

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Lidiane de Cassia Amaral Martins*
Ethel Bastos da Silva**
Marta Cocco da Costa***
Isabel Cristina dos Santos Colomé****
Dariele Gindri Resta Fontana*****
Alice do Carmos Jahn*****

RESUMO

Neste estudo objetivou-se analisar o acolhimento à mulher na Estratégia Saúde da Família em situações de violência. De caráter qualitativo, do tipo descritivo, este estudo foi realizado com 53 profissionais de sete equipes da Estratégia Saúde da Família de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram produzidos pela técnica de observação não participante, registrados em diário de campo e analisados pela modalidade temática de Bardin. Os resultados mostram que os espaços físicos não propiciam condições de privacidade e acesso às mulheres em situação de violência. Parte dos profissionais preocupa-se em investigar situações de vida, mas a violência não. Uma das unidades tem identificado, no mapa inteligente, as mulheres em situação de violência e um fluxograma para atender a violência sexual. Conclui-se que é preciso repensar o acolhimento à mulher em situação de violência, propor a inclusão do problema na agenda e organizar os serviços com base na política.

Palavras-chave: Violência contra Mulher. Acolhimento. Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema global. Em nível mundial, uma em cada três mulheres sofreu ou vai sofrer violência. Esses números se modificam de acordo com os países, culturas sociais e políticas de enfrentamento à violência vigente. Na região das Américas, o percentual de mulheres que sofre violência é de 29,8%, e o Brasil está entre esses países⁽¹⁾.

Esse tipo de violência é um problema complexo e multicausal, o qual emerge das desigualdades existentes nas relações sociais construídas entre homens e mulheres, implicando na opressão de um gênero sobre o outro, ou seja, do masculino sobre o feminino. A violência de gênero, quando ocorre no espaço doméstico, na maioria das vezes o homem é o agressor⁽²⁾.

Sabe-se que essa realidade gera consequências na vida e na saúde das mulheres.

As que sofrem violência têm duas vezes mais probabilidade de ter depressão e de usar bebida alcoólica; na saúde sexual e reprodutiva elas têm maior probabilidade de gerar recém-nascido de baixo peso e de adquirir Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e outras doenças sexualmente transmissíveis. Das mulheres que sofrem violência, 42% sofrem lesão grave, e das mortes por violência, 38% foram seus parceiros íntimos os responsáveis⁽¹⁾.

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN), em 2014 foram atendidas 223.796 vítimas de algum tipo de violência, e duas em cada três dessas mulheres precisaram de cuidados de saúde, ou seja, a cada dia de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em alguma unidade de saúde⁽³⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se em um modelo reorganizador da Atenção Básica de Saúde (ABS), considerada porta de entrada do usuário no Sistema Único de

*Enfermeira, Graduada em Enfermagem, Palmeira das Missões, RS, Brasil. Email: lidi.a.martins@outlook.com

**Professora, Doutora em Ciências, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Palmeira das Missões, RS, Brasil. Email: ethebastos@hotmail.com

***Professora, Doutora em Enfermagem, UFSM, Palmeira das Missões, RS, Brasil. Email: marta.c.c@ufsm.br

****Professora, Doutora em Enfermagem, UFSM, Palmeira das Missões, RS, Brasil. Email: enfbel@yahoo.com.br

*****Professora, Doutora em Enfermagem, UFSM, Palmeira das Missões, RS, Brasil. Email: darielli2004@yahoo.com.br

*****Professora, Doutora em Enfermagem, UFSM, Palmeira das Missões, RS, Brasil. Email: jahnalice@gmail.com

Saúde (SUS). Na condição de modelo de atenção centrado na família implica aproximação entre a equipe multidisciplinar de profissionais e usuários de uma área de abrangência, o que possibilita desvelar problemas cujos determinantes são múltiplos e as ações para soluções são intersetoriais⁽⁴⁾.

Os serviços de ABS são locais de procura de cuidado das mulheres e podem ser de captação da violência, a qual não se apresenta declaradamente, mas está entre as demandas que as mulheres trazem. A ESF é considerada um *locus* privilegiado para acolher mulheres em situação de violência, pois o vínculo e a aproximação entre os profissionais e as mulheres podem favorecer a obtenção do relato desse problema e a construção de um projeto compartilhado de enfrentamento⁽²⁾.

A Política de Humanização da Saúde Nacional (PHSN) cita o acolhimento como diretriz conceitual que fundamenta o cuidado em uma lógica que respeita, aceita e legitima a demanda do usuário como necessidade de saúde. O acolhimento pressupõe uma postura dialógica entre profissionais e usuários e pode proporcionar a formação do vínculo a partir do qual se viabiliza a produção de um projeto de cuidado⁽⁵⁾.

Por sua vez, a escuta sensível possibilita o acesso dos usuários às tecnologias condizentes com as necessidades expressas e que todos sejam atendidos com base em prioridades definidas em avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. Adiciona-se a ambiência como condição que pode melhorar o trabalho em saúde e facilitar o encontro entre o profissional e o usuário⁽⁵⁾. Portanto, o diálogo, a escuta e o vínculo são considerados potencialidades de cuidado^(6,7,8). Porém, a estrutura das unidades de SF nem sempre está construída de modo a facilitar o acesso. Somam-se a isso as posturas sexistas e preconceituosas de alguns profissionais que reforçam a vivência emocional de vulnerabilidade das mulheres agredidas, mantendo-as no ciclo da violência⁽⁹⁾.

A proposta do acolhimento preconizada pelas políticas públicas no âmbito do SUS está distante de muitas realidades. Há um abismo entre o que recomenda a política e as práticas executadas nos serviços, principalmente quando o problema é a violência de gênero⁽⁶⁾.

A partir dessas considerações, neste estudo tem-se o objetivo de analisar o acolhimento às mulheres na ESF voltado a situações de violência.

METODOLOGIA

Estudo descritivo qualitativo realizado em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul nas sete unidades de SF. Para analisar os elementos que constituem a atenção, com base no referencial de acolhimento, os itens observados foram: *o espaço físico, a equipe, a organização e o funcionamento do serviço e o fluxo da assistência*.

A técnica de coleta de dados foi a observação não participante, modalidade em que o observador permanece na função de expectador, anotando as informações. Para isso, precisa ter conhecimento prévio do contexto, consentimento dos participantes, definição do que vai ser observado, os cenários, as pessoas e os comportamentos. O registros das informações é feito em diário de campo⁽¹⁰⁾.

Os dados foram coletados no período de março a julho de 2015. Antes de iniciar a observação, o pesquisador informou aos 53 profissionais das sete equipes da Estratégia Saúde da Família que aceitaram participar do estudo (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde - ACS) sobre o objetivo da pesquisa e de sua presença nesses locais de trabalho: obter as informações sobre o tema em estudo, durante três dias, nos turnos da manhã e tarde.

Os participantes observados tinham conhecimento acerca do objetivo do estudo, no entanto, não estavam cientes das questões específicas que constavam no roteiro de observação. Esse aspecto, aliado ao tempo de observação, minimizou os possíveis vieses.

Para o registro das observações, utilizou-se um roteiro composto por: estrutura física (recepção, salas de consulta de enfermagem, de consulta médica e de procedimentos); - espaço de acolhimento às usuárias para identificar existência de privacidade, conforto e segurança; - equipe, presença de vínculo entre os profissionais e as usuárias e como questionam sobre aspectos biopsicossociais da vida da mulher e violência; organização e

funcionamento das equipes da ESF, horário de atendimento, agendas de consultas, grupos e intensidade da demanda; fluxo de atendimento — o caminho percorrido pela usuária dentro da unidade.

O material empírico foi lido e destacaram-se as unidades que tinham o mesmo sentido, as quais foram lidas novamente e reagrupadas nas categorias temáticas: estrutura física, a equipe de saúde da família e suas ações, organização e funcionamento do serviço e fluxo de atendimento.

A descrição foi discutida com o referencial de Acolhimento, pois a mulher que sofre violência ao acessar o serviço de saúde precisa ter privacidade, escuta sensível e um atendimento individual e singular^(8,9). O acolhimento, na condição de postura, orienta as ações com base na recepção, na escuta e no tratamento humanizado aos usuários; o acolhimento, como técnica, se apresenta nos procedimentos e na organização do serviço para atender as demandas, e o acolhimento, como organização, se fundamenta na existência de um projeto institucional que direciona o trabalho na unidade de saúde^(11,12).

O estudo respeitou as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria, Parecer nº 909978. Todos os profissionais que concordaram em ser observados durante sua atuação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estrutura Física

A estrutura física das unidades de SF do estudo constitui-se em: uma sala de recepção e espera, banheiro para usuário, salas de consulta (odontológica, enfermagem e médica), salas de procedimentos, de acolhimento, de vacinas, farmácia, cozinha e almoxarifado, banheiro para funcionários, área de serviço de limpeza e depósito de material de limpeza, Central de Material de Esterilização. Do total das equipes da ESF investigadas, apenas duas possuem sala de reuniões. Todas as salas são divididas com paredes de alvenaria, com janelas e portas de

entrada, as quais possuem placas de identificação. Das sete equipes, duas estão alocadas no mesmo espaço, e a estrutura física, com salas de consultórios duplicados, com exceção da recepção e espera, farmácia, salas de vacina, cozinha, sala para depósito de material e sala de reunião são comuns a ambas.

A estrutura física das unidades foi construída de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, apresentando os ambientes obrigatórios para as salas de administração, atendimento clínico, odontológico e de apoio⁽¹³⁾.

Observam-se diferenças no ambiente entre as unidades, pois, enquanto em algumas há salas amplas, ambiente iluminado e climatizado, em outras as salas são pequenas, pouco iluminadas, ventiladas e com infiltrações de água, o que pode implicar desconforto na execução dos cuidados às usuárias. Isto reflete a importância da dimensão espacial do acolhimento no campo da saúde como requisito para que se consigam práticas de produção de saúde mais eficientes, tanto para o trabalhador quanto para a usuária⁽¹²⁾.

A estrutura física onde as equipes atuam não favorece o acolhimento de necessidades de saúde presentes na vida de mulheres que vivem em situação de violência, o que é um problema, pois, a privacidade, o conforto e a segurança individual, aliados à escuta sensível, são fundamentais para a organização de práticas de produção de saúde que se aproxima da integralidade na atenção e do acolhimento como diretriz da humanização⁽¹²⁾. Com base nessa concepção, os espaços físicos identificados como de maior privacidade e segurança foram os consultórios (médicos, de enfermagem e odontológicos), e são esses locais que a usuária e o profissional podem usufruir para a resolução de necessidades relacionadas à violência.

Redimensionar o acolhimento espacial por meio de reformas prediais, com a elaboração de um projeto arquitetônico compartilhado entre usuárias e profissionais de saúde, considerando privacidade e segurança, poderia contribuir para o acesso à ESF e, conseqüentemente, para o reconhecimento desse local como porta de entrada e de atenção ao agravo. E, a partir disso, promover a acessibilidade organizacional⁽¹¹⁾.

A adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde é uma questão para ser analisada

quando o acolhimento é de fato adotado como estratégia para a produção do cuidado. Salienta-se que o acolhimento não se resume a um espaço ou local; ele também pressupõe a postura profissional da equipe⁽¹³⁾.

Equipe de Saúde da Família e suas ações

Quanto às equipes, todas possuem enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem (TE), auxiliares de enfermagem, e agentes comunitárias de saúde (ACS). Das sete, cinco possuem odontólogos e auxiliares de saúde bucal. Portanto, essas unidades estão em consonância com a recomendação da Portaria 2.027 do Ministério da Saúde de 2011⁽¹⁴⁾. De acordo com a proposta do acolhimento, a equipe se compõe de diferentes profissionais, com o objetivo de ampliar a abordagem de adoecimento para demandas de saúde⁽¹⁵⁾.

As equipes, ao adotarem o acolhimento postura, podem realizar uma escuta sensível que identifique os riscos e as vulnerabilidades dos usuários em qualquer espaço de atendimento e ouvir as demandas dos sujeitos relacionadas aos sofrimentos psíquicos e físicos⁽¹³⁾.

É preciso deslocar a abordagem médico-centrada para ações voltadas à usuária/mulher, direcionando as práticas de cuidado para a elaboração de projetos terapêuticos individualizados que considerem as singularidades do caso em detrimento de protocolos rígidos que não atendem as necessidades da mulher⁽⁶⁾.

Equipes de saúde que exercem práticas de cuidado voltadas às necessidades de saúde aproximam-se do conceito de acolhimento postura, pois não há hora ou profissional específico para fazê-lo e, por isso, deve acontecer em qualquer local e momento do serviço⁽¹³⁾.

O problema da violência contra a mulher é complexo, portanto, demanda a intervenção de vários setores da sociedade e os serviços de saúde compõem a rede de atenção. Recomenda-se a ESF como local da rede de atenção, pela proximidade do evento e pela disponibilidade de atuação multiprofissional. A diversidade de olhares sobre o problema pode promover ações mais efetivas^(6,16).

Em seis equipes da ESF, os ACS ouviam as mulheres, tinham vínculo com as usuárias,

revelavam sensibilidade e investigavam além do que lhes era verbalizado; em uma das equipes a escuta feita pelos ACS às usuárias era voltada aos sinais físicos. Os ACS das sete unidades não investigaram sinais de violência. Contudo, é importante destacar que eles não foram acompanhados pela pesquisadora na visita domiciliar, momento este favorável para a identificação de violência⁽¹⁷⁾.

O ACS acolhe, por meio do diálogo, da escuta ativa e do vínculo as demandas psicossociais das usuárias^(6,16). Eles pertencem à comunidade, conhecem a realidade local e, frequentemente, são os primeiros a identificar situações de risco em relação à violência ou presenciarem tais situações. Em virtude disso, fornecem informações para a equipe construir um projeto terapêutico⁽¹⁶⁾.

Os TE verificam os sinais vitais e peso, registram as informações na Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) e encaminham a usuária para a sala de espera. Observou-se que os TE tinham vínculo com a usuária e perguntavam sobre sintomas relacionados a problemas ginecológicos, urinários, digestivos e esqueléticos. A mulher que vive em situação de violência, quando procura o serviço de saúde apresenta sintomas biológicos e a investigação destes pode levar a identificação do caso⁽¹⁷⁾.

Os (as) enfermeiros (as) de cinco equipes investigaram os aspectos biopsicossociais, e dois (duas) desses (as) profissionais se destacaram pela forma sensível e empática com que interagiam com as mulheres. Outros dois enfermeiros investigavam os aspectos biológicos. A conduta clínica unicamente não consegue resolver o problema da violência contra mulher, é preciso valer-se de tecnologias leves⁽¹⁷⁾.

Nenhum dos (as) enfermeiros (as) questionou as mulheres sobre violência. O motivo de não perguntar pode estar atrelado ao desconforto sentido ao abordar esse tipo de problema — medo de ouvir e não saber como proceder —, além de condutas prescritivas e medicalizantes⁽¹⁷⁾.

Para investigar a violência os profissionais teriam que acionar recursos pessoais e técnicos que contemplassem a intersubjetividade e a interação entre profissional /usuário, o que

exigiria lançar um olhar mais sensível sobre as questões sociais e a obtenção de mais conhecimento e habilidades⁽¹⁷⁾.

O enfermeiro é reconhecido como profissional da equipe que tem mais conhecimento de manejo com casos de violência^(17,18). Na maioria das vezes, é ele que assiste a capacitações e repassa o conteúdo para a equipe, além de planejar e organizar as ações das unidades⁽¹⁸⁾.

Os médicos de três das equipes observadas investigam aspectos biopsicossociais das usuárias, e os de outras três ESF investigam sinais e sintomas biológicos. Nenhum deles perguntou à mulher sobre violência. Em uma das equipes, as consultas médicas não foram observadas, pois no período da coleta de dados o médico estava em férias.

Os médicos(as), em sua maioria, direcionam suas ações para o que é do campo biológico, embora atuem em unidades de SF, situação encontrada também em outro estudo⁽¹⁷⁾. As consultas médicas são reconhecidas como espaços de identificação de violência contra a mulher, especificamente as de pré-natal^(17,18). No entanto, no contexto deste estudo observou-se uma prática tradicional dominante com base biologicista e clínica no serviço, o que limita o campo de ação, também constatada em outros estudos^(17,18).

A escuta, a avaliação de risco, a vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado faz parte do campo de competência de todos os profissionais, e se estes conseguem trabalhar com essa noção há a possibilidade de transformar as práticas de cuidado e desmedicalizá-las⁽¹⁵⁾.

Na proposta de acolhimento, o trabalho em equipe pressupõe um contato não programado entre usuário e profissionais, e todos devem acolher e escutar, fazer uma avaliação de riscos e vulnerabilidades biológicas, epidemiológicas e psicossociais; discutir e processar o problema junto com o usuário e acionar outros membros da equipe para dar continuidade ao cuidado⁽¹⁵⁾.

Nas equipes, os ACS, os enfermeiros e alguns médicos sensíveis e empáticos ao problema da violência identificam os casos e intervêm, ora ouvindo, ora medicando^(16,18,19). A intervenção de assistente social e de psicólogo junto às equipes

de SF pode auxiliar a mulher a superar a situação de violência⁽¹⁸⁾.

Funcionamento e organização das ações

Todas as unidades funcionam de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Três delas apresentam demanda intensa em todo o período de atendimento, e em outras três a demanda é intensa no início da manhã e da tarde. Uma unidade, quando comparada às outras, tem pouca demanda. O motivo pode ser porque essa Unidade abriu há pouco tempo ou porque está situada em uma região cuja população tem melhores condições socioeconômicas e culturais, o que talvez interfira no não reconhecimento da unidade como local para cuidar da saúde.

O horário de funcionamentos das unidades não facilita o acolhimento à mulher que sofre violência severa com risco de vida, pois, frequentemente, ocorrem mais durante a noite e/ou ao final de semana, o que faz com que as mulheres acessem as delegacias ou o pronto-atendimento, serviços que mantêm plantão em finais de semana⁽¹⁹⁾.

A concentração da demanda de usuários em um horário determinado em algumas unidades pode ser uma oportunidade para se pensar em trabalhar com as mulheres com ações de cuidado de promoção individual e coletiva em horários de menor concentração, o que as deixaria menos expostas. Práticas grupais são consideradas espaços de construção de vínculo e escuta entre profissionais e usuárias e usuárias entre si, que possibilitam o fortalecimento e a autonomia da mulher⁽¹⁷⁾.

O trabalho é organizado por agendamento de consultas médicas e de enfermagem. As de enfermagem seguem os programas de pré-natal, puericultura, ginecologia em diferentes dias da semana. As usuárias saem das consultas programadas com agenda de retorno. Estabelecer as ações por agendamento não exclui a busca do usuário por demanda espontânea⁽²⁰⁾.

A procura pela consulta médica ainda é o foco da busca pelo atendimento e pode estar relacionado à concepção que o usuário tem de demanda de saúde em relação à ESF, contrariando a aceção do acolhimento centrada no usuário⁽²⁰⁾. O acolhimento propõe trabalhar com a demanda espontânea, ampliar o acesso e

ser a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde⁽¹⁵⁾.

Quanto aos grupos de educação em saúde observaram-se os de pré-natal, os quais abordam temáticas relacionadas à saúde materna e fetal, cuidados com o recém-nascido, parto e puerpério e direitos da mulher no trabalho e amamentação sem fazer menção à violência.

Em apenas uma das unidades observou-se, no mapa inteligente, fixado na parede, a identificação de mulheres em situação de violência, representadas por alfinetes vermelhos, e um fluxo de atendimento de violência sexual fixado no mural, o que é uma evidência de que foram identificadas, naquele local, mulheres que sofrem violência.

Fluxo do atendimento

A usuária chega à unidade e dirige-se à recepção, local onde são acolhidas as demandas, e em casos de violência, os recepcionistas (TE e ACS) não conseguem acolhê-la, por isso recomenda-se a definição de um espaço para a escuta e oferta de cuidadosa essa mulher. Em uma série de serviços esse espaço é uma sala de Acolhimento⁽²⁰⁾.

Mulheres com demandas que surgem sem agendamento são encaminhadas à sala de acolhimento, local em que são analisados os riscos e vulnerabilidades e proporcionado o cuidado. Nesse aspecto, o fluxo encontra-se em consonância com as diretrizes do acolhimento a demanda espontânea na Atenção Básica⁽²⁰⁾.

Da sala de Acolhimento a usuária passa para a sala de espera, e ali aguarda o atendimento que varia de 30 a 40 minutos, em média, e depende do tipo de atendimento.

Quando as mulheres vão para a consulta de enfermagem, estas são realizadas em todas as unidades em uma sala fechada, com uma mesa, cadeiras, uma maca e biombo. O tempo mínimo de duração de cada consulta realizada é de dez a quinze minutos, variando de acordo com o tipo de atendimento. O momento da consulta de enfermagem é referido como de reconhecimento de violência, especialmente na consulta de pré-natal⁽¹⁷⁾.

Quando as mulheres vão para a consulta médica, esta também é feita em uma sala fechada, com uma mesa, cadeiras, uma maca e biombo. O tempo de duração varia de acordo

com o tipo de atendimento, e a média é de 15 minutos. As mulheres saem do consultório com receitas, pedidos de exames e/ou são encaminhadas para a sala de procedimentos; quando recebem receitas direcionam-se à farmácia para retirar os medicamentos; quando saem com solicitação para exames vão até a recepção solicitar autorização.

De modo geral, nas unidades não há fluxo específico para mulheres e um local mais reservado para que elas possam expor seus problemas de violência.

A modelagem do acolhimento nas unidades das equipes da ESF segue o “Acolhimento pela equipe do usuário”, em que a primeira escuta é feita pelo ACS e o recepcionista, passando, em sequência, pelo técnico de enfermagem; a enfermeira e o médico fazem a retaguarda. O vínculo e a responsabilização entre usuários e a população adscrita é o maior benefício observado, no entanto, os atendimentos programados são prejudicados quando há excesso de demanda espontânea, situação que está de acordo com as orientações do Acolhimento na AB⁽²⁰⁾.

O fluxograma, na perspectiva do acolhimento, deve ser o ponto inicial de todo o trabalho coletivo. Deve ser organizado considerando-se as singularidades do lugar, com o objetivo de facilitar o acesso, a escuta e o atendimento das necessidades de saúde, com base em um modelo de saúde usuário-centrado⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra que a estrutura física das equipes da ESF é constituída de ambientes obrigatórios e os consultórios de enfermagem, médico e odontológico são únicos locais que propiciam privacidade, sigilo e segurança para a atenção à mulher em situação de violência. Quanto aos demais espaços, esses expõem a mulher, portanto, considerar a possibilidade de redimensionar o local facilitaria o acesso e o acolhimento.

As equipes de saúde são multiprofissionais, mantêm vínculo com as usuárias e alguns integrantes investigam aspectos biopsicossociais. O acolhimento, como postura, está presente nas ações, no entanto não se observou investigação sobre a violência.

A organização do serviço da equipe da ESF ocorre por agenda de ações programáticas direcionadas à saúde da mulher e demanda espontânea. Uma das unidades apresentava o levantamento das mulheres em situação de violência e um fluxograma de atendimento às vítimas de violência sexual. Não se observou um projeto institucional na atenção à saúde da mulher que vive em situação de violência.

Pensar em incluir, na agenda dos serviços da ESF, o acolhimento à mulher em situação de violência, mediante a elaboração de um projeto institucional entre profissionais e academia, por meio da Educação Permanente, poderá contribuir para: qualificar os profissionais

quanto à abordagem de questões de ordem social, como a investigação da violência; para a construção de um atendimento local, em que a mulher possa acessar e obter respostas às necessidades geradas pelo agravo, iniciando-se pela escuta ao problema e continuando com a oferta de suporte da equipe de saúde da família como um dos pontos da rede de atenção mais próximos, e que pode ser o articulador da rede intersetorial, necessária ao atendimento dessa problemática. Dessa forma, seria possível promover a consolidação do acolhimento como Política nesse cenário com atenção à saúde da mulher em situação de violência.

VIOLENCE AGAINST WOMEN: RECEPTION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

The study aimed to analyze the state of the woman in the Family Health Strategy about situations of violence. Of a qualitative nature, descriptive study was conducted with fifty three professionals from seven health strategies of the family of a municipality in the northwest region of the state of Rio Grande do Sul. The data were produced by the technique of non-participant observation, recorded in a field journal and analyzed by thematic modality of Bardin. The results show that the physical spaces do not provide privacy conditions and access to women in situations of violence. Some of the professionals is concerned to investigate situations of life, but violence is not. One of the units has been identified on a map with women victims of violence and a flow chart to meet the sexual violence. It is concluded that it is necessary to rethink the state of women in situations of violence, propose the inclusion of the issue on the agenda and arrange the services based on policy.

Keywords: Violence against Women. Hosting. Family Health Strategy.

LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: RECEPCIÓN EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo analizar el estado de la mujer en la Estrategia Salud de la familia acerca de las situaciones de violencia. De carácter cualitativo, se realizó un estudio descriptivo con cincuenta y tres profesionales de siete estrategias de salud de la familia de un municipio de la región noroeste del estado de Rio Grande do Sul. Los datos fueron producidos por la técnica de observación no participante, registrados en un diario de campo y analizadas por modalidad temática de Bardin. Los resultados muestran que los espacios físicos no ofrecen condiciones de confidencialidad y el acceso a las mujeres en situaciones de violencia. Algunos de los profesionales se refiere a investigar las situaciones de la vida, pero la violencia no lo es. Una de las unidades se ha identificado en un mapa con las mujeres víctimas de violencia y un diagrama de flujo para atender la violencia sexual. Se concluye que es necesario repensar el estado de las mujeres en situaciones de violencia, proponer la inclusión de ese tema en el programa y organizar los servicios basados en políticas.

Palabras clave: La Violencia contra la Mujer. Acogimiento. La Estrategia Salud de la Familia.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva (SW): World Health Organization; 2013.
2. Oliveira RNG, Fonseca RMGS. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do grupo de pesquisa gênero, saúde e enfermagem. Rev Escola Enferm USP [online]. 2014 dez [citado 2016 out 18];48(Esp 2):32-9. Disponível

em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00031.pdf

3. Wailselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. 1ª. ed. Brasília, (DF); 2015.

4. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Rev Ciênc Saúde Coletiva [online]. 2013 jan [citado 2016 out 18];18(1):221-32. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng

5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2013.
6. Signorelli MC Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* [online]. 2013 jun [citado 2016 out 18]; 9(6):1230-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600019&lng
7. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulheres em situação de violência: limites e potencialidades da prática assistencial. *Rev Acta Paulista* [online]. 2013 dez [citado 2016 out 18]; 26(6):608-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600016&lng=en.
8. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Bakes MS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saude* [online]. 2014 jul-set [citado 2016 out 18]; 13(3):556-62. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/.../pdf_229
9. Vilella WV, Viana LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude Soc São Paulo* [online]. 2011 mar [citado 2016 out 18]; 20(1):113-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/14.pdf>
10. Beck CLC, Gonzales RMB, Leopardi MT. Detalhamento da metodologia. In: Leopardi MT. *Metodologia da pesquisa em saúde*. Santa Maria: Ed. Palotti; 2001
11. Camargo Junior KR, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MTM, Mauad NM, Franco TB, Ribeiro LC, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública* [online]. 2008.[citado 2016 out 18]; 24 Suppl 1:58-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas da produção de saúde*. Brasília (DF); 2010.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Manual da Estrutura Física das unidades básicas: saúde da família*. 2ª ed. Brasília (DF); 2008.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.027 de 27 de agosto de 2011- altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Brasília, DF; 2011.
15. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para as equipes de saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* [on line]. 2010 nov. [citado 2016 out 18];(Supl 3):3615-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>
16. Oliveira AMN, Marques LA, Silva PA, Prestes RC, Biondi HS, Silva BT. Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. *Rev Texto e Contexto Enferm*[online]. 2015. [citado 2016 out 18];24(2):424-311. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00424.pdf
17. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de Gênero. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2013 jun.[citado 2016 out 18]; 47(2):304-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>
18. Vieira EM, Ford NJ, De Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender-based violence between health professionals brasileiro. *Cienc Saúde Coletiva* [online]. 2013. [citado 2016 out 18];8(3)600-81. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413.
19. Mengehel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas Críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [online]. 2011 mar [citado 2016 out 18];27(4):743-752.;27(4):743-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400013
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, (DF); 2013.

Endereço para correspondência: Lidiane de Cássia Amaral Martins. Tomé de Sousa nº 70 Palmeira das Missões.RS Brasil, Telefone: 55 96391166. E-mail: lidi.a.martins@outlook.com

Data de recebimento: 24/01/2016

Data de aprovação: 31/10/2016