



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

TAINÁ SANCHES RABAL

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CUIDADO ÀS MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR**

CAMPO GRANDE - MS

2022

TAINÁ SANCHES RABAL

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CUIDADO ÀS MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Gabriela da Silva Crespi Alécio
Coorientadora: Lucimara Silva Magalhães

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2022



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CUIDADO ÀS MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR**

por

TAINÁ SANCHES RABAL

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 01 de fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Gabriela da Silva Crespi Alcício

Professora Orientadora

Anamaria Santana da Silva

Membro Titular 1

Lariane Marques Pereira

Membro Titular 2

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

A Deus/a pela
oportunidade concedida.

Ao meu esposo
Lucas que sempre me encorajou a continuar quando eu já estava
desanimada, elevando minha autoestima e acreditando nos meus
sonhos.

A minha querida
irmã Taira, que desbravou a vida para que eu pudesse passar por
ela com mais gentileza. Obrigada por me lembrar sempre que sou
capaz.

Aos meus pais
pela dádiva da vida.

As minhas avós
Lourdes e Joana, sobreviventes da violência doméstica e familiar,
que me inspiram a lutar e a contribuir para uma sociedade mais
justa e livre de toda opressão.

A todas Elas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Sesau/Fiocruz Mato Grosso do Sul pelo empenho na qualificação dos serviços e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde de Campo Grande através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Agradeço a minha querida preceptora Adriana Ferreira Fortunato Capistrano pela parceria e aprendizados construídos ao longo desse processo. Agradeço a orientadora Gabriela da Silva Crespi Alécio pela gentileza em fazer parte deste momento especial. Agradeço a toda equipe da Unidade de Saúde da Família Dr. Cláudio Luiz Fontanillas Fragelli – Jardim Noroeste, que me recebeu com amor; um lugar de ensino-aprendizagem ímpar, potente que me transformou em muitos sentidos e contribuiu profundamente para o meu crescimento profissional.

RESUMO

RABAL, Tainá Sanches. **Estratégia de Saúde da Família: Cuidado às Mulheres em Situação de Violência.** 2022. 34 p. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

A Organização Mundial da Saúde entende a violência como uma questão de saúde pública que determina e condiciona fatores que incidem na qualidade de vida dos sujeitos. O objetivo geral deste Projeto de Intervenção teve como horizonte a criação do fluxograma Violeta e sua automatização que auxilia profissionais da Estratégia de Saúde da Família no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. Os objetivos específicos tecem a explanação das tipologias de violências contra a mulher, busca evidenciar dados sobre a violência doméstica e familiar e aspira contribuir no processo de trabalho da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família no manejo a tais casos de violação de direitos das mulheres, no sentido da humanização das ações. Este trabalho elucida a Estratégia de Saúde da Família como ordenadora do cuidado às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, visto que Atenção Primária à Saúde tem o privilégio de atuar no ambiente da família e da comunidade. Foi utilizado o método Materialismo Histórico e Dialético como referência lógica e a metodologia constituiu-se a partir da busca de dados secundários via Anuário de Segurança e Atlas da Violência, objetivando análise quali/quantitativa. Os resultados indicam o Projeto Violeta como uma alternativa criativa que auxilia a condução da temática pela Estratégia de Saúde da Família em seu cotidiano, elevando a práxis profissional a potencializar as máximas das vivências humanas.

Palavras chaves: Estratégia de Saúde da Família. Violência Doméstica. Mulheres. Humanização.

ABSTRACT

RABAL, Tainá Sanches. **Family Health Strategy: Care for Women in Situations of Domestic and Family Violence. 2022.** 34 p. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

The World Health Organization understands violence as a public health issue that determines and conditions factors that affect the subjects' quality of life. The general objective of this Intervention Project had as its horizon the creation of the Violeta flowchart and its automation that helps professionals of the Family Health Strategy in the care of women in situations of domestic and family violence. The specific objectives weave the explanation of the types of violence against women, seek to highlight data on domestic and family violence and aim to contribute to the work process of the multidisciplinary team of the Family Health Strategy in handling such cases of violation of women's rights. , in the sense of the humanization of actions. This work elucidates the Family Health Strategy as the organizer of care for women victims of domestic and family violence, since Primary Health Care has the privilege of acting in the family and community environment. The Historical and Dialectical Materialism method was used as a logical reference and the methodology was constituted from the search for secondary data via the Security Yearbook and Atlas of Violence, aiming at qualitative/quantitative analysis. The results indicate the Violeta Project as a creative alternative that helps the Family Health Strategy conduct the theme in its daily life, raising professional practice to enhance the maximum of human experiences.

Keywords: Family Health Strategy. Domestic Violence. Women. Humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CMB	Casa da Mulher Brasileira
CEAM	Centro Especializado de Atendimento à Mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF-AP	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 RESGATE HISTÓRICO DOS AVANÇOS LEGAIS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR NO BRASIL	11
1.1.2 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR NO BRASIL	14
1.1.3 FEMINICÍDIO NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL	16
1.1.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR	17
1.1.5 ACOLHER E HUMANIZAR	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	25
4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29
ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU.....	32
ANEXO B – FLUXOGRAMA VIOLETA.....	34

1 INTRODUÇÃO

Desde o início da história humana, existe o interesse da sociedade em compreender a natureza da violência e os meios de preveni-la e até exterminá-la das relações sociais produzidas (MINAYO, 2006).

Sabe-se que a violência contra a mulher é reconhecida como uma questão de saúde pública, podendo acarretar danos físicos, emocionais, psicológicos, sexuais, mentais ou simbólicos na saúde da pessoa atingida, ou seja, é uma questão que perpassa por todas as faces da vida humana (OMS, 1996).

O Brasil foi apontado em 5º lugar no ranking mundial dentre 83 nações, como um dos países em morte violentas contra mulheres no mundo, sendo a taxa de feminicídio de 4,8 para 100 mil mulheres (ONU, 2016).

Os dados apresentados evidenciam que a violência doméstica e familiar contra a mulher é uma realidade concreta a ser transformada, solidificando simultaneamente, a relevância da Interseccionalidade para análises contundentes que propiciem práticas efetivas que visem a equidade social.

As equipes de Estratégia de Saúde da Família como ordenadora das redes e coordenadora do cuidado abarcam potencial ativo para a prevenção de violências e agravos, a promoção da saúde em contextos conflituosos e a recuperação do bem estar e plenitude das vivências das mulheres vítimas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para a ampliação e efetivação dos direitos humanos das mulheres no setor saúde, é fundamental que os profissionais sejam qualificados e empenhados às mudanças de práticas e concepções preconceituosas, como discorrido erroneamente no senso comum: mulher apanha porque gosta (FLAESCHEN, 2020).

Partindo do princípio de vinculação e atuação no âmbito familiar da Atenção Primária à Saúde, questiona-se: como a equipe multiprofissional de Estratégia de Saúde da Família pode atuar na assistência às mulheres em situação de violência doméstica e familiar?

A partir desta indagação, este trabalho busca trazer uma proposta de projeto de intervenção que visa explicar as tipologias da violência doméstica e familiar contra a mulher, além de descrever dados regionais sobre a violência doméstica e familiar e, através de um fluxograma e uma proposta de automatização de atendimento aos profissionais componentes da ESF, contribuir no processo de trabalho da Unidade de Saúde da Família Dr. Cláudio Luiz

Fontanillas Fragelli – USF Jardim Noroeste, do município de Campo Grande - Mato Grosso do Sul.

Desta maneira, a utilização de fluxogramas e tecnologias facilitadoras voltadas às demandas dos profissionais da ESF, são instrumentais fundamentais para novos aprendizados, que possibilita a atualização do fazer profissional crítico e qualifique as respostas às demandas que se apresentam no cotidiano de maneira que contemple a integralidade da vida das usuárias, impulse a equidade e minimize as desigualdades de gênero, atuando na perspectiva do cuidado e da promoção da autonomia das mulheres.

Este trabalho carrega o desejo de contribuir para uma práxis profissional competente, na qual possa colaborar com o fortalecimento das ações da equipe de Estratégia de Saúde da Família – USF, em que é capaz de impulsionar a equidade social em saúde e minimizar as desigualdades, atuando na perspectiva do cuidado e da promoção da autonomia das mulheres.

1.1 RESGATE HISTÓRICO DOS AVANÇOS LEGAIS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR NO BRASIL

A violência é uma manifestação humana, social, histórica e universal, caracterizada como transversa a questão de raça, etnia, faixa etária ou classe social, reconhecida como uma questão de saúde pública e uma violação aos direitos humanos (MINAYO, 1998).

Ao longo da história de reivindicações, lutas e conquistas sociais das mulheres, algumas legislações foram criadas a fim de fortalecer a combate e o enfrentamento das formas de violências vividas.

No Brasil, no ano de 2003, através do decreto nº. 4.625, foi instituída a Secretaria de Políticas para as Mulheres, o que representou um marco, pois a partir de então, haveria uma secretaria especializada em assuntos de interesses comuns às mulheres (BRASIL, 2003).

Em 24 de novembro do ano 2003, foi promulgada a Lei 10.778 que estabelece a notificação compulsória ao caso da mulher que tenha sofrido violência e fora atendido por serviços de saúde, o que contribui para coleta de dados sistematizados que poderão subsidiar a elaboração de políticas sociais voltadas a esse grupo (BRASIL, 2003).

Em 2006, a Lei nº 11.340, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, foi sancionada no Brasil com mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar, representando um avanço importante na luta histórica das mulheres brasileiras. A lei foi criada em conformidade com a Constituição Federal Brasileira e os tratados internacionais firmados pelo Brasil, tais como a Convenção de Belém do Pará, Pacto de San José da Costa Rica,

Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (BRASL, 2006).

A lei reforça a responsabilidade da família, da sociedade e do poder público para que todas as mulheres possam exercer os seus direitos com plenitude, destaca as medidas integradas de prevenção, atendimento pela autoridade policial e assistência às vítimas, dedica-se às medidas protetivas de urgência e assistência judiciária, prevê a criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher com equipe multidisciplinar e destinação de verba orçamentária para a criação e manutenção desta (BRASIL, 2006).

Segundo o artigo 5º da referida Lei 11 340/2006, “a violência doméstica e familiar contra a mulher configura-se como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. Ao discorrer sobre a Lei, a violência doméstica e familiar é detalhada:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação. Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual (BRASIL, 2006, art. 5º).

Um dos pontos relevantes que a Lei Maria da Penha traz é configuração dos espaços que são qualificados como domésticos e a definição de todas as formas de violência: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Os espaços domésticos e familiares, é compreendido a partir do espectro das relações sociais, ou seja, “é considerado o vínculo de consanguinidade – mediante um ancestral comum, de alianças – casamento, coabitação, ou de convivência – compadres ou agregados, que compartilham em sua unidade social a afetividade, as circunstâncias econômicas, culturais, históricas” (SCHENKER; CAVALCANTE, 2020, p. 57).

A violência física é conceituada como qualquer conduta que contunda a saúde corporal da mulher, como o espancamento, atirar objetos, sufocamento, estrangulamento, lesões com objetos perfurantes ou cortantes, ferimentos causados por queimaduras ou arma de fogo e tortura (BRASIL, 2006).

A violência psicológica é aquela ocasionada por ações que cause danos emocionais, diminuição da autoestima, que possa degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, tais como, ameaças, constrangimento, humilhação, manipulação, vigilância

constante, chantagem, ridicularização, distorcer e omitir fatos para deixar a mulher em dúvida sobre sua memória e sanidade, entre outras formas de agressão (BRASIL, 2006).

Quando se fala da violência sexual, a Lei Maria da Penha refere-se como qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual mediante intimidação, coação, ameaça ou uso da força como é o caso do estupro, forçar matrimônio, gravidez ou prostituição, limitar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher ou obrigar a mulher a fazer atos sexuais que causam desconforto ou repulsa (BRASIL, 2006).

Já a violência patrimonial, é entendida como atitudes que retenha ou destrua total ou parcial dos objetos da mulher, de seus instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos. Nesta expressão de violência, o agressor controla o dinheiro da vítima, deixa de pagar pensão alimentícia, pode cometer estelionato, furto ou extorsão, causa danos propositais a objetos da mulher ou dos quais ela goste (BRASIL, 2006).

Qualquer atitude que promova a calúnia, difamação ou injúria contra a mulher, é configurada como violência moral. Nesta tipologia, é comum o agressor acusar a mulher de traição, emitir juízos morais sobre a conduta, expor a vida íntima, rebaixar a mulher por meio de xingamentos sobre sua índole, desvalorizar a vítima pelo seu jeito de se vestir e fazer críticas mentirosas (BRASIL, 2006).

Maria da Penha, a precursora da Lei supracitada, em seu livro intitulado Sobrevivi... posso contar, menciona o preconceito praticado contra as mulheres na sociedade:

Conhecia também uma violência praticada de forma quase invisível, que é o preconceito contra as mulheres, desrespeito que abre caminho para atos mais severos e graves contra nós. Apesar de nossas conquistas, mesmo não tendo as melhores oportunidades, ainda costumam dizer que somos inferiores, e isso continua a transparecer em comentários públicos, piadas, letras de músicas, filmes, ou peças de publicidade. Dizem que somos más motoristas, que gostamos de ser agredidas, que devemos nos restringir à cozinha, à cama, ou às sombras (PENHA, 1994, p. 25).

A partir deste trecho é possível compreender o contexto social que as mulheres estão inseridas; submetidas à violência em todas as suas expressões e em qualquer espaço que ocupe, evidenciando o caminho largo e extenso de luta e conquistas aos direitos humanos das mulheres.

No ano de 2011, ocorreu a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres, que elaborou conceitos, normas e diretrizes, definindo ações estratégicas de gestão e monitoramento relativas à temática (BRASIL, 2011).

O Programa Mulher: Viver sem Violência é instituído no ano de 2013 pelo Decreto nº 8.086, de 30 de agosto, objetivando ampliar os serviços públicos voltados às mulheres em situação de violência, mediante articulação dos atendimentos especializado - saúde, justiça, rede socioassistencial (BRASIL, 2013).

Entre os anos 2013 e 2015, foi construído coletivamente entre governo e sociedade civil, o III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres que resultou em um instrumental democrático de participação social das mulheres brasileiras na construção de políticas públicas.

No dia 03 de fevereiro de 2015, na cidade de Campo Grande-MS, foi inaugurada a primeira Casa da Mulher Brasileira do País. O complexo dispõe de serviços especializados para atender a mulher vítima de violência, contando com delegacia, juizado, defensoria, promotoria, equipe psicossocial, serviço de orientação para emprego e renda, brinquedoteca e área de convivência (BRASIL, 2015).

A Lei 13.104 de 09 de março de 2015, altera o art. 121 do Código Penal para prever o feminicídio - quando o crime envolve violência doméstica e familiar e/ou envolve menosprezo/discriminação à condição de mulher - como circunstância qualificadora do homicídio, posteriormente, o art. 1 da Lei nº 8.072 inclui o feminicídio com um crime hediondo (BRASIL, 2015).

Em 28 de julho de 2021, foi sancionada a Lei nº 14.188, que incluiu no Código Penal, em seu artigo 147-B, a violência psicológica contra a mulher garantindo-lhe mais um aparato legal para sua proteção. A referida Lei também define o Programa de Cooperação Sinal Vermelho com uma das estratégias de enfrentamento à violência doméstica e familiar; na prática, a mulher que está em situação de violência doméstica e familiar sinaliza um “X”, se possível, vermelho na mão e ao se dirigir a alguma repartição pública ou entidade privada, os profissionais deverão encaminhá-la a rede de proteção especializada (BRASIL, 2021).

1.1.2 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR NO BRASIL

No ano de 2018, segundo dados publicados pela Secretária de Vigilância em Saúde Nacional (2020), foram notificados 350.354 casos de violências autoprovocadas e interpessoais, das quais 78.393 foram perpetrados por parceiro íntimo da vítima, sendo mulheres representadas em 91,5% das notificações (BRASIL, 2020).

Verificou-se também o predomínio de pessoas da cor negra (52,0%), que residem na zona urbana (88,6%), e casados ou em união consensual (49,5%). O local mais frequente que ocorrem as violências é na residência (79,2%), seguido de via pública (9,8%). Outro dado importante, é que as violências contra as mulheres deferidas por parceiros íntimos mostram reincidências, presentes em 58,2% das notificações (BRASIL, 2020).

O Atlas da Violência no ano de 2021, divulgou dados referentes aos números de homicídios contra mulheres praticados no Brasil entre os anos de 2018 e 2019. No ano de 2018,

foram registrados 4.519 homicídios, já em 2019 os registros mitigaram para 3.737, representando redução de 17,3%. Estes valores incluem todas as formas de violência letal contra mulheres, incluindo contextos que as mulheres foram vitimadas em razão de sua condição de gênero feminino, como também situações de violência urbana e outros contextos (BRASIL, 2021).

Em contrapartida, os registros de Mortes Violentas por Causa Indeterminada tiveram aumento expressivo de 35,2% de 2018 para 2019, totalizando 16.648 casos no último ano. Nos casos de homicídios femininos, além das 3.737 assassinadas no Brasil em 2019, outras 3.756 foram mortas sem indicação de causa, no mesmo ano, expressando aumento de 21,6% em relação ao ano de 2018 (BRASIL, 2021).

O Atlas da Violência (2021) pontua ainda que em 2009, a taxa de mortalidade de mulheres negras era 48,5% superior à de mulheres não negras, e onze anos depois a taxa de mortalidade de mulheres negras é 65,8% superior à de não negras. Ou seja, para cada mulher não negra morta, morrem 1,7 mulheres negras (BRASIL, 2021).

Os dados destacados evidenciam que a violência doméstica e familiar contra a mulher é uma realidade concreta a ser transformada, solidificando simultaneamente, a relevância da Interseccionalidade para análises contundentes que propiciem práticas efetivas que visem a equidade social. Os estudos mostram ainda que, embora a terminologia “Feminicídio” exista na legislação brasileira, nos atestados de óbitos produzidos pelo sistema de saúde ainda não contemplam esta categoria, o que implica na condensação das informações de modo fiel à realidade.

Outro dado considerável, é que na análise dos últimos onze anos indica que enquanto os homicídios de mulheres nas residências cresceram 10,6% entre 2009 e 2019, os assassinatos fora das residências apresentaram redução de 20,6% no mesmo período, indicando um possível crescimento da violência doméstica (BRASIL, 2021).

Segundo o 15º Anuário de Segurança Pública (2021), houve um aumento expressivo de violência física contra as mulheres no ano de 2020: um chamado de violência doméstica por minuto no Brasil; 729 casos de agressão contra mulheres no contexto de violência doméstica e familiar por dia; por hora 30 mulheres sofrem agressão física; 694.131 denúncias de violência contra as mulheres - aumento de 16,3% comparado ao ano de 2019 (BRASIL, 2021).

Os dados de feminicídio revelam aumento de 0,7% ao ano anterior: 1350 feminicídios, 55,1% dos casos foram cometidos por arma branca, 81,5% dessas mulheres foram mortas por

companheiros ou ex-companheiros e 8,3% por outros parentes; 74,7% tinham idade entre 18 e 44 anos e 61,8% eram mulheres negras (BRASIL, 2021).

Os dados publicados manifestam a realidade infeliz e violenta das mulheres brasileiras, evidenciando a violência doméstica e familiar como um dado tangível. Faz-se iminente o fortalecimento das ações de prevenção à violência e promoção da cultura de paz para a transformação de comportamentos violentos e ideologias subalternizantes de gênero, uma vez que o lugar que deveria ser abrigo e descanso, muitas vezes é cenário de seu massacre: o seu próprio lar.

1.1.3 FEMINICÍDIO NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Segundo dados extraídos do Mapa do Femicídio de Mato Grosso do Sul 2021, mostram que no ano de 2020, em todos os meses – janeiro a dezembro - foram registrados casos de feminicídios, totalizando 40 mulheres mortas no ano pela condição de ser mulher e 66 mulheres sobreviventes de tentativas de feminicídios (MATO GROSSO DO SUL, 2021).

A maioria dos crimes aconteceram nas residências (77,5%) e, em consonância com os dados nacionais, 80% dos autores foram ex-conviventes. As armas utilizadas, em 47,5% dos casos foram por arma branca e 30% por arma de fogo. O Mapa (2021) ainda revela que os feminicídios aumentaram em 33,3% se comparado ao ano de 2019, passando de 30 casos para 40 no ano seguinte. Dentre os casos de feminicídios analisados, 28 ocorreram no interior do Estado; 12 foram cometidos na capital, contra 5 casos em 2019, expressando um aumento de 120%.

As estatísticas trazidas pelo Mapa comprovam que na maioria dos casos, as mulheres foram mortas nos locais onde mais deveriam se sentir seguras, em suas residências. As mortes ocorreram pelas mãos de seus companheiros ou ex-companheiros, que não aceitavam o fim do relacionamento ou manifestavam sentimento de posse e de objetificação em relação à mulher (MATO GROSSO DO SUL, 2021, p. 14)

Das 40 mulheres mortas, 30 eram mães que deixaram 85 filhos órfãos. Tais perdas, impactam nas relações intergeracionais das famílias que muitas vezes não estão preparadas para receber a criança ou adolescente sobrevivente. A violência doméstica e familiar não atinge somente mulheres, mas se estende aos filhos e filhas que se encontram em pleno desenvolvimento (MATO GROSSO DO SUL, 2021).

A motivação dos autores dos crimes é fundada pelo controle, ideologia de posse e de pertencimento sobre o corpo e a autonomia da mulher, em sua grande maioria alegam como

culpado os ciúmes: 50% dos autores motivados por posse e controle; 25% inconformismo com a separação e 16,6% por menosprezo e discriminação (MATO GROSSO DO SUL, 2021).

Este cenário violento transcrito em dados, indica a urgência da informação, educação e reeducação social para o combate efetivo à violência doméstica e familiar (WAISELFISZ, 2015).

Este trabalho busca voz àquelas que foram silenciadas: A idosa de 80 anos, que foi esfaqueada e morreu por asfixia decorrente de incêndio provocado em sua residência pelo companheiro, com quem vivia há dez anos. A professora de dança, 44 anos, faleceu em março de 2021, após três meses internada em decorrência das múltiplas lesões causadas por espancamento sofrido com garrafadas, chutes e socos. A jovem de 18 anos, foi assassinada na noite de 29 de setembro, com cerca de dez tiros, pelo ex-namorado. A comerciante, 39 anos, desapareceu no dia 7 de abril e foi encontrada enrolada em lençol numa fossa desativada no quintal da residência vizinha (MATO GROSSO DO SUL, 2021).

1.1.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

A Atenção Primária à Saúde (APS), é o primeiro nível de assistência à saúde – seguido por nível secundário e terciário - e reconhecida como porta de entrada por promover o primeiro contato com o usuário. A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB no Brasil, define:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2017, p. 21).

Buscando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a sua organização objetiva, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), este considerado como estratégia prioritária para a organização do nível primário de assistência e como ordenadora do cuidado (BRASIL, 1997).

Desta maneira, a ESF articulada à Atenção Primária à Saúde e alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, tem como eixo central a família com ações horizontais entre a comunidade assistida, em que prioriza as potencialidades do território delimitado com o objetivo de resolução dos problemas identificados (PNAB, 2017).

Conforme a PNAB (2017), a ESF objetiva romper com práticas medicalocêntricas e hospitalocêntricas, a ESF intenciona consubstanciar ações em saúde de prevenção, promoção e

a recuperação de modo que o cuidado seja centrado na pessoa, na família, em seu ambiente social e físico.

Com responsabilidade sanitária, promoção ações de prevenção e agravos de doenças, destaca-se que a ESF em seus esforços, tem poder de resolutividade de 85% dos problemas de saúde da comunidade local, o que evita internações inoportunas e melhora a qualidade de vida dos indivíduos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Segundo Pinto e Giovanella (2018), por ter um papel privilegiado no convívio com a família, a ESF torna-se potencialmente capaz de agir na prevenção sobre as formas de violências experienciadas por esse grupo, seja sofrendo ou praticando tais violações.

Assim, o cuidado centrado na pessoa – metodologia precípua da ESF - amplia o olhar de atendimento ao indivíduo, uma vez que não é tratado somente a doença em si, mas leva-se em conta que aquele usuário é um sujeito resultante de um somatório de complexidades de um meio social que determina e condiciona o seu processo saúde-doença (STEWART, *et al* 2010).

A ESF deve se aproximar da realidade vivida dos indivíduos, buscando construir vínculos com as famílias atendidas, com foco na comunidade inserida em território específico, o que propicia o acompanhamento longitudinal da saúde e a integralidade do cuidado. É uma Estratégia de redução da desigualdade social e de fortalecimento da cidadania que recai sobre os obstáculos de viabilização do acesso e do direito à saúde como um direito humano (ASSIS; AVANCI, 2020).

O uso da força, do poder e de privilégios para dominar e submeter indivíduos, grupos e coletividades faz parte da construção humana; a agressividade inscreve-se no próprio processo da subjetividade, por tanto natural. “A conversão da agressividade para a violência é um fenômeno resultante de fatores sociais, ambientais, culturais, psíquicos e do modo de que acontecem as formas relacionais primárias e comunitárias” (NJAINÉ et al., 2020).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde – OMS, divulgou o Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, definindo a violência como:

uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002, p.5)

Algumas violências perduram com o passar do tempo e resistem às diversas culturas, sendo existentes por quase todas as sociedades, como é o caso da violência de gênero contra a mulher.

A filósofa brasileira Marilena Chauí (1985), descreve a violência contra a mulheres como consequência da dominação ideológica – a condição feminina como inferior a condição

masculina - produzida e reproduzida por homens e mulheres. Chauí defende ainda que a violência objetiva dominar, explorar e oprimir através da transformação de diferenças em desigualdades, tratando o ser dominado como objeto e não como sujeito de direitos, o qual é calado, perde a autonomia e a sua liberdade enquanto capacidade para pensar, querer, agir, sentir e autodeterminar-se, tornando assim, um “objeto dependente e passivo”.

Heleieth Saffioti (1987, p. 67), socióloga brasileira, marxista e estudiosa da violência de gênero, atribui a violência contra a mulher ao modo de dominação masculina ao sistema capitalista e racista, salientando o maior beneficiado da tríade patriarcado-capitalismo-racismo ao homem rico, branco e adulto. Este sistema é sustentado pelo machismo que socializa o homem para dominar a mulher e a mulher para se submeter ao “poder do macho”.

Dado a formação do macho, o homem sente-se no direito de espancar sua mulher, transformando sua agressividade em agressão. A mulher, socializada para submeter-se aos desejos masculinos entende este destino como natural (SAFFIOTI, 1987).

Para Saffioti (1987), as mulheres se sujeitam às situações de violência não porque são cúmplices ou consentam, mas sim porque elas são forçadas a ceder por não ter poder suficiente para consentir.

A autora ainda denomina a violência familiar aos fatores condicionantes - associados à estrutura econômica, a ideologia machista, a discriminação contra a mulher, e aos fatores precipitantes que são gerados por situações do cotidiano familiar (SAFFIOTI, 1987).

O sistema patriarcal que garante a subordinação da mulher ao homem, não é o único eixo estruturante da sociedade, mas também, a divisão da população em classes sociais de acordo com a divisão sexual do trabalho e a acumulação, exploração e a expropriação de riquezas. Deste modo, acontece que homens também dominam homens, mulheres que dominam mulheres e mulheres que dominam homens, contudo, a supremacia do homem transpassa todas as classes sociais:

De modo geral, contudo, a supremacia masculina perpassa todas as classes sociais, estando também presente no campo da discriminação racial. Ainda que a supremacia dos ricos e brancos torne mais complexa a percepção da dominação das mulheres pelos homens, não se pode negar que a última colocada na "ordem das bicadas" é uma mulher. Na sociedade brasileira, esta última posição é ocupada por mulheres negras e pobres (SAFFIOTI, 1987, p. 16).

A professora, defensora dos direitos humanos e cientista em igualdade de raça e gênero, Kimberlé Williams Crenshaw, elaborou o conceito chamado Interseccionalidade que define como:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da

subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Como descrito, a teoria crítica da Interseccionalidade é um conceito sociológico para a análise dos múltiplos níveis de injustiças sociais e opressões estruturais, ou seja, inclui as classes sociais, identidade de gênero, a raça ou etnia, faixa etária, o capacitismo, orientação sexual, a localização geográfica que, simultaneamente, criam dinâmicas sociais com desafios únicos (CRENSHAW, 2002).

Tais elementos não possuem ordem hierarquizada, sendo experienciados de modo síncrono e indissociável que condiciona e determina as oportunidades, acessos, espaços de poder e privilégios sociais conforme as identidades sociais construídas e compostas por uma ou mais expressão de intersecção (CRENSHAW, 2002).

A violência pode aumentar ou diminuir dependendo da foça da construção social e de seus processos relacionais-culturais que produz vítimas e agressores de maneira orgânica: “nenhuma sociedade se coloca problemas sem que existam condições necessárias e suficientes para a sua solução ou sem que essas condições estejam ao menos em via de aparecer ou desenvolver-se...” (GRAMSCI, 1992, p. 25).

O grupo social “mulher” é um grupo socialmente “menorizado” pelas relações de poder já descritas, contudo, cada mulher tem um ponto de partida vivenciada de maneira particular conforme acumula ou não, em sua identidade social mais grupos “menorizados”, o que leva a lidar com mais formas de opressão. Por exemplo, uma mulher (A), negra, lésbica, que tenha alguma deficiência física e more em área rural, irá experienciar “ser mulher” de modo diferente de uma mulher (B), branca, heterossexual, sem deficiência física e que more em região urbana (CRENSHAW, 2002).

Embora ambas sejam mulheres e estejam subordinadas a um sistema universal de opressão de gênero, a mulher (A) terá mais obstáculos de desenvolvimento biopsicossocial devido a colisão de estruturas sociais opressoras, se comparado a mulher (B) (CRENSHAW, 2002).

Portanto, quando as identidades sociais não são reconhecidas e destrinchadas sob a luz da interseccionalidade, violações de direitos humanos ficam obscurecidos e a assistência equânime torna-se um delírio por não contemplar a pluralidade de “ser mulher” (CRENSHAW, 2002).

Segundo Piber e Trindade (2020), a materialização das violências na vida das mulheres pode ser entendida sob a luz antropológica. A partir de contextos em que a figura feminina e a figura masculina protagonizam relações com papéis sociais diferentes, sendo a figura feminina subalterna à masculina, é possível identificar que essas estruturas relacionais configuram num retrato resultante dos sistemas capitalista e patriarcal.

Ainda que não seja um problema típico médico, mas fundamentalmente uma problemática social, a violência doméstica e familiar contra as mulheres promove impactos diretos no processo saúde-doença das vítimas, podendo ocasionar lesões, traumas físicos, agravos mentais e emocionais, reduz a qualidade de vida e pode levar à morte (KRUG, *et al*, 2002).

A cultura das violências transpassa o universo cotidiano e se instala também nos espaços institucionais, mantidos por paradigmas, crenças e costumes culturais que impedem a superação das mais diversas tipologias de violências que as mulheres são submetidas, conforme matéria publicada na Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, percorrida pela pesquisadora Ana Flavia Flaeschen, que explana sobre a violência institucionalizada:

Precisamos de supervisão para os profissionais de saúde, condições adequadas de trabalho e mudanças culturais profundas para um cuidado que seja digno desse termo, um cuidado que ao invés de reproduzir desigualdades de classe, gênero e raça /etnia seja capaz de questionar essas desigualdades e trabalhar para sua redução. Muitas vezes os trabalhadores dos serviços partilham da cultura machista e misógina de nosso país, que vem sendo estimulada por diversos governantes e autoridades (ABRASCO, 2020).

Deste modo, a violência como questão de saúde pública evidencia a necessidade de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial por se tratar de um fenômeno multicausal e complexo. As expressões da violência, no cenário atual de assistência à saúde, “mostra a inadequação e insuficiência da organização tradicional dos serviços que, por regra, não consegue ofertar ações que considere a integralidade como princípio do cuidado” (NJAINÉ *et al.*, 2020).

Para Minayo (1998), a maioria das violências manifestam-se a partir da violência estrutural, a qual está introjetada nos sistemas econômicos, culturais e políticos que tendem a dirigir tais violências para sujeitos que pertencem a classe social desfavorecida que são negadas as conquistas da sociedade, alocando-os como grupos mais vulneráveis que outros.

Neste sentido, alguns fatores de riscos estão associados as manifestações das violências contra as mulheres: baixos níveis de escolaridade, exposição ao maltrato infantil, histórico de violência familiar, crenças religiosas limitantes, dependência econômica, condições precárias de moradia ou ausência da mesma e insegurança alimentar (KRUG, *et al*, 2002).

Desta maneira, a violência ou a ausência dela, deve ser considerada como um elemento constituinte da identidade social dos sujeitos, pois também condiciona e determina as relações sociais e, conseqüentemente, sua saúde-doença. A ESF é agente ativo e deve desenvolver a habilidade de *interseccionalizar* para que garanta o cuidado de modo equânime (KRUG, *et al*, 2002).

Como medidas de prevenção e promoção, o setor saúde deve focar nas metas voltadas para: “readequação dos serviços para atender a demanda originada pela violência, capacitando os profissionais a prevenir, diagnosticar, notificar, tratar e encaminhar as vítimas adequadamente” (ASSIS; AVANCI, 2020, p. 99).

A atuação em conjunto com a rede intersetorial em prol à mulher vítima, conjectura a continuidade do atendimento em todos os serviços que a receber. Para isso, o acolhimento e a escuta qualificada (PNH, 2013) pela ESF são tecnologias potentes para o encaminhamento assertivo e humanizado, de modo que seja vigilante contínua e coordene a assistência à saúde em sua pluralidade.

É fundamental que a ESF construa diálogos com a população atendida e fortaleça a comunicação com a rede intersetorial a fim de transcender a tentação de medicalizar a violência (NJAINÉ, *et al* 2020).

Para a Organização Mundial da Saúde, a prevenção das expressões de violência percorre algumas deliberações:

(...) criar, implementar e monitorar planos de ação nacionais para a prevenção da violência, bem como tratados internacionais e leis; aumentar a capacidade de coleta/gestão de dados sobre violência; estimular a pesquisa sobre a violência - suas causas, conseqüências e prevenção; promover a prevenção primária da violência; fortalecer os serviços de atendimento e apoio às vítimas; ação multissetorial; e promover a igualdade de gênero e social, bem como buscar mudanças culturais e sociais que apoiem a prevenção da violência (KRUG, *et al.*, 2002).

Deste modo, a prevenção da violência e a promoção da saúde concomitantemente devem ter caráter prioritários na agenda da ESF e dos demais níveis de atenção, de modo que todas as áreas do saber se empenhem no enfrentamento das tipologias da violência doméstica e familiar

Dentro do conceito de prevenção, a violência é categorizada sob três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária. “A prevenção primária se remete às ações que evitem que a violência aconteça; a prevenção secundária se destina às respostas imediatas à violência que já aconteceu; e a prevenção terciária busca prevenir a instalação da violência crônica, reduzindo seus efeitos” (ASSIS; AVANCI, 2020, p.85).

Neste sentido, conforme Assis e Avanci (2020), as prevenções secundárias e terciárias além de serem voltadas ao cuidado da vítima, também são empenhadas à reabilitação e

recuperação dos perpetradores da violência, que busca possibilitar a apreensão de novos comportamentos culturalmente desenvolvidos.

1.1.5 ACOLHER E HUMANIZAR

É comum que mulheres inseridas em contextos de violência doméstica e familiar, sejam hiperfrequentadoras dos serviços e nunca relatem explicitamente a violência que sofre. Em contrapartida, existem mulheres que buscam os serviços de saúde de modo pontual e não aderem as tentativas de estreitamento de vínculo da ESF. Ambas situações, podem ser transversas ao medo, a vigilância constante de seu agressor, pelo nível de isolamento social, vínculos rompidos com familiares e amigos, entre outros condicionantes (NJAINÉ, 2020).

O atendimento a estas mulheres devem ser desprovidos de julgamentos prévios, comumente pautados em abordagens e falas do senso comum, discriminatórios e preconceituosos. Segundo Santos (2019), a escuta qualificada e empática é uma ferramenta prioritária de humanização, para uma prática pautada no cuidado centrado na pessoa, que reconheça o contexto social que ela esteja inserida e respeite suas escolhas e decisões.

Uma das estratégias do SUS para a humanização dos serviços de atenção e gestão, foi a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), no ano de 2003. Conhecida como PNH, esta política apresenta objetivos, princípios e métodos, com orientações ético-políticas para todos os níveis de atenção (BRASIL, 2013).

Tal política objetiva a ampliação do grau de contato, a transversalidade entre as especialidades e o sujeito assistido, abolindo as relações de poder hierarquizadas. O protagonismo, autonomia e a corresponsabilidade dos usuários também são valores defendidos pela PNH, reconhecendo cada pessoa como legítima cidadã (BRASIL, 2013).

A PNH (2013) afirma o Acolhimento, como dispositivo metodológico potente no processo de humanização da política SUS, tal qual implica nas práticas de produção e promoção de saúde e na responsabilização entre trabalhador e usuário, visando a horizontalidade do cuidado.

Acolher é ouvir as queixas a partir da escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, colocar limites se necessário, romper com a lógica da exclusão e garantir o acesso oportuno a tecnologias adequadas às suas necessidades, conforme avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (PNH, 2013).

Na prática, a equipe deve prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, com uma postura de escuta e compromisso em devolver respostas

resolutivas às demandas de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos (SANTOS, 2019).

Portanto, é necessário que a ESF esteja preparada e qualificada para receber estas mulheres e acompanhá-las em seu processo saúde-doença a tal modo, de que ao mínimo sinal de violência, a equipe reconheça e ofereça ações de proteção, promoção e prevenção em casos iminentes – como situações de violência doméstica transgeracional (ASSIS; AVANCI, 2020).

Quando for pertinente, orientar a família e o sujeito quanto a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência em rede, estabelecendo articulações com estes serviços para o encaminhamento efetivo e responsável (PNAB, 2017).

Deste modo, acolher mulheres que relatam expressões da violência e humanizar a assistência é considerar a igualdade e o respeito à diversidade, a equidade, a autonomia das mulheres, a laicidade dos serviços e a justiça social, afinal humanizar é construir relações que afirmem os valores que orientam nossa política pública de saúde (PNH, 2013).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo o 15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública do ano de 2021, uma mulher é vítima de estupro a cada 8 minutos, três mulheres são vítimas de feminicídio a cada um dia, uma travesti ou uma mulher transsexual é assassinada no país a cada dois dias e trinta mulheres sofrem agressões físicas por hora. Mais da metade dos feminicídios são cometidos por familiares, e um terço deles, por parceiros ou ex-parceiros (BRASIL, 2021).

Este Projeto de Intervenção atribui o método do Materialismo Histórico e Dialético como principal instrumento lógico de abordagem de referencial teórico visando a análise, interpretação e reflexão teórico-prática, buscando-se então estudar uma realidade concreta, pensada e compreendida em seus mais diversos aspectos (MARX, 1996; LUKÁCS, 2004)

Essa abordagem teórica, traduz-se pelo movimento do pensamento da materialidade histórica da vida dos seres humanos, a fim de investigar os processos acerca das relações estabelecidas entre sujeitos individuais e grupos com os processos de transformações sociais. Por tal questão, evidencia-se a necessidade do sujeito, por vezes, despir-se da constituição de mundo internalizada e abrir-se para uma outra visão no sentido da superação da realidade trajada (LUKÁCS, 2004).

Assim, a temática da violência contra a mulher está inserida num contexto histórico social em constante movimento, de modo transitório, podendo ser transformada pelas novas construções das relações humanas, culturais e de produção.

Através dessa relação dialética entre os seres humanos, o ambiente, o organismo, os fenômenos físicos, a cultura e a sociedade criam o mundo e simultaneamente são formados por ele (PIRES, 1997).

3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

O local que objetivou este trabalho foi a USF Dr. Cláudio Luiz Fontanillas Fragelli, no bairro Jardim Noroeste, do município de Campo Grande, Estado do Mato Grosso do Sul.

O universo estudado foi o processo de trabalho dos profissionais da ESF na USF mencionada, buscando propor um fluxo de atendimento às mulheres que se encontram em situação de violência doméstica e familiar, a fim de contribuir com ações humanizadas.

A coleta de dados ocorreu através da observação e por busca de dados secundários via Anuário de Segurança Pública 2021 e Atlas da Violência do ano de 2021. O projeto inicial visava buscar como fonte de dados secundários direto no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), contudo não foi possível consolidar informações a respeito da temática.

As ferramentas utilizadas, foram WhatsApp, WhatsAuto, um chip telefônico para a construção do fluxograma Violeta e para a automatização do atendimento aos profissionais componentes da ESF, a través da atendente virtual Violeta.

Obteve-se como alvo primário, as categorias profissionais de nível superior: Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia e Serviço Social, além, da categoria de nível médio, Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Para a implementação do projeto de intervenção, foi realizada educação permanente com a ESF em dois momentos: o primeiro momento, foi voltado a sensibilização dos profissionais de nível superior e repasse do fluxograma Violeta, juntamente com a capacitação sobre a atendente virtual Violeta. Num segundo momento, foi realizado a capacitação com os ACS, através de uma linguagem acessível para a compreensão da proposta, a fim de facilitar o acesso e manuseio do fluxograma e da atendente virtual à categoria.

4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

Com o objetivo de contribuir no processo de trabalho dos profissionais da ESF frente à temática da violência doméstica, o fluxograma Violeta nasce como um caminho que possibilita a assistência assertiva.

O primeiro passo na construção desse fluxograma, foi a observação dentro da USF do Jardim Noroeste, como os profissionais lidavam com o atendimento à mulher inserida num contexto de violência doméstica e familiar.

Neste processo de prática-ensino que a Residência proporciona, foi possível perceber a insegurança que as equipes de Saúde da Família (eSF) apresentam quanto às tomadas de decisões, metodologia de atendimento e aos encaminhamentos necessários para a assistência na lógica da integralidade.

Os resultados foram dois produtos finais: O fluxograma como instrumento de organização dos processos dentro da USF, disponibilizado por QR CODE e, a atendente virtual Violeta, disponibilizada para contato da ESF através do número de WhatsApp (67) 98223-5696.

Através do aplicativo WhatsApp e WhatsAuto, foi possível programar respostas para dúvidas mais comuns entre os profissionais da ESF, como primeiros encaminhamentos, rede serviços, incluindo recursos como plano de segurança e violentômetro (TJMS, 2020), notificação SINAN e o próprio fluxograma Violeta.

A assistente virtual Violeta, foi personificada a fim de torná-la mais próxima da ESF, fazendo parecer uma conversa entre colegas profissionais. Ela pode responder dúvidas que o profissional manifestar seguindo o menu pré-definido, possibilitando o acesso a informações direcionadas para sanar dúvidas rápidas que facilitem o fluxo de atendimento, acompanhamento e encaminhamento da mulher vítima de violência doméstica.

A escolha pelo aplicativo foi motivada pela facilidade de acesso e manuseio que o mesmo oferece. A Violeta virtual, será gerida pelo setor de Serviço Social ou, em sua ausência, pela gerência da USF.

Para utilizar os serviços da Violeta, basta o profissional adicionar o número disponibilizado em seu aplicativo WhatsApp e enviar uma mensagem de texto com a palavra “Oi”, em seguida, a Violeta iniciará o atendimento.

A devolutiva dos profissionais foi satisfatória. A ESF passou a utilizar o dispositivo criado em alguns momentos, contudo, ainda é perceptível certa resistência quanto ao tema e a compreensão da relevância da atuação da ESF frente a Violência Doméstica e Familiar. Alguns

profissionais demandaram a necessidade de capacitações contínuas, visto a abordar a temática em suas diversas vertentes.

No geral, a ESF mostrou interesse com a proposta da automatização do atendimento voltado para os profissionais, o que facilitou o manejo da demanda a respeito da temática e propiciou o acesso às informações pertinentes ao tema de modo que fomentasse práticas humanizadas e intersetoriais.

Na avaliação do plano, foi percebido fragilidades, como rede de internet instável na USF e limitações de respostas pela Violeta virtual, que se materializam como entraves na propagação e efetivação do projeto. Em contrapartida, o fluxograma de atendimento às mulheres vítimas de violência disponibilizado e, a Violeta virtual, também representaram avanços na contribuição da temática do fazer profissional da ESF, de modo criativo e prático devido a consolidação das informações em uma única ferramenta (vide anexo B).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho evidenciou a relevância da temática dentro da abordagem da ESF. Por não se tratar de uma questão tipicamente médica, mas sim social, a violência doméstica e familiar recebe pouco espaço nas avaliações de risco e nas considerações de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

A ESF tem papel privilegiado e fundamental na identificação de casos suspeitos de violência doméstica e familiar, como já dito, pelo seu expoente em construir vínculos, torna-se muitas vezes a única rede de apoio de mulheres que vivem sob o julgo de seus amores-agressores.

É preciso avançar, ir mais longe. Não ponderar a violência contra as mulheres no fazer saúde, é negar o direito à vida plena. As ações devem acontecer sob a luz da equidade social e o reconhecimento da desigualdade histórica entre os gêneros. E se visto, mas ignorado o problema, sujeita-se a se tornar cúmplice.

O projeto Violeta, em seu dispositivo de fluxograma e atendente virtual foram ideias de intervenções humanizadas, buscando acolher o trabalhador e a assistida em prol a uma causa de relevância social: o enfrentamento à violência doméstica e familiar. Ainda que com muitos entraves, possibilitou um olhar ampliado para respostas criativas à velhas questões.

Junto a este projeto, orienta-se que seja realizado capacitações contínuas com os profissionais a fim de qualificar com excelência os atendimentos e viabilizar a avaliação de risco em cada caso.

Ainda há muito que lutar, fortalecer, aprender e reaprender, pois como a dialética propõe, a vida e os sujeitos estão sempre em movimento e, estando em movimento, é possível enxergar ao horizonte uma sociedade com condutas justas, igualitária, sem qualquer dominação sobre a experiência de vida humana.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Epidemia invisível: qual o papel do SUS frente à violência contra as mulheres?** 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/epidemia-invisivel-qual-o-papel-do-sus-no-combate-a-violencia-contra-as-mulheres/45504/>>. Acesso em: 7 jun. 2021.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. **É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde.** Impactos da Violência na Saúde. 4ª ed. p. 85. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde; 1997. Acesso em jul 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

BRASIL. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.** 2003a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=4625&ano=2003&ato=b8eMTWU1EeRpWT5c4>. Acesso em: 12/07/2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003b.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm>. Acesso em: 03 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 08 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília, 2011. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em: 07 dez. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 8.086 de 30 de agosto de 2013a.** Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8086.htm. Acesso em: 07 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 1. ed. Brasília: 2013b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Secretaria de Políticas para as Mulheres. 2013-2015.** Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf. Acesso em: 08 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.104 de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm. Acesso em 12/12/2021.

BRASIL. **Portaria 2436 de 2017**. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília: 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 51, dez. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/17/boletim_epidemiologico_svs_49.pdf. Acesso em: 12/12/2021.

BRASIL. **Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021a**. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.188-de-28-de-julho-de-2021-334902612>. Acesso em 12/12/2021

BRASIL. **Fórum de Segurança Pública: Atlas da Violência**, 2021b. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/08/atlas-violencia-2021-v6.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

CHAUÍ, M. **Participando do Debate sobre Mulher e Violência**. Perspectivas Antropológicas da Mulher 4, São Paulo, Zahar Editores, 1985.

CRENSHAW, K. W. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Estudos feministas 1, p.171-189, 2002.

CURITIBA. **Protocolo de atenção às mulheres em situação de violência**. 2008. Disponível em: <https://fas.curitiba.pr.gov.br/baixarMultimedia.aspx?idf=616>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GRAMSCI, A. **Poder, política e partido**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992. IPEA. 15º Anuário de Segurança Pública, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

KRUG, E. G. et al. (org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LUKÁCS, G. **Ontologia del ser social: el trabajo**. 1ª ed. Buenos Aires: Herramienta, 2004.

MARX, K. **O capital: crítica da economia a política**. Trad. Regis Barbosa; Flávio R. Kothe. São Paulo – SP: Editora Nova cultura Ltda, 1996.

MATO GROSSO DO SUL. **Mapa do Feminicídio 2021**. Disponível em: <https://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/MAPA-DO-FEMINICIDIO-2020.pdf>. Acesso em 13 dez. 2021.

MINAYO, M. C.; SOUZA, E. R. **Violência E Saúde Como Um Campo Interdisciplinar E De Ação Coletiva**. História, Ciências, Saúde: Manguinhos, 1998, p. 513-31.

MINAYO, M. C. DE S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021

NJAINÉ, K.; ASSIS, S. G; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J. Q. **Impactos da Violência na Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, resolução WHA49.25**. 1996. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

PENHA, M. da. **Sobrevivi... posso contar**. 2. ed. p. 25. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 dez. 2021.

PIRES, M. F. DE C. **O materialismo histórico-dialético e a Educação**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 1, n. 1, p. 83–94, ago. 1997.

SAFFIOTI, H. I. B. **O Poder do Macho**. São Paulo, Moderna, 1987. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/obras-digitalizadas/questoes_de_genero/safiotti_heleieth_-_o_poder_do_macho.pdf. Acesso em: 06 dez. 2021.

SANTOS, A. B. **Escuta qualificada como fermenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica**. APS em revista, v. 1, n. 2, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23/22>. Acesso em: 04/12/2021.

SCHENKER, M.; CAVALCANTE, F. G. **Violência, família e sociedade**. Impactos da Violência na Saúde. 4ª ed. p. 57. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.


STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.; MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. **Medicina Centrada Na Pessoa: Transformando O Método Clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TRINDADE, N. B.; PIBER, L. D. **Violência De Gênero: Intervenções, Discussão E Ressignificações**. Vivências, Rio Grande do Sul, v.17. n.32 p. 409-421, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31512/vivencias.v17i32.392>. Acesso em: 08 dez. 2021.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência: Homicídio de Mulheres no Brasil**. Brasília, 1 ed. 2015. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 11 dez. 2021.

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

0108/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretária Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Tainá Sanches Rabal, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 437.860.218-05, portador (a) do documento de identidade sob n.º 54.940.734-05, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. César Ramos dos Santos, N.º 420, Bl-J, Apto 02 Bairro: Rita Vieira, nesta Capital, telefone n.º (67) 98146-0789, pesquisador (a) do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Instituição SESAU/Fiocruz/MS com o título do Projeto de Pesquisa: "ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA", orientado (a) pela Professor (a): Lucimara Silva Magalhães, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 003.633.031-03, portador (a) do documento de identidade sob n.º 2445, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Olegária Lacerda de Souza, N.º 80, Bairro: Monte Castelo, nesta cidade, telefone n.º (67) 98238-4212, da instituição Secretaria Municipal de Saúde/SESAU.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

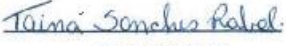
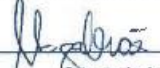
Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.


A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 12 de novembro de 2021.

 Pesquisador (a)	 Orientador(a)
--	---


Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenador-Geral de Educação em Saúde/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
 Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
 Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
 O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 2) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 3) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 4) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 12 de novembro de 2021.

Tainá Sanchez Rabal

Pesquisador (a)

[Assinatura]

Orientador(a)

[Assinatura]
 Manoel Roberto dos Santos
 Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
 Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO B – FLUXOGRAMA VIOLETA

Nota { Todos os casos, suspeitos ou confirmados, devem ser notificados compulsoriamente através da ficha SINAN 5.1 (Lei 10.778/2003).

