e a vida dá uma risada da gente, que acha que consegue se planejar, se organizar, fazer roteiros e planilhas. O tempo passa, a gente muda... As folhas caem e as flores tornam a nascer. A lagarta vira pupa e se recolhe pra ter seu tempo. E no tempo certo, abandona seu casulo pra voar e mostrar seu brilho e seus malabarismos na brisa... Também os pássaros uma hora abandonam seu ninho e seguem para conquistar novas terras e ares. Alguns cruzam oceanos e continentes buscando climas mais amenos, protegendo-se do inverno.

Também nós os seres humanos temos nossas metamorfoses. Nossos tempos de mudanças.

Podemos escolher entre libertarmos nosso medo e deixá-lo ir ou nos apegarmos a ele, grudando como um chiclete.

“Você anda mais corajosa”, ouviu orgulhosa. Aquela criança medrosa já deu lugar para um adulta que quer ousar.

O tempo abriu o espaço pra outras peles surgirem... Uma casquinha também precisou ser criada... A pele às vezes precisa engrossar pra proteger.

Tantas histórias que lemos, ouvimos e vivemos... Vão se imbricando com a nossa. Nos modificam e modificamos a elas, às outras e aos outros...

Queria tanto ter tempo de fazer tudo...

... Mas cada coisa tem o seu tempo.

“Para tudo há uma ocasião certa; há um tempo certo para cada propósito debaixo do céu.”

O que a gente faz com o que fazem com a gente? É tempo de crescer, andar, jogar com a cintura, aprender a dançar com as intempéries da vida e brincar na chuva.

É preciso aprender a caminhar. Parar e olhar pros lados quando necessário. Correr quando preciso. Acalmar e também agitar.

“Vai, voa, brilha!”

“Alcei a perna no pingo/e sai sem rumo certo...”

(Evelin Gomes Esperandio. Rio de Janeiro, março de 2019)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar este trabalho foi uma oportunidade de grande crescimento. Emprestar os ouvidos para escutar detalhes de histórias que algumas mulheres nunca haviam contado para nenhuma ou nenhum profissional de saúde foi enriquecedor. Observou-se que as entrevistadas queriam falar sobre suas experiências de vida e muitas ficaram mais de uma hora conversando. O material recolhido na coleta de dados do período do campo é extenso e possivelmente resultará em outros desdobramentos que não couberam nesta dissertação.

Resumo já foi enviado e aprovado para o Congresso de Medicina de Família e Comunidade, falando sobre aspectos éticos na APS, usando uma das falas como relato de caso que ilustra conflitos éticos que surgem no dia a dia do trabalho em saúde. Pretende-se realizar um ensaio sobre as implicações práticas da crise na saúde do Rio de Janeiro, pois o período de coleta de dados deste trabalho deu-se justamente durante o início de uma greve de trabalhadoras e trabalhadores da APS que durou mais de 120 dias, desgastando as relações entre profissionais e população e também estando muito marcado em todas e todos o temor da precarização da APS já em curso.

Explicitou-se o desejo de que as CFs não encerrem seu trabalho, de que não haja diminuição de equipes e de profissionais e esta expressão merece uma sistematização e apresentação. Além disso, houve uma categoria importante que não foi contemplada no artigo que apresentou os resultados da coleta de dados que foi a das representações sociais de gênero das entrevistadas. Diversas falas tocavam o assunto dos papéis exercidos por homens e mulheres nas relações e apresentar essas concepções pode corroborar estudos já existentes sobre a cristalização ou o rompimento de ideias conservadoras sobre o que é ser homem e ser mulher em nossa sociedade (PARADA, 2017).

Como um dos desdobramentos deste trabalho, há o planejamento de retornar aos sítios de pesquisa para planejar com as equipes e gerência uma forma de realizar uma devolutiva sobre os resultados desta pesquisa. Uma das propostas é realizar uma roda de conversa aberta a usuárias e profissionais, que possa tematizar o assunto da violência com o objetivo de trazer luz ao assunto dentro das unidades de saúde, compartilhando e debatendo os achados.

Muitas vezes é necessário constatar o óbvio. Para as pessoas que estudam a MFC ou a APS, o vínculo e a escuta ativa já são conceitos tão reiterados na sua formação que por vezes

pode parecer que se está falando mais do mesmo. Porém o que mais observou-se nas falas das entrevistadas foi a valorização do vínculo e da escuta. Além do tempo, a disposição para escutar.

Na revisão, o que mais se encontrou foi despreparo, preconceito e revitimização por parte de profissionais, enquanto a academia segue constatando o já constatado, reforçando a pertinência do modelo ecológico em seus fatores de vulnerabilidade. Há um silenciamento na academia dos fatores de suporte, faltando estudos de intervenção com vistas ao desenvolvimento da resiliência.

São necessários também estudos de seguimento, que possibilitem vislumbrar atributos da APS como a longitudinalidade nos efeitos do acompanhamento às situações de violência. Sabe-se que são estudos que exigem tempo, dedicação e investimentos financeiros.

Ficam, assim, reflexões importantes: quantas vezes profissionais da APS tem oportunidades perdidas de abordar questões de VI em seus consultórios e em visitas domiciliares? Quantas vezes há disposição de dar um espaço a mais, marcar um retorno, fazer um familiograma ou um ecomapa, marcar uma visita domiciliar, discutir o caso em equipe, estender as compreensões para além do biológico? Como ter estas atitudes em um contexto de precarização do trabalho, de demissões e corte de verbas? Como sensibilizar as equipes para ter este olhar mais ampliado? Como promover espaços efetivos de educação permanente? Como sensibilizar autoridades governamentais e academia para investimentos em estudos mais robustos?

É preciso criatividade e disposição. Diante do desafio de lidar com assuntos que podem ser considerados pesados, da intimidade das pessoas, com histórias por vezes emocionantes e psicologicamente estressantes, parece ser necessária a criação de dispositivos institucionais para evitar o *burnout*. Por parte da gestão, parece importante ter uma compreensão de que olhar para o ser humano de maneira holística pode ser um investimento custo-efetivo, embora não tenhamos estudos desta magnitude no Brasil. Se observarmos estudos como os de Schraiber, Barros e Castilho (2010) que mostram o aumento nos usos dos serviços de saúde como consequência da VI, se investirmos em tempo de consulta, em capacitação profissional, teremos mulheres mais saudáveis, criando suas crianças em lares mais saudáveis, e o resultado a longo prazo serão pessoas mais produtivas, com vidas mais cheias de sentido, com desenvolvimento de suas potências, com menos demandas nos serviços de saúde.

Talvez seja preciso um pouco de sonho: unidades de saúde com grupos de mulheres, grupos de terapia comunitária, com ACSs bem integradas/os em suas microáreas.

Profissionais sensíveis e abertos aos assuntos mais delicados, com tempo de consulta adequada e boa proporção usuário/profissional. Esta última sentença pode parecer um tanto utópica quando profissionais se veem atualmente apenas lutando para não perder o que já foi conquistado com 30 anos de construção do SUS (SOUTO, 2018).

É preciso unir forças, fortalecer ações intersetoriais, fortalecer organizações de usuárias e usuários do SUS, convocar os movimentos sociais, chamar organizações não governamentais e serviços de todos os níveis de atenção da rede de saúde para a articulação, para somar esforços. Identificar o que já funciona, compartilhar experiências exitosas, investir em educação permanente. É preciso andar “para frente” e se necessário arrastar as estruturas e personagens que tentam caminhar para trás. Urge o papel de profissionais da APS de não permitir o retrocesso, garantindo a manutenção de conquistas e ampliando a Saúde da Família para melhora não só da atenção às mulheres em situação de VI, mas também do cuidado em saúde como um todo.

“Maria, Maria

Maria, Maria
 É um dom, uma certa magia
 Uma força que nos alerta
 Uma mulher que merece
 Viver e amar
 Como outra qualquer
 Do planeta
 Maria, Maria
 É o som, é a cor, é o suor
 É a dose mais forte e lenta
 De uma gente que ri
 Quando deve chorar
 E não vive, apenas aguenta
 Mas é preciso ter força
 É preciso ter raça
 É preciso ter gana sempre
 Quem traz no corpo a marca
 Maria, Maria
 Mistura a dor e a alegria
 Mas é preciso ter manha
 É preciso ter graça
 É preciso ter sonho sempre
 Quem traz na pele essa marca
 Possui a estranha mania
 De ter fé na vida
 Ah! Hei! Ah! Hei! Ah! Hei!
 Ah! Hei! Ah! Hei! Ah! Hei!!
 Lá Lá Lá Lerererê Lerererê
 Lá Lá Lá Lerererê Lerererê
 Hei! Hei! Hei! Hei!”

(Milton Nascimento/Fernando Brant)

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, M. I. P. et al. Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária e Violência: Formação e ação em Iberoamerica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 1, p. 9-28, 18 set. 2018.
- ANDREAZZI, M. DE F. S. DE; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 499-518, dez. 2014.
- AYRES, J. R. DE C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BALLAN, M. S.; FREYER, M. B. Supporting female survivors of intimate partner violence with disabilities: Recommendations for social workers in the emergency department. **Social Work in Health Care**, v. 56, n. 10, p. 950-963, dez. 2017.
- BARSTED, M.; ROMANI, A. **Violência contra a mulher** - um guia de defesa, orientação e apoio CEPIA: Rio de Janeiro, 2014.
- BEAUVOIR, S. DE. **O segundo sexo**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960.
- BORRELL CARRIÓ, F. **Entrevista clínica**: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. [s.l: s.n.].
- BRADLEY, F. et al. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. **BMJ**, v. 324, n. 7332, p. 271, 2 fev. 2002.
- BRASIL (ED.). **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF: Editora MS, 2002.
- BRASIL. **Alteração do decreto para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm>. Acesso em: 10 dez. 2017a.
- BRASIL. **Lei n. 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 10 dez. 2017b.
- BUTCHART, A. et al. **Preventing intimate partner and sexual violence against women**: global trends and determinants of prevalence, safety, and acceptability. Geneva: World Health Organization, 2010.
- CAETANO, I. F. **O feminismo brasileiro: uma análise a partir das três ondas do movimento feminista e a perspectiva da interseccionalidade**. Rio de Janeiro: Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

CAMPOI, I. C. O livro “Direitos das mulheres e injustiça dos homens” de Nísia Floresta: literatura, mulheres e o Brasil do século XIX. **História**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 196-213, dez. 2011.

CARVALHO, M. N. DE et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 295-302, jan. 2018.

CASTILLO-MARTÍN, M.; OLIVEIRA, S; de (org). **Marcadas a ferro: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar**. Brasília; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 259 p.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2018**. Relatório. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2019.

COKER, A. L. et al. Physical partner violence and medicaid utilization and expenditures. **Public Health Reports**, v. 119, n. 6, p. 557-567, 1 nov. 2004.

COLL-VINENT, B. et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. **Gaceta Sanitaria**, v. 22, n. 1, p. 7-10, fev. 2008.

CRUZ, S. T. M. DA et al. Violência de gênero e seus autores: representações dos profissionais de saúde. **Psico-USF**, v. 22, n. 3, p. 555-567, dez. 2017.

D’OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, ago. 2009.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DAVIDOV, D. M. et al. Intimate partner violence-related hospitalizations in Appalachia and the non-Appalachian United States. **PLoS ONE**, v. 12, n. 9, 8 set. 2017.

DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 66, p. 165-185, fev. 2008.

DONIEC, K.; DALL’ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **The Lancet**, v. 388, n. 10047, p. 867-868, 27 ago. 2016.

FALCKE, D. et al. Violência conjugal: um fenômeno interacional. **Contextos Clínicos**, v. 2, n. 2, p. 81-90, dez. 2009.

FEMINICÍDIO. Disponível em: <<http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/violencias/feminicidio/>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

FRIEDMAN, L. S. et al. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. **Archives of Internal Medicine**, v. 152, n. 6, p. 1186-1190, jun. 1992.

GARCIA, L.; FREITAS, L.; SILVA, G. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. IPEA, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf>. Acesso em: 13 set. 2017.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S103-S112, 2002.

GIOVANELLA, L. (ED.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GREGORI, M. F. **Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. Rio de Janeiro: São Paulo: Paz e Terra; ANPOCS, 1993.

HAGUE, G.; MULLENDER, A. Who listens? The voices of domestic violence survivors in service provision in the United Kingdom. **Violence Against Women**, v. 12, n. 6, p. 568-587, jun. 2006.

HAMBERGER, L. et al. Physician Interaction with Battered Women: The Women's Perspective. **Archives of family medicine**, v. 7, p. 575-82, 1 nov. 1998.

HARRIS, M.; MACINKO, J. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, v. 372, p. 2177, 4 jun. 2015.

HARZHEIM, E. et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1399-1408, mai. 2016.

HASSE, M. et al. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493, set. 2014.

HEISE, L. Violence against women: the hidden health burden. World Health Statistics Quarterly. **Rapport Trimestriel De Statistiques Sanitaires Mondiales**, v. 46, n. 1, p. 78-85, 1993.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. S135-S145, 1994.

HEISE L. **What works to prevent partner violence: an evidence overview**. London: Strive Research Consortium, 2011.

HIRATA, H. **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.

JORNADAS ANDALUZAS MUJERES Y SALUD; INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (EDS.). **Mirando la salud desde una perspectiva de género**: actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud, Málaga, 29 y 30 de mayo 2006. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2007.

KRUG, E. G. (ED.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAMOGLIA, C. V. A.; MINAYO, M. C. DE S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 595-604, abr. 2009.

LO FO WONG, S. et al. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. **Patient Education and Counseling**, v. 70, n. 3, p. 386–394, mar. 2008.

LOS FUNDAMENTOS SOCIALES DE LA CUESTIÓN FEMENINA. Revolución o Barbarie, 17 abr. 2014. Disponível em: <<https://revolucionobarbarie.wordpress.com/teoriarevolucionaria/figuras-destacadas-del-movimiento-comunista-internacional/alexandre-kollontai/los-fundamentos-sociales-de-la-cuestion-femenina/>>. Acesso em: 5 dez. 2017

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006.

MAPA DA VIOLÊNCIA. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br/>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 743–752, abr. 2011.

MENEGHEL, S. N. et al. Femicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, 2017.

MICHAU, L. et al. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. **The Lancet**, v. 385, n. 9978, p. 1672-1684, 25 abr. 2015.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. DE S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. S7-S18, 1994.

MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 163-176, fev. 2002.

- MORAIS, H. M. M. DE et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 5 fev. 2018.
- MOURA, A. T. M. S. DE; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, ago. 2005.
- MUÑOZ COBOS, F. et al. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Aten Primaria*, v. 41, n. 9, p. 493–500, set. 2009.
- NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 49-55, abr. 2006.
- NASCIMENTO, M. et al. Violence against women and girls. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016.
- NEVES, S.; NOGUEIRA, C. A psicologia feminista e a violência contra as mulheres na intimidade: a (re)construção dos espaços terapêuticos. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 43-64, dez. 2003.
- OLIVEIRA, P. S. **Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3742>>. Acesso em: 7 dez. 2017.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 21 maio 2011.
- PARADA, CS. **Representações sociais de gênero na violência contra a mulher**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.
- PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.
- PORTO, J. R. R. **Violência contra a mulher: expectativas de um acolhimento humanizado**. 2004.
- RAFAEL, R. DE M. R. et al. Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para inadequação no rastreamento do câncer de colo de útero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, 2017a.
- RAFAEL, R. DE M. R. et al. Perfil das violências por parceiro íntimo em Unidades de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1259-1267, dez. 2017b.
- RAFAEL, R. DE M. R.; MOURA, A. T. M. S. DE. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 149-153, 2014.
- RAMÃO, S. R.; MENEGHEL, S. N.; OLIVEIRA, C. Nos caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 79-87, ago. 2005.

REICHENHEIM, M. E. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 425-437, fev. 2006.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962—975, 4 jun. 2011.

REIS, V. **A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>>. Acesso em: 10 maio. 2019.

RICHARDSON, J. et al. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. **BMJ**, v. 324, n. 7332, p. 274, 2 fev. 2002.

RIGOTTO, R. M.; RIGOTTO, R. M. As Técnicas de Relatos Oraís e o Estudo das Representações Sociais em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 116-130, jun. 1998.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - 2014 a 2017**. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Enfrentamento da violência: contribuições da Secretaria Municipal de Saúde para a cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Cadernos de Gênero n.1 - violência contra a mulher**. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016.

RIO DE JANEIRO. Superintendência de Atenção Primária. **Fluxo de Atendimento à violência sexual**. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher_Violencia.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Residência em Medicina de Família e Comunidade - sobre nós**. Disponível em: <<http://www.rmfcrio.org/>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Urbanismo. **Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

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

SAFFIOTI, H. I. B. A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. [s.l: s.n.].

SAGOT, M.; CARCEDO, A.; PROGRAM ON WOMEN, H., and Development (Pan American Health Organization). **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina**: estudios de caso de diez países. Peru: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2000.

SALTZMAN, L. et al. **Intimate partner violence surveillance**: uniform definitions and recommended data elements. National Center for Injury Prevention and Control, 1999. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimate-partner-violence.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

SANTI, L. N. DE; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. Domestically abused Brazilian women's perceptions about support and received support in its social context. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 417-424, set. 2010.

SANTOS, M. T. F. DOS; GOMES, M. H. DE A. Estresse e Modos de Andar a Vida: uma contribuição de Canguilhem para a compreensão da Síndrome Geral de Adaptação. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 788-796, set. 2012.

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 41-54, fev. 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 359-367, jun. 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 658-666, ago. 2010.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. DOS S.; CASTILHO, E. A. DE. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 237-245, jun. 2010.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**, 2003. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1597_1677_cartilhaviolencia.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018.

SCOTT, J. W. Unanswered questions Joan W. Scott unanswered questions. **The American Historical Review**, v. 113, n. 5, p. 1422-1430, 1 dez. 2008.

SILVA, E. B. DA; PADOIN, S. M. DE M.; VIANNA, L. A. C. Violence against women: the limits and potentialities of care practice. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 608-613, dez. 2013.

SILVEIRA, R. DA S.; NARDI, H. C. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. spe, p. 14-24, 2014.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, mai. 2016.

SOUTO, L. R. F. 2018: um ano que deixou marcas indeléveis na sociedade brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 795-798, out. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUGG, N. K.; INUI, T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening pandora's box. **JAMA**, v. 267, n. 23, p. 3157-3160, 17 jun. 1992.

ULRICH, Y. C. et al. Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 24, n. 1, p. 9-15, jan. 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA et al. **Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos** [recurso eletrônico]: apresentação do curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, [s.d.].

VICENTE, L. de M.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 63-71, mar. 2009.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 28 mai. 2011.

VILLELA, W. et al. (EDS.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Arbeit Factory Editora Comunicação, 2005.

Violência contra a Mulher. Disponível em:
<<http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/violencia>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

WATHEN, C. N. et al. Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. **BMC Medical Education**, v. 9, p. 34, 18 jun. 2009.

WOLFF, J. et al. Enhanced versus basic referral for intimate partner violence in an urban emergency department setting. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 53, n. 5, p. 771-777, nov. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women, intimate partner and sexual violence against women**, fact sheet N 239. World Health Organization. 2016. World Health Organization, , 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

ZAKRISON, T. L. et al. Universal screening for intimate partner and sexual violence in trauma patients: an EAST multicenter trial. **The Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 83, n. 1, p. 105–110, jul. 2017.

ZANCAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q. DE. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando famílias**, v. 17, n. 1, p. 63–76, jul. 2013.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar de um estudo sobre as experiências das mulheres nas relações familiares e como elas utilizam as unidades de saúde da família.

O objetivo deste estudo é compreender a experiência das mulheres no dia a dia de suas famílias. Entender, assim, como fazem para lidar com os conflitos que surgem nesse dia a dia. Em alguns casos, dificuldades familiares podem resultar em algum tipo de violência entre os companheiros. Queremos, com esta pesquisa, compreender essas experiências no contexto das famílias atendidas nas clínicas da família. Objetivamos também identificar os serviços de saúde usados pelas mulheres, descrever o que pensam as mulheres nessas situações em relação à abordagem dos/as profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) – profissionais que trabalham nas clínicas da família. Também pretendemos explorar as expectativas das mulheres em relação à abordagem dos /as profissionais das clínicas. Com isso, esperamos conseguir melhorar os atendimentos das equipes. Você está sendo convidada a responder algumas perguntas sobre a sua vida. Esta conversa será gravada, se você concordar.

Riscos e Benefícios

Fui alertada sobre os possíveis riscos e benefícios desta pesquisa, compreendendo que falaremos de questões da vida pessoal e que podem trazer emoções à flor da pele. Combinamos que, caso seja acordado por ambas as partes, a situação será repassada para a equipe de saúde responsável, para que acompanhe a situação. Fui informada que posso contribuir para a melhora dos atendimentos a mulheres em situação de conflitos familiares.

Sigilo e Privacidade

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. A pesquisadora se responsabiliza pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não

exposição dos dados de pesquisa. Os áudios serão guardados no computador da pesquisadora, durante cinco anos após a coleta.

Autonomia

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informada de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Contato

Os dados da pesquisadora são: Evelin Gomes Esperandio – telefone 21.97279712.
Email: evelin.esperandio@gmail.com

Declaração

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeita com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pela pesquisadora responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientada quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Estou ciente que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), cujos contatos e localizações estão abaixo:

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE:

Tels.: 2868-8253

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

Data da entrevista: _____
Horário de início: _____
Horário de Término: _____
Nome do arquivo de gravação: _____

Perfil
Idade: ___anos
Grau de escolaridade: ___série do Ensino _____
Profissão: _____ Emprego atual: _____
Estado civil: _____ Tem companheiro? ___
Há quanto tempo? _____ Profissão do companheiro: _____
Número de filhos: ___ Quantos anos? _____

Uso de equipamentos de saúde
Quantas vezes vem em média na clínica da família por mês? _____
Quando tem algum problema de saúde, que locais procura por atendimento? _____
Que tipos de queixa você traz para estes atendimentos? _____

Conflitos Familiares

Muitas mulheres tem situações de conflitos familiares. Algumas vezes estes conflitos já terminaram em algum tipo de violência (física, psicológica ou sexual). Em alguns casos, as mulheres buscam ajuda em algum serviço de saúde.

Isso já aconteceu com você?

Se sim, o que você gostaria que sua equipe de saúde soubesse?

Quais são os desafios que você vê nessa busca por ajuda nos serviços de saúde?

APÊNDICE C – Perfil das Participantes da Pesquisa de Campo

Quadro 1: Perfil das entrevistadas nas unidades de saúde do Rio de Janeiro em 2018, e descrição da violência vivenciada

Codiname	CF	Idade	Cor	Religião	Estado civil	Violência no atual relacionamento ou no anterior?	Tipos	Unidirecional ou bidirecional?
Anita	A	28	Negra	Espírita	Com companheiro	Anterior e um pouco no atual	Anterior todas, atual psicológica	Bidirecional
Florisbela	A	31	Negra	Sem religião	Com companheiro	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Maria Bonita	A	18	Negra	Evangélica	Com companheiro	Atual	Todos	Bidirecional
Jovita	A	53	Branca	Cristã	Divorciada	Anterior	Todos	Bidirecional
Maria Quitéria*	B	38	Parda	Católica	Solteira	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Helenira	B	53	Branca	Católica	Divorciada	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Zacimba	B	55	Parda	Católica	Casada	Atual	Poucos elementos de psicológica	Bidirecional
Mariana	B	36	Parda	Católica	Com companheiro	Atual	Psicológica	Bidirecional
Felipa*	C	20	Negra	Não tem religião	Solteira	Atual	Psicológica menor	Bidirecional
Zeferina	C	63	Indefinida	Atéia	Solteira	Anterior	Psicológica menor	Bidirecional
Aqaltune	C	67	Parda	Evangélica	Separada	Anterior	Todos	Unidirecional dele contra ela
Francisca	C	34	Negra	Espírita	Casada	Atual	Psicológica e física	Bidirecional
Aurora Maria	C	34	Negra	“Deus”	Namorando	Anterior	Todos	Bidirecional
Mãe domingas*	D	38	Negra	Católica	Com companheiro	Atual	Psicológica grave	Bidirecional
Francisca Roberta*	D	18	Negra	Não informado	Casada	Atual	Psicológica	Unidirecional - dela contra ele - um episódio
Ana Nery	D	43	"Brasileira" - Branca	Espírita	Divorciada	Anterior	Psicológica menor	Bidirecional - um episódio
Sila	D	29	Branca	Espírita	Solteira	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Chiquinha*	D	33	Negra	Evangélica	Separada	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Olga	D	48	Parda	Evangélica	Casada	Atual	Psicológica	Bidirecional
Dadá*	D	24	Negra	Sem	Casada	Atual	Psicológica	Bidirecional

				religião atualmente (anteriores: candomblé e evangélica)			e física	
Crimeia Alice	D	50	Branca	Budismo	Solteira	Atual um episódio e anterior sim	Psicológica	Bidirecional

Legenda: A, B, C, D – codinomes para as unidades de saúde. Os asteriscos são para as mulheres gestantes.