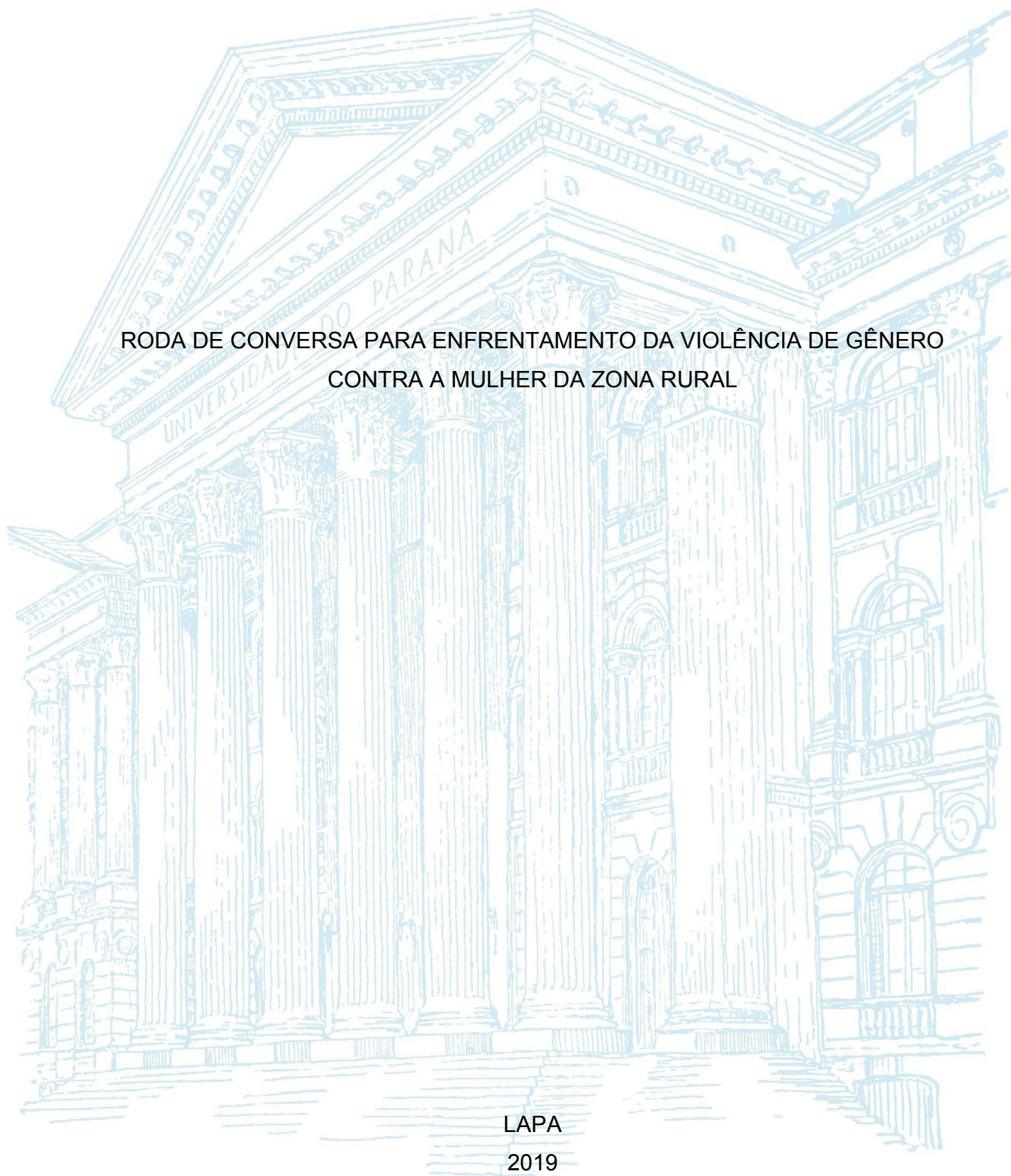


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JANETE POLLYANNA MOREIRA

RODA DE CONVERSA PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO
CONTRA A MULHER DA ZONA RURAL



LAPA
2019

JANETE POLLYANNA MOREIRA

RODA DE CONVERSA PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO
CONTRA A MULHER DA ZONA RURAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

LAPA

2019

RESUMO

O plano de Intervenção, através da Roda de Conversa para enfrentamento da violência de gênero contra a mulher da zona rural, é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. A violência de gênero contra a mulher é um problema mundial de saúde pública negligenciado pelo estado. Ao se tratar da mulher da zona rural o tema se torna ainda mais complexo devido aos obstáculos vividos desde a dificuldade de acesso aos serviços de saúde até a uma concepção social, patriarcal, classista e sexista passada por gerações. Os objetivos desse plano foram sensibilizar a população e profissionais da saúde sobre os direitos da mulher rural; identificar e notificar os casos de mulheres que sofrem violência de gênero; capacitar a equipe de saúde para um acolhimento empático e criar um grupo de mulheres para empoderamento feminino. O método foi norteado por uma pesquisa-ação no campo da saúde, em um programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) situado na zona rural do município da Lapa-PR. A intervenção através da Roda de Chimarrão das Mulheres foi feita com as comunitárias e realizada em dois encontros em datas distintas com um total de 15 participantes, os temas das rodas foram propostos pelas mulheres, dentre eles ginecologia natural, ciclos menstruais, fisiologia da mulher, utilização de fitoterápicos e violência contra a mulher. Em outra frente foi realizada uma roda de conversa com a equipe de saúde e estavam presentes 6 agentes comunitárias de saúde da área, utilizou-se discussão de casos como um norteador do debate e foi proposto pelo grupo uma conduta antes da apresentação sobre o tema e outra conduta após. Para facilitar o acesso à informação pela população rural foi realizada uma entrevista sobre violência contra a mulher na rádio local. Dentre os principais resultados obtidos pode-se destacar o início de um processo de empoderamento da mulher sobre temas ligados ao seu corpo e sensibilização sobre os direitos da mulher, levando a maior autonomia comunitária.

Palavras-chave: Saúde da População Rural. Violência de gênero. Violência Doméstica. Saúde Pública. Violência Contra a Mulher.

ABSTRACT

The intervention plan by Talk Wheel for confronting gender violence against women of the rural area, is a result of UFPR Specialization Course in Basic Attention, funded by the UNA-SUS. Gender-based violence against women is a worldwide public health problem neglected by the state. When dealing with rural women, the issue becomes even more complex due to the obstacles encountered from the difficulty of accessing health services to a social, patriarchal, classist and sexist conception passed down through generations. The objectives of this plan were to sensitize the population and health professionals about the rights of rural women; identify and report cases of women suffering from gender-based violence; empower the health team to an empathic host and create a women's empowerment group for women. The method was guided by an action research in the health field, in a Family Health Strategy (ESF) program located in the rural area of the city of Lapa-PR. The intervention through the Chimarrão Women's Wheel (Talk Wheel) was made with the community women and held in two meetings at different dates with a total of 15 participants, the themes of the wheels were proposed by women, among them natural gynecology, menstrual cycles, women's physiology, use of herbal medicines and violence against women. On another front, a discussion group was held with the health team and 6 community health agents from the area were present. Discussion of cases was used as a guideline for the debate and the group proposed a behavior before the presentation on the topic and other conduct after. To facilitate access to information by the rural population, an interview was conducted on violence against women on local radio. Among the main results obtained can be highlighted the beginning of a process of empowerment of women on issues related to their body and sensitization on women's rights leading to greater community autonomy.

Keywords: Rural Health. Gender-Based Violence. Domestic Violence. Public Health. Violence Against Women.

CC BY-SA



Você é livre para: Compartilhar - copiar e redistribuir o material em qualquer mídia ou formato e Adaptar - remixar, transformar e construir sobre o material para qualquer finalidade, mesmo comercialmente. O licenciante não pode revogar essas liberdades contanto que você siga os termos da licença.

Como citar: Janete Pollyanna Moreira; Marilene Loewen Wall. Roda de Conversa para enfrentamento da violência de gênero contra a mulher da zona rural. Curso de Especialização Atenção Básica /UNA-SUS/UFPR, 2019.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 OBJETIVOS	11
2 METODOLOGIA	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER	15
3.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER	16
3.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	17
3.4 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES RESIDENTES DAS ZONAS RURAIS.....	18
4 PLANO DE INTERVENÇÃO	19
4.1 RODA DE CHIMARRÃO DAS MULHERES	19
4.2 RODA DE CONVERSA COM A EQUIPE	22
4.3 FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA MULHER.....	25
4.4 ENTREVISTA NA RÁDIO LOCAL SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER ..	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE - APRESENTAÇÃO RODA DE CONVERSA COM A EQUIPE	32

1 INTRODUÇÃO

A cidade da Lapa-PR teve seu início como povoado dos tropeiros, lugar onde ficavam para repousar da rota que faziam do Rio grande do Sul até Minas Gerais. Outro marco histórico importante para a cidade foi o "Cercos da Lapa", evento ocorrido durante a época da Revolução Federalista, na qual a cidade foi o local de confronto entre tropas republicanas e federalistas. Hoje tendo um cunho histórico e tornando-se um polo turístico pela sua arquitetura e história (BURDA, 2014).

De acordo com censo do IBGE (2010), o município possui 44932 habitantes dos quais 17710 vivem na zona rural. O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 2,1 salário mínimos, sendo 21,8% da população ocupada. Apresenta 65,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 28,7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 32,5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Em todo o município há um total de 25 UBS (Unidades Básicas de Saúde) (urbana e rural), 1 maternidade, 1 UPA (Unidade de Pronto Atendimento), 1 SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), 1 Clínica de Especialidades, 1 Central Pediátrica, 1 Clínica da Mulher, 1 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 1 Central Odontológica e 1 Hospital de baixa e média complexidade pertencente ao Estado (HRLSS) referência em Tisiologia. Porém, devido à distância e dificuldade com o transporte o acesso a esses serviços torna-se dificultoso para a população da zona rural.

O município é constituído de 3 distritos: Lapa, Água Azul e Mariental. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Mato Preto é localizada no distrito da Lapa, região rural e é dividida em 6 unidades de saúde: Passa Dois, I Faxinal, II Faxinal, Mato Preto – Santa Regina, Rio da Areia e Mato Preto Machado. Com distâncias do centro de 12km, 35km, 38km 42km, 43km e 50km, respectivamente.

A área de abrangência da ESF é composta por um extenso território e população. Através de análise dos prontuários realizado pela equipe no ano de 2019, a população atendida é de 4212 usuários, 800 no I Faxinal, 358 II Faxinal, 1133 Passa Dois, 457 Rio da Areia, 800 Mato Preto – Santa Regina e 664 Mato Preto – Machado. Composta por 7,1% de crianças, 4,6% adolescentes, 9,7% idosos e 78,6% encontra-

se na faixa etária de 18 a 59 anos. Em questão de gênero, 53% sexo masculino e 47% feminino.

A agropecuária, através da agricultura familiar, é a principal fonte de renda local. A maioria dos agricultores vive da monocultura de batata, soja, milho e fumo. A religião católica é predominante na região, com diversas igrejas católicas e algumas evangélicas. Uma das localidades possui uma Associação de moradores, do Passa Dois, e nenhuma possui conselho comunitário. Em um dos postos há um vínculo forte com a igreja Católica e com a Comissão Pastoral da Terra.

Ao lado de 3 unidades há uma escola de 1° a 4° ano. Em todo o território há somente uma Escola Estadual com ensino fundamental e médio. Não possuem grandes mercados nem farmácias perto, somente "vendinhas" com produtos básicos. A atividade de lazer é ir visitar os amigos e familiares para "prosear e tomar um mate". A população consome erva-mate diariamente e é tradição passada por gerações. O acesso ao centro da cidade é difícil pois ônibus de transporte público passam somente duas vezes na semana, com saída às 7h e retorno às 16h.

Na UBS trabalha-se com acesso avançado, através do acolhimento por demanda espontânea. Há uma diversidade de queixas acolhidas, porém dentre eles os mais comuns são problemas osteomusculares, infecções de vias aéreas superiores, queixas de insônia, ansiedade, adinamia, distúrbios gástricos, dores persistentes e algumas queixas vagas porém crônicas.

Das doenças com maior acompanhamento, através da análise das consultas na unidade no ano de 2018 e 2019, estão a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Em toda área totaliza-se 511 hipertensos e diabéticos, dos quais 80% são somente hipertensos, 1,9% somente diabéticos e 17% possuem hipertensão e diabetes associados. Desse total 6,6% possuem controle alterado dessas comorbidades. Também temos um acompanhamento dos pacientes classificados em Saúde Mental, totalizando 4,2% da população, que realizam acompanhamento na unidade e fazem uso contínuo de medicação controlada com consultas bimensais.

Através da longitudinalidade do cuidado, que é o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, iniciou-se um acompanhamento com um outro olhar para mulheres que procuravam o serviço de saúde com maior frequência e com "queixas vagas" porém crônicas, muitas vezes dores de imprecisa localização no corpo, dores de cabeça, palpitações, insônia, desânimo, distúrbios gastrointestinais. Após algumas consultas muitas delas relataram problemas relacionados a violência de gênero no

âmbito doméstico e/ou familiar, em sua maioria oriundos de longa data. A partir disso novo acolhimento e conduta foi tomada para abordagem desses casos, aumentando a identificação e notificação de casos de violência de gênero no território.

Ao compartilhar com a equipe a demanda relacionada a violência de gênero, até então nunca evidenciada no território, surgiram muitas dúvidas de como identificar, acolher, o que fazer, o que não fazer, para qual local encaminhar, se há uma rede de apoio no município.

Dados inferem que a América Latina registra, depois da África Subsaariana, as taxas mais altas de agressão às mulheres. Sendo que as taxas de mortalidade por agressão em mulheres do Brasil, Colômbia e México, entre 2001 e 2011 foram superiores à média mundial que é 2,8 por 100.000 (BARUFALDI, 2017).

Segundo o site Instituto Maria da Penha (2019) “a cada 2 segundos uma mulher é vítima de violência física e verbal no Brasil”.

Considerando tais dados, a proposição é: aonde estão essas mulheres do território que não são devidamente assistidas por toda a rede de saúde? Há falta de acesso, informação, acolhimento por parte dos profissionais da saúde? Por qual motivo esses casos chegam pouco a UBS? A equipe está preparada para identificar e conduzir tais casos?

O não reconhecimento da violência de gênero se dá em grande parte pela falta de capacitação pelos profissionais da saúde que não estão aptos para reconhecer e abordar o tema (MARTINS, 2017).

A estrutura de gênero imposta culturalmente remete a uma “domesticação” da mulher em uma cultura patriarcal na qual a mulher passa a ser sempre tutelada por algum homem, seja ele tio ou marido. Essa cultura patriarcal também impõe pensar na mulher como frágil e dependente do homem, levando a crença de que o homem tem um poder maior do que a mulher.

Em estudo publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem, evidenciou-se que a violência de gênero é uma demanda dos profissionais da ESF, porém a maioria não se sentia à vontade para abordar e alguns nunca questionaram sobre tal problemática.

Em meio a tantos retrocessos no âmbito de direitos públicos, esse tema, particularmente, é de interesse para garantir políticas públicas de direito a igualdade de gênero, levando em conta as particularidades da mulher da zona rural devido aos obstáculos vividos por elas em situação de violência decorrentes dessa concepção social patriarcal, classista e sexista além da dificuldade de acesso, que pode

desestimular a procura pelos serviços da rede (COSTA, 2017). Uma prática acolhedora e confiável com capacitação adequada pode ser uma alternativa para que tais mulheres procurem mais o serviço de saúde.

Estudo realizado pela WHO (2013) em diversos países, incluindo o Brasil, revelou que entre 15 e 71% das mulheres em todo o mundo já sofreram algum tipo de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo, em algum momento de suas vidas. As mulheres residentes em zonas rurais foram as mais acometidas por violência provocada por parceiros íntimos, comparadas às residentes nas zonas urbanas.

O Mapa da Violência evidencia que 41% das mortes de mulheres no Brasil aconteceram dentro do domicílio, e em 68,8% dos casos de atendimentos a mulheres que sofreram violência essa agressão ocorreu em seu próprio domicílio (WAISELFISZ, 2012).

Há muitos casos subnotificados, tornando-se necessário enfatizar a importância da notificação e acompanhamento adequado dessas vítimas, pois o risco das mulheres notificadas por violência morrerem por agressão é maior do que o risco da população feminina geral, revelando assim uma situação de vulnerabilidade maior (BARUFAULDI, 2017).

É necessário levar-se em consideração os efeitos indiretos e de longo prazo, como dores crônicas, fibromialgias, alterações menstruais, problemas gastrointestinais, infecções urinárias de repetição, doenças sexualmente transmissíveis e alterações do comprometimento da saúde mental. As mulheres que sofreram violência sexual são 2,3 vezes mais propensas a desenvolver distúrbios relacionados ao álcool e 2,6 vezes mais propensas a sofrer de depressão ou ansiedade (WHO, 2013).

Segundo o Relatório Anual da Secretaria de Saúde da Lapa (2017), foram 109 mulheres lapeanas que sofreram violência com o CID (Código Internacional de Doenças) Y09 (Agressão por meios não especificados) mas apenas 38 mulheres foram acompanhadas pelo CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social). Dessas vítimas, 21 sofreram violência física, 5 física /psicológica, 4 psicológica, 6 sexual e 2 sem especificação. Em 2018 foram 167 casos de violência, incluindo violência doméstica, não especificando o tipo e localidade.

Nota-se portanto uma fragilidade na rede de apoio à mulher no município, com falta de suporte e orientação na direção do cuidado para o enfrentamento da violência

principalmente oriundo da zona rural, onde há falta de recurso estrutural e também levando-se em consideração a distância como barreira limitante de acesso.

Esse plano de intervenção visa sensibilizar a população e profissionais da saúde sobre os direitos da mulher rural, aumentando a identificação e notificação dos casos e também melhorando o acolhimento de mulheres que sofrem violência de gênero. Dando um maior suporte e longitudinalidade do cuidado a essas vítimas.

O objetivo é capacitar a equipe de saúde para um acolhimento empático, preenchimento da ficha de notificação compulsória de violências e elaborar um fluxograma de acolhimento à mulher vítima de violência. Também visa criar um grupo de mulheres para empoderamento feminino discutindo temas propostos por esse grupo de mulheres.

1.1 OBJETIVOS

Sensibilizar a população e profissionais da saúde sobre os direitos da mulher rural;

Identificar e notificar os casos de mulheres que sofrem violência de gênero;

Capacitar a equipe de saúde para um acolhimento empático;

Criar um grupo de mulheres para empoderamento feminino.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um plano de intervenção norteado por uma pesquisa-ação no campo da Saúde, em um programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) situado na zona rural da Lapa-PR. A escolha do método se deu devido a necessidade de compreensão da complexidade da problemática em saúde no contexto social desse grupo populacional vulnerável, visando a participação comunitária segundo a metodologia de educação popular na prática médica.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo.

Segundo Thiollent (2005), a pesquisa-ação é composta por sete fases:

- a) Exploratória;
- b) Interesse do tema;
- c) Definição do problema;
- d) Base teórica;
- e) Elaboração da proposta;
- f) Implantação;
- g) Avaliação do impacto.

A primeira fase envolve a parte exploratória onde identificou-se diversas situações problemáticas, citadas nesta introdução.

A segunda fase envolve o interesse pelo estudo do tema Violência de Gênero contra a mulher da na zona rural. Sendo esse um tema de grande impacto social e financeiro na saúde pública, com pouco esclarecimento e conhecimento na identificação, abordagem e direitos tanto pelos profissionais da saúde quanto pela população.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), cerca de 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual perpetrada, em sua maior parte, por seus parceiros, com altas taxas de mortalidade dessa população. Nesse sentido, esclarecimento sobre medidas educacionais e legais em relação ao tema levam a melhores políticas públicas de enfrentamento desse problema.

Nessa terceira fase, diante desta situação, levantou-se diversas problemáticas, dentre elas estão como melhorar a identificação, acolhimento e

notificação dos casos de violência de gênero no território por parte dos profissionais de saúde? As mulheres da comunidade conhecem seus direitos e sabem a quem recorrer em caso de violência e como auxiliar no processo de empoderamento feminino para melhor enfrentamento da violência? O município possui um sistema de referência para casos de Violência contra a mulher?

Na quarta fase, base teórica, fundamentou-se nas políticas do Sistema Único de Saúde, Organização Mundial de Saúde, entre outros.

Na quinta fase, após identificar os problemas levantados pela comunidade elaborou-se uma proposta de intervenção.

Para melhorar a identificação, acolhimento e notificação dos casos de violência de gênero no território por parte dos profissionais de saúde foi necessário ocorrer capacitações para toda equipe, englobando agentes comunitárias, técnicas de enfermagem, enfermeira e médica.

Essas capacitações se deram através de atividades de equipe em grupo, levantando quais são as dificuldades de cada profissional em relação ao tema e após a elaboração em equipe de um folheto “Passo a passo” para identificação, acolhimento, conduta e seguimento.

Foram planejados ainda dois encontros (31/05 e 01/07) com o tema Violência de Gênero contra a mulher da zona rural, com um problema de caso e discussão em grupo sobre o tema. E em momento posterior será realizado com a equipe um Fluxograma de Acolhimento de Vítima de Violência de Gênero.

Em grupo, identificou-se questões que precisam ser abordadas como: As mulheres da comunidade conhecem seus direitos e sabem a quem recorrer em caso de violência? Como auxiliar no processo de empoderamento feminino?

Das seis unidades de saúde foi elencada uma delas, Il Faxinal, para realizar uma Roda de Chimarrão das Mulheres. Foi escolhida essa unidade devido a longa distância do centro da cidade, a presença de um espaço físico adequado para acontecer os encontros e um fácil acesso as usuárias até a unidade.

Os temas abordados surgiram após o primeiro encontro, de acordo com a necessidade e interesse do grupo. Foi proposto inicialmente, dentre os temas, a Saúde da Mulher e seus direitos. Os encontros iniciais ocorreram nas datas de 13/05, 10/06 e 05/07. Inicialmente a autora dessa pesquisa foi a facilitadora do processo e o intuito é de auto-gestão e melhora da autonomia das usuárias, tendendo a encontros mensais de acordo com a demanda.

Dos problemas levantados, foi averiguado se o município possui um sistema de referência para casos de Violência contra a mulher. Também se a Secretaria de Saúde possui no município da Lapa um sistema de referência para esses casos e se há programas de acolhimento dessas vítimas.

TABELA 1 – SÍNTESE DA METODOLOGIA ADOTADA

PROBLEMAS	OBJETIVO	ESTRATÉGIA E RECURSO	PÚBLICO – ALVO	ENVOLVIDOS NO PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO	DURAÇÃO (MESES)	DATA HORÁRIO LOCAL
Como melhorar a identificação, acolhimento e notificação dos casos de violência de gênero no território por parte dos profissionais de saúde?	Auxiliar no processo de capacitação dos profissionais da UBS	Encontros em equipe com discussão de caso e elaboração de um “Passo a Passo” para ser aplicado na Unidade	Agentes Comunitárias; Técnicas de Enfermagem; Enfermeira; Médica	Médica NASF CRAS	4	31/05 e 01/07 Local: Secretaria de Saúde da Lapa as 9h
Como auxiliar no processo de empoderamento feminino?	Facilitar o processo de empoderamento e autonomia das mulheres da zona rural	Grupo de Roda de Chimarrão para mulheres com temas de interesse do grupo	Mulheres (adolescentes, adultas e idosas) da comunidade - ACS - Técnicas de Enfermagem Enfermeira	- Médica - Liderança Local - ACS Elaine	>24	Mini-posto II Faxinal 13/05, 10/06, e 05/07 Horário: 13horas
O município possui um sistema de referência para casos de Violência contra a mulher?	Averiguar se há sistema de referência para Violência contra a mulher. Caso tenha utilizar nas unidades. Caso não tenha, sugerir um fluxograma de referência junto a secretaria de saúde	Fluxograma de referência e Rede de Apoio	Mulheres da Lapa Profissionais da Saúde do Município	Secretaria de Saúde CRAS NASF UBS	*	Local, data e horário a definir

*Temporalidade indefinida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER

A violência de gênero contra a mulher é um tema pertinente há anos no Sistema Único de Saúde. No Caderno de Violência Intrafamiliar temos a definição de gênero como:

(...) construção cultural coletiva dos atributos da masculinidade e feminilidade. Esse conceito foi proposto para distinguir-se do conceito de sexo, que define as características biológicas de cada indivíduo. Para tomar-se homem ou mulher é preciso submeter-se a um processo que chamamos de socialização de gênero, baseado nas expectativas que a cultura tem em relação a cada sexo. Dessa forma, a identidade sexual é algo construído, que transcende o biológico (BRASIL, 2002, p14).

O caderno de Violência ainda relata que, através dos registros de notificação, constataram que são as mulheres que mais sofrem agressão, principalmente na adolescência e na vida adulta, na maioria das vezes cometida por um único indivíduo, do sexo masculino. São alvo de todo tipo de violência, seja ela física, simbólica ou sexual, violência doméstica ou abuso sexual, geralmente provocada por parentes ou pessoas próximas à vítima (namorados, ex-namorados).

A Convenção de Belém do Pará (1996) definiu a violência contra as mulheres como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Essa elaboração entende que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica e pode ocorrer no âmbito da família, unidade doméstica, na comunidade, e perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes (BRASIL, 2011).

Simone de Beauvoir em “O Segundo Sexo” (1949), aponta que a subalternidade da mulher ao homem advém de uma perspectiva em que o papel feminino é destituído de identidade cultural, e histórico, classificado como algo natural, meramente biológico.

Beauvoir (1949) descreve então sua recusa naquela ideia da naturalidade e aponta como ocorre a construção social dos sexos. Desta forma atribui diferentes espaços de poder para homens e mulheres, nos quais a mulher em geral ocupa lugares de menor empoderamento, de desvalorização e de subalternidade. A questão

não é a diferença, mas as desigualdades que são produzidas e reproduzidas em diversos espaços, seja no âmbito doméstico, no trabalho, nas religiões e profissões. A violência contra as mulheres só pode ser entendida no contexto das relações desiguais de gênero, como forma de reprodução do controle do corpo feminino e das mulheres numa sociedade sexista e patriarcal.

As desigualdades de gênero têm, assim, na violência contra as mulheres, sua expressão máxima que, por sua vez, deve ser compreendida como uma violação dos direitos humanos das mulheres (BEAUVOIR, 1949).

3.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

Configura-se violência doméstica e familiar contra a mulher, de acordo com a Lei 11.340/2006, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. No âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas.

Este tipo de violência ocorre geralmente no âmbito da família, quando é cometida por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unido por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa, ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause um dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

A Lei 11.340/2006 faz menção à violência sexual, que é entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a

impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; e há também a violência patrimonial, esta é entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

3.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A Violência contra as mulheres é um fenômeno social e de violação dos direitos humanos, impactando significativamente o processo de saúde-doença e na perspectiva de vida das mulheres. Segundo a WHO (2013), 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual perpetrada, em sua maior parte, por seus parceiros. Estima-se que, no mundo, 38% de todos os assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros íntimos.

Segundo estudo divulgado pela UNESCO em 1999, uma em cada três ou quatro meninas é abusada sexualmente antes de completar 18 anos.

A violência contra a mulher repercute na ausência de saúde e na falta de qualidade de vida das mesmas e tem sido associada à frequente procura pelos serviços de saúde. Dados da WHO (2013) mostram associações a violência com efeitos imediatos como lesões e traumas que levam aos serviços de emergência, tanto quanto efeitos indiretos e de longo prazo, como as dores crônicas, problemas gastrointestinais, fibromialgias, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias de repetição, problemas com menstruação e disfunções sexuais, entre outras. No mesmo estudo, ainda chama a atenção o comprometimento da saúde mental destas usuárias. As mulheres que sofreram violência sexual são 2,3 vezes mais propensas a desenvolver distúrbios relacionados ao álcool e 2,6 vezes mais propensas a sofrer de depressão ou ansiedade.

3.4 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES RESIDENTES DAS ZONAS RURAIS

As mulheres residentes das áreas rurais sofrem com uma vulnerabilidade ainda maior devido à dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica em saúde.

Outra problemática é a tradicional divisão sexual do trabalho, que delega à mulher as tarefas do domicílio e cuidados dos familiares e também o trabalho na lavoura porém como “auxiliar” do marido, não como produtora. Contribuindo para sua invisibilidade, a falta de reconhecimento do trabalho e a ausência de identidade profissional das mulheres rurais (PERONA, 2012).

Em estudo desenvolvido com mulheres rurais paquistanesas, foi evidenciado questões que corroboram com a nossa realidade nacional em que as mulheres nesse contexto são particularmente vulneráveis à violência devido à sua posição social relativamente mais fraca e à falta de consciência dos seus direitos legais. Os dados desse estudo mostraram que cerca de 65% das entrevistadas haviam experimentado diferentes tipos de violência, sendo a violência psicológica a mais comum (ZAKAR, 2016).

Segundo a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, aprovada pela ONU Mulheres, reconhece, em seus objetivos, o papel das mulheres rurais e compromete-se a dedicar recursos e desenvolver as zonas rurais, a agricultura, pecuária, a pesca sustentável, apoiar os pequenos agricultores, priorizando os países menos desenvolvidos.

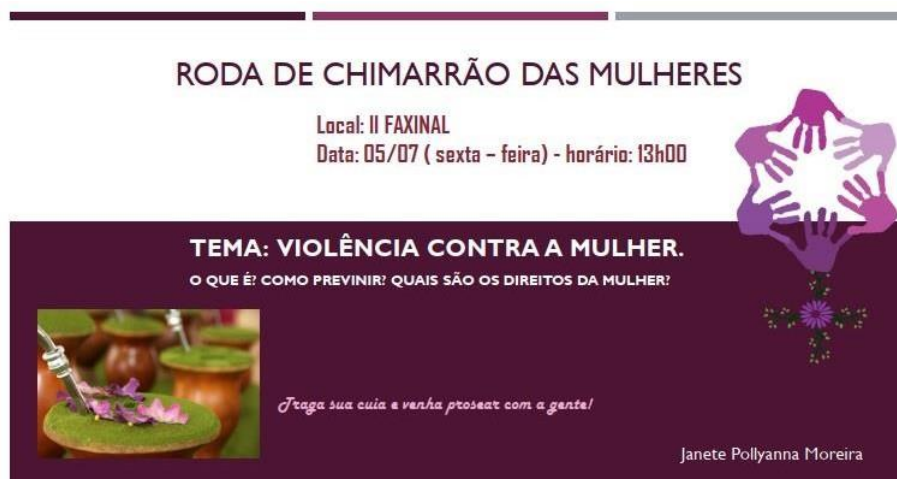
Há diversas ações a serem tomadas para enfrentamento da questão, no âmbito rural, uma ação resolutiva poderia ser a constituição de grupos de mulheres para a prevenção da violência, pois isto lhes permitiria criar vínculos, construir redes de apoio e não ficar isoladas socialmente. Os serviços de saúde podem ajudar na construção desses grupos que fornecem apoio e acolhimento às mulheres. (POTIGUARA, 2016).

4 PLANO DE INTERVENÇÃO

4.1 RODA DE CHIMARRÃO DAS MULHERES

Os encontros com as comunitárias se deram através de divulgação via rádio e cartazes (FIGURA 1) colados na UBS e Igreja da comunidade, junto a convite feito pela Agente Comunitária de Saúde durante as Visitas Domiciliares. O local dos encontros foi na localidade do II Faxinal, das 13h às 15h30, em sala ao lado da UBS fornecida pela Igreja católica local.

FIGURA 1 – CONVITE PARA RODA DE CHIMARRÃO DAS MULHERES



O tema da primeira roda realizada em 14/05/2019 foi proposto pela equipe, Menstruação: da primeira à última, Corrimento Vaginal e Fitoterapia (plantas para tratamento). O material utilizado foi cartazes ilustrativos com o corpo feminino externo e interno, demonstrativo dos métodos contraceptivos, um protótipo do útero e vulva e plantas frescas como a Salvia, Babosa, Artemísia, Alecrim, Melissa, Camomila e Alho, como demonstrados na FIGURA 2:

FIGURA 2 - MATERIAL UTILIZADO NA PRIMEIRA RODA



Estiveram presentes cinco comunitárias, duas delas levaram os filhos. Também estiveram presentes a agente comunitária de saúde do II Faxinal e a agente comunitária de saúde do Passa Dois junto a duas técnicas de enfermagem da equipe. A roda foi conduzida pela autora deste estudo.

Foi feito o chimarrão e formado um círculo de mulheres. Inicialmente falou-se sobre aspectos do corpo da mulher e sobre menstruação, a pergunta norteadora foi: quando se deu a sua primeira menstruação e a última? O que você lembra de ter sentido? Como é ou foi o ciclo menstrual, houveram alterações pré-menstruais e alterações no climatério? Vocês gostam de menstruar?

Todas participaram e pontuaram sobre a visão individual a respeito da menstruação, todas lembravam da primeira e da última menstruação e nenhuma delas havia conversado com nenhum profissional da saúde ou familiar a respeito do tema discutido.

Alguns comentários sobre o tema foram: “Eu queria saber se é verdade, que os antigos falam, que se não menstruar o sangue vai para a cabeça?”, “Na minha primeira menstruação eu falei para a minha mãe que estava morrendo porque estava saindo muito sangue de mim e eu não sabia o motivo. Eu sentia muita dor”, “quando a minha menstruação parou eu senti que deixei de ser mulher”.

A respeito da anatomia do aparelho reprodutor e sexual feminino, através das gravuras e protótipos, foi mostrado o clitóris, vulva, canal vaginal, útero, tubas uterinas e ovários, elucidando como a anatomia externa desse aparelho é diferente de mulher para mulher e qual a finalidade de cada um. Foi conversado como ocorre a

menstruação através da descamação do endométrio. Alguns relatos surgiram como “Eu não fazia ideia o que era esse clitóris. Então nós temos um órgão exclusivo pro prazer e para mais nada?”, “Eu achei que o xixi saia pelo mesmo lugar que sai o bebê”, “vagina e vulva não são a mesma coisa então?”, “nunca me explicaram o por que eu tinha que fazer preventivo e o que colocavam dentro de mim. Depois de hoje eu aprendi”.

Conversou-se sobre corrimentos vaginais, como é a secreção vaginal habitual, em detrimento do ciclo ovulatório e como identificar e tratar corrimentos patológicos, vaginoses e vaginites. Nesse momento foi indagado se já foi utilizado algum chá caseiro para cólicas menstruais, fogachos, corrimentos vaginais patológicos. “Minha avó sempre usava chá de Melissa para quando tinha cólica”, “Minha mãe falava que chá de trevinho roxo era bom pros calorões da menopausa”, “Hoje em dia a gente não usa muito mais essas coisas não, a gente até escuta falar mas muitas vezes toma um remédio pra dor e melhora um pouco mas depois volta”.

Então foi mostrado o uso correto e aplicação de cada planta citada, *Melissa officinalis*, *Artemisia vulgaris*, *Allium sativum*, *Salvia Officinalis*, *Aloe Vera*, *Matricaria Chamomilla*, *Rosmarinus Officinalis*. Diversas comunitárias, após relato da ACS, trocaram mudas das plantas citadas para plantio em casa.

Após conversa foi aberta para discussão qual o tema que elas gostariam de conversar no próximo encontro, sendo optado por “Métodos Contraceptivos e Violência de Gênero”.

Segundo encontro com as comunitárias no 03/06/2019 na localidade do II Faxinal, estiveram presentes 10 comunitárias, a ACS local, enfermeira, técnica de enfermagem e médica. O tema divulgado foi “Métodos Contraceptivos e Violência de gênero contra a mulher da zona rural”, iniciou-se com o primeiro tema e devido ao tempo o segundo tema ficou para a próxima Roda.

Nesse segundo encontro, em roda, dialogou-se sobre métodos contraceptivos. A pergunta norteadora foi: “Você usa algum método contraceptivo? E o que a levou escolher esse método?”. Os métodos contraceptivos utilizados pelas participantes foram preservativo masculino, coito interrompido, anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável, DIU de cobre, DIU hormonal e esterilização. Todas relataram que foi uma escolha médica e acabaram concordando com essa escolha.

Foram apresentados todos os métodos utilizados, indicações e contraindicações de cada um. Dentre esses o anel vaginal, adesivo anticoncepcional,

camisinha feminina, percepção da fertilidade, diafragma, espermicida, contraceptivo de emergência e implante contraceptivo foram métodos desconhecidos por todas as participantes. Também não conheciam que nenhum método tem a eficácia de 100% e que todos possuem contraindicações.

Após a roda e após conversarem com vizinhas e amigas, algumas vieram e trouxeram suas amigas para passar em consulta médica para trocar o método contraceptivo utilizado anteriormente por outro que atendesse melhor suas necessidades.

O encontro a ser realizado no dia 01/07/2019 às 13h, com o tema Violência de Gênero contra a mulher acabou não acontecendo. Devido ao frio intenso e a forte chuva nos dias anteriores as comunitárias não puderam comparecer no encontro. Sendo adiado para próximo dia sem data marcada.

4.2 RODA DE CONVERSA COM A EQUIPE

Encontro com a equipe da ESF MATO PRETO, dia 31/05/2019, na sala de reuniões da atenção básica de saúde no centro da Lapa. Estavam presentes 5 agentes comunitárias de saúde, 2 técnicas de enfermagem, uma enfermeira e uma médica. A roda se deu como convite para elaboração de um protocolo para acolhimento da mulher vítima de violência de gênero na zona rural. O pergunta norteadora foi: “Vocês conhecem algum caso de violência contra a mulher na área de vocês?”, após uma conversa elucidativa sobre os tipos de violência contra a mulher, todas as profissionais conheciam algum caso referiam que como conheciam muitas pessoas sabiam dos assuntos da comunidade. Uma relatou que quando foi realizar visita domiciliar na casa de uma paciente a qual ela sabia que era violentada pelo marido se deparou com a paciente no período da tarde sendo forçada a ter relações com o esposo. Outro relato foi de que muitas vezes o marido não dá dinheiro para utensílios básicos do dia-a-dia, como absorventes, cremes corporais, sabonetes.

Após diversos relatos das profissionais, chegou-se em um consenso de que há diversos casos de violência de gênero contra a mulher na área atuante e que há uma falta de capacitação dos profissionais para identificação e notificação dos casos e necessidade de acolhimento mais empático para que essas vítimas se sintam confortáveis para cessar a unidade de saúde.

Foi sugerido que as profissionais anotem os casos que têm dúvidas e que não sabem manejar para discussão em próxima roda. Acontecendo uma Roda de Conversa para capacitação dessas profissionais a respeito da Violência de gênero contra a mulher da zona rural e elaboração de um protocolo de acolhimento dessas vítimas. A melhor data foi em 01/07/2019.

O segundo encontro foi realizado na Secretaria de Saúde da Lapa, as 9h. Estiverem presentes as seis agentes comunitárias de saúde da equipe e a autora desse estudo como facilitadora. O material utilizado foi um projetor, computador e folhas impressas com o conteúdo para cada ACS. Para facilitar a conversa foi feito uma apresentação de slides (APÊNDICE 1).

Foram criados três casos clínicos abordando casos de violência de gênero contra a mulher da zona rural, tentando corroborar com a realidade local. A medida que cada caso foi apresentado, a equipe discutia o que identificava como Violência contra a mulher e como conduziria o caso.

Após a discussão foram apresentadas definições de violência de gênero contra a mulher, como identificar, como abordar e a necessidade de notificação.

No primeiro caso foi lançado o seguinte caso “Maria Beatriz, 54 anos, mora na zona rural do município da Lapa, é dona de casa e trabalha na lavoura ganhando por dia trabalhado. É católica e faz parte da Pastoral da igreja. É casada há 35 anos, mora com o esposo que também trabalha na lavoura. Possuem 4 filhos maiores de idade, 2 moram próximo a casa e outros 2 no centro da cidade. O esposo bebe aos finais de semana e fica violento. Vizinhos escutam as brigas do casal aos finais de semana há anos mas preferem não intervir nos assuntos de família. Maria toma remédio pra Pressão Alta há 5 anos, Antidepressivo há 3 anos e Analgésico constantemente para dor de cabeça e uma dor na barriga que não sabe o motivo. Em uma visita domiciliar realizada pela ACS Clara, Maria se queixa de perda de vontade de fazer as coisas de casa, não tem vontade de sair da cama mas faz por obrigação, suas dores na barriga e cabeça têm sido constantes. Relata que não tem ânimo nem para visitar os filhos, coisa que gostava de fazer anteriormente. Devido ao quadro não tem trabalhado na roça e não tem dinheiro, ficando dependente financeiramente do seu marido, que não lhe fornece dinheiro para comprar remédio e absorvente. Durante a VD seu esposo chega em casa e Maria muda subitamente de assunto. Gentilmente diz para Clara vir outro dia se possível”.

As ACS participaram inicialmente relatando que o que mais evidencia o caso de violência é o relato dos vizinhos e o comportamento de Maria ao mudar de assunto quando o marido chegou em casa. Todas referiam que não abordariam o caso diretamente porém não deixariam de conversar com a paciente em outro momento, perguntando se estava tudo bem com ela, se ela precisava de ajuda. Algumas referiam que marcariam consulta médica para tentar trazê-la mais próxima a unidade. Também abordariam os filhos falando que a mãe estava sendo violentada pelo marido. Nenhuma notificaria o caso.

Caso 2: “Vera, 27 anos, residente na zona rural da Lapa. Mora com o companheiro há 7 anos porém não são casados no papel. Possuem uma filha, Cristina, de 6 anos e atualmente está grávida de 21 semanas. Vera é professora do primário. Seu marido, Joaquim trabalha como caminhoneiro e viaja constantemente. ACS Flávia vai em VD a pedido da escola de Cristina que foi até a unidade de saúde relatando que a criança está com comportamento diferente, tem ficado mais agressiva e brigado com os coleguinhas. Em VD, Flávia encontra Vera em casa, seu marido tinha ido viajar no dia anterior. Percebe ao chegar em frente à casa a televisão quebrada. A casa estava em bom aspecto. Vera a convida para entrar na casa para tomarem chimarrão. A paciente não tem nenhuma queixa, está trabalhando normalmente, acompanha a gestação na Clínica da Mulher e está tudo bem. Relata que a gravidez foi indesejada porém está animada com a mesma. A ACS aborda que a escola pediu uma visita pois Cristina teve mudança de comportamento na escola. Vera relata que ela não notou o comportamento diferente da filha e não vê motivo para mudança. Durante a conversa a ACS nota grandes hematomas nos braços e pernas de Vera. Flávia nota os hematomas e pergunta a paciente “Vera, o que são essas manchas no seu braço e perna? Vi a televisão quebrada ali na frente. Também o comportamento da Cristina está diferente na escola... O Joaquim está te batendo? Você precisa de ajuda?”. Vera nega, fala que o marido jamais batera nela ou na filha, que o casamento está ótimo e que a ACS está totalmente enganada”.

Todas as ACS concordaram que a paciente estava sofrendo agressões evidenciadas pelos hematomas, pela televisão quebrada e pela mudança de comportamento da filha. Nenhuma delas abordaria diretamente a paciente, algumas delas referiram que iriam possivelmente contar um caso de violência contra a mulher como exemplo e se colocariam a disposição caso a paciente quisesse. Não elencaram

como vulnerabilidade do caso a gestação. Todas levariam o caso para discussão na unidade de saúde.

Caso 3: “Margarida, 18 anos, foi violentada sexualmente há 1 dia. Estava trabalhando na colheita de batata quando ao ir no banheiro foi abordada por um colega de trabalho que a forçou a manter relação sexual desprotegida com ele. O agressor é conhecido, tem 53 anos, é casado e frequenta a casa da mãe de Margarida. A paciente contou o ocorrido para Vitória, sua amiga, que a incentivou a procurar a Unidade Básica de Saúde porém Margarida não quis. Não usa nenhum método contraceptivo. A história chegou aos ouvidos da ACS Fernanda que foi até a casa de Margarida para tentar conversar com Margarida”.

Nesse último caso o tema que norteou a discussão foi a interrupção da gestação, algumas não indicariam o uso de pílula de emergência para a paciente devido às suas crenças pessoais. Poucas abordariam a necessidade de terapia de exposição contra doenças sexualmente transmissíveis. A maioria conversaria com os pais da paciente para relatar o ocorrido. Todas levariam o caso para a unidade de saúde. Nenhuma notificaria o caso.

Após apresentação sobre o tema discutimos novamente sobre cada problema. Houve mudanças em relação a conduta dos casos, todas notificariam todos os casos caso não houvesse notificação na unidade. Todas abordariam diretamente ou indiretamente a paciente, se colocando sempre à disposição. Todas deixariam suas crenças de lado para orientar a paciente em relação as medidas de saúde disponíveis. Todas respeitariam o sigilo do caso, não contando para pais, vizinhos, somente para a equipe da unidade.

4.3 FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS DE GÊNERO CONTRA MULHER

Identificou-se que não há um fluxograma de referência no município. Foi solicitado junto a parte da assistência social e NASF para que juntos possamos elaborar um até o final do ano.

4.4 ENTREVISTA NA RÁDIO LOCAL SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Na zona rural do município são poucas pessoas que possuem acesso à internet. Muitas têm acesso a informações via televisão e rádio. É um hábito escutar rádio e a maioria dos moradores escutam a “Rádio Legendária”.

Com o intuito de aumentar o acesso à informação a autora deste estudo deu uma entrevista para a rádio sobre o tema “Violência de Gênero contra mulher”. Na entrevista elucidou-se o panorama mundial, nacional e municipal. Evidenciou-se os tipos de violência contra a mulher, os motivos pelos quais muitas mulheres não conseguem sair de uma relação violenta. Também sobre o papel comunitário nos casos de violência, a necessidade de conhecimento por parte da saúde. Foi relatado como a violência pode adoecer e as medidas de prevenção e acolhimento dos casos de violência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades realizadas trouxeram em debate o tema violência de gênero contra a mulher da zona rural tanto para os comunitários quanto para a equipe.

Esse tema multifacetado e complexo apesar da alta prevalência é pouco abordado pelos profissionais de saúde e pouco debatido por entre os comunitários.

A roda de chimarrão com as mulheres criou um grupo que marcou o início de um processo de empoderamento feminino, o qual trouxe esclarecimento sobre diversos temas propostos por elas, no qual muitas vezes eram vistos como tabus, e fortaleceu laços entre as comunitárias.

A propagação de conhecimento através de entrevistas para rádio local possibilitou um alcance maior sobre o tema, levando mais acesso a informação à população local com o intuito de sensibiliza-los e criou pontes entre a comunidade e a unidade de saúde.

Com os encontros realizados junto a equipe de saúde, através da roda de conversa e discussão de casos, possibilitou a sensibilização e capacitação da equipe, tornando-a mais apta a acolher de forma empática, identificar e notificar casos de violência contra a mulher.

Pode-se citar como potencialidade o fato de ocorrer a parceria com a rádio local, o que possibilitou um maior alcance do tema violência de gênero contra a mulher da zona rural pela comunidade. Nas entrevistas citou-se os tipos de violência e a quem

recorrer se estiver precisando de ajuda. Outra potencialidade foi a troca de experiências entre mulheres com a criação da roda formada pelas comunitárias de idades diversas, que teve um aumento do número de participantes com o passar dos encontros, junto ao interesse por parte das mulheres de manter os encontros mensais.

Também vê-se como potencialidade as rodas de chimarrão sendo um meio para aplicação de diversos temas em outras unidades de saúde.

Das fragilidades do plano de intervenção houve uma baixa participação por parte das comunitárias, se comparado ao número de usuários atendidos pela unidade. Seja pela complexidade relacionada ao tema vigente, seja pela distância da residência das comunitárias até o local das reuniões, falta de transporte público para deslocamento e às baixas temperaturas e chuvas.

Também como possível fragilidade, a incapacidade de acessar mulheres vítimas de violência, devido a uma cultura patriarcal tão forte na zona rural, que gera

medos e traumas por parte das vítimas, impossibilitando-as de frequentar as rodas ou ir em consulta na unidade de saúde.

Após ser realizado esse plano de intervenção observou-se a necessidade de desenvolvimento de um instrumento de avaliação da adesão, sensibilização e compreensão dos temas abordados visando a melhoria nas ações e maior conexão com as usuárias como possibilidade de aplicação em atividades futuras.

REFERÊNCIAS

BARUFALDI, Laura Augusta et al . Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro** , v. 22, n. 9, p. 2929-2938, Sept. 2017.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=en&nrm=iso

Acesso em: 28 de Jun. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. 2. ed. França: Editora Nova Fronteira Sa, 1949. 412 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço - Secretaria de Políticas de Saúde**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Violência Intrafamiliar, orientações para a prática em serviço** – 2002 – Cadernos da Atenção Básica.

BRASIL. **Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**, Mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. – Brasília :Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 34 p. – (Série ação parlamentar n. 422).

BRASIL, Ministério da Saúde, **Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**, 2011.

BURDA, Naomi Anaue. **Cartografia e patrimônio arquitetônico: a elaboração do atlas eletrônico do Sítio Histórico Urbano da Lapa (PR)**. 2014. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

Acesso em: 20 abril 2019

doi:10.11606/T.8.2014.tde-20032014-105146.

COSTA, Marta Cocco da et al . Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 2, e59553, 2017 .

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200416&lng=en&nrm=iso.

Acesso em: 17 Maio 2019.

[.http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553](http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553).

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATISTICA. **Censo de 2010.**

Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/lapa/panorama>.

Acesso em: 25 maio 2019.

MARTINS, Lidiane de Cassia Amaral et al . Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 39, e2017-0030, 2018 .

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100406&lng=en&nrm=iso

Acesso em: 10 abril 2019

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0030>.

PERONA, Eugenia. La transformación tecnológica del sector agropecuario en la provincia de Córdoba y sus repercusiones sobre la mujer y la familia rural: its effects on women and rural families. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 739-760, Dec. 2012 .

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000300008&lng=en&nrm=iso.

Acesso em: 10 abril 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300008>.

RELÓGIOS DA VIOLÊNCIA. Disponível em:

<<https://www.relogiosdaviolencia.com.br/>>. Acesso em: 25 de maio 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL – LAPA - PR – **Relatório Anual de Gestão** 2017.

Disponível em: <https://lapa.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/285>. Acesso em: 25 maio 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL - **Relatório 3º quadrimestre** 2018.

Disponível em: <https://lapa.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/416>. Acesso em 25 maio 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 14. ed. São Paulo, SP: Editora Cortez, 2005.

TRIPP, D. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VASCONCELOS, E. **Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica**, 2012.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2012 – **Atualização: homicídios de mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2012. 27 p.

Disponível em: <<https://bit.ly/1Wu8oaK>>.

Acesso em: 03 abril 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO; 2013.

Disponível em:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

Acesso em: 10 abril 2019.

ZAKAR R, Zakar MZ, Abbas S. Domestic violence against rural women in Pakistan:an issue of health and human rights. **J Fam Viol**. 2016;31(1):15-25

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/278682282_Domestic_Violence_Against_Rural_Women_in_Pakistan_An_Issue_of_Health_and_Human_Rights

Acesso em: 14 mar 2019.

<https://doi.org/10.1007/s10896-015-9742-6>.

APÊNDICE - APRESENTAÇÃO RODA DE CONVERSA COM A EQUIPE

VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER DA ZONA RURAL

Capacitação das Agentes Comunitárias da ESF MATO PRETO – LAPA – PR

Identificação, acolhimento empático e notificação dos casos de Violência contra a mulher



ESF MATO PRETO – Médica Janete Pollyanna Moreira

LAPA 2019

PRINCÍPIOS DA CULTURA DE PAZ

Em 1998, quando da celebração dos 50 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, um grupo de ganhadores do Prêmio Nobel da Paz redigiu o "Manifesto 2000 por uma Cultura de Paz e Não-Violência", listando os seguintes princípios:

- 1. RESPEITAR A VIDA**
Respeitar a vida e a dignidade de qualquer pessoa sem discriminar ou prejudicar.
- 2. REJEITAR A VIOLÊNCIA**
Praticar a não-violência ativa, repelindo a violência em todas as suas formas: física, social, psicológica, econômica, particularmente diante dos mais fracos e vulneráveis, como as crianças e os adolescentes.
- 3. SER GENEROSO**
Compartilhar meu tempo e meus recursos materiais cultivando a generosidade, para acabar com a exclusão, a injustiça e a opressão política e econômica.
- 4. OUVIR PARA COMPREENDER**
Defender a liberdade de expressão e a diversidade cultural, privilegiando sempre a escuta e o diálogo, sem ceder ao fanatismo, nem a maledicência e ao rechaço ao próximo.
- 5. PRESERVAR O PLANETA**
Promover o consumo responsável, e um modelo de desenvolvimento que tenha em conta a importância de todas as formas de vida e o equilíbrio dos recursos naturais do planeta.
- 6. REDESCOBRIR A SOLIDARIEDADE**
Contribuir para o desenvolvimento de minha comunidade, propiciando a plena participação das mulheres e o respeito aos princípios democráticos, para criar novas formas de solidariedade.

FONTE: BRASIL (2008)



CASO 1



Maria Beatriz, 54 anos, mora na zona rural do município da Lapa, é dona de casa e trabalha na lavoura ganhando por dia trabalhado. É católica e faz parte da Pastoral da igreja. É casada há 35 anos, mora com o esposo que também trabalha na lavoura. Possuem 4 filhos maiores de idade, 2 moram próximo a casa e outros 2 no centro da cidade. O esposo bebe aos finais de semana e fica violento. Vizinhos escutam as brigas do casal aos finais de semana há anos mas preferem não intervir nos assuntos de família. Maria toma remédio pra Pressão Alta há 5 anos, Antidepressivo há 3 anos e Analgésico constantemente para dor de cabeça e uma dor na barriga que não sabe o motivo.

Em uma visita domiciliar realizada pela ACS Clara, Maria se queixa de perda de vontade de fazer as coisas de casa, não tem vontade de sair da cama mas faz por obrigação, suas dores na barriga e cabeça têm sido constantes. Relata que não tem ânimo nem para visitar os filhos, coisa que gostava de fazer anteriormente. Devido ao quadro não tem trabalhado na roça e não tem dinheiro, ficando dependente financeiramente do seu marido, que não lhe fornece dinheiro para comprar remédio e absorvente.

Durante a VD seu esposo chega em casa e Maria muda subitamente de assunto. Gentilmente diz para Clara vir outro dia se possível.



CASO 2

Vera, 27 anos, residente na zona rural da Lapa. Mora com o companheiro há 7 anos porém não são casados no papel. Possuem uma filha, Cristina, de 6 anos e atualmente está grávida de 21 semanas. Vera é professora do primário. Seu marido, Joaquim trabalha como caminhoneiro e viaja constantemente.

A ACS Flávia vai em VD a pedido da escola de Cristina que foi até a unidade de saúde relatando que a criança está com comportamento diferente, tem ficado mais agressiva e brigado com os coleguinhas.

Em VD, Flávia encontra Vera em casa, seu marido tinha ido viajar no dia anterior. Percebe ao chegar em frente a casa a televisão quebrada. A casa estava em bom aspecto. Vera a convida para entrar na casa para tomarem chimarrão.

A paciente não tem nenhuma queixa, está trabalhando normalmente, acompanha a gestação na Clínica da Mulher e está tudo bem. Relata que a gravidez foi indesejada porém está animada com a gravidez. A ACS aborda que a escola pediu uma visita pois Cristina teve mudança de comportamento na escola. Vera relata que ela não notou o comportamento diferente da filha e não vê motivo para mudança. Durante a conversa a ACS nota grandes hematomas nos braços e pernas da paciente.

Flávia nota os hematomas e pergunta a paciente "Vera, o que são essas manchas no seu braço e perna? Vi a televisão quebrada ali na frente. Também o comportamento da Cristina está diferente na escola... O Joaquim está te batendo? Você precisa de ajuda?". Vera nega, fala que o marido jamais bateria nela ou na filha, que o casamento está ótimo e que a ACS está totalmente enganada.



CASO 3

Margarida, 18 anos, foi violentada sexualmente há 1 dia. Estava trabalhando na colheita de batata quando ao ir no banheiro foi abordada por um colega de trabalho que a forçou a manter relação sexual desprotegida com ele. O agressor é conhecido, tem 53 anos, é casado e frequenta a casa da mãe de Margarida.

A paciente contou o ocorrido para Vitória, sua amiga, que a incentivou a procurar a Unidade Básica de Saúde porém Margarida não quis. Não usa nenhum método contraceptivo.

A história chegou aos ouvidos da ACS Fernanda que foi até a casa de Margarida para tentar conversar com Margarida.



**O QUE VOCÊ FARIA
NESSA SITUAÇÃO?**

Violência Física	Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.
Violência Psicológica	Qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição de autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
Violência Sexual	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, a gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
Violência Patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
Violência Moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

FONTE: BRASIL (2011)

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

LEI MARIA DA PENHA


LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006

- O título desta Lei é uma homenagem a **Maria da Penha Maia Fernandes, vítima da violência doméstica crônica praticada pelo seu marido. Pela sua história de quase duas décadas de persistência, ela se tornou símbolo da luta contra a violência doméstica e familiar. Sofreu duas tentativas de homicídio, cometidas pelo ex-marido: na primeira, foi atvejada com um tiro enquanto dormia, ficando paraplégica; na segunda, ainda em convalescença, logo após ter saído do hospital, o ex-marido tentou eletrocutá-la, enquanto tomava banho. Ele foi denunciado ao Ministério Público e condenado, mas, devido a uma série de medidas protetórias, permaneceu em liberdade por quase 20 anos**

DADOS EPIDEMIOLOGICOS

NO MUNDO	NO BRASIL	NALAPA
<ul style="list-style-type: none"> □ Segundo a OMS 15 e 71% das mulheres em todo o mundo já sofreram algum tipo de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo, em algum momento de suas vidas. As mulheres residentes em zonas rurais foram as mais acometidas por violência provocada por parceiros íntimos, comparadas às residentes nas zonas urbanas. 	<ul style="list-style-type: none"> □ A cada 2 segundos, uma mulher é vítima de violência física ou verbal no Brasil □ A cada 16,6 segundos uma mulher é vítima de ameaça com faca ou arma de fogo □ 41% das mortes de mulheres no Brasil aconteceram dentro do domicílio, e em 68,8% dos casos de atendimentos a mulheres que sofreram violência essa agressão ocorreu em seu próprio domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> □ Em 2017 foram 109 mulheres lapeanas que sofreram violência mas apenas 38 mulheres foram acompanhadas pelo CREAS. Dessas vítimas, 21 sofreram violência física, 5 física/psicológica, 4 psicológica, 6 sexual e 2 sem especificação. □ Em 2018 foram 167 casos de Violência, incluindo violência doméstica, não especificando o tipo e localidade.

PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



Saúde da Família

As instituições que prestam serviços - jurídicos, policiais, de saúde, educação - ainda não contam, em sua maioria, com sistemas de diagnósticos e registros apropriados. Todos estes fatores, somados ao desconhecimento e temor da sociedade frente à dinâmica das relações intrafamiliares violentas, levam as pessoas (tanto vítimas quanto agentes sociais) a evitar voltar para ela. Entretanto, é preciso assinalar que, a cada dia que passa, esses aspectos vêm sendo superados, haja vista o número cada vez maior de denúncias realizadas, principalmente nas Delegacias de Proteção à Mulher e Conselhos Tutelares, especialmente nas grandes cidades brasileiras.


É responsabilidade do profissional de saúde estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima de violência, mesmo que não haja, à primeira vista, indicações para suspeitas. Através de observações, visitas domiciliares, perguntas indiretas ou diretas dirigidas a alguns membros da família, situações insuspeitas podem ser reveladas se houver um cuidado e uma escuta voltadas para estas questões. Mesmo que a família tente ocultar tais situações, a aproximação por parte do profissional poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda.

Deve-se destacar que - salvo situações de risco iminente, ou quando a vítima não tem capacidade de tomar decisões - a equipe de saúde deve oferecer orientações e suporte para que a vítima possa compreender melhor o processo que está vivendo, analise as soluções possíveis para os seus problemas, tomando a decisão que lhe pareça mais adequada.


Esse suporte deve incluir a rede de serviços especializados (das áreas de saúde, social, de segurança e justiça) e da comunidade (associações de moradores, grupos de mulheres, grupos religiosos). A equipe de saúde nem a vítima devem agir sozinhas, para evitar riscos ainda maiores.

Os serviços devem estar equipados com instruções, telefones de emergência e recursos aos quais uma pessoa ou família possa recorrer, informações essas que devem estar ao alcance da população. No atendimento à situação de crise, é importante oferecer informações de referência, e inclusive assegurando-se de que os recursos foram acessados e forneceram as respostas necessárias.

Numa equipe, os diferentes profissionais assumem papéis e procedem de acordo com seu conhecimento e vivência acumulados. A equipe deve criar mecanismos para compartilhar a experiência de cada um de seus membros, possibilitando a adoção de práticas comuns que garantam maior qualidade ao atendimento.



SUS Sistema Único de Saúde



Núcleo de Apoio à Saúde da Família

FONTE: BRASIL (2008)



A NATUREZA REPETITIVA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INDICA A IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO PRECOZE E PREVENÇÃO DE PROBLEMAS FUTUROS DE LA DECORRENTES.

É IMPORTANTE ORIENTAR AS PACIENTES SOBRE A NATUREZA E O CURSO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, FORNECENDO INFORMAÇÕES SOBRE OS RECURSOS EXISTENTES NA COMUNIDADE, GRUPOS DE AUTO-AJUDA E COMO PREVENIR NOVOS EPISÓDIOS.

O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO, REALIZADO POR PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA OU DE SAÚDE MENTAL, É ÚTIL PARA UMA MUDANÇA NOS PADRÕES DO RELACIONAMENTO. EM INTERVENÇÕES DE LONGO PRAZO. OS PROFISSIONAIS DEVEM IDENTIFICAR PACIENTES COM ALTO RISCO DE TORNAREM-SE ABUSADORES NO FUTURO, OS QUAIS DEVEM SER ENCAMINHADOS A SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL PARA MELHOR LIDAR COM SITUAÇÕES DE ESTRESSE E BUSCAR ALTERNATIVAS NÃO-VIOLENTAS NA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS.

Prevenindo a violência contra a mulher

A equipe de saúde pode apoiar as mulheres no reconhecimento do problema da violência, propiciando espaços de escuta individual e coletiva nas unidades de saúde, com o objetivo de identificar situações de risco e traçar medidas preventivas.

Ao identificar situações de risco, os profissionais de saúde devem estimular a mulher a procurar atendimento ou grupos de reflexão.

Na unidade de saúde, em seu trabalho de orientação aos usuários, durante as visitas domiciliares ou nas ações comunitárias, a equipe deve:

- ◆ promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos;
- ◆ facilitar o acesso a uma rede de apoio social (trabalho, moradia, etc.), buscando incluir a mulher e elevar sua condição de cidadania;
- ◆ promover grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da auto-estima e formas alternativas de resolução de conflitos.

FONTE: BRASIL (2001)



IDENTIFICAR CASOS DE AGRESSÃO

Mulheres vítimas de abuso apresentam, com maior frequência, grande variedade de problemas de saúde física e mental, vários relacionamentos e maior chance de ter parceiros que as impeçam de trabalhar ou estudar

A maioria das mulheres, se perguntadas abertamente, discutirá as situações de violência que vivenciam.

Mesmo que num primeiro momento elas neguem por não "estarem preparadas para lidar com o problema, o questionamento pelo profissional de saúde, de maneira cuidadosa, facilita o início de um diálogo e a possibilidade de um canal de ajuda. Observou-se num determinado serviço que, ao serem perguntadas sobre violência em sua casa, as mulheres diziam não, mas respondiam afirmativamente a perguntas do tipo: você já foi agredida em casa por alguém da família? Já sentiu ou sente medo de alguém? Esse tipo de abordagem mostra que a escolha das palavras é fator importante para reconhecer o problema da violência e falar dele abertamente.

A visita domiciliar é de grande importância, pois permite a observação mais adequada para identificar, com mais segurança, a situação de violência

MANIFESTAÇÕES AGUDAS

- Lesões físicas agudas (inflamações, contusões, hematomas em várias partes do corpo), em geral, são consequência de agressões causadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento, queimaduras, sacudidas. Em alguns casos, podem provocar fraturas dos ossos da face, costelas, mãos, braços e pernas.
- Nas agressões sexuais, podem ser observadas lesões das mucosas oral, anal e vaginal. A gravidade das lesões depende do grau de penetração e do objeto utilizado na agressão. As lesões das mucosas envolvem inflamação, irritação, arranhões e edema, podendo ocorrer inclusive perfuração ou ruptura. Doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), infecções urinárias, vaginais e gravidez são consequências que podem se manifestar posteriormente.
- Semanas ou meses após a agressão, podem permanecer sintomas de dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos - como falta de apetite -, náuseas, vômitos, cólicas e dores de estômago, perda de peso, dores de cabeça e dores musculares generalizadas
- Entre os sintomas psicossomáticos estão a insônia, os pesadelos, a falta de concentração e irritabilidade, caracterizando-se, nestes casos, a ocorrência de estresse pós-traumático
- Alterações psicológicas podem ser decorrentes do trauma, entre eles o estado de choque que ocorre imediatamente à agressão, podendo durar várias horas ou dias. Outro sintoma frequente é a crise de pânico, que pode repetir-se por longos períodos. Podem ainda surgir ansiedade, medo e confusão, fobias, insônia, pesadelos, auto-reprovação, sentimentos de inferioridade, fracasso, insegurança ou culpa, baixa auto-estima, comportamento auto-destrutivo - como uso de álcool e drogas -, depressão, tentativas de suicídio e sua consumação.
- As manifestações sociais podem incluir isolamento por medo que outros descubram o acontecido, medo de que se repita, mudanças frequentes de emprego ou moradia.

MANIFESTAÇÕES CRÔNICAS

- Mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, são tidas como "políquelixosas", por suas queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados.
- Com freqüência as mulheres procuram ajuda nos serviços de saúde em decorrência de **palpitações, ansiedade, nervosismo, insônia ou perturbações digestivas vagas** que podem ser sintomas decorrentes da tensão e da violência em seu cotidiano. Antes de medicá-las, os profissionais de saúde devem sempre procurar conhecer sua história de vida, pois o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema.

DOZE PASSOS DA ABORDAGEM

1. Desenvolver uma atitude que possibilite à mulher sentir-se acolhida e apoiada.
2. Ajudar a mulher a estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional para avaliar o histórico de violência, riscos, motivação para romper a relação, limites e possibilidades pessoais, bem como seus recursos sociais e familiares.
3. Conversar com a mulher sobre as diferentes opções para lidar com o problema que ela está vivenciando, garantindo-lhe o direito de escolha, fortalecendo sua auto-estima e autonomia.
4. Estabelecer passos graduais, concretos e realistas, construindo um mapa dos recursos, alternativas e ações, com vistas a implementar a metodologia a seguir.
5. Apoiar a mulher que deseja fazer o registro policial do fato e informá-la sobre o significado do exame de corpo de delito, ressaltando a importância de tornar visível a situação de violência.
6. Sugerir encaminhamento aos órgãos competentes: Delegacia Policial, de preferência Delegacia de Proteção à Mulher e Instituto ou Departamento Médico-Legal. Orientar a mulher quanto ao seu direito e importância de guardar uma cópia do Boletim de Ocorrência.
7. Estimular a construção de vínculos com diversas fontes de assistência, acompanhamento e proteção, reforçando a sistemática de atuação de uma rede de apoio.
8. Caso necessário, encaminhar ao atendimento clínico na própria unidade ou para serviço de referência, conforme a gravidade e especificidade de danos e lesões.
9. Conforme a motivação da mulher para dar andamento ao processo de separação, encaminhá-la aos serviços jurídicos - Defensoria Pública, Fórum local ou ONGs de apoio jurídico.
10. Sugerir encaminhamento para atendimento de casal ou família, no caso da continuidade da relação, ou quando houver filhos e portanto a necessidade de preservar os vínculos parentais.
11. Sugerir encaminhamento para atendimento psicológico individual, de acordo com a avaliação do caso.
12. Manter visitas domiciliares periódicas, para fins de acompanhamento do caso

FONTE: BRASIL (2001)

PORQUEAS MULHERES CONTINUAM EM UMA RELAÇÃO VIOLENTA?



HISTÓRIA FAMILIAR

- Modelo familiar violento como importante fator de risco para a escolha de um parceiro violento e repetição do modelo parental;
- Vivências infantis de maus-tratos, negligência, rejeição, abandono e abuso sexual
- Casamento como forma de fugir da situação familiar de origem, onde o parceiro e o relacionamento são idealizados.

AUTO-ESTIMA

- Auto-imagem negativa, levando a mulher a ter dúvidas acerca de seu valor, capacidades e desempenho;
- Sentimento de desvalorização;
- Incerteza quanto a se separar de seu companheiro mesmo que temporariamente

SITUAÇÃO EMOCIONAL

- Medo das represálias por parte do companheiro;
- Crença de que o companheiro cumprirá as ameaças em relação aos filhos, aos pais e a casa, transtornos no local de trabalho, invasão da casa após a separação, entre outras.

SITUAÇÃO ECONÔMICA

- Carência de apoio financeiro e de oportunidades de trabalho, ocasionando a dependência econômica e a falta de autonomia;
- Medo das dificuldades para prover o seu sustento econômico e o de seus filhos, após a separação.

SITUAÇÃO EMOCIONAL

- Padrão de afeto deprimido e sentimentos de inferioridade, insegurança, desamparo e retraimento social;
- Projeção de expectativas irreais de afeto, proteção, dependência e estabilidade no casamento
- Esperança quanto à possibilidade de mudança nas atitudes do companheiro
- Insegurança quanto a sua capacidade emocional de sobreviver sem um companheiro e sem um pai para seus filhos
- Sentimento de responsabilidade pelo comportamento agressivo do companheiro
- Tendência a atribuir e justificar o comportamento violento do companheiro por fatores externos, desresponsabilizando-o (dificuldades financeiras, desemprego, uso de drogas, etc.)
- Tendência a valorizar excessivamente o papel de provedor e "bom pai" no companheiro, justificando a tolerância à violência (ou em detrimento de outras necessidades) .

CARÊNCIA DE RECURSOS SOCIAIS E FAMILIARES

- Desrespeito e falta de apoio dos familiares, levando ao isolamento social;
- Ausência de uma rede de apoio eficaz no que se refere à moradia, escola, creche, saúde e equipamento policial e de justiça.

Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher

A Lei nº 10.778, de 24/11/2003 instituiu a Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher e aprovou o instrumento e o fluxo para esta notificação, em todo o território nacional.



Check para denúncia e formulário (2015)

A notificação compulsória é um registro sistemático e organizado feito em formulário próprio, utilizado em casos de conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher.



De acordo com o Mapa da Violência (2015), entre 1980 e 2013 um total de 106.093 mulheres foram assassinadas no Brasil.

A taxa, que em 1980 era de 2,3 vítimas por 100 mil

Passou para 4,8 em 2013

um aumento de 111,1%. De acordo com a OMS, essa última taxa nos coloca na 3ª posição internacional, entre 83 países do mundo.



É fundamental a capacitação dos profissionais de saúde para perceberem e diagnosticarem os casos de violência, de forma que possam saber como proceder e, também, para que possam notificá-los.

A Lei de Notificação Compulsória estabelece que a denúncia seja de responsabilidade dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.



A notificação compulsória deve ser tratada com sigilo, não podendo ser divulgada a identidade da vítima.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- “A ocorrência de suspeita ou confirmação de eventos de saúde pública, doenças e agravos listados, de acordo com a portaria vigente (PRC nº 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo 1 do Anexo V (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Anexo 1), e/ou a notificação de surto, são de comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados. É facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.”

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacia de Proteção à Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/05/2004, que regulamenta a Lei nº 10.775/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais:
 1) Data da notificação: ____/____/____
 2) UF: ____ 3) Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____
 4) Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ Código (CNES): _____
 5) Data da Ocorrência do Evento: ____/____/____ 6) Hora da ocorrência (0 - 24 horas): ____:____

Dados de Pessoa Notificada:
 7) Nome: _____ 8) Data de Nascimento: ____/____/____
 9) Idade: 1- Nova 2- Infância 3- Jovem 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado
 10) Sexo: 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado
 11) Gestante: 1) 2º Trimestre 2) 3º Trimestre 3) 4º Trimestre 4) Não se aplica 9- Ignorado
 12) Cor: 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
 13) Escolaridade: 01- Analfabeto 02- 1ª a 4ª série incompleta do EF 03- 4ª série completa do EF 04- 5ª a 8ª série incompleta do EF 05- Ensino fundamental completo 06- Ensino médio incompleto 07- Ensino médio completo 08- Educação superior incompleta 09- Educação superior completa 10- Não se aplica 9- Ignorado
 14) Situação conjugal: 1- Solteiro 2- Casado/união consensual 3- Viúvo 4- Separado 5- Não se aplica 9- Ignorado
 15) Ocupação: _____
 16) Possui algum tipo de deficiência? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 17) Relações sexuais: 1- Só com Homens 2- Só com mulheres 3- Com homens e mulheres 4- Não se aplica 9- Ignorado
 18) Número do Cartão SUS: _____ 19) Nome da mãe: _____

Dados de Residência:
 20) UF: ____ 21) Município de residência: _____ Código (IBGE): _____ 22) Bairro de residência: _____
 23) Logradouro (rua, avenida...): _____ 24) Número: _____
 25) Complemento (ajto. casa...): _____ 26) Ponto de Referência: _____ 27) CEP: _____
 28) CDD: Telefone: _____ 29) Zonas: Urbana 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado 30) País (se residente fora do Brasil): _____
 31) Local de ocorrência: 01- Residência 02- Habitação coletiva 03- Via pública 04- Ambiente de trabalho 05- Escola 06- Creche 07- Estabelecimento de saúde 08- Instituição socioeducativa 09- Instituição de longa permanência 10- Instituição prisional 11- Terreno baldio 12- Bar ou similar 13- Outros 99- Ignorado 32) Bairro de ocorrência: _____
 33) Logradouro de ocorrência (rua, avenida...): _____ 34) Número: _____ 35) Complemento (ajto. casa...): _____

Dados de Ocorrência:
 36) Zona de ocorrência: 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado 37) Ocorreu outras vezes? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 38) A lesão foi autoprovocada? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 39) Meio de agressão: 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado 40) Tipo de violência: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 41) Arma branca 42) Arma de fogo 43) Objeto contundente 44) Força corporal 45) Outros: _____
 46) Tipo de violência: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 47) Física 48) Psicológica/Mora 49) Negligência/Abandono
 50) Sexual 51) Trabalho infantil 52) Outros: _____

Violência Sexual:
 43) Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado
 44) Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Dados de pessoa atendida:
 45) Número de episódios: 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado
 46) Relação com a pessoa atendida: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 47) Sexo do provável autor da agressão: 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado
 48) Suspeita de uso de álcool: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Encaminhamento:
 49) Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 50) Procedimento indicado: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 51) Evolução do Caso: 1- Alta 2- Encaminhamento ambulatorial 3- Encaminhamento hospitalar 4- Evasão/Fuga 5- Se doto pela agressão, data: ____/____/____
 52) Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

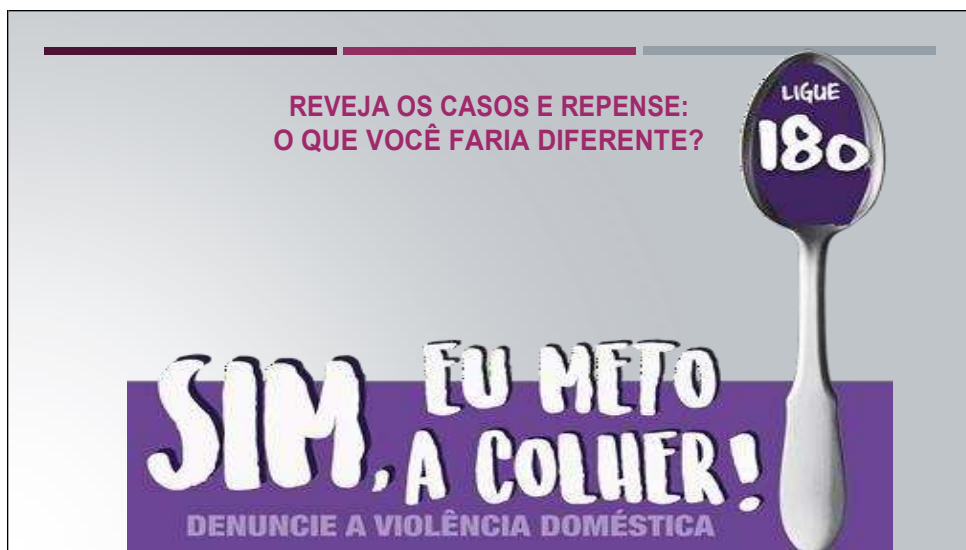
Outros encaminhamentos:
 53) Conselho tutelar (crianças/adolescentes) 54) Delegacia Especializada da Mulher 55) Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)
 56) Vara da infância/juventude 57) Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente 58) IML
 59) Casa de proteção/abrigo 60) Outras delegacias 61) Outros: _____
 62) Programa Sentinela 63) Ministério Público

Classificação final:
 64) Circunstância de lesão (confirmada) 65) Classificação final: 1- Suspeito 2- Confirmado 3- Descartado
 CID 10: _____

Informações complementares e observações:

TELEFONES ÚTEIS:
 Disque-Saúde: 0800 81 1997
 Central de Atendimento à Mulher: 180
 Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes: 100

Município/Estado de Saúde: _____
 Nome: _____ Função: _____
 CPF: _____ Col. de UNES de Saúde/CNES: _____
 Uf: _____
 Endereço: _____
 Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais. SIS 2896/2006



- Escuta empática;
- Reunir informações necessárias para uma avaliação do histórico das pessoas envolvidas;
- Não julgar;
- Se colocar sempre a disposição;
- Respeitar o tempo, o ritmo e as decisões da pessoa;
- Falar sobre sigilo na relação;
- Nunca resolver sozinho;
- Perguntar diretamente sobre a violência sofrida;
- Elucidar como a violência adoece e que necessita de um acompanhamento de saúde;
- Trazer a vítima o mais próximo possível ao serviço de saúde (agendar consulta, conversar com a equipe);
- Não colocar a vítima em uma situação pior de vulnerabilidade. Orientar não discutir com o agressor.
- Procurar vínculos familiares ou amigos e quando se sentir confortável, se for o desejo, se mudar sem avisar para um local mais seguro possível;

- Ouvir atentamente cada relato;
- Avaliar o nível de motivação para afastar-se definitivamente do companheiro ou se o seu desejo era obter auxílio para leva-lo a mudar de comportamento.
- Avaliar a história do marido para avaliar risco de vida para esposa e filhos e a forma como aborda-lo com segurança
- Averiguar existência de familiares ou amigos que pudessem acolher ou abrigo
- Orientar para denúncia em Delegacia da Mulher, se não existir, delegacia habitual.
- Conselho Tutelar, denunciar violência contra crianças e idoso
- Referenciar para atendimento psicoterápico
- Chamar o agressor para uma conversa
- Se desejo for separação, encaminhar aos serviços jurídicos específicos (Medida Cautelar de Afastamento, Busca e Apreensão e Separação Judicial)
- Averiguar recursos disponíveis (creche, escola, emprego, moradia, bolsa-auxílio, cesta básica)
- Caso continuidade da relação, sugerir tratamento casal/família
- Acompanhar os casos através de Visita Domiciliar

- Nas situações onde houve estupro faz-se necessária a adoção de medidas específicas nas primeiras 72 horas, como a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, HIV -Aids e prevenção da gravidez indesejada

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço (Secretaria de Políticas de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz II – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2011



OBRIGADA!