



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AGLAÍS VIEIRA DA SILVA

**O CUIDADO DA (O) ENFERMEIRA (O) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE FRENTE À
MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado em forma de artigo científico como requisito parcial na finalização do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação e Ciências da Saúde – FACES/UniCEUB, sob orientação da Professora Ester Mascarenhas Oliveira.

BRASÍLIA
2020

O cuidado da (o) enfermeira (o) da Atenção Primária em Saúde frente à mulher vítima de violência

Agláís Vieira da Silva¹

Ester Mascarenhas Oliveira²

Resumo

A violência contra as mulheres é um fenômeno mundial considerado um grave problema de saúde pública. Dentro desse contexto, a (o) enfermeira (o) da Atenção Primária em Saúde tem um papel primordial de assistência a esses casos de violência, por serem as (os) responsáveis pelo acolhimento das vítimas nesta considerada potencial porta de entrada na rede de assistência às vítimas. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar o papel da (o) enfermeira (o) frente à mulher vítima de violência. Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura científica nacional e internacional, consultadas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme), Google Acadêmico e Scielo, de publicações dos anos 2000 a 2020. Concluiu-se que as (os) enfermeiras (os) exercem um papel fundamental no acolhimento e vínculo das vítimas com potencial para encorajá-las e capacitá-las no seu trajeto de enfrentamento da violência.

Palavras-chave: Violência doméstica; Violência contra a mulher; Violência sexual e doméstica contra a mulher; Violência baseada em gênero; Cuidados de enfermagem.

The nurse's care of Primary Health Care in front of women victim of violence

Abstract

Violence against women is a worldwide phenomenon considered to be a serious public health problem. Within this context, the nurse in Primary Health Care has a primary role in assisting these cases of violence, as they are responsible for welcoming victims in this considered potential gateway into the assistance network. victims. In this sense, the present study aims to identify the role of the nurse in relation to women who are victims of violence. This is a study of narrative review of national and international scientific literature, consulted in the Virtual Health Library (VHL/Bireme), Google Scholar and Scielo databases of publications from the years 2000 to 2020. It was concluded that nurses play a fundamental role in welcoming and bonding victims with the potential to encourage and train them in their journey to face violence.

Keywords: Domestic violence; Violence against women; Sexual and domestic violence against women; Gender-based violence; Nursing care.

¹ Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

² Mestra em enfermagem pelo Programa de pós-graduação em enfermagem, na linha Mulher, Gênero e Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGEnf/UFBA). Docente do curso de enfermagem no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

1 INTRODUÇÃO

A desigualdade de gênero constitui uma das grandes contradições da sociedade atual que se mantém ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação. Esta desigualdade tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres (VCM), que é resultado de uma assimetria de poder que se traduz em relações de força e dominação. Desse modo, a violência baseada no gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que aproximadamente uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida (BRASIL, 2017b).

Sendo uma das principais formas de violação dos direitos humanos, a VCM é um fenômeno mundial que em diferentes formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual) pode atingir distintas classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e, até mesmo, a orientação sexual (ALEXANDRE et al., 2019). Logo, a VCM apresenta um caráter endêmico, podendo se manifestar em todo o mundo de diferentes formas e nos mais variados espaços da sociedade, não restrita a certo meio, não escolhendo etnia, idade ou condição social (BRASIL, 2003a).

Desse modo, Fonseca et al. (2009) afirmam que a VCM pode ser apontada como um grave problema de saúde pública, por ser considerada a principal razão de morbimortalidade feminina.

A abordagem das situações de violência não é simples, tampouco há soluções prontas para o seu enfrentamento (RODRIGUES et al., 2018). Nesse contexto, a Atenção Primária em Saúde (APS) que é ofertada no maior grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida da população, deve ser a principal porta de entrada e núcleo de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza a APS como um espaço composto 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 a finalidade de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A PNAB estabelece que a assistência nesse nível de atenção em saúde é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios

definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2019a).

A APS orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Este nível de atenção analisa o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2017a).

É composta por equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) constituída por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2019a).

É na APS que as (os) enfermeiras (os) ocupam um papel primordial de assistência à VCM, por serem as (os) primeiras (os) profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos locais de atendimento. Para tanto, se faz necessário especificar como estas (es) profissionais da APS devem atuar diante dos casos de mulheres em situação de violência, ou seja, como reconhecer a mulher que é vítima de violência e como saber executar com competência os protocolos nacionais existentes para a devida intervenção (VIEIRA et al., 2014). É nesse contexto que a educação permanente proposta pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), se configura como uma estratégia eficaz para o enfrentamento da VCM (BRASIL, 2018).

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2015, as notificações de violência contra as mulheres cresceram, passando de 75.033 para 162.575, e o país de acordo com o Mapa de Violência de 2015 passou a ocupar a 5ª posição no mundo com maior índice de homicídios de mulheres, ficando atrás somente de El Salvador, Colômbia, Guatemala e a Federação Russa. Já de acordo com o Atlas da Violência (2018), em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que representou uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras, refletindo um aumento de 15,3% em 10 anos (BRASIL, 2019a). Apesar dos números alarmantes e ampla divulgação nos meios de comunicação sobre a questão da VCM, percebe-se a carência de debate sobre este tema na formação acadêmica de

enfermagem, cujas consequências implicam na fragmentação do atendimento adequado a essa população, e a não integração de conteúdos e práticas colaborativas capazes de contribuir para a mudança desta realidade.

Considerando os aspectos supracitados, o interesse pela temática em questão surgiu na prática de estágio supervisionado do curso de Enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal. Nesse contexto, foi experienciado o atendimento às mulheres vítima de violência. Além de oferecer escuta atenta, foi percebida a dificuldade de reconhecimento das ferramentas necessárias para o manejo e acompanhamento dessas mulheres. Isto posto, questiona-se: qual o papel da (o) enfermeira (o) da APS frente à mulher vítima de violência? O presente estudo tem como objetivo identificar na literatura o papel da (o) enfermeira (o) da APS frente à mulher vítima de violência.

Esse estudo guarda relevância, uma vez que insere um importante debate acerca da violência contra a mulher no contexto acadêmico, com proposta de reflexão acerca da temática em questão.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa acerca do cuidado da (o) enfermeira (o) da APS frente à mulher vítima de violência, constituída por artigos científicos publicados em literatura nacional.

Revisões narrativas são constituídas por uma pesquisa ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas (VOSGERAU; ROMANOWSK, 2014). No entanto, como apontam Elias et al. (2012) é fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre uma temática específica, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada.

A investigação bibliográfica desenvolveu-se por meio de busca eletrônica das produções científicas indexadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme), Google Acadêmico e Scielo, que abarcam vasta produção científica. Foi realizada a busca dos artigos científicos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): violência doméstica, violência contra a mulher, violência sexual e doméstica contra a mulher, violência baseada em gênero e cuidados de enfermagem. Todos foram selecionados com o uso do operador booleano AND para ocorrência simultânea de assuntos.

Foram consideradas publicações entre os anos 2000 a 2020, escritos em português e espanhol, textos completos disponíveis. A partir da busca foram recuperados 136 trabalhos, dos quais foram selecionados 31. Destes, 27 artigos de revista, 1 tese, 2 dissertações e 1 trabalho de conclusão de curso. Foram excluídas da busca as publicações

não gratuitas e não completas. Além dos textos selecionados foram utilizados documentos oficiais de domínio público de sites do governo, tais como: legislações; portarias; decretos; manuais técnicos e políticas públicas.

Serão abordados ao longo deste trabalho os seguintes temas: 'A violência contra a mulher (VCM) como um problema de saúde pública'; 'Políticas públicas voltadas para as vítimas de violência'; 'Atenção Primária em Saúde (APS) como potencial porta de entrada para acolhimento da mulher vítima de violência'; 'A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ferramenta da APS'; 'O papel da (o) enfermeira (o) frente à mulher vítima de violência' e 'Redes de apoio direcionadas à mulher vítima de violência'.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 A violência contra a mulher (VCM) como um problema de saúde pública

De acordo com Alexandre et al. (2019) o conceito de VCM pode ser compreendido como qualquer ato violento baseado no gênero, que resulte, ou tenha possibilidade de resultar, em dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para a mulher, como a coerção ou privação arbitrária da liberdade em ambiente público ou privado. Os autores supracitados apontam ainda que a ameaça de praticar atos violentos também caracteriza violência.

Para Silva e Oliveira (2015) a violência sofrida pelas mulheres também pode ser denominada violência doméstica (VD) ou violência de gênero (VG) e consiste em um fenômeno extremamente complexo, que atinge mulheres em todas as partes do mundo e tem suas raízes na inter-relação de fatores biológicos, econômicos, culturais, políticos e sociais. As autoras ainda corroboram que a VCM apenas ganhou maior notoriedade no Brasil após a criação da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Este tipo de violência passou, então, a ser definido como um crime específico e possível de mudanças na forma de punição aos agressores. Nesta lei, a VCM pode ser classificada como física, sexual, psicológica, moral ou patrimonial, de modo exclusivo ou associado, ocorrendo, em muitos casos, a superposição das violências.

Neste capítulo e ao longo do trabalho o termo violência de gênero (VG) será utilizado como sinônimo de VCM. Como explica Baragatti (2017) em sua tese de doutorado, gênero não se refere às características sexuais e/ou biológicas que diferenciam homens e mulheres, e sim às construções sociais sobre os papéis próprios de homens e mulheres. Gênero é uma palavra que permite distinguir a prática social dos papéis atribuídos aos homens e mulheres, sendo uma forma primeira de significar as relações de poder. Para se falar neste tipo de violência contra as mulheres é fundamental que discutamos a questão do gênero, pois "Ninguém nasce mulher, torna-se mulher".

O fenômeno da VG acontece no mundo inteiro atingindo mulheres em todas as idades, graus de instrução, classes sociais, raças e etnias. Constatou-se que mulheres são vítimas de atos nocivos à sua integralidade apenas por pertencerem ao sexo feminino. Ou seja, trata-se da VG que apresenta natureza e padrões diferenciados de violência interpessoal quanto aos agressores que, na maioria das vezes, são pessoas do próprio convívio familiar, tornando-se a forma mais predominante e endêmica de violência contra a mulher (BRASIL, 2003a).

Como apontado por Guimarães e Pedroza (2015), culturalmente aceita, a VG se propaga pelo silêncio condizente de toda a sociedade. O que para as autoras exige um enfrentamento contra violência capaz de desconstruir normas sociais e padrões culturais de todas as pessoas que confirmam, autorizam, naturalizam e banalizam a dominação masculina sobre a mulher. Referem ainda que vários fatores associados à violência doméstica perpetuam a VG, como antecedentes familiares de atos violentos, o uso de álcool pelo parceiro, o desemprego, a pobreza, o baixo nível socioeconômico da vítima, o baixo suporte social ofertado à mulher e a dependência emocional em relação ao agressor.

O desconhecimento das leis que impõe limites à violência, juntamente com o medo e a vergonha dificultam o acesso das vítimas aos serviços de saúde. Em casos extremos se sentem obrigadas a procurar esses serviços e tentam mascarar o problema sem queixas espontâneas durante as consultas. Sendo pouco identificada e subnotificada a VG não recebe o tratamento diferenciado conforme a gravidade da situação (SILVA; OLIVEIRA, 2015). No entanto, é notório pelos dados alarmantes sobre a VG, que não se pode esperar o tempo dos frutos da conscientização para agir.

É mais adequada a percepção de que a violência contra mulheres se desenvolve em escalada. Isto sim pode mostrar a premência da formulação e da implementação de políticas públicas que visem a sua extinção (SAFFIOTI, 2004, p. 62).

Como exposto por Silva e Oliveira (2015), diante da complexidade da VG, é preciso planejar ações intersetoriais e transdisciplinares, e este planejamento só se torna possível mediante a implementação de políticas públicas que envolvam diversos seguimentos, como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, o poder judiciário e as organizações não governamentais. Estes serviços que criam e fortalecem as redes de atenção de forma coletiva, a fim de ofertar maior resolubilidade ao problema e maior suporte às vítimas são frutos de reivindicações do movimento feminista brasileiro e internacional, que proporcionaram a conquista de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da VG.

Todas as atividades políticas e organizativas estiveram voltadas para a conquista de políticas públicas, a ampliação das ações afirmativas, o aprimoramento da legislação de proteção à mulher e a avaliação e

monitoramento da implantação dessas políticas (COSTA, 2005, p. 11).

A conquista de políticas públicas de enfrentamento à VG exigiu mudanças de paradigmas culturais e estratégias de integração e descentralização entre governo federal, estadual e municipal.

3.2 Políticas públicas voltadas para as vítimas de violência

O Brasil, apesar de signatário de duas importantes convenções internacionais, (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979 (CEDAW, sigla em inglês), e Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres, mais conhecida como Convenção de Belém do Pará, de 1994), não conseguiu desenvolver, na década de 1990, mais do que programas, projetos e/ou serviços isolados, voltados para as vítimas sem qualquer consistência (SILVA, 2012). O autor reporta que desde 1985, quando da implantação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), até 2002, não houve ações articuladas de governo. Nesse período foram abertos poucos Centros de Referência da Mulher (CRM), algumas Casas-abrigo e outras Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAM).

Nesse período, a negligência do Estado brasileiro frente à VG ganhou notoriedade com o caso da bioquímica cearense Maria da Penha Maia Fernandes, quando esta sofreu duas tentativas de feminicídio por parte do seu ex-marido, em 1983. Passados quinze anos, Maria da Penha não obteve resposta da justiça brasileira, e com a ajuda de algumas organizações feministas, decidiu denunciar o Brasil à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), sendo o Brasil responsabilizado e condenado, em 2001, por omissão e negligência em relação à violência doméstica contra a mulher (CALAZANS; CORTES, 2011).

Esse passo foi decisivo para que o Brasil viesse a ser condenado internacionalmente e obrigado a cumprir as recomendações impostas por aquela Corte Internacional, o que resultou na conclusão do processo e prisão do agressor de Maria da Penha. Na sequência, foi criada a Lei Federal nº 11340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que coíbe a violência doméstica e familiar através da prevenção e proteção da mulher em situação de violência e punição do agressor. A Lei Maria da Penha determina ainda a desconstrução da cultura machista através da educação e a criação de políticas públicas que atendam a sua implementação (BRASIL, 2010b, p.178).

Com a criação da Lei Maria da Penha, intensificou-se no Brasil o debate em torno das questões referentes à violência contra as mulheres. Cavalcante et al. (2020) relatam que na década de 2000, ocorreu ampla evolução nos debates sobre a VG, com a

elaboração de políticas e diretrizes que discutem suas repercussões e as resoluções dos agravos.

No quadro 1 apresenta-se de forma cronológica algumas políticas, diretrizes elaboradas nas últimas décadas e os efeitos dos debates sobre a temática em questão. Nota-se que é uma trajetória marcada por pressões de movimentos sociais para aquisição de direitos legais que garantam a vida de mulheres numa sociedade marcada por concepções machistas, sexistas e misóginas.

Quadro 1: Linha do tempo de Política Públicas, Legislações, Portarias e Decretos voltados à proteção da mulher.

Ano	Realizações
2001	Responsabilização e condenação do Brasil por negligência ao problema da VCM.
	Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001.
2003	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM).
	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM).
	Lei Federal nº 10.778 de 24 de novembro de 2003.
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).
	1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.
2005	Publicações referentes à prevenção da gravidez indesejada.
	A introdução da Anticoncepção de Emergência (AE).
	Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180.
2006	Lei Maria da Penha - Lei Federal nº 11.340 de 07 de agosto de 2006.
	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
	Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.
2007	Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.
	2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.
2011	Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011.
	Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
	Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.
2013	Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013.
	Lei nº 12.845 de 01 de agosto de 2013.
2014	Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014.
2015	Lei nº 13.104 de 09 de março de 2015.
2017	Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.
2019	Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019.
	Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019.

Fonte: organizado pela a autora.

No ano de 2001 o Brasil foi responsabilizado e condenado por negligência ao problema da VCM, com base no caso da cearense Maria da Penha Maia Fernandes (SILVA, 2012). Neste ano foi criada a portaria nº 737 de 16 de maio de 2001 que estabelece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2002).

Em 2003 foi criado o PNPM com 199 ações, distribuídas em 26 prioridades, que foram definidas a partir dos debates estabelecidos na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Em seguida, a criação da SPM foi um marco na disposição dos serviços, na criação de normas e protocolos que garantissem a saúde da mulher. A SPM tem como missão promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação. Seu marco referencial são os princípios e diretrizes firmados nas conferências de políticas para as mulheres. É a principal responsável pela produção e acompanhamento do PNPM e assessora diretamente a Presidência da República, em articulação com os demais Ministérios, na criação e desenvolvimento dessas políticas (BRASIL, 2005b). Ainda neste ano, foi sancionada a lei Federal nº 10.778 de 24 de novembro de 2003, que estabelece a obrigatoriedade da realização compulsória de notificação, nos casos de violência contra a mulher para os atendimentos em serviços públicos e privados de saúde, em todo o território nacional (BRASIL, 2003b).

No ano de 2004 foi criada a PNAISM, que marca o avanço nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres que trata, principalmente, a forma de atuação no enfrentamento da violência doméstica e sexual contra a mulher (BRASIL, 2004). Ainda em 2004, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres que possibilitou um diálogo mais direto entre governo e sociedade civil (SILVA, 2012).

Em 2005 surgiram diversas publicações referentes à prevenção da gravidez indesejada, trazendo uma abordagem inovadora nos serviços de saúde e maior garantia dos direitos sexuais femininos (BRASIL, 2013c). A introdução da Anticoncepção de Emergência (AE) que promove a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso a meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro também ganhou espaço (BRASIL, 2005a). No mesmo ano, a SPM criou a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, para atender e orientar mulheres em situação de violência (BRASIL, 2007).

Já 2006, foi marcado pela criação da Lei Federal 11.340 de 07 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha, com o objetivo de reprimir a violência doméstica e familiar contra a mulher, impondo ao Estado a elaboração e efetivação de políticas de proteção e medidas assistenciais à mulher agredida como também a prevenção dos atos de violência. Garantiu punições mais efetivas contra o agressor e a maior proteção da vítima, bem como a

autorização legal da interrupção gestacional, nos casos decorrentes de estupro (BRASIL, 2007). Neste ano ainda foram instituídas a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, que objetivam a cultura da paz e dos direitos humanos e se inserem no marco da violência contra as mulheres e meninas (BRASIL, 2014b).

Em 2007 foi firmado o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, entre o governo federal, os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que consolidassem a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional (BRASIL, 2011e). Neste ano ocorreu ainda a 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres que demarcou um momento histórico de maior atenção governamental às pautas relativas aos direitos das mulheres, com a abertura de canais de diálogo mais sistemáticos. (SILVA, 2012).

O ano de 2011 foi iniciado com a criação da portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 que universalizou a notificação imediata dos casos de violência sexual em âmbito municipal, de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2011a). Em fevereiro do mesmo ano foi publicada a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento que trata a questão do abortamento como um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2011b). No mesmo ano foi aprovada a portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011c).

Em 2013, o Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013, estabeleceu as diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema único de Saúde (SUS) e a Norma Técnica Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Houve ainda a sanção da Lei nº 12.845 de 01 de agosto de 2013 que garante o Atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2013b).

No ano de 2015 foi sancionada a Lei nº 13.104 de 09 de março de 2015, que corrobora para o enfrentamento da violência contra a mulher, a lei do feminicídio, que prevê essa forma de violência como crime hediondo (BRASIL, 2015).

Em 2017 ocorreu a aprovação da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito SUS (BRASIL, 2017).

No ano de 2019 foi aprovada a Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019 que Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28

de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada (BRASIL, 2019b). No fim do mesmo ano foi sancionada a Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019 que Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher (BRASIL, 2019c).

Embora os avanços sejam significativos, o Estado brasileiro levou dez anos, após a Carta de Belém do Pará, para tomar uma medida mais sistemática na esfera nacional, no sentido do enfrentamento à VG, dando um passo decisivo no sentido da institucionalização das políticas públicas para o seu enfrentamento por meio da elaboração de conceitos, diretrizes, normas, e da definição de ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática da VG ao implantar, em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) (BRASIL, 2011d).

Até então, as iniciativas de enfrentamento à VG constituíam, em geral, ações isoladas (SILVA, 2012). Estas ações referiam-se basicamente a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados, mais especificamente Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher que são regidas pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2010a).

A SPM elaborou a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Esse é o primeiro documento nacional que explicita os fundamentos conceituais e políticos para a prevenção e combate à VG, assim como para a assistência às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2007). Trata-se de uma política de Estado e não de uma política de governo, cuja consolidação é objeto central do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher.

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher foi lançado em agosto de 2007 pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, como parte da Agenda Social do Governo Federal e consiste num acordo federativo entre o governo federal, os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que visem à consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional. (BRASIL, 2010a, p. 13).

As ações detalhadas e as metas a serem implementadas pela Política Nacional, assim como a gestão do processo de enfrentamento à violência contra as mulheres no âmbito do governo federal, dos estados e dos municípios, encontram-se previstas no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que constitui um plano de ações referente à Agenda Social do Programa de Aceleração do Desenvolvimento, elaborado em agosto de 2007. O Pacto Nacional vem sendo executado por diferentes órgãos da Administração Pública Federal (Ministério da Saúde, Ministério da Justiça,

Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, entre outros), Estadual e Municipal. (BRASIL, 2011d).

Com a maior visibilidade do tema, Cavalcante et al. (2020) declaram que o amparo e assistência às vítimas, adquiriu maior beneficiamento, como a implementação das equipes de profissionais de saúde especializadas. Estas equipes, organizadas em forma de rede intersetorial na atenção à saúde das vítimas também é considerada porta de entrada e pilar fundamental no reconhecimento, na notificação compulsória de casos, no tratamento e no encaminhamento dos casos de violência contra a mulher.

No entanto, mesmo se tornando obrigatória a notificação dos casos de VG em 2003, existe alta prevalência de casos subnotificados, tanto em serviços públicos quanto privados de saúde. Esse contexto mostra a necessidade do reconhecimento e da obrigatoriedade da notificação da violência, como também, proporciona o conhecimento do processo de encaminhamento e das medidas de proteção adequadas às vítimas (MOREIRA et al., 2015). O reconhecimento da violência é um tema interdisciplinar, onde a notificação transforma-se num passo primordial e numa estratégia eficiente de organização, possibilitando construir uma rede para o seu controle a partir do âmbito municipal ou estadual, em comunicação com outros órgãos (GARBIN et al., 2015).

Moreira et al. (2015) afirmam que a notificação compulsória é um instrumento fundamental para a promoção da padronização e sistematização das informações, com a finalidade de identificar e caracterizar as vítimas e seus agressores, dimensionar a violência quando sua pertinência e especificar suas várias formas e consequências, instituir tratamento e encaminhamento dos casos, assim como elaborar ações de intervenção e nortear a gestão do SUS nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal para articulação das políticas de saúde voltadas para proteção da mulher.

Em contrapartida, Cavalcante et al. (2020) ressaltam que o sistema de notificação não ocorre de maneira eficaz devido às falhas na formação dos profissionais em diagnosticar e realizar escuta qualificada que evite a omissão das vítimas pelo receio de represálias, insegurança frente a conduta de auxílio após denúncia, dependência financeira e emocional do agressor e proteção dos filhos. Afirmam ainda que a denúncia traz implicações econômicas e sociais, culturais e religiosas contribuindo para que elas desistam do processo. No entanto, é fundamental que as (os) profissionais de saúde identifiquem e prestem atendimento integral e humanizado nas situações de VG, tomando as providências cabíveis e superando todos os impedimentos possíveis.

Sendo assim, é urgente trabalhar a questão da VG no interior dos serviços de saúde para que a situação possa ser compreendida em seu todo, médico e social, e práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, com a qualidade de um cuidado integral, possam ser oferecidas já no primeiro nível de contato das mulheres, família e comunidade com o

sistema de saúde. É o que se espera do serviço de saúde na APS, considerada responsável pela identificação e resolução dos principais problemas de saúde dos indivíduos e comunidades, no nível preventivo e curativo, além de reabilitação e promoção de saúde (D'OLIVEIRA et al., 2009).

3.3 Atenção Primária à Saúde como potencial porta de entrada para o acolhimento da mulher vítima de violência

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes, sendo assim, associa a ambos os mesmos princípios e as diretrizes (BRASIL, 2017a).

Como aponta Starfield (2002), a APS é a porta de entrada do SUS para todas as novas necessidades e problemas da população. Oferece atenção sobre a pessoa, não direcionada para a enfermidade, mas para todo o seu contexto biopsicossocial e no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a assistência fornecida nos demais níveis de atenção, secundária e terciária. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária.

A APS também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, como responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento, à reabilitação e trabalho em equipe. Não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas, virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção (BRASIL, 2017a). De outro modo, a APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Viegas e Penna (2013), afirmam que o trabalho ofertado na APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, como serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Starfield (2002) sistematizou o conceito desse nível de atenção em sete atributos essenciais para o atendimento à população: primeiro contato/porta de entrada no SUS, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Para tanto, estes atributos ainda devem estar relacionados.

No Brasil o modelo escolhido para consolidação da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que de acordo com os preceitos do SUS é responsável pela expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no país (BRASIL, 2012).

3.3.1 A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ferramenta da APS

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais (BRASIL, 2017a).

Espera-se que a ESF seja capaz de abordar o processo de saúde-doença da população de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário. A integralidade do cuidado será produzida quando ações forem articuladas por meio de interações entre os profissionais dessas ações. O resultado é a formulação interativa de projetos de intervenção que se completam em cada ponto da rede, garantindo que a escuta interessada e a reflexão crítica estejam sempre presentes no acolhimento e manejo da mulher vítima de violência (D'OLIVEIRA et al., 2009). Cavalcanti et al. (2020) consideram que a ESF cumpre um papel extremamente importante no combate à VG, sobretudo a conjugal e sexual, devido a sua ampla cobertura e vinculação com a comunidade.

A ESF conta com uma equipe multiprofissional composta minimamente por enfermeira (o), técnica (o) de enfermagem e um (a) médica (o) e desempenham papéis distintos que se autocompletam entre si (BRASIL, 2017a). Estes profissionais, segundo Cavalcante et al. (2020), elegeram quatro procedimentos que mais contribuem para o enfrentamento da VG: a identificação da violência no âmbito da saúde, a notificação do agravo, a percepção acerca de sua complexidade e a articulação intersetorial.

3.3.2 O papel da enfermeira (o) frente à mulher vítima de violência

A VG é fundamentada nas relações de poder masculino sobre o feminino. É nesse sentido que Rico, Méndez e Amézquita (2010) afirmam que o patriarcado é reconhecido como desencadeador das diferenças entre mulheres e homens, colocando-os sob a responsabilidade de provedor familiar, com a necessidade e direito de estudar, e as mulheres por sua vez permanecem em desvantagem e em situação de inferioridade. Este frequente contexto de valorização do homem em detrimento da realização feminina se desenha no cenário cultural e repercute de diversas maneiras nas relações familiares.

Desse modo, Broch, Crossetti e Riquinho (2017) trazem em seu estudo a perspectiva da teoria do cuidado transcultural, da enfermeira Madeleine Leininger como proposta para

subsidiar esta reflexão, a fim de estabelecer uma ponte entre a enfermagem enquanto profissão do sistema de saúde e a rede familiar e popular, focando no cuidado enquanto uma cultura e nos fenômenos da saúde e da enfermagem. Tal teoria corrobora que o cuidado desenvolvido apresenta características universais para o nascimento, desenvolvimento, manutenção da vida e recuperação da saúde e, portanto, pode ser usada em diferentes contextos sociais e culturais, como nas situações de VG.

Segundo Reis, Santos e Júnior (2012), a mulher possui saberes particulares que foram construídos e moldados com base em uma história de vida, uma experiência social, impregnada, sobretudo, de valores culturais. Em que de modo geral, a cultura exerce influência em vários aspectos da vida, crenças, comportamentos, percepções, emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar, dieta, modo de vestir, imagem corporal, conceitos de tempo e espaço, atitudes diante da doença, da dor e do infortúnio, podendo, esses elementos apresentar importantes implicações para a sua saúde e assistência.

Madeleine Leininger aprimorou sua teoria e método de pesquisa a partir de um enfoque êmico - EMIC (percepções internas das pessoas), permitindo que fossem compartilhadas ideias, crenças e experiências com pesquisadores (ético – ETIC). Reconhecendo dessa forma, duas classes de cuidar: o genérico (associado ao EMIC) e o profissional (ETIC), que diz respeito a tratar enfermidades e sobreviver. Dentro desse contexto, o cuidado genérico estaria associado ao enfoque êmico e o profissional, ao ético (Leopardi, 1999).

Culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo (REIS; SANTOS; JUNIOR, 2012, p.131).

De acordo com González (2006) o cuidado é a base da enfermagem, sendo indispensável para promoção e manutenção da saúde em todas as culturas do mundo. É uma ação individual e coletiva, possui caráter de preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Desta forma, o cuidado dispensado pela (o) enfermeira (o) se transforma de acordo com a cultura do local e a cultura humana, isto é, varia transculturalmente.

Na esfera da saúde da mulher, essa relação de cuidado está impregnada de valores, crenças e atitudes que nascem e se transformam no convívio social e da comunidade. Quando pensamos na mulher, devemos refletir que esta é fruto de uma sociedade e de valores culturais que vão delinear sua história de vida. O sentido transcultural nos remete a uma visão de multifatorialidade e causalidade no processo saúde-doença (MODENA, 2016).

Nesse sentido, dar voz às mulheres nos serviços de saúde permite o conhecimento de suas histórias e a elaboração de ações que atendam às suas reais necessidades, pois,

assim como a (o) enfermeira (o) exerce influência na saúde da mulher, esta também interfere no exercício da profissão da (o) enfermeira (o) com suas concepções de mundo. É com base no conhecimento das realidades individuais e sociais que a (o) enfermeira (o) busca alicerces para o planejamento das suas ações de cuidar. Ao perceber que cuidar é um ato social, a busca do equilíbrio dessa relação traz, com frequência, um equilíbrio social, tendo um potencial de transformação das realidades assistenciais atuais (REIS; SANTOS; JUNIOR, 2012).

A enfermeira, por ser uma profissional mulher, frequentemente é mais indicada para atender as vítimas de violência, levando em conta a identidade de gênero e uma maior solidariedade e cumplicidade. Ciente da dificuldade da mulher em se expressar verbalmente, saberá escutar, acolher, observar as expressões do que está sendo omitido porque a mulher se sente envergonhada ou humilhada, culpada pela violência e também medo de ser culpada pela violência que sofre, esperançosa de que o seu agressor mude como ele prometeu, crente de que suas lesões e problemas não são importantes. Um fator ainda mais incapacitante é o fato do agressor muitas vezes acompanha-las ao serviço de saúde para impedir que fiquem a sós com as (os) profissionais. (D'OLIVEIRA et al. 2009).

Em contrapartida, há profissionais homens e mulheres insensíveis ao problema e tal fato pode se dar por conta da falta de conhecimento destes profissionais sobre a VG, movida por crenças e mitos que dificultam falar de violência com as vítimas, como acreditar que as mulheres merecem ou pedem o abuso, ou que gostam de ser agredidas, senão não ficariam com o agressor, acreditar que a VG é um problema social ou legal e não um problema de saúde pública, não saber o que fazer se uma mulher lhes contar sobre suas experiências de violência e por isso ter receio em perguntar, dentre outras questões (REIS; SANTOS; JUNIOR, 2012).

Nesse sentido, se faz necessário o exercício de reconhecimento dos próprios preconceitos por parte das (os) enfermeiras (os) da APS, para que opiniões ortodoxas acerca, por exemplo, de relações familiares, fidelidade, relação com álcool e drogas ou outras não impeçam o trabalho de compreensão da mulher e o manejo do diálogo. Este exercício de "vigilância cultural" que o profissional deve realizar acerca de sua própria maneira de agir e pensar inclui a atitude de evitar a vitimização da mulher. É imprescindível que não naturalizemos a VG (D'OLIVEIRA et al. 2009). As autoras ainda afirmam que para superar essa dificuldade, todos os profissionais e trabalhadores do serviço devem participar de atividades que favoreçam a sensibilização para os temas da VG, dos direitos humanos e das mulheres e das relações de gênero. Afirmam que essa sensibilização é fundamental e deve ser mantida continuamente no tempo, com encontros regulares a cada seis meses ou anualmente, para que o trabalho tenha consistência e seja apropriado por todos.

Uma vez que a grande maioria dos trabalhadores de saúde são mulheres e a enfermagem é uma categoria que refere altas taxas de violência doméstica, muitas profissionais podem viver ou ter vivido a questão da violência, e logo também devem ser acolhidas pelo serviço de saúde desde o treinamento, sem exposição. Essa situação de semelhança não deve impossibilitar o trabalho das enfermeiras com as pacientes, mas deve ser considerada no treinamento e supervisão dessas profissionais. A possibilidade de trabalhar melhor ou pior com o tema VG depende da correlação que a profissional fizer sobre ele e suas experiências pessoais, mas também do seu desejo de trabalhar com o assunto ou não (OLIVEIRA; D'OLIVEIRA, 2008).

Considera-se necessário qualificar cada vez mais a assistência prestada às mulheres em situação de violência por meio da promoção de uma postura acolhedora e sem julgamentos por parte de todas as pessoas e serviços identificados na rota crítica dessa população, visto que o sofrimento por elas enfrentado pode ser aliviado quando decidem falar sobre o vivido e encontram suporte para tal (BARAGATTI, 2017).

Para D'Oliveira et al. (2009) a abordagem do problema das vítimas de violência nos serviços de saúde requer uma técnica específica de conversa e um bom conhecimento das referências existentes (jurídico, policial, serviço social, psicologia, ONGs, organizações religiosas, esportivas, culturais) para que as enfermeiras (os) possam apoiar a mulher a tomar a decisão sobre a melhor alternativa no seu caso dependendo de um conhecimento da rede local de apoio e de uma decisão institucional para abordar o tema, com fluxos e instrumentos de registro pré-definidos.

Oliveira e D' Oliveira (2008), corroboram com diversos estudos que sustentam que a pergunta, direta ou indireta, é a melhor estratégia quando há a suspeita de violência. Se a mulher não estiver nesta situação, ela responderá com tranquilidade e perceberá a importância da pergunta para o coletivo de mulheres, desde que suficientemente esclarecida. Se a mulher negar mesmo que não seja verdade deve ser respeitada sabendo que há disposição para ajudá-la.

Para tanto, quando uma mulher vítima de violência procura atendimento na APS pela primeira vez, é recomendável que a (o) enfermeira (o) foque no acolhimento, na escuta atenta e qualificada, para, somente depois, realizar o preenchimento de fichas e prontuários. A (o) profissional já consciente da dificuldade da mulher em se expressar verbalmente deve atentar ao tempo necessário para que sejam relatadas as vivências de violência e a importância do vínculo para o tratamento, assim como o respeito às necessidades da vítima (BRASIL, 2019a).

Uma primeira orientação para casos de VG pode ser breve, resolutiva e vantajosa para a melhor condução do caso, pode ser realizada no momento da detecção do caso ou agendada, podendo se valer de encaminhamentos a serviços especializados (BRASIL,

2016). Nesse sentido, é necessário identificar quais são os caminhos a serem percorridos pelas mulheres vítimas de violência, após estas serem acolhidas na APS, a fim de evitar trajetórias terapêuticas desnecessárias, prevenir os agravos à sua saúde e garantir a proteção à vida.

3.3.3 Redes de apoio direcionadas às mulheres vítimas de violência

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres surgiu para garantir o atendimento humanizado e qualificado àquelas em situação de violência por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários, da criação de serviços especializados e da constituição e fortalecimento da Rede de Atendimento (RA). A respectiva política orienta-se pelos princípios propostos no I e II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres nos seguintes pontos fundamentais: Igualdade e respeito à diversidade; Equidade; Autonomia das mulheres; Laicidade do estado, Universalidade das políticas; Justiça social; Transparência dos atos públicos e Participação e controle social (BRASIL, 2011d).

O conceito de RA faz referência à atuação articulada entre as instituições e serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, buscando a ampliação e melhoria da qualidade do atendimento, a identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (BRASIL, 2010a).

A rede de atendimento é definida por um conjunto de ações e serviços que envolvem diferentes setores, como assistência social, justiça, segurança pública e saúde. Também é composta por duas principais categorias de serviços: não especializados (serviço de atenção primária, a exemplo da Estratégia de saúde da família, hospitais gerais, delegacias comuns, polícia militar, Centros de Referência de Assistência Social, Ministério Público, defensorias públicas) e serviços especializados no atendimento exclusivo às mulheres em situação de violência (Centros de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, núcleos especializados em atender as mulheres nas Defensorias Públicas, Central de Atendimento à Mulher – 180, entre outros) (BARAGATTI, 2017).

Como aponta Hanada (2007), na constituição da RA, alguns serviços funcionam como Portas de Entrada para as mulheres vítimas de violência: centros de referência; serviços de apoio jurídico; serviços policiais: delegacias da mulher, outras delegacias, Polícia Militar; Postos de Saúde de Serviços de Emergência, escolas e órgãos comunitários; ouvidorias; organizações não-governamentais e conselhos. A autora afirma que cada um desses lugares tem uma importância e um papel a desempenhar no combate, na assistência e no processo de erradicação da violência contra a mulher.

Baragatti (2017), afirma que a existência de diversos serviços ainda não garante que a atenção às mulheres em situação de violência aconteça em redes. Visto que para a autora o trabalho em rede prevê a organização dos serviços no contexto da atenção integral, com trabalhos em equipe orientados em abordagem interdisciplinar e multiprofissional, havendo a necessidade de o trabalho dos diversos setores serem interligados, tanto dentro de cada serviço como entre os setores que atendem essas mulheres. Nesse sentido, mesmo com a existência de serviços especializados, sua atuação isolada, não evita a exposição da mulher a novas violências.

Para Sagot (2000), o início da rota crítica percorrido pelas mulheres vítimas de violência, se dá quando o silêncio é rompido e elas, com o intuito de melhorar a sua situação, conta a uma pessoa os seus problemas. Bruhn (2016) define a rota crítica como o caminho percorrido pela mulher para romper com a violência, incluindo a sequência de decisões tomadas e ações executadas durante esse processo.

Este processo é constituído por fatores internos que as impulsionam e as levam a delinear ações, de modo que as respostas dos prestadores de serviços afetam os fatores que as estimulam a buscar auxílio. A autora ainda afirma que o itinerário na rota crítica não é linear, tendo em vista que as mulheres podem passar por diversos setores como, saúde, judiciário e policial, educação, comunitário e vinculado a Organização Não Governamental (ONG) (SAGOT, 2000).

A rota crítica é um processo interativo constituído por fatores que impulsionam ou inibem tanto as mulheres afetadas e suas ações, como a resposta social então encontrada, que é determinante na rota (BARAGATTI, 2017, p. 89).

Sagot (2000) explica que a tomada de decisão das mulheres é motivada pela informação, pelo conhecimento, por suas percepções e atitudes, recursos disponíveis, experiência anterior, valorização da situação e apoios ou obstáculos encontrados. Já no contexto institucional, a autora afirma que as respostas estão ligadas ao acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços, e são condicionadas por fatores estruturais e normativos, bem como pelas representações sociais, atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos. Estes fatores, interligados na singularidade da mulher fortalece ou debilita suas decisões de começar e continuar a buscar ajuda.

Neste sentido, destaca-se o potencial da APS para a detecção, acolhimento e encaminhamento dos casos de violência, por se tratarem de serviços próximos e disponíveis à comunidade. Para tanto, se faz necessário romper as dificuldades encontradas nesse cenário, como a falta de apoio, a revitimização e a atitude preconceituosa por parte dos profissionais que deveriam acolhê-las como problemas recorrentes (BRUHN, 2016).

A VG está em todos os lugares, isso nos permite enxergar que este é um cenário bastante complexo e, por vezes, desafiador. Sendo a APS uma das potenciais portas de entradas das mulheres vítimas de violência na rota crítica de combate a VG, esta é responsável pelo seu acolhimento, formação de vínculo e compartilhamento de informações inerentes à sua condição de maneira clara e objetiva. Para tanto, profissionais, homens e mulheres, devem estar capacitados (as) para identificar a vítima de agressão, garantir uma escuta não julgadora e prestar todas as informações para que a denúncia e posterior reparação possam ser buscadas pela vítima, se assim ela decidir (ROCHA, 2009).

A (o) enfermeira (o) da APS pode estimular a mulher na tomada de decisão por meio do vínculo de confiança estabelecido em seu efetivo acolhimento. Dessa forma, a (o) enfermeira (o) contribui para o acesso dessa mulher ao local de referência sob orientação dos seus direitos. A partir do essencial trabalho da APS é possível mitigar a desistência da mulher com relação à denúncia além de evitar para ela uma trajetória cansativa junto aos outros dispositivos da Rede (BRUHN, 2016).

A APS deve tomar providências adequadas para cada caso, orientando a mulher sobre quais caminhos ela pode percorrer e quais redes de apoio podem lhe amparar. O Centro de Referência, como o próprio nome diz, é o local de referência e orientação, responsável pelos encaminhamentos da RA. Propulsor do processo de resgate da mulher como ser social, isto porque tem o papel de dar atendimento e acompanhamento psicológico e social à mulher em situação de violência, resgatando e fortalecendo sua auto-estima e possibilitando que esta se torne sujeito de seus próprios direitos (BRASIL, 2003a).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar o papel da (o) enfermeira (o) da APS frente à mulher vítima de violência. Mostrou que estes possuem um papel fundamental na formação de vínculo e manejo em sua rota crítica de enfrentamento da VG dentro do contexto da APS. O acolhimento e a escuta qualificada, desprovidos de julgamentos, oferece à mulher um espaço de apoio e segurança em falar das suas questões e medos. É neste momento que a (o) enfermeira (o) após uma observação cuidadosa, dando a devida importância ao que lhe é exposto, tem a oportunidade de conduzir a mulher em sua tomada de decisão para o enfrentamento da violência por ela experienciada. Primeiramente desnaturalizando a questão da VG, possibilitando a compreensão da gravidade e riscos que ela traz para a sua vida e saúde, apontando quais são os caminhos que ela pode percorrer nesse embate, quais alternativas pode considerar, quais são os seus direitos e possíveis dificuldades a encontrar, e principalmente quais são os apoios que ela receberá ao percorrer este caminho.

Percebe-se que a forma como as (os) profissionais (enfermeiras) (os) compreendem e delimitam o problema da VG é essencial para a intervenção, já que para cada definição do que venha a ser violência e qual a sua relação com a saúde, determina a intervenção a ser empregada às mulheres vítimas de violência, definindo os impactos sociais das ações das (os) enfermeiras (os) sobre a realidade dessas mulheres.

A mulher vítima de violência precisa perceber que não está sozinha em sua caminhada, e o vínculo criado no acolhimento permite construir sua possível fortaleza de apoio. Também é nesse cenário que as trocas relacionais e culturais são feitas, tornando possível a prática do cuidado transcultural proposto por Leininger, onde a compreensão do problema da VG e o trabalho da (o) enfermeira (o) para o seu enfrentamento, influencia na vida e saúde da mulher, e esta, influencia no trabalho da (o) enfermeira (o) com seus valores e concepções mundo.

O estudo permitiu ainda, compreender que o problema da VG é produto de relações e que as relações de gênero se expressam por relações de poder desiguais para as mulheres. Nesse sentido haverá sempre espaço para resistência e luta, e a escuta qualificada, e a informação prestada nos serviços de saúde podem colaborar no sentido de enfrentar juntamente com a mulher as situações de violência que esta experimenta.

Nesse contexto, existe a grande possibilidade da (o) enfermeira (o) exercer um dos seus principais papéis pertinentes ao nível da APS, que é a educação e promoção em saúde, a prevenção de agravos e o acompanhamento da população.

Porém, percebe-se que o envolvimento com a temática ainda representa um desafio para estes profissionais que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família. Este desafio requer preparo para lidar com essa realidade por parte desses profissionais, o que reflete a necessidade de educação permanente a respeito da temática.

Ademais, ressalta-se a necessidade da implementação e fortalecimento de políticas públicas para uma efetiva sensibilização sobre a importância da denúncia dos casos de VG, bem como a informação sobre os serviços de atendimento disponíveis às vítimas.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, A. C. S. et al. Violência de gênero sob a ótica e cuidado do enfermeiro: assistência à mulher vitimada. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 1, p.141-148, fev. 2019.

Disponível em:

<http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/download/2433/pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

BARAGATTI, D. Y. **Caminhos de mulheres em situação de violência na busca por serviço de apoio**. 2017. 141f. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de

Enfermagem. Campinas, 2017. Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/332468/1/Baragatti_DaniellaYamada_D.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 mai. 2001. P. 3. Disponível em: http://www.editoramagister.com/doc_23254_portaria_n_737_de_16_de_. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher. Plano Nacional. Dialogo sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas**. Brasília, 2003a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro.pdf>. Acesso em 25 out. 2020.

BRASIL. LEI Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 de novembro de 2003b. Seção 1, p. 11. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº 3. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília, 2005a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2005b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf. Acesso em 23 out. 2020.

BRASIL. LEI Nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 de agosto de 2006. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=08/08/2006>. Acesso em 02 nov. 2020.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentamento à violência contra a mulher: balanço de ações 2006-2007**. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/enfrentamento_violencia_mulher.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/lula/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-2010>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Com todas as mulheres, por todos os seus direitos**. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/dilma-vana-rousseff/publicacoes/orgao->

essenciais/secretaria-de-politica-para-mulheres/com-todas-as-mulheres-por-todos-os-seus-direitos/@_@download/file/liv-spm.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011a. P. 37. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**. Brasília, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011d. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, 2011e. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.958 de 13 de março de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de mar. 2013a. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm. Acesso em: 04 nov. 2020

BRASIL. LEI Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 de agosto de 2013b. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=02/08/2013>. Acesso em 02 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, 2013c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 07 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jun. 2014a. P. 67. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=67&data=09/06/2014>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS**. Brasília, 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. LEI Nº 13.104, de 09 de março de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 de março de 2015. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13104-9-marco-2015-780225-publicacaooriginal-146279-pl.html>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). **Folha informativa: violência contra as mulheres**. Brasil, 2017b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em 04 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA. Santa Catarina. **Como o profissional da atenção básica pode atuar frente a um caso de violência?: processo de trabalho na APS. Processo de Trabalho na APS**. 2019a. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/como-o-profissional-da-atencao-basica-pode-atuar-frente-a-um-caso-de-violencia/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. LEI Nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 de dezembro de 2019c. Seção 1, p. 4. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2019/lei-13931-10-dezembro-2019-789548-norma-pl.html>. Acesso em 02 nov. 2020.

BROCH, D.; CROSSETTI, M. G. O.; RIQUINHO, D. L. Reflexões acerca da violência contra a mulher na ótica de Madeleine Leininger. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 11, n. 12, p.5079-5084, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22588/25348>. Acesso em: 18 nov. 2020.

BRUHN, M. M. Rota crítica: a trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. **Revista Polis e Psique**, v. 6, n. 2, p. 70-86, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v6n2/n6a05.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

CALAZANS, M.; CORTES, L. **O processo de criação, aprovação e implementação da Lei Maria da Penha, 2011**. Disponível em: <https://assets-compromissoeatitude->

ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/02/1_3_criacao-e-aprovacao.pdf. Acesso em: 02 nov. 2020.

CAVALCANTI G. M. B. et al. A violência contra a mulher no Sistema Único de Saúde. **Revista Fun Care Online**, v.12, n. 7148, p. 146-154, jan./dez, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047809>. Acesso em: 29 out. 2020.

COSTA, A. A. A. O movimento feminista no brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Revista Gênero**, v. 5, n. 2, p. 01-20, 2005. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31137>. Acesso em: 02 nov. 2020.

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**, vol.14, n.4, p. 1037-1050, jul./ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a06v14n4.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2020.

ELIAS, C. S. R. et al. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 8, n.1, p. 48-53, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49594/53669>. Acesso em: 30 de out. 2020.

FONSECA, A. M. et al. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.5, p.743-749, set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/24.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.

GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1879-1890, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

GONZÁLEZ, D.L. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para um entorno multicultural. **Gazeta de Antropologia**, n. 22, 2006. Disponível em: <https://scinapse.io/papers/1491353603>. Acesso em: 18 nov. 2020.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 625-631, jul./set, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p.256-266, maio/ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

HANADA, H. **Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência**. 2007. 222f. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/seguranca-publica/monografias/dissertacao-heloisa-hanada.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papa-Livros; 1999.

- MODENA, M. R. **Conceitos e formas de violência**. Caxias do Sul: Educs, 2016. Disponível em: https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas_2.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.
- MOREIRA, G. A. R. et al. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. **Revista Brasileira Promoção de Saúde**, v. 28, n.3, p. 327-336, jul./set., 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/387>. Acesso em: 15 out. 2020.
- OLIVEIRA, A. R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). **Revista Saúde Pública**, v. 42, n.5, p. 868-876, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6805.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.
- REIS, A. T.; SANTOS, R. S.; JÚNIOR, A. P. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 129-135, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n1a18.pdf>. Acesso em 18 nov. 2020.
- RICO, J. E. M.; MÉNDEZ; J. H. M.; AMÉZQUITA, H. V. Análisis referencial de lãs Representaciones Sociales sobre la violencia doméstica. **Acta colombiana de Psicología**, v. 13, n. 2, p.129-148, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79819279012>. Acesso em: 18 nov. 2020.
- ROCHA, L. S. R. **Violência doméstica contra mulher: Aspectos envolvendo Legislação, Política Pública e a Atuação do Serviço Social**. 2009. 56f. Faculdade Redentor. Curso de Serviço Social. Itaperuna, 2009. Disponível em: http://redentor.inf.br/files/violenciadomesticacontramulheraspectosenvolvendolegislacao,polit icapublicaeeatuacaodoservicosocial_04062019151233.pdf. Acesso em: 15 nov. 2020.
- RODRIGUES, E. A. S. et al. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 4, p. 55-66, dez., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0055.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.
- SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/obras-digitalizadas/questoes_de_genero/safiotti_heleieth_-_genero_patriarcado_e_violencia_1.pdf. Acesso em: 07 out. 2020.
- SAGOT, M. **La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países**. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/255961541_Ruta_Critica_de_las_Mujeres_Afectadas_por_la_Violencia_Intrafamiliar_en_America_Latina_Estudios_de_caso_de_10_paises. Acesso em: 15 nov. 2020.
- SILVA, H. M. **Homens e masculinidades na política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. 2012. 153f. Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Mestrado em sociologia. Recife, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11310/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_vers%c3%a3o%20final_DIGITAL.pdf. Acesso em: 18 nov. 2020.
- SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20,

n. 11, p. 3523-3532, nov. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3523.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 17 out. 2020.

VIEGAS, A. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, v.17, n. 1, p.133-141, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 366-372, mai./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0366.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista de Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2317>. Acesso em: 30 out. 2020.