

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Nátaly Daianne Nascimento Miranda

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES:
o cuidado às vítimas vulneráveis**

Lassance- Minas Gerais

2022

Nátaly Daianne Nascimento Miranda

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES:
o cuidado às vítimas vulneráveis**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

Lassance- Minas Gerais

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON- NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 09 dias do mês de dezembro de 2022, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família - (CEESF) se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna NATALY DAIANNE NASCIMENTO MIRANDA intitulado **“VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES: o cuidado às vítimas vulneráveis”**, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Estratégia Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profa. Dra. ANDREA GAZZINELLI CORREA DE OLIVEIRA e Profa. Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. O TCC foi aprovado com a nota 90.

Esta folha de aprovação foi homologada pela Coordenação do CEESF no dia nove do mês de Dezembro do ano de dois mil e vinte e dois e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2022.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 27/12/2022, às 13:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1966211** e o código CRC **C1061F31**.

Dedico este trabalho ao município de Lassance-MG. Que este projeto alcance e ajude o maior número possível de mulheres em situação de vulnerabilidade.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todo o curso.

Aos meus pais, irmãos e namorado, que me incentivaram em todos os momentos e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

Aos professores, por todo o conhecimento transmitido e, em especial, à minha orientadora, professora Dra. Andréa Gazzinelli.

RESUMO

A violência doméstica contra a mulher é atualmente considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e pode desencadear inúmeros problemas na mulher, afetando sua saúde física, mental, sexual e reprodutiva. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para melhorar o atendimento à mulher vítima de violência doméstica no município de Lassance, Minas Gerais. Foi feita a revisão de literatura nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e *sites* dos governos federal e municipal e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O estudo foi desenvolvido a partir dos preceitos estabelecidos pela metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, utilizando o método da estimativa rápida para identificação do problema prioritário e de três nós críticos: ausência de um espaço acolhedor para fazer o atendimento especializado, falta de conhecimento das mulheres sobre a violência doméstica e preparo inadequado dos profissionais das estratégias de saúde da família para lidar com a violência doméstica. Para cada um dos nós críticos foi estruturado um plano de intervenção, feito o desenho das operações e identificados os recursos necessários para viabilizar a proposta. Espera-se que, com estas ações, haja uma melhoria no atendimento das mulheres de Lassance vítimas de violência doméstica de forma que ela se sinta segura, amparada e acolhida nesse momento de vulnerabilidade.

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

ABSTRACT

Domestic violence against women is currently considered a serious public health problem in Brazil and in the world and can trigger several problems in women, affecting their physical, mental, sexual and reproductive health. The objective of this work was to develop an intervention project to improve care for women victims of domestic violence in the municipality of Lassance, Minas Gerais. A literature review was carried out in the databases of the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Online System of Search and Analysis of Medical Literature (MEDLINE) and websites of the federal and municipal governments and the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The study was developed based on the precepts established by the Situational Strategic Planning methodology, using the quick estimate method to identify the priority problem and three critical nodes: absence of a welcoming space to provide specialized care, women's lack of knowledge about domestic violence and inadequate preparation of professionals in family health strategies to deal with domestic violence. For each of the critical nodes, an intervention plan was structured, the operations were designed, and the resources needed to make the proposal viable. It is expected that, with these actions, there will be an improvement in the care of Lassance women victims of domestic violence so that they feel safe, supported and welcomed in this moment of vulnerability.

Keywords: Domestic Violence. Violence Against Women. Primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde, município de Lassance, do Estado de Minas Gerais. | 17 |
| Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulheres”, na população do município de Lassance, estado de Minas Gerais. | 33 |
| Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulheres”, na população do município de Lassance, estado de Minas Gerais. | 34 |
| Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulheres”, na população do município de Lassance, estado de Minas Gerais. | 35 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEAE | Centro Estadual de Atenção Especializada |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CRAS | Centros de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centros de Referência Especializados de Assistência Social |
| DAEMs | Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| LILACS | Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MEDLINE | Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNPM | Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres |
| SciELO | <i>Scientific Eletronic Library Online</i> |
| SPM | Secretaria de Políticas para as Mulheres |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Aspectos gerais do município | 11 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde | 12 |
| 1.3 Aspectos da comunidade | 13 |
| 1.4 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 14 |
| 1.5 A Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 14 |
| 1.6 O funcionamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 15 |
| 1.7 O dia a dia da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 15 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) | 16 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 17 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 18 |
| 3 OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 Objetivo geral | 20 |
| 3.2 Objetivos específicos | 20 |
| 4 METODOLOGIA | 21 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 22 |
| 5.1 Violência doméstica contra mulheres: definição e dados epidemiológicos | 22 |
| 5.2 Histórico e a Lei Maria da Penha | 23 |
| 5.3 Rede de apoio a violência doméstica | 25 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 30 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 30 |
| 6.2 Explicação do problema (quarto passo) | 31 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) | 31 |
| 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) | 32 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS | 37 |

INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Lassance está localizado na macrorregião norte e microrregião de Pirapora, a 263 km da capital do estado. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma área territorial de 3.204.217 quilômetros quadrados, uma população estimada, em 2021, de 6.494 habitantes e uma densidade populacional de 2,02 pessoas por quilômetro quadrado. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,629, considerado médio e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2019 foi de 19.381,14 reais (IBGE, 2010). A grande extensão territorial é dividida em uma sede e 17 comunidades rurais: Brejo, Tira-Barro, Onça, Santa Maria, João Martins, Morada Nova, Barrreiro Fundo, Barro Branco, Bebe Água, Bebedouro, Boqueirão, Canabrava Escaramuça, Gameleira, Laranjeiras, Palmeiras, Resfriado e Salobro.

Por volta de 1847, era um lugar onde tropeiros vindos de Montes Claros, Brasília, Pirapora e Coração de Jesus paravam para descansar. Foi nesta época que Liberato Nunes de Azevedo se estabeleceu na região, construindo um rancho. Com o tempo, mais famílias foram se instalando ao redor do rancho. Mais tarde, prolongamento da estrada de ferro Central do Brasil atingiu a localidade, impulsionando seu desenvolvimento. Formava-se, então, o povoado chamado de São Gonçalo das Tabocas (LASSANCE, 2021).

Em 1908, com a inauguração da estação por onde passava a estrada de ferro Central do Brasil que recebeu o nome de Lassance em homenagem ao chefe de construção – o engenheiro Ernesto Antônio Lassance, o povoado também passa a ter o nome do engenheiro. Foi elevado a distrito de Pirapora em 1923 e, em 1953, tornou-se município (IBGE, 2010). Lassance é mundialmente conhecida por ter sido o local onde o infectologista Carlos Chagas identificou a Doença de Chagas e o protozoário causador da infecção, o *Trypanossoma cruzi*. Carlos Chagas foi designado, em 1907, para cuidar dos trabalhadores da Ferrovia Central do Brasil que estava sendo construída na região (IBGE, 2010).

Atualmente, o município vive basicamente da agricultura (café, fumo, mamão, mandioca, milho, banana, uva) e da produção de cigarro artesanal. Existem áreas de

reflorestamento com eucalipto para a produção de carvão vegetal e pecuária de corte, assim como empresas de agronegócio. Apresenta apenas 3,8% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado. possui oito escolas municipais e duas estaduais, sendo quatro no perímetro urbano e seis nas zonas rurais e nove de ensino fundamental e uma de ensino médio (IBGE, 2010).

1.2. O sistema municipal de saúde

A atenção primária do município de Lassance conta com a infraestrutura do Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes (Policlínica) e de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) denominadas UBS Dr. Carlos Chagas (no Centro da cidade), UBS no Bairro Bela Vista e UBS no Bairro Nova Lassance. Ademais, as comunidades rurais, tais como, Santa Maria, Brejo e Morada Nova também possuem Postos de Saúde. Totaliza, portanto, 100% de cobertura populacional.

O atendimento odontológico é realizado em todas as UBS e postos de saúde nas zonas rurais, sendo a equipe formada por cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnica de saúde bucal, atendendo urgência/demanda espontânea, por agendamentos, além de ações de prevenção e promoção a saúde. Para os atendimentos das especialidades em odontologia são realizados encaminhamentos para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município vizinho de Várzea da Palma, referência da região.

Para apoiar as equipes de Saúde da Família, o município conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com atuação dos profissionais educador físico, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo.

No que se refere à média complexidade, o município oferece atendimentos de ortopedia, dermatologia e ginecologia no Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes. As demais especialidades são referenciadas para o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) localizado no município de Pirapora, que atende 10 especialidades: urologia, ginecologia, obstetrícia, angiologia, nefrologia, cardiologia, endocrinologia, oftalmologia, pediatria e mastologia. Ainda, de acordo com a Programação Pactuada Integrada, o município tem cota programada para os municípios de Belo Horizonte, Curvelo, Montes Claros e Várzea da Palma.

O município conta, também, com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1 e um Centro de Reabilitação Física, com uma unidade no centro da cidade, uma na comunidade do Brejo e uma na comunidade de Santa Maria, além de atendimento domiciliar. O setor também é responsável pelo encaminhamento de pacientes ao Centro de Órtese e Prótese em Montes Claros, onde eles recebem, de acordo com sua necessidade, próteses e meios auxiliares de locomoção, como andadores e cadeiras de rodas. Os encaminhamentos da atenção primária para a atenção secundária, podem ser feitos no próprio município (no caso de algumas poucas especialidades) ou para municípios vizinhos, como o CEAE de Pirapora, o CAPS Infantil e o Centro Mais Vida em Montes Claros, via Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Os atendimentos de urgência e emergência são feitos no Centro de Saúde, que possui funcionamento contínuo 24h/dia. Para os casos que necessitam de encaminhamento, pelo fato de Lassance não contar com instituição hospitalar, faz-se o referenciamento, principalmente para os municípios vizinhos de Várzea da Palma (Hospital Ataíde Correa), Pirapora (Hospital Moises Magalhaes Freire) e Montes Claros (Hospital Dílson Godinho).

Em relação ao serviço de apoio diagnóstico, o município conta com o laboratório municipal onde são realizados exames, além dos dois laboratórios conveniados do Consorcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF). O município também possui serviço de Raio X e eletrocardiograma.

A assistência farmacêutica é realizada de forma centralizada na sede da Farmácia de Minas. O município possui sistema de informação em saúde próprio chamado sistema de informatização VIVVER (prontuário eletrônico) onde estão sendo informatizados todos os serviços da rede de saúde.

Em Lassance predomina o modelo de atenção às condições agudas. O sistema de saúde ainda é incipiente com vários aspectos que precisam ser aprimorados para um funcionamento em rede de atenção à saúde.

1.2 Aspectos da comunidade

O NASF não possui uma sede estruturada, o que facilitaria atingir uma maior abrangência de cobertura. A equipe dá suporte a todas as três Unidades da Estratégia

Saúde da Família (ESF). As ESF dos bairros são responsáveis pelos postos das zonas rurais. A ESF do bairro Nova Lassance é responsável pelos atendimentos das comunidades Morada Nova, Resfriado, Piedade, Gentil, Barro Branco, entre outras. A ESF do bairro Bela Vista fica responsável pelas comunidades rurais Brejo, Onça, Tira Barro, Santa Maria, entre outras. Conforme cronograma previamente planejado, uma vez na semana uma equipe multidisciplinar é direcionada para atendimento em alguma comunidade.

1.4 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O NASF foi criado por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolubilidade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da atenção básica. Conforme a normativa ministerial, o NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à atenção primária como ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais; educação em saúde para a população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2008).

Assim, a organização dos processos de trabalho, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc.

Ainda, as ações devem priorizar algumas áreas estratégicas, tais como: saúde da criança/do adolescente; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

1.5 A equipe do NASF

A equipe é composta por um fisioterapeuta, um psicólogo, um nutricionista e um profissional de educação física.

1.6 O funcionamento do NASF

As atividades da equipe do NASF são realizadas de segundas às sextas-feiras, das 07:00 às 16:00 horas, com intervalo de 1h para almoço. A equipe do NASF não possui uma estrutura física própria, sendo necessário utilizar o espaço das UBS para as ações e os serviços de saúde prestados.

Os atendimentos ficam sob a responsabilidade da recepção de cada ESF e os retornos variam dependendo da necessidade de cada caso, podendo ser semanalmente ou a cada 15 dias. Os registros ficam armazenados em arquivos com tranca e agora também está sendo introduzido no município o sistema do programa Vivver com prontuário eletrônico.

Os agendamentos para as comunidades rurais vão de acordo a agenda das ESF dos bairros, por exemplo, o carro com a equipe multidisciplinar do bairro Nova Lassance se desloca toda terça-feira para uma zona rural diferente e na quinta-feira os atendimentos são feitos na comunidade rural de Morada Nova. A equipe do bairro Bela Vista, todas as quartas e sextas-feiras também se organiza para atendimento em uma zona rural diferente. O cronograma de trabalho é feito mensalmente, para assim, alcançar todas as comunidades rurais durante o mês.

1.7 O dia a dia do NASF

No município, cada profissional possui sua agenda de atendimento individual e agenda de ações coletivas:

- O atendimento pela fisioterapia é por encaminhamento pelo médico ou enfermeiro das UBS. Também são realizados atendimentos domiciliares e atividades coletivas em eventos municipais. A equipe realiza o planejamento das ações conforme necessidades identificadas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) ou em datas simbólicas como outubro rosa, novembro azul, etc.
- Os atendimentos psicológicos são realizados nas UBS urbana e rural, por agendamento através de encaminhamento. São realizadas também visitas domiciliares, atividades coletivas de prevenção e promoção à saúde.

- Os atendimentos nutricionais são realizados nas ESF urbana e rural por agendamento ou visitas domiciliares semanais. As ações de atividade coletivas são programadas juntamente com as equipes de saúde mensalmente.
- Os atendimentos do educador físico acontecem com grupos de idosos (hipertensos, diabéticos). Executam, também, ações de orientações junto as escolas no Programa Saúde na Escola.

Para planejamento e avaliação das ações são feitas reuniões mensais com as equipes das ESF em que se elabora um cronograma com todas as atividades a serem realizadas pelo Educador Físico, Nutricionista, Fisioterapeuta e Psicóloga.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Foi utilizado o método da estimativa rápida para análise da situação de saúde do território e levantamento dos problemas de saúde. Este método é ideal para se obter informações sobre os problemas do território em um curto período de tempo e sem gastos.

Dentro da realidade do município de Lassance e da atuação no NASF, foi possível levantar alguns problemas que necessitam de atenção e cuidado por parte da equipe.

- Número crescente de idosos no município, principalmente com baixas renda e escolaridade o que dificulta o tratamento, principalmente das doenças crônicas.
- Violência doméstica contra mulheres. Tem aumentado o número de mulheres em situação de violência, principalmente após a pandemia, que provavelmente agravou a situação.
- Vulnerabilidade social na gestação: baixa renda, condições precárias de moradia, acesso escolar fragilizado influenciam negativamente a saúde principalmente de jovens, elevando o número de casos de gravidez na adolescência no município.
- Piora na saúde mental dos usuários do serviço na pós pandemia. A pandemia acarretou um aumento importante na prevalência de ansiedade e depressão de crianças, jovens e adultos decorrente do isolamento, medo de infectar, morte

de entes queridos, entre outros. Houve, também, uma interrupção dos atendimentos durante este período o que agravou a situação.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Após identificar os problemas mais relevantes, foi feita priorização dos que serão enfrentados. Essa priorização considerou a importância dos problemas diagnosticados, sua urgência e a própria capacidade de enfrentá-los (Quadro 1):

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional do município de Lassance, Minas Gerais. 2021.

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/ Priorização**** |
|---|--------------|------------|--------------------------------|--------------------------|
| Vulnerabilidade social na gestação | Alta | 8 | Parcial | 2 |
| Número crescente de idosos de baixas renda e escolaridade | Alta | 7 | Parcial | 3 |
| Atendimento inadequado de mulheres em situação de violência doméstica | Alta | 9 | Parcial | 1 |
| Piora da saúde mental dos usuários pós pandemia | Alta | 6 | Parcial | 4 |

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Para elaboração do plano de intervenção, após a análise dos problemas e a pontuação obtida nos quesitos de priorização, definiu-se como prioritário o problema relativo à violência doméstica contra mulheres.

2 JUSTIFICATIVA

A violência contra mulheres é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pois pode provocar lesões imediatas, infecções e algum tipo de transtorno mental, afetando negativamente a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres. O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra a magnitude do problema, sendo que uma a cada três mulheres (736 milhões de pessoas) passa por algum tipo de violência física ou sexual, principalmente pelo parceiro (WHO, 2021).

É importante uma atenção à saúde adequada, que foca no cuidado, na prevenção e no enfrentamento da violência que atinge mulheres e meninas. O que se espera dos serviços de saúde é que essas mulheres sejam ouvidas de forma humanizada, que tenham um acolhimento onde sintam-se à vontade para relatarem aquilo que passou, conhecerem seus direitos e sentirem que estão amparadas. Para que isso ocorra, os serviços de saúde devem promover espaços de escuta e profissionais capacitados e qualificados para atender mulheres nesta condição.

No município de Lassance, é possível observar, nos atendimentos como psicóloga e nas discussões com os colegas de trabalho, que muitas mulheres sofrem algum tipo de violência doméstica de seus parceiros, seja ela física, moral, psicológica ou econômica, além das ameaças frequentes. Em alguns casos foram identificados transtorno depressivo, de ansiedade ou de pânico, abuso de álcool e benzodiazepínicos e até mesmo ideação suicida.

Os serviços de saúde não têm condições de ofertar um espaço acolhedor para essas mulheres, para a realização de um cuidado adequado. Os profissionais, em geral, não estão preparados para esse tipo de atendimento e para uma escuta qualificada para essas mulheres. Além disso, muitas delas não consideram o ato como violência, o que limita a atenção da equipe de saúde. Inclusive é comum observar a dificuldade enfrentada pelos profissionais frente a esta questão, como insegurança na abordagem dos casos.

É necessário que haja uma atenção especial a estas mulheres e uma escuta humanizada que auxilia nas tomadas de decisões diante da denúncia. Sofrer uma agressão acarreta traumas e sofrimento que podem somente perpassar pela vida ou ir além, tornando-se enfermidades crônicas capazes de desencadear mais uma série

de outros problemas. Portanto, considera-se relevante enfatizar o papel da psicologia frente ao atendimento às vítimas de violência doméstica do município.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o atendimento à mulher vítima de violência doméstica no município de Lassance, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- a) Criar um espaço acolhedor para escuta qualificada das mulheres vítimas de violência doméstica.
- b) Sensibilizar as mulheres sobre a temática da violência doméstica.
- c) Qualificar os profissionais para melhor atender as mulheres vítimas de violência doméstica.

4 METODOLOGIA

A proposta de intervenção foi elaborada após o diagnóstico situacional, utilizando o método da estimativa rápida para identificação dos problemas, tendo sido identificada a violência doméstica como problema prioritário. O plano de intervenção incluiu ações voltadas para orientações e conscientização das vítimas, através de atividades educativas envolvendo os setores da saúde, educação e assistência social.

O plano de intervenção foi elaborado de acordo com o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018) que inclui identificação dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos necessários para implementação da proposta e plano de ação para enfrentamento do problema prioritário.

Para a fundamentação teórica deste trabalho foi realizada a revisão da literatura nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e sites do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram utilizados os descritores: violência doméstica, violência contra a mulher, atenção primária a saúde.

Para a redação do texto, foram seguidas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações do módulo de Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Violência doméstica contra mulheres: definição e dados epidemiológicos

A violência doméstica contra a mulher é um grave problema de saúde pública global, sendo considerada uma violação dos direitos das mulheres. É reconhecido como um grave e pervasivo fenômeno que afeta a vida e a saúde das mulheres, acentuando ainda mais as iniquidades de gênero (WHO, 2021). Envolve todo tipo de violência física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral praticada contra a mulher praticada no contexto familiar (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a violência doméstica contra mulheres afeta a saúde mental, física, sexual e reprodutiva das mulheres e pode inclusive aumentar o risco de infecção pelo HIV em determinadas situações (WHO, 2021). Dados de relatório da WHO de 2018 mostram que 641 milhões de mulheres com mais de 15 anos foram submetidas a violência física e/ou sexual pelo menos uma vez na vida. O maior percentual de violência ocorre com mulheres entre as idades de 20 a 44 anos. Aproximadamente 30% das mulheres com idades entre 15 e 49 anos em todo o mundo já foram submetidas a algum tipo de violência física ou sexual (WHO, 2021).

No Brasil, o 16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2022, realizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) aponta que a cada hora, 26 mulheres sofrem agressão física no país. Lesão corporal dolosa é a agressão que coloca em risco a vida da vítima, e registros vem aumentando ao longo dos anos. Houve um aumento de violência doméstica contra mulheres, tendo sido registrados, em 2021, 230.861 casos de agressões por violência doméstica, 619.353 chamadas ao 190, o que significa um aumento em relação a 2020 de 0,6% e 4% respectivamente (FBSP, 2022).

Importante ressaltar o impacto da pandemia da corona vírus (COVID-19) nestes números. A WHO, em 2020 chamou a atenção sobre a importância de considerar a violência contra mulheres como uma prioridade em saúde pública. As medidas adotadas nos países para conter a pandemia como *lockdown* e regras de

distanciamento acarretou um aumento nos relatos e nas denúncias de violência doméstica, principalmente pelo parceiro próximo (WHO, 2021). No Brasil, uma em cada quatro brasileiras com mais de 16 anos sofreu algum tipo de violência, o que representa um universo de 17 milhões de mulheres vítimas de violência física, psicológica ou sexual neste período (FBSP, 2022).

5.2 Histórico e a Lei Maria da Penha

A violência cometida pelo companheiro, marido ou namorado, pode ocorrer em quaisquer circunstâncias, seja inferiorizando a mulher ou impulsionando a violência cometida contra elas. Pode ocorrer por medidas que levam a traumas físicos e psicológicos decorrentes de espancamentos ou de violência verbal e que acarretam medo e constrangimento.

Ao longo da história, as mulheres foram taxadas como sensíveis, frágeis, delicadas e generosas. Assumiram um papel de subordinação e sofreram com o preconceito por ser considerada inferior ao homem. Eram dois os caminhos possíveis para o seu futuro: viver em um convento ou se casar, na maioria das vezes com marido escolhido por sua família. Havia, também, o fato de que poucas mulheres conseguiam ser alfabetizadas (PINSKY, 1994).

À figura masculina cabia a soberania. A crueldade era frequente; as mulheres sofriam maus-tratos, caso violassem alguma ordem do marido ou discordassem de qualquer regra. O espancamento era visto como algo comum nos casos de infidelidade da mulher. Não era passível de punição o assassinato da mulher pelo marido, visto que estava protegendo sua honra e dignidade (COTRIM, 2010).

Com o início da segunda guerra mundial a mulher conseguiu sua independência em relação aos homens. Houve um crescimento dos movimentos feministas, que lutavam pela isonomia entre os sexos. A busca pela igualdade de gênero se tornou mais forte e os direitos da mulher passaram a ficar em destaque, conseguindo, a partir desse momento, a igualdade salarial (COTRIM, 2010).

A partir da década de 1970, o tema da violência contra a mulher ganhou grande relevância e um destaque maior ainda no século XXI. O processo do Movimento Feminista no Brasil estabeleceu-se principalmente por meio das participações na esfera do Estado, o que permitiu sua legitimação, seu reconhecimento e tornou-se um

meio de reivindicação e pressão sobre o governo (ALVES; ALVES, 2013). O movimento feminista tem o desafio permanente de se constituir em uma unidade de caráter social, ou seja, o movimento luta não só pelos interesses das mulheres como também luta por transformação radical da sociedade como um todo.

A mulher modernizou e passou a sair de casa para conseguir trabalho, a ser de sua escolha ter ou não filhos, a escolher seu marido ou até mesmo a não se casar. Enfim, a mulher conseguiu a liberdade pretendida; começou a tomar suas próprias decisões, sendo capaz de comandar a sua própria casa e de educar seus filhos à sua maneira (COTRIM, 2010).

Mas, apesar de toda a evolução, a violência contra a mulher permanece como uma realidade que amedronta, pois é um fato que infringe os seus direitos sejam qual for sua etnia, idade, status social e cultura (TELES, 2009).

A própria expressão "violência contra a mulher" foi assim concebida por ser praticada contra pessoa do sexo feminino, apenas e simplesmente pela sua condição de mulher. Essa expressão significa a intimidação da mulher pelo homem, que desempenha o papel de seu agressor, seu dominador e seu disciplinador. (TELES; MELO 2013, p. 19).

Ao longo dos anos, o pioneirismo e a coragem de determinadas mulheres levaram a conquistas importantes relacionadas à proteção das mulheres vítimas de violência no Brasil. Esse movimento culminou na criação da Lei 11.340/2006 conhecida como Lei Maria da Penha que cria mecanismos para diminuição da violência de gênero (BRASIL, 2012).

Nesses termos, de acordo com a Lei Maria da Penha, a agressão à mulher deve ser analisada em seu contexto, ou seja, se há relação doméstica/familiar e/ou a existência de uma relação íntima de afeto, conforme dispõe o artigo 5º desse regramento legal. Para a sua aplicação, deve a violência estar baseada no gênero, como aduz o art. 5º, caput: "Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero" (BRASIL, 2006).

A lei destaca o quesito do gênero feminino ao entender que há uma carga cultural e histórica, reforçando o patriarcado, bem como a dominação do homem sobre a mulher, a qual tem o papel inculcado de submissão àquele, havendo uma padronização de gênero social que desprivilegia a mulher, e que, por estar calcada nas estruturas da sociedade, acaba, ainda, por refletir no comportamento dos atores

sociais, com relacionamentos sendo balizados pelo fator hierarquia de um sexo em detrimento de outro (BRASIL, 2006).

Segundo Massuno (2012), as delegacias da mulher compõem ainda a principal política pública no combate à violência contra a mulher. A partir dos anos 2000, a instrução do Estado brasileiro tem sido a de amplificação de redes de serviços além dessas delegacias. Sobretudo vale ressaltar que as Delegacias da Mulher ainda não são compostas de maneira prevista a sua proposta legal, não se constitui apenas por mulheres, tampouco conta com o apoio dos profissionais da Psicologia e Serviço Social.

5.2 A rede de apoio a violência doméstica contra mulheres

Ao longo dos anos, a questão da violência doméstica, a sua definição e as políticas e estratégias de intervenção, entre outros aspectos que a envolvem, sofreram progressivas evoluções conceituais. Estas diferentes formas de abordar o problema assentam em construções da realidade e do mundo diversas, quer científicas quer políticas ou ainda no nível das ideologias e da cultura dominantes que caracterizam determinada sociedade em determinada época.

A identificação dos casos de violência é a fase primordial da atuação profissional. No caso das eSF, esse processo apresenta potenciais vantagens por conta da facilidade de acesso e do vínculo com as comunidades.

A dificuldade em identificar as vítimas de violência relaciona-se ao fato de que a demanda explícita por atendimento em decorrência desses abusos é considerada baixa, mesmo com a presença deste problema no cotidiano dos usuários. De maneira geral, a busca de atendimento é motivada pelos sintomas decorrentes das agressões, e a assistência oferecida nos serviços de saúde acaba por se restringir ao tratamento de lesões e ferimentos.

Diante da não manifestação explícita das vítimas de violência, os profissionais de saúde devem estar sensibilizados quanto ao problema e atentos aos sinais, sintomas e indicativos das agressões para que se consiga identificar os casos. Esta situação da baixa manifestação explícita para o atendimento das situações de violência doméstica e sexual pode indicar duas situações. Uma motivada pelo medo do agressor, vergonha ou naturalização da violência. E outra pelo não reconhecimento

do setor saúde, especialmente da Atenção Primária à Saúde, como serviço adequado para a busca de atenção e apoio. Observa-se, pois, que a violência doméstica é marcada por invisibilidade, silêncio e negação. A invisibilidade da violência tem sido discutida em muitos estudos e pode estar relacionada à restrita atuação do setor saúde, que, muitas vezes, limita-se a agir na perspectiva queixa/condução (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009; SANTOS; VIEIRA, 2011; SANTOS *et al.*, 2011).

A constituição e o fortalecimento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência devem ser compreendidos no âmbito do I e II Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM) e, em especial, da Política e do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que estabelecem os conceitos, as diretrizes e as ações de prevenção e combate à violência. No período anterior à criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, a atuação governamental não se traduzia, de fato, em uma política de enfrentamento à violência, estando concentrada no atendimento via Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e no encaminhamento das mulheres às casas-abrigo (BRASIL, 2011)

A infraestrutura social de atendimento às mulheres em situação de violência, colocada à disposição da sociedade, era ainda muito precária, tanto nos termos de quantidade de serviços ofertados, quanto pela inexistência de uma articulação entre os serviços que propiciasse a constituição de uma rede. A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) representou um importante marco para a constituição de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência, na medida em que foram garantidos recursos para a criação de serviços e para a implementação de políticas públicas integradas de enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL,2011).

Assim, com a criação da SPM, em 2003, as ações mudaram de foco e ganharam nova envergadura, com o início da formulação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que lança diretrizes para uma atuação coordenada dos organismos governamentais nas três esferas da federação. e, em 2007, o lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres consolida a necessidade de uma rede articulada de atendimento à mulher (BRASIL,2011).

A atuação governamental, portanto, deixa de constituir apenas o apoio a serviços emergenciais e a campanhas isoladas, avançando para uma atuação mais

ampla que contempla, além do apoio a serviços especializados as seguintes ações: a capacitação de agentes públicos para prevenção e atendimento; a criação de normas e padrões de atendimento; o aperfeiçoamento da legislação; o incentivo à constituição de redes de serviços; o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e a ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de Segurança Pública (BRASIL, 2011)

Para além do Pacto e Política Nacional de Enfrentamento à Violência, podem ser citados como importantes marcos para o fortalecimento da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, a promulgação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e a criação, em 2005, da Central de Atendimento à Mulher, Ligue 180 (BRASIL,2011). A Lei Maria da Penha prevê, como uma das estratégias de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher, que “a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente (BRASIL,2011).

O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições/ serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (BRASIL,2011).

Portanto, a rede de enfrentamento tem por objetivos efetivar os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres - combate, prevenção, assistência e garantia de direitos. A rede de atendimento à mulher em situação de violência está dividida em quatro principais setores/áreas (saúde, justiça, segurança pública e assistência social (BRASIL, 2011).

Os serviços não-especializados de atendimento à mulher que, em geral, constituem a porta de entrada da mulher na rede (a saber, hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de

Referência Especializados de Assistência Social/CREAS, Ministério Público, defensorias públicas) e os serviços especializados de atendimento à mulher são aqueles que atendem exclusivamente a mulheres e que possuem expertise no tema da violência contra as mulheres (BRASIL,2011).

No que tange aos serviços especializados, a rede de atendimento é composta por: Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Centros Integrados da Mulher), Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório (Casas-de-Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Postos ou Seções da Polícia de Atendimento à Mulher), Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Ouvidoria da Mulher, entre outros (BRASIL,2011).

Conhecer os diversos serviços que compõem a rede de atenção e prevenção da violência é um passo importante para a articulação intersetorial. No entanto, é preciso modificar o processo de trabalho dos profissionais, pois há, em geral, dificuldades destes em trabalhar, pensar e agir em rede. As atitudes profissionais ainda estão demarcadas por trabalhos isolados e desarticulados, o que evidencia a dificuldade de se operacionalizar a abordagem interdisciplinar tão necessária ao enfrentamento da violência. (MOREIRA *et al.*, 2008)

O modelo de atuação em rede é o mais indicado para a abordagem da violência, uma vez que as relações ocorrem de forma horizontalizada e qualquer um dos serviços pode atuar como porta de entrada para a atenção às vítimas. Por meio de ações articuladas, intersetoriais e multiprofissionais, o trabalho das redes fornece a vítimas e familiares suporte jurídico, psicossocial e de saúde, o que amplia a possibilidade de solução do problema (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Segundo Moreira *et al.* (2008), existe, no âmbito das ESF, grande quantidade de atividades a serem desenvolvidas e um exíguo tempo de trabalho disponível para dar conta das atribuições. Tal equação desencadeia, com frequência, a realização de atendimentos rápidos, superficiais e direcionados para os sintomas apresentados, sem a devida preocupação sobre as causas ou determinações do problema.

O tema da violência doméstica é de grande relevância para a Saúde Coletiva, especialmente por sua invisibilidade e natureza multifacetada, o que demanda

maiores desafios aos profissionais e serviços de saúde. Importante destacar que o setor saúde precisa, no enfrentamento da violência doméstica e sexual, buscar o fortalecimento da articulação intersetorial, com a integração de todos os segmentos sociais envolvidos e a atuação em rede. Só assim será possível atingir uma atenção digna e integral à mulher (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009; SANTOS; VIEIRA, 2011; SANTOS *et al.*, 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema da violência doméstica contra mulheres no município de Lassance, Minas Gerais. Os quadros seguintes mostram o desenho das operações. Para cada causa selecionada como “nó crítico”, foram detalhados as operações, o projeto, os resultados e os produtos esperados e os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Foi realizada de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A temática violência doméstica contra mulheres é sempre um assunto muito delicado e acaba dividindo opiniões. No município de Lassance, é possível observar, nos atendimentos como psicóloga e nas discussões com os colegas de trabalho, que muitas mulheres sofrem algum tipo de violência doméstica de seus parceiros, seja ela física, moral, psicológica ou econômica, além das ameaças frequentes.

Os serviços de saúde não têm condições de ofertar um espaço acolhedor para essas mulheres, para a realização de um cuidado adequado. Os profissionais, em geral, não estão preparados para esse tipo de atendimento e para uma escuta qualificada para essas mulheres. Além disso, muitas delas não consideram o ato como violência.

É necessário que haja uma atenção especial a estas mulheres e uma escuta humanizada que auxilia nas tomadas de decisões diante da denúncia. Sofrer uma agressão acarreta traumas e sofrimento que podem somente perpassar pela vida ou ir além, tornando-se enfermidades crônicas capazes de desencadear mais uma série de outros problemas. Portanto, considera-se relevante enfatizar o papel da psicologia frente ao atendimento às vítimas de violência doméstica do município.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

É comum, nos dias de hoje, mulheres sofrerem com a violência doméstica no nosso país, sendo que está ocorrendo em mulheres cada vez mais jovens. Muitos são

os fatores que podem ser responsáveis pela violência doméstica contra a mulher. Um dos principais motivos alegados por agressores em casos de violência doméstica e um dos que mais aparecem em processos judiciais sobre a violência doméstica é o ciúme. Podem ocorrer, também, por problemas familiares, financeiros, desemprego que levam a pessoa, muitas vezes, a um desequilíbrio emocional, fazendo com que alguns indivíduos que já estariam propensos a praticarem violência doméstica, de fato pratiquem. Ainda, pode-se listar as bebidas alcoólicas e drogas que apesar de não causarem, por si só, a violência doméstica, são, na verdade, facilitadoras para que ela ocorra.

Ao analisar o problema é importante fazer menção da falta de conhecimento das mulheres sobre o assunto, sendo que muitas acham que as atitudes violentas dos companheiros são normais ou que por medo do abandono ou de ficar sozinha, por retaliação, por pressão social e/ou religiosa, preferem manter a relação.

É importante também ressaltar que, existe um preparo inadequado dos profissionais saúde para acolher essas mulheres na totalidade de sua vulnerabilidade, por causa dos afazeres do dia a dia.

E, a ausência de um espaço que permita ofertar esse ambiente acolhedor, onde as vítimas poderão conversar abertamente.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

1. Ausência de um espaço acolhedor para fazer o atendimento especializado;
2. Falta de conhecimento das mulheres sobre a violência doméstica;
3. Preparo inadequado dos profissionais das estratégias de saúde da família para lidar com a violência doméstica.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulheres”, na população do município de Lassance, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|---|
| Nó crítico 1 | Ausência de um espaço acolhedor e com escuta qualificada para as mulheres vítimas de violência doméstica. |
| 6º passo: operação (operações) | Ofertar um espaço acolhedor e com escuta qualificada para as vítimas de violência doméstica. Restabelecer a autoconfiança à mulher vítima de violência doméstica |
| 6º passo: projeto | <i>Espaço de escuta</i> |
| 6º passo: resultados esperados | Espaço adequado que propicie condições para uma escuta de qualidade e, com isso, reduzir a desistência das denúncias |
| 6º passo: produtos esperados | Equipes mobilizadas para uma maior atenção quando se tratar de violência. Organização de campanhas. |
| 6º passo: recursos necessários | Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político: mobilização social e articulação intersetorial com a rede Financeiro: recursos para conseguir melhor espaço para acolhimentos, além de recursos para materiais educativos. |
| 7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos | Cognitivo: estratégias de comunicação e visibilidade Político: e articulação intersetorial com a rede de ensino e de saúde Secretaria Municipal de Saúde e coordenadores da eSF do município (motivação favorável); Articulação entre os profissionais (motivação favorável) |
| 8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas | Reuniões intersetoriais com secretários da saúde, assistência social e educação |
| 9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos | Psicóloga NASF Apoio das equipes da ESF Prazo para iniciar será de 30 dias |
| 10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Orientações sobre o espaço para acolhimento; Rodas de conversas nas eSF do município informando sobre o espaço e sobre a importância de não passar por um momento desse sozinha. Orientações sobre autoestima e autoconfiança. |

Fonte: autoria própria (2021)

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Violência doméstica contra a mulher”, na população do município de Lassance, estado de Minas Gerais

| | |
|--|--|
| Nó crítico 2 | Falta de conhecimento das mulheres sobre a violência doméstica |
| 6º passo: operação (operações) | Ampliar o nível de informação da população e de conhecimento conceitual da equipe sobre quais são os tipos de violências existentes e como identificá-las. |
| 6º passo: projeto | <i>Cuide-se</i> |
| 6º passo: resultados esperados | População mais bem informada sobre o que é e quais as violências existentes e, também, equipe com maior nível de conhecimento |
| 6º passo: produtos esperados | Reuniões quinzenais com equipe NASF e da ESF. Capacitação da equipe de frente. Nível de informação da população estabelecido e estratégias definidas. |
| 6º passo: recursos necessários | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro: recursos para aquisição de folhetos informativos e realização de campanhas |
| 7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos | Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social Gestor das UBS e do setor de Educação (motivação favorável). Secretaria Municipal de Saúde (motivação favorável) |
| 8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas | Secretaria Municipal de Saúde, equipe das eSF e NASF. Reunião entre gestão, equipes de eSF e NASF. |
| 9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos | Psicóloga NASF e enfermeiras das ESF do município Prazo para iniciar será de 30 dias |
| 10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Capacitações sobre o tema violências Capacitações sobre o autocuidado e autoestima Rodas de conversas nas ESF |

Fonte: autoria própria (2021)

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulheres”, na população do município de Lassance, estado de Minas Gerais

| | |
|--|---|
| Nó crítico 3 | Falta de capacitação dos profissionais da saúde para lidar com a violência doméstica contra mulheres |
| 6º passo: operação (operações) | Ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde para um atendimento adequado à mulher vítima de violência doméstica |
| 6º passo: projeto | <i>Linha de cuidado</i> |
| 6º passo: resultados esperados | Equipe mais bem informada sobre o que é e quais as violências existentes e também melhor preparo para o atendimento às mulheres |
| 6º passo: produtos esperados | Reuniões quinzenais com equipe. Capacitação da equipe de frente. |
| 6º passo: recursos necessários | Cognitivo: estratégias de comunicação Político: articulação intersetorial (educação e saúde) Financeiro: capacitações sobre a temática e folhetos informativos |
| 7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos | Cognitivo: estratégias de comunicação e divulgação capacitações sobre a temática e folhetos informativos Profissionais do NASF (motivação favorável). eSF (motivação favorável). Secretaria Municipal de Saúde (motivação favorável) Articulação entre equipes e NASF |
| 8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas | Roda de conversa para conhecer as percepções dos profissionais sobre violência doméstica e construção de estratégias de abordagem das mulheres |
| 9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos | Psicóloga NASF e enfermeiras das ESF do município Início em 30 dias |
| 10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Capacitação da equipe, Equipe especializada de apoio e avaliar o atendimento das equipes às mulheres que chegam para atendimento e sofreram violência doméstica |

Fonte: autoria própria (2021)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que são necessárias políticas públicas que visam a modificar o cenário de discriminações e incompreensões quando se trata dos direitos garantidos à mulher. Para tal, é necessária ação de diversos programas dos ministérios da Educação, Saúde e Segurança Pública. A proposta de um espaço para acolhimento e escuta qualificada à essas mulheres no atendimento NASF ainda não goza desses serviços, mesmo compreendendo a importância do mesmo.

É necessário que os profissionais que atuam nas instituições sejam treinados e capacitados para melhor lidar com as vítimas de forma mais humanizada e sigilosa. É preciso que haja, também, uma escuta acolhedora, que leve em consideração possíveis consequências psicológicas que a violência trás para a vida dessas vítimas. Dessa forma, faz-se necessário a oferta do acolhimento por profissionais capacitados dentro das unidades de ESF, onde a mulher possa ser ouvida de forma acolhedora e humanizada, para que possa entender a situação de violência em que se encontra com a ajuda do profissional da psicologia.

É importante ressaltar que todas as iniciativas de formação dos profissionais da rede de atendimento são realizadas no âmbito do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em parceria com os órgãos do Governo Federal mais diretamente envolvidos com o atendimento às mulheres (saúde, justiça, assistência social e segurança pública), tais como: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Justiça e Conselho Nacional dos Procuradores Gerais de Justiça.

REFERENCIAS

ALVES A. C.; ALVES, S. K. **As trajetórias e lutas do movimento feminista no Brasil e o protagonismo social das mulheres.** IV Seminário CETROS Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social, 2013. Disponível em: http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/69-17225-08072013-161937.pdf. Acesso em: 29 jun. 2022.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação.** v. 13, n. 28, p. 165-74, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **DOU.** n. 43, Seção 1, fls. 38 a 42, 04/03/2008

BRASIL. **Lei nº 13.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Brasília, DF: 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em 30 jun 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica em Saúde (SAGE).** Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>. Acesso em: 30 jun2022.

BRASIL. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 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: 03 nov 2022

BRASIL. Presidência da República. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra a Mulher – Agenda Social -** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Mimeografado. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 03 nov. 222

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha. Lei nº 11.340/2006.** Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em:

<https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/08/SPM-publicacao-Lei-Maria-da-Penha-edicao-2012.pdf>. Acesso em 2 ago. 2022.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Iniciacao-metodologia-versao-final.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

COTRIM, G. **Fundamentos da filosofia:** história e grandes temas. São Paulo: Saraiva, 2010. Edição especial.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-50, 2009.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2022.** Disponível em: <https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2022/06/anurio-2022.pdf>. Acesso em: 30 out. 2022.

GOMES, K. O. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 20, n. 4, p. 1143-64, 2010.

HEISE, L. ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. **Ending Violence against Womem.** Baltimore, USA: Population Reports, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS - IBGE. **Censo demográfico de 2010. Dados referentes ao Município de Lassance.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lassance/panorama>. Acesso em: 16 nov. 2021.

LASSANCE, Prefeitura Municipal. **História e Turismo.** Disponível em: <http://lassance.mg.gov.br/>. Acesso em: 18 nov. de 2021.

MASSUNO, E. Violência contra a mulher: delegacia de defesa da mulher, atribuições e problemas. *In* SILVA, M. A. M (org.), **Tratado temático de Processo Penal.** São Paulo, 2012, p. 141-168.

MOREIRA, S. N. T. *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 6, p. 1053-9, 2008.

PINSKY, J. **As primeiras civilizações.** 138 ed. São Paulo: Atual, 1994.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Publica**, v. 13, n. 4, p. 703-16, 2011.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto-SP, na perspectiva de informantes-chave. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 15, n. 36, p. 93-108, 2011.

SANTOS, F.P.A. *et al.* Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 267-81, 2011

TELES, M. A. A.; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2013, pág. 10-66.

TELES, M. A. A. **Breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2009

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Violence against women prevalence estimates, 2018**. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. WHO, and United Nations Development Programme - UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO- World Bank and Research Training in Human Reproduction (HRP) for the Work Group on behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women estimation and data. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em: 5 abr. 2022.