



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E**  
**POLÍTICAS PÚBLICAS**

**FRANCISCA TALICIA VASCONCELOS PEREIRA**

**O TRABALHO COM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

**SOBRAL**  
**2023**

FRANCISCA TALICIA VASCONCELOS PEREIRA

**O TRABALHO COM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Psicologia e Políticas Públicas.

Linha de pesquisa: Educação e Políticas Públicas.

Orientador (a): Dra. Natália Santos Marques

**SOBRAL  
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

P491t Pereira, Francisca Talicia Vasconcelos.  
O Trabalho com Mulheres Vítimas de Violência Doméstica na Atenção Primária à Saúde. / Francisca Talicia Vasconcelos Pereira. – 2023.  
54 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas, Sobral, 2023.  
Orientação: Profa. Dra. Natália Santos Marques.

1. Violência Doméstica Contra as Mulheres. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Formação Profissional. I.  
Título.

CDD 302.5

---

FRANCISCA TALICIA VASCONCELOS PEREIRA

**O TRABALHO COM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Psicologia e Políticas Públicas.

Linha de pesquisa: Educação  
Políticas Públicas.

Aprovada em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Natália Santos Marques (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Maria Suely Alves Costa

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Renata da Conceição da Silva Pinheiro

Faculdade Luciano Feijão (FLF)

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe! Sempre foi, é, e será tudo por você.

Às minhas irmãs Ralicia, Michelle e Roberta, que participaram ativamente da minha criação. Em mim há um pedacinho de cada uma de vocês.

Aos meus sobrinhos Ian, Ana Bárbara, Anabela, Isabela, João Miguel e Adelino Filho, que trazem leveza e esperança aos meus dias.

A André, meu parceiro, minha pessoa na vida e para a vida. Quem me incentiva, encoraja e apoia incansavelmente.

À Natália, minha orientadora que tanto me ensinou e que me ensina diariamente a não desistir de lutar por e para as mulheres. Obrigada por acreditar em mim!

À equipe do Centro de Saúde da Família Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne: Bruna, Iranir, Alder, Gescy, Kele, Ivonete, Marlúcia, Janielle, Jéssica e Lindalva. Vocês foram fundamentais para este estudo.

Por fim, ao grupo de extensão Acolher e Emancipar. Vocês me trouxeram fôlego e a certeza do quão potente é a união entre as mulheres.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar e intervir sobre a formação de profissionais de saúde no que concerne à violência doméstica contra as mulheres. Para tanto, foram realizados dois estudos. O Estudo 1 tratou-se de uma pesquisa documental com o objetivo de sistematizar e analisar os conteúdos presentes em documentos oficiais norteadores da prática dos profissionais de saúde nos níveis federal, estadual e municipal frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres. O Estudo 2 tratou-se de uma pesquisa aplicada com o objetivo de avaliar os efeitos de uma formação profissional sobre o atendimento em saúde às mulheres em situação de violência doméstica nos estereótipos de gênero replicados pelos profissionais participantes da pesquisa. O Estudo 2 foi conduzido com os profissionais do Centro de Saúde da Família Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne, localizado no bairro Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes, no município de Sobral- CE. Os resultados do Estudo 1 evidenciaram a escassez de documentos norteadores para profissionais de saúde frente ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica; e o Estudo 2 mostrou algumas mudanças consistentes na replicação de estereótipos de gênero, mas também um aumento na replicação de estereótipos que atrelavam um padrão de gênero à natureza do sexo. Considera-se que estudos tais como os aqui conduzidos lançam luz à importância produção e/ou atualização de documentos norteadores para profissionais de saúde frente as demandas de violência doméstica contra as mulheres, e da formação acerca da violência contra as mulheres na Educação Permanente de profissionais de saúde, de modo a promover a potenciais vítimas de violência doméstica um acolhimento e suporte mais próximo e sistemático, que pode fazer da atenção primária à saúde parte significativa da rede de apoio da vítima de violência.

**Palavras-chave:** Violência doméstica; Atenção Primária à Saúde; Formação profissional.

## **ABSTRACT**

The present study aimed to evaluate and intervene in the training of health professionals regarding domestic violence against women. To this end, two studies were carried out. Study 1 was a documentary research with the objective of systematizing and analyzing the contents present in official documents guiding the practice of health professionals at federal, state and municipal levels in the face of demands for domestic violence against women. Study 2 was an applied research with the objective of evaluating the effects of professional training on health care for women in situations of domestic violence on gender stereotypes replicated by professionals participating in the research. Study 2 was conducted with professionals from the Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne Family Health Center, located in the Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes neighborhood, in the municipality of Sobral- CE. The results of Study 1 highlighted the scarcity of guiding documents for health professionals when caring for women in situations of domestic violence; and Study 2 showed some consistent changes in the replication of gender stereotypes, but also an increase in the replication of stereotypes that tied a gender standard to the nature of sex. It is considered that studies such as those conducted here shed light on the importance of producing and/or updating guiding documents for health professionals in the face of demands for domestic violence against women, and training on violence against women in the Continuing Education of professionals of health, in order to provide potential victims of domestic violence with closer and more systematic reception and support, which can make primary health care a significant part of the support network for victims of violence.

**Keywords:** Domestic violence; Primary Health Care; Professional qualification.

## SUMÁRIO

|  |              |
|--|--------------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>   | <b>9</b>     |
| <b>Introdução.....</b>   | <b>10</b>    |
| <b>Estudo 1 - Pesquisa Documental: Análise de documentos oficiais norteadores da atuação dos profissionais de saúde frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres.....</b>    | <b>14</b>    |
| <b>Método.....</b>   | <b>14</b>    |
| <b>Resultados.....</b>   | <b>15</b>    |
| <b>Discussão.....</b>  | <b>25</b>    |
| <b>Considerações Finais.....</b>   | <b>30</b>    |
| <b>Estudo 2 - Pesquisa Aplicada: Dimensões do atendimento em saúde às mulheres em situação de violência doméstica para profissionais de um Centro de Saúde da Família de Sobral- CE.....</b> | <b>31</b>    |
| <b>Método.....</b>   | <b>32</b>    |
| <b>Resultados e Discussão.....</b>   | <b>37</b>    |
| <b>Considerações Finais.....</b>   | <b>46</b>    |
| <b>Referências.....</b>  | <b>.....</b> |
| <b>Anexos.....</b>   | <b>.....</b> |



## APRESENTAÇÃO

A temática de gênero está presente em minha vida desde a infância, embora não soubesse nomeá-la enquanto uma questão. Ser filha de mãe solo e desde cedo vivenciar desigualdades e violências, ainda que sutis, dentro de casa, compõem as memórias e simbologias que trazem o sentido da realização desta pesquisa. Ser mulher, negra e assistente social, reconhecendo que esses marcadores sociais produzem vulnerabilidades, vai ao encontro das realidades que se cruzam e entrecruzam no acolhimento cotidiano de espaços institucionais das políticas públicas.

Enquanto profissional atuando na saúde pública do município de Sobral- CE, atendi diversas mulheres que se encontravam em situação de violência, e que eram, em sua grande maioria, negras, pobres e com pouca ou nenhuma escolaridade. Elas traziam em suas falas durante o momento de escuta, os diferentes tipos de violências que sofriam por parte de seus parceiros íntimos. Essas mulheres adentravam no serviço por conta das lesões físicas que necessitavam de cuidados clínicos, e em alguns casos, por tentativa de suicídio.

O que percebia diante dessa realidade é que o acolhimento ofertado era bastante fragilizado. A ficha de notificação da violência era devidamente preenchida, porém o cuidado voltava-se em grande parte ao que era visível fisicamente. Os profissionais demonstravam pouco conhecimento quanto aos possíveis encaminhamentos a serem feitos, e os atendimentos eram por vezes alicerçados em estereótipos de gênero, e em posturas culpabilizadoras. Tais fatos refletiam diretamente no processo de acolher.

A partir dessa experiência, comecei a pensar sobre a atuação dos profissionais da equipe de saúde, e também sobre meu papel como profissional de saúde no acolhimento às mulheres em situação de violência doméstica. Diante disso, materializei minhas inquietações em um projeto de pesquisa de mestrado, com vistas a contribuir com a formação de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Obteve-se por fim, como produtos técnicos desta pesquisa, 2 produções científicas (artigos), 1 Cartilha destinada aos profissionais da saúde e 1 Relatório Técnico Conclusivo de Assessoria.

## **Introdução**

A violência contra as mulheres, de acordo com o conceito definido na Convenção de Belém do Pará (1994) é “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado” (artigo 1º), e que viola os direitos humanos das mulheres (RODRIGUEZ-BORREGO, VAQUERO-ABRILLAN e ROSA, 2012).

Dentre as diferentes manifestações da violência contra as mulheres destaca-se, para fins deste estudo, a violência doméstica, descrita a partir da Lei Maria da Penha como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (artigo 5º). Amparada pela lógica patriarcal, esse tipo de violência se configura como um fenômeno de ordem cultural e produto das desigualdades entre homens e mulheres. O agressor se vale da condição privilegiada de uma relação de casamento, convívio, confiança, namoro, intimidade, privacidade que tenha ou já tenha tido com a vítima, bem como da relação de hierarquia ou poder que detenha sobre a mulher para praticar a violência (CAVALCANTI, 2005).

Os estereótipos de gênero reforçam a naturalização da dominação de homens sobre as mulheres. São crenças acerca dos comportamentos e características de cada sexo, que conduzem a vieses (MARTIN, 1996). Um viés é uma distorção sistemática, que pode ter na sua origem fatores motivacionais e cognitivos. Especificamente, o viés de gênero refere-se às diferenças nas práticas para com homens e mulheres, podendo exprimir-se como atitudes discriminatórias, preconceituosas, ou quaisquer outras avaliações baseadas nos papéis culturalmente atribuídos (HEWSTONE, 1996).

No que concerne aos processos de subjetivação identitários às mulheres e homens, Zanello (2018), discute sobre os dispositivos de gênero. Para a autora, o processo de subjetivação das mulheres na nossa cultura se dá por meio dos dispositivos amoroso e materno. O dispositivo amoroso está relacionado a ser escolhida e manter uma relação amorosa duradoura, e o dispositivo materno remete a uma pedagogia afetiva que as ensina a sempre privilegiar as demandas dos outros em detrimento das próprias, estando constantemente disponíveis ao cuidado. Em relação aos homens, a subjetivação se dá através do dispositivo da eficácia, baseado em duas virilidades: sexual e laborativa. Ou seja, ser trabalhador provedor e sexualmente ativo. Em culturas sexistas, homens e mulheres são interpelados por questões diferentes.

A partir de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconheceu a violência

perpetrada contra as mulheres como um grave problema de saúde pública. Segundo dados da OMS (2021), uma a cada três mulheres (35%) no mundo foram vítimas de violência por seus parceiros íntimos ou ex-parceiros. No Brasil, conforme o relatório “Visível e Invisível: A vitimização de mulheres no Brasil”, divulgado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023), e ressaltado no Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023), mais de 18 milhões de mulheres foram vítimas de violência no ano de 2022, e o número de feminicídios cresceu 6,1%, resultando em 1.437 mulheres mortas.

No tocante à saúde física e mental das mulheres, os prejuízos acarretados pela violência são muitos. Em pesquisa realizada no Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica (CR Mulher) do Rio de Janeiro, com 16 mulheres vitimadas que foram entrevistadas individualmente, foram relatadas como principais consequências à saúde distúrbios do sono, alimentação inadequada, falta de energia, dores pelo corpo, hematomas e escoriações. Quanto aos processos de doença, respostas inflamatórias e imunológicas, elas relataram obesidade, crises de gastrite e úlcera (NETTO et al., 2014).

Os abusos sofridos por mulheres dentro de relações afetivas geram sofrimentos que vão além das lesões físicas deixadas pelo ato violento. Para Pedrosa e Zanello (2017) a violência sexual, física e psicológica tem sido associada com diversos problemas psiquiátricos. Podem provocar quadros de depressão, ansiedade, fobias, transtorno pós-traumático, suicídio e problemas alimentares. Desse modo, ao se refletir sobre as políticas públicas, deve-se considerar os desdobramentos gerados pela violência, a fim de que sejam planejadas estratégias em saúde mais eficazes.

A partir das lutas dos movimentos sociais, sobretudo pelos esforços advindos dos movimentos de mulheres, algumas ações governamentais para minimizar ou combater a violência doméstica contra as mulheres vem culminando em leis e políticas, como a Lei N° 11.340/06 (Lei Maria da Penha), a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011) e a Lei do Feminicídio (2015). Recentemente, o governo federal sancionou a Lei N° 14.188/21, que tipifica o crime de violência psicológica contra as mulheres no Código Penal, e traz uma nova medida para o enfrentamento da violência, o Programa Sinal Vermelho, que prevê que a letra X escrita na palma da mão da mulher, preferencialmente na cor vermelha, funcione como um sinal de denúncia de situação de violência.

No âmbito da saúde pública houve a criação de políticas públicas, normativas e documentos oficiais para subsidiar as práticas de profissionais de saúde frente às demandas

de violência doméstica contra as mulheres. Em 2003 foi promulgada a Lei N° 10.778, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados (BRASIL, 2003). Em 2004 foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem como objetivo melhorar as condições de vida e de saúde de mulheres brasileiras através da ampliação, qualificação profissional e humanização da atenção à saúde das mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNAISM prevê ações dirigidas a mulheres em situação de violência doméstica e sexual, organiza redes integradas de atenção, articula a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids e promove ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Todavia, apesar de essa política ter como uma de suas diretrizes a capacitação para humanização das práticas em saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), a mesma não apresenta ações específicas de qualificação profissional para a atuação com as demandas de violência. Assim, têm-se a criação da política pública, mas não se estabelecem as condições para a sua efetividade.

Ainda em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta político-pedagógica que favorece, aos trabalhadores, processos de ensino e aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral. Tal processo defende uma filosofia de reflexão e crítica sobre os processos de trabalho dos profissionais (ALMEIDA et al., 2016).

Dentre os serviços públicos que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica têm-se a Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como porta de entrada para o acesso à saúde pública. A APS adota a perspectiva da territorialidade, possibilitando um contato mais estreito dos profissionais da saúde com as mulheres, podendo acolhê-las em suas dores, fragilidades e traumas (BORSOI, BRANDÃO, CAVALCANTI, 2009).

A APS tem na EPS uma ferramenta importante para a qualificação do trabalho (SILVA e JORGE, 2023). Entretanto, no que diz respeito à temática da violência doméstica contra as mulheres, evidencia-se que os profissionais apresentam pouco preparo sobre as concepções teóricas e práticas necessárias na atenção a esse público, além da falta de compreensão do fenômeno da violência doméstica contra as mulheres como um problema de saúde pública (MOREIRA et. al, 2018).

Em estudo realizado em cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) de Ribeirão Preto, buscou-se analisar, através de um questionário, o conhecimento dos profissionais sobre violência doméstica contra as mulheres, condutas e encaminhamentos realizados por eles. Os resultados encontrados apontaram que os maiores desafios para o trabalho com essa demanda é a falta de capacitação profissional que possibilite compreender o fenômeno da violência doméstica, o objetivo da notificação da violência e os serviços que compõem a rede de atendimento (HASSE e VIEIRA, 2014).

Vieira et al. (2016), analisou o trabalho dos profissionais quanto a utilização de protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica dos profissionais entrevistados em Fortaleza e no Rio de Janeiro. Os resultados apontaram que no Rio de Janeiro é reconhecida a adoção de protocolos institucionais pela maioria dos entrevistados. Já em Fortaleza, os participantes de apenas uma instituição mencionaram a utilização de protocolos e fluxos de atendimento para subsidiar a capacitação e as práticas de atendimento. Nas duas capitais observaram-se fragilidades na qualificação profissional acerca do fenômeno da violência doméstica e sobre o papel das diferentes categorias profissionais no cuidado às mulheres.

Quando se direciona o olhar para a atenção às mulheres em situação de violência doméstica no contexto rural, os desafios são ainda maiores, em virtude da distância da área urbana e, conseqüentemente, dos recursos sociais, políticos e comunitários que poderiam promover maior proteção (ARBOIT, et al., 2018). De acordo com estudo realizado por Costa et al. (2019) com profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de dois municípios da zona rural do estado do Rio Grande do Sul, por meio de entrevistas estruturadas, identificou-se a necessidade de documentos para nortear as ações diante dos casos de violência, e de um modelo que priorize a formação dos profissionais sobre como identificar os tipos de violência.

As fragilidades e o limitado preparo dos profissionais para lidar com situações de violência que inclui a própria concepção dos profissionais sobre a violência doméstica, suas causas, as ações a serem desenvolvidas (ou não), e a relação que se estabelece com a família e demais atores da rede intersetorial, influencia diretamente na garantia do direito à saúde das mulheres vitimadas (MOREIRA, et al, 2018), Nesse sentido, pode-se questionar a suficiência do Estado quanto a políticas públicas voltadas à formação de profissionais de saúde para atuação frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres. Apesar dos muitos e importantes avanços ocorridos ao longo das últimas décadas no que concerne a políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, entende-se que a orientação de profissionais de

saúde frente à necessidade de proteção de mulheres vítimas de violência consiste em condição fundamental à promoção de atendimento integral, para que também a violência, e não apenas os danos diretos produzidos, sejam considerados no trabalho em saúde (D'OLIVEIRA et al., 2009).

No contexto do município de Sobral-CE, a partir de pesquisa realizada no Centro de Referência da Mulher Ana Soraia Silva Galdino (CRM), até a metade do ano de 2021 foram atendidas 347 mulheres em situação de violência doméstica residentes em Sobral e de outros distritos (SOBRAL, 2021). A pesquisa mostrou que um dos maiores índices de violência doméstica contra as mulheres está concentrado no bairro Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes.

Diante disso, considerando que a APS faz parte da rede de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, e que os elevados índices de casos de violência contra a mulher em Sobral advém do bairro Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes, o presente estudo teve como objetivo avaliar e intervir sobre a formação de profissionais de saúde no que concerne à violência doméstica contra a mulher. Para tanto, foram realizados dois estudos.

### **Estudo 1- Pesquisa Documental: Análise de documentos oficiais norteadores da atuação dos profissionais de saúde frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres.**

O Estudo 1 teve como objetivo sistematizar e analisar os conteúdos presentes em documentos oficiais norteadores da prática dos profissionais de saúde nos níveis federal, estadual e municipal frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres. Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa.

### **Método**

O estudo tratou-se de pesquisa documental, que utiliza, em sua essência: documentos que não sofreram tratamento analítico, ou seja, que não foram analisados e/ou sistematizados (KRIPKA, SCHELLER, e BONOTTO, 2015). O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles se pode obter e resgatar justifica o seu uso em várias áreas, porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Os documentos analisados foram selecionados a partir do uso das ferramentas de busca presentes nos sites oficiais de órgãos federais, do estado do Ceará e do Município de Sobral, região onde atuam as pesquisadoras do estudo. Os sites consultados foram, à nível federal: Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br>) e Ministério Público Federal (<https://www.mpf.mp.br/>); à nível estadual: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (<https://www.saude.ce.gov.br/>) e Ministério Público do Estado do Ceará (<https://www.mpce.mp.br/>); E à nível municipal: Prefeitura Municipal de Sobral (<https://www.sobral.ce.gov.br/>) e Secretaria de Saúde de Sobral (<https://saude.sobral.ce.gov.br/>). O levantamento dos documentos se deu através da busca das palavras “violência contra a mulher”, “violência doméstica” e “Saúde” na aba de pesquisa de cada site.

## Resultados

No processo de busca não se encontrou documentos para profissionais de saúde que tratassem exclusivamente do fenômeno da violência doméstica contra as mulheres. O que se achou foram documentos que dirigiam orientações aos profissionais de saúde sobre o tema em apenas uma parte deles, ou somente em um capítulo, ou que abordam apenas um tipo de violência doméstica contra as mulheres. A Tabela 1 mostra os documentos encontrados, em seus respectivos níveis de governo, nos sites de buscas citados:

**Tabela 1-** Documentos encontrados nos níveis de governo federal e municipal.

| Documento   | Nível de governo | Site  |
|---|------------------|---|
| Violência Intrafamiliar:<br>Orientações para a Prática em Serviço   | Federal          | <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br">https://www.gov.br/saude/pt-br</a> |
| Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios | Federal          | <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br">https://www.gov.br/saude/pt-br</a> |
| Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher   | Federal          | <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br">https://www.gov.br/saude/pt-br</a> |
| Fluxo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência  | Municipal        | <a href="https://www.mpce.mp.br/">https://www.mpce.mp.br/</a>               |

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2022).

De acordo com a Tabela 1, à nível federal foram encontrados no site do Ministério da Saúde três documentos, a saber: *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço*, do ano de 2002, que dispões de um capítulo sobre o tema da violência doméstica contra as mulheres; a *Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*, de 2015, considerando que a violência sexual trata-se de um tipo de violência doméstica contra as mulheres; e os *Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher*, de 2016, que está dividido em sete partes, e uma dessas partes é dedicada a orientações sobre atuação dos profissionais de saúde frente à violência doméstica contra as mulheres. No site do Ministério Público Federal não foram encontrados documentos destinados a profissionais de saúde.

A nível estadual, em buscas realizadas no site da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará não foi encontrado nenhum documento. Contudo, foi encontrado no site do Ministério Público do Estado do Ceará um documento destinado a profissionais de saúde do município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, a 235 km do município de Sobral (onde residem as pesquisadoras). O documento trata-se do *Fluxo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência*, do ano de 2018, que orienta as práticas dos profissionais de saúde nos casos de violência contra as mulheres de um modo geral, e também às situações de violência doméstica contra as mulheres. E à nível municipal no que se refere ao município de Sobral, nas buscas realizadas nos sites da Prefeitura Municipal de Sobral e da Secretaria de Saúde de Sobral, não foram encontrados documentos destinados aos profissionais de saúde do município.

Os quatro documentos foram lidos na íntegra e, então, foram extraídos todos os trechos concernentes ao tema da violência doméstica contra as mulheres. Esses trechos foram sistematizados em quatro categorias de análise: Atendimento; Violência Doméstica; Recursos Físicos e Humanos; e Rede de Atendimento/Encaminhamentos. A categoria “Atendimento” reúne todos os trechos dos documentos que consistem em informações e/ou orientações de como o profissional de saúde deve proceder frente a pacientes vítimas de violência doméstica. categoria “Violência Doméstica” reúne todos os trechos dos documentos que consistem em informações e/ou orientações sobre o fenômeno da violência doméstica: sua definição, incidência, características, efeitos na saúde etc. A categoria “Recursos Físicos e Humanos” reúne todos os trechos dos documentos que consistem em informações e/ou orientações sobre que recursos devem estar disponíveis no dispositivo de saúde em prol do melhor atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica. A categoria “Rede de

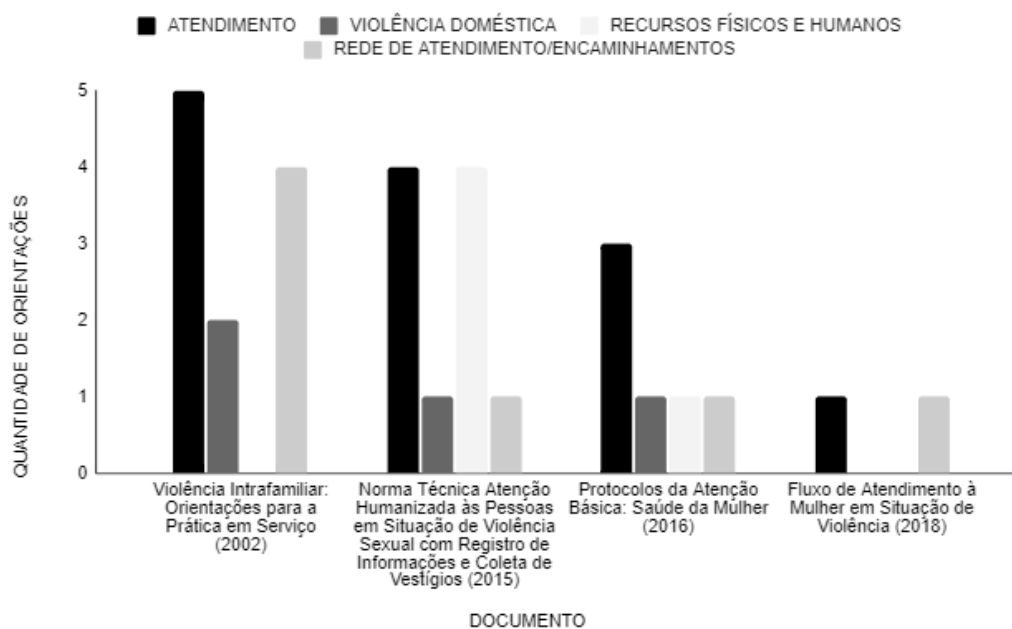


Atendimento”, por sua vez, reúne todos os trechos dos documentos que consistem em informações e/ou orientações sobre os dispositivos federais e/ou estaduais e/ou municipais que integram a Rede de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e/ou informações e/ou orientações sobre encaminhamento a dispositivos da rede de enfrentamento.

As informações referentes a cada uma dessas categorias foram, então, discutidas, de modo a se problematizar o potencial desses documentos na qualificação dos profissionais de saúde na atuação junto a mulheres vítimas de violência doméstica e à luz das políticas públicas existentes que abordam diretamente ou que atravessam o tema da violência doméstica contra as mulheres.

A Figura 1 apresenta a quantidade de orientações contidas nos documentos, distribuídas nas categorias de análise formuladas (em escala de cinza).

**Figura 1-** Quantitativo de orientações contidas nos documentos por categoria.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2022).

Como é possível perceber na Figura 1, a categoria Atendimento é abordada nos quatro documentos analisados, e é a categoria com maior número de orientações disponíveis. A categoria Violência Doméstica é identificada em três dos quatro documentos. Assim, no documento *Fluxo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência* não se identifica nenhuma caracterização ou definição do fenômeno da violência doméstica contra as mulheres. A categoria Recursos Físicos e Humanos é citada em apenas dois documentos,

enquanto a categoria Rede de Atendimento/Encaminhamentos é mencionada nos quatro documentos.

*A Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios e os Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher* abordam todas as categorias, mas em quantidade reduzida de informações, com exceção das orientações direcionadas ao atendimento.

A Tabela 2 apresenta a sumarização das orientações contidas nos documentos analisados, as quais foram organizadas quanto ao conteúdo/tipo de orientação, nas seguintes categorias elencadas.

**Tabela 2-** Nome do documento, orientações sobre as categorias Atendimento, Violência Doméstica, Recursos Físicos e Humanos e Rede de Atendimento/Encaminhamentos.

| Documento | Atendimento | Violência doméstica | Recursos físicos e humanos | Rede de atendimento/Encaminhamentos |
|-----------|-------------|---------------------|----------------------------|-------------------------------------|
|-----------|-------------|---------------------|----------------------------|-------------------------------------|

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço (2002)       | <p>Conhecer as histórias de vida das mulheres.</p> <p>Abordar de forma acolhedora.</p> <p>Procedimentos para os casos de violência sexual.</p> <p>Promover e organizar grupos de mulheres.</p> <p>Promover grupos de homens.</p> | <p>Motivos para a permanência da mulher em uma relação violenta.</p> <p>Explica o ciclo da violência doméstica.</p> | <p>Instalações e área física adequada para garantir privacidade.</p> <p>Salas sem</p> | <p>Encaminhar para grupos de autoajuda.</p> <p>Sugerir encaminhamento para atendimento de casal ou família.</p> <p>Sugerir encaminhamento aos órgãos competentes: Delegacia de Proteção à Mulher e Instituto ou Departamento Médico-Legal.</p> <p>Sugerir encaminhamento para atendimento psicológico individual</p> <p>Encaminhar para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde Especializadas,</p> |
| Norma Técnica Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual | <p>Preencher a ficha de notificação compulsória</p> <p>Acolher de forma humanizada</p>   | <p>Explica o que é a violência sexual.</p>  | <p>Instalações e área física adequada para garantir privacidade.</p> <p>Salas sem</p> | <p>Encaminhar para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde Especializadas,</p>  |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| com registro de informações e coleta de vestígios (2015) | Exames clínicos, ginecológicos e coleta de vestígios<br>Respeitar a escolha das mulheres. | Realizar acompanhamento psicológico e social            | identificação de Centros de atendimento exclusivo para vítimas de violência sexual. de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Equipamentos e Assistência Social (CREAS), Centros permanentes de Referência de Atenção à Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher oferecido por Brasileira. |
| Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher (2016)     | Escutar e acolher e observar as<br>Quadro-síntese para a atenção às                       | Conceito de violência doméstica e os tipos de violência | Equipe multiprofissional, enfermeiro(a) e médico(a).<br>Conceitua a rede de atendimento e cita alguns serviços que compõem a rede.  |

mulheres doméstica a  
 vitimadas com os partir da Lei  
 seguintes tópicos: Maria da Penha  
 o que fazer? Como  
 fazer? Quem faz?

Preencher a ficha  
 de notificação  
 compulsória

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| Fluxo de<br>Atendimento à<br>mulher em<br>situação de<br>violência (2018) | Preencher a ficha<br>de notificação<br>compulsória | - | - | Encaminhamentos<br>para hospitais nos<br>casos de violência<br>física e sexual, e<br>cita a Casa da<br>Mulher Brasileira |
|---|--|---|---|--|

---

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2022).

### **Atendimento**

A partir da análise dos trechos extraídos dos documentos e aglutinados na Tabela 2, observou-se que a categoria Atendimento cita os elementos necessários ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica, como: conhecer a história de vida das mulheres; os procedimentos técnicos nos casos de violência sexual; o respeito às escolhas das mulheres; o preenchimento da ficha de notificação da violência; o acolhimento humanizado; e a promoção de grupos de homens.

Pode-se perceber que os conteúdos dos documentos preveem uma abordagem acolhedora e humanizada, porém de maneira superficial e pouco operacional, comparado a outros procedimentos (exames físicos, coleta de material biológico, anticoncepção de emergência). Exceto os *Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher* que destaca o

*modus operandi* do atendimento, através de um quadro-síntese que descreve o que os profissionais de saúde devem fazer, como devem fazer, e quem são os profissionais destinados ao atendimento.

Segundo o quadro-síntese exposto nos *Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher*, primeiro deve ser ofertado o acolhimento com escuta qualificada, observando o respeito e a dignidade da pessoa, garantindo o sigilo e confidencialidade das informações, vigilância do profissional quanto a sua conduta, assegurando uma postura de não vitimização da mulher, e a partir de perguntas que estimulem a narrativa das mulheres, o profissional deve deixá-la à vontade para falar, sem interrupções, possibilitando a ela dar sentido e significado ao que está vivendo. O quadro indica que este primeiro momento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional.

Em um segundo momento deve ser realizado uma avaliação global, por meio de entrevista, que possibilite identificar situações de vulnerabilidade, a frequência da violência e os sinais de alerta em saúde como transtornos crônicos, início tardio de pré-natal em caso de violência sexual, infecção urinária de repetição, depressão, ansiedade, história de tentativa de suicídio ou ideação suicida e lesões físicas que não se explicam como acidentes, deve ser realizado por equipe multiprofissional. Exames físicos gerais e específicos devem ser feitos por enfermeiros e médicos.

Por fim, deve ser realizada a administração de medicamentos para profilaxias nos casos de violência sexual, por médicos e enfermeiros, e posteriormente estabelecer um plano de segurança para mulheres com risco de morte, como identificar os vizinhos que possam ajudá-la e os locais que possam ser mais seguros para ela. Esse momento deve ser realizado por equipe multiprofissional. Depois deve-se preencher a ficha de notificação da violência, e proferidas as orientações e procedimentos nas situações de interrupção da gestação, monitoramento dos casos de violência no território, mapear e acionar os serviços da rede de proteção às mulheres, e realizar ações de educação em saúde.

O preenchimento da ficha de notificação compulsória foi citado pela *Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*, pelos *Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher* e pelo *Fluxo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência* como um procedimento necessário no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica.

Notou-se ainda que dos documentos analisados, o único que cita a promoção de grupos de homens com o objetivo de oportunizar discussões sobre violência, relações de

gênero e formas alternativas de resolução de conflitos é o documento *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço*.

### **Violência Doméstica**

No que se refere à categoria Violência Doméstica, foram reunidas as informações contidas nos documentos acerca das definições do fenômeno da violência doméstica contra as mulheres; motivos para a permanência das mulheres em relações violentas; do ciclo da violência doméstica; e dos tipos de violência doméstica contra as mulheres.

Constatou-se que apenas o conteúdo do documento *Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher*, menciona tanto o conceito de violência doméstica contra as mulheres, como também descreve os cinco diferentes tipos de violência, embasado pela Lei Maria da Penha.

O fenômeno da violência doméstica contra as mulheres é abordado na *Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações*, mas restringindo-se a elucidar um único tipo de violência, que é a sexual.

Já o documento *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço* não apresenta um conceito de violência doméstica contra as mulheres e nem descreve os tipos de violência. Ressalta-se que o documento foi publicado cinco anos antes da promulgação da Lei Maria da Penha. No entanto, o documento explica por meio de uma figura como se dá o ciclo da violência doméstica.

### **Recursos Físicos e Humanos**

No tocante à categoria Recursos Físicos e Humanos, como exposto no Tabela 2, agruparam-se as orientações acerca da estrutura física dos espaços destinados ao atendimento de mulheres vitimadas pela violência doméstica; os materiais e instrumentos utilizados em procedimentos técnicos; e as categorias profissionais necessárias ao atendimento.

Quanto aos recursos físicos, dos quatro documentos, somente a *Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações*, aponta a necessidade de os serviços de saúde disporem de uma área física apropriada para o atendimento às mulheres. De acordo com o documento, os equipamentos de saúde devem contar com locais específicos para o acolhimento, preferencialmente fora do espaço físico do pronto socorro ou da triagem, para garantir a privacidade durante o atendimento, e materiais suficientes e permanentes para os procedimentos técnicos. Deve-se

evitar também a identificação nominal da sala de atendimento para vítimas de violência sexual.

Sobre os recursos humanos, dois dos documentos mencionam as categorias de profissionais indicados para o atendimento às mulheres em situação de violência. O documento *Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher* recomenda que o acolhimento e a avaliação global devem ser realizados por equipe multiprofissional, mas não cita quais categorias profissionais. Em relação aos exames físicos gerais e específicos sobre o plano de cuidados, o protocolo preconiza que seja feito por médico (a) e enfermeiro (a).

A *Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações* orienta a necessidade de recursos humanos qualificados, ofertados por equipe multiprofissional composta por médico (a), enfermeiro (a), técnico (a) em enfermagem, assistente social, psicólogo (a), e farmacêutico (a).

Ainda sobre os recursos humanos, outro ponto extremamente pertinente e que foi identificado nos quatro documentos, é a não especificação/preferência do sexo dos profissionais designados ao atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica.

### **Rede de Atendimento/Encaminhamentos**

No que concerne à categoria Rede de Atendimento/Encaminhamentos, foram reunidos os conteúdos que indicam a rede de serviços de assistência disponíveis às mulheres em situação de violência doméstica, e as possibilidades de encaminhamento. Essa categoria foi identificada nos quatro documentos examinados, como é possível perceber no Tabela 2.

Os *Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher* conceituam a rede como um conjunto de ações e serviços intersetoriais (com destaque dos setores da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento.

Os protocolos citam ainda os serviços que compõem a rede na atenção básica, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); na média e alta complexidade como Serviços de atenção especializada, hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h); e outros serviços da rede intersetorial como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Casa da Mulher Brasileira e DEAM – Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher .



A *Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações* determina que os profissionais de saúde devem avaliar a importância de encaminhamentos para outros serviços e unidades da rede como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde Especializadas e Centros de Referência de Atenção à Mulher em Situação de Violência (CRAM).

O conteúdo do documento *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço* sugere o encaminhamento das mulheres a órgãos públicos competentes, como Delegacias e Instituto Médico Legal (IML); cita o direcionamento das mulheres a grupos de autoajuda; e encaminhar para atendimento psicológico individual, ou de casal e família quando há o desejo de continuidade da relação, ou quando houver filhos para preservar os vínculos parentais.

Por fim, o documento *Fluxo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica*, menciona somente encaminhamentos para hospitais nos casos de violência física e sexual, e à Casa da Mulher Brasileira.

## **Discussão**

Sobre a dimensão do atendimento às mulheres em situação de violência doméstica, os conteúdos dos documentos mostraram-se concordantes quanto à recomendação de um acolhimento humanizado, porém não o traz de forma operacionalizada. O acolhimento humanizado pressupõe a escuta sensível, com intuito de aproximação e vinculação, observando o significado multidimensional da experiência vivenciada pelos usuários (BRASIL, 2003).

Quando se trata de demandas de violência doméstica contra as mulheres, é importante destacar a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos para que o cotidiano e as rotinas do trabalho não reduzam a operacionalização do acolhimento a uma prática de triagem, isto é, em um lugar burocrático de passagem para acesso às consultas especializadas ou outros tipos de serviços (BRASIL, 2008). Conforme Zuch et al. (2018), o fenômeno da violência doméstica contra as mulheres é complexo, marcado por dores visíveis e não visíveis. Mulheres que vivenciam situações de violência doméstica podem ter dificuldades para expressar ou até mesmo de reconhecerem que estão em situação de violência. Poucas mulheres verbalizam com clareza a violência sofrida, e por isso o acolhimento e a humanização do cuidado deve ser realizada através da observação e do diálogo que apure não somente as manifestações físicas, mas que considere também aquilo que não é verbalizado, como os gestos e o próprio silêncio.

Parte imprescindível do atendimento é o preenchimento da ficha de notificação compulsória. A notificação compulsória “é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente” (art.3º). É um recurso fundamental para os estudos epidemiológicos dos casos de violência doméstica contra as mulheres para que se possa dar cada vez mais visibilidade ao fenômeno, subsidiando assim a elaboração e implementação de políticas públicas de enfrentamento.

Todavia, apesar da compulsoriedade da notificação dos casos de violência doméstica contra a mulher, estudos mostram (KIND et al., 2013; SOUSA, et al., 2015; LEITE e FONTANELLA, 2019) que existem alguns desafios para a sua efetividade, como: 1) a falta de clareza acerca da finalidade da notificação, que faz com que os profissionais dos serviços de saúde que atendem mulheres vitimadas não incorporem o seu preenchimento às rotinas do serviço; 2) associar a notificação à denúncia, o que gera um sentimento de insegurança e medo por parte dos profissionais; e 3) A sobrecarga de alguns profissionais diante da exigência de preencher mais um formulário pode ser considerada excessiva, principalmente quando não se compreende a razão e a importância dessa exigência. Portanto, para além de apenas citar o preenchimento da ficha de notificação da violência como um procedimento no atendimento às mulheres em situação de violência, como mostraram os conteúdos dos documentos analisados, é necessário que os documentos abordem também a relevância e a finalidade da notificação.

O enfoque na promoção de grupos de homens, considerado um conteúdo de extrema importância para o enfrentamento do fenômeno, foi abordado apenas no documento *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço*. Isso revela uma lacuna nas estratégias de prevenção à violência doméstica na esfera da saúde.

Segundo dados epidemiológicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), os homens são os principais alvos da violência em geral e principais autores de violência interpessoal, inclusive como os potenciais autores da violência doméstica (BRASIL, 2008). A própria PNAISH estrutura como um de seus eixos o tema da violência como um problema que se refere à saúde do homem, porém esse assunto é pouco explorado em seu texto em relação a outros como o alcoolismo, o tabagismo, câncer de próstata e a saúde sexual e reprodutiva, o que sugere pouco direcionamento ao trabalho com a violência incluída no campo da Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

Segundo Oliveira e Scolsolini-Comin (2021), dialogar sobre o tema da violência doméstica contra as mulheres junto aos homens também diz respeito aos serviços de saúde, pois as demandas de violência não se tratam apenas de assistir às mulheres vitimadas, mas de estender a assistência aos vetores da violência, que são os homens. A promoção de grupos reflexivos de homens possibilita novas formas de socialização masculinas. Estima-se que esta é uma estratégia potente de prevenção à violência.

Discute-se aqui sobre um fenômeno de saúde pública, mas que tem suas raízes na cultura, e enquanto cultural precisa ser dialogado, considerando todas as suas nuances. Homens que têm um referencial de “masculinidades adoecidas e adoecedoras”, também necessitam de intervenções em saúde (PEDROSA E ZANELLO, 2017). Por isso, as políticas públicas precisam estar comprometidas a enfrentar esse fenômeno não apenas no final da cadeia com a mulher agredida, mas trabalhando a prevenção, incluindo os homens nesse diálogo.

Ao analisar a dimensão da violência doméstica em si, os conteúdos dos documentos revelaram-se insuficientes para instrumentalizar os profissionais de saúde acerca dos conceitos e formas de manifestação da violência. Presume-se que conceituar e caracterizar o fenômeno da violência doméstica contra as mulheres é imprescindível para que os profissionais de saúde tenham condições de identificar e lidar com essas demandas.

Entretanto, outra questão importante sinalizada por Galvão et al. (2021) é a de que os profissionais de saúde dispõem de uma percepção mais apurada quando lidam com casos de violência física e sexual, em comparação com as demais formas de violência existentes. Assim, conhecer os diversos tipos de violência doméstica contra as mulheres é fundamental, pois elas não são produzidas isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de acontecimentos (SANTOS E ALMEIDA, 2017). Ou seja, a violência sexual pode ser precedida por outros tipos de violência, como a psicológica.

Nas relações conjugais, a violência se manifesta sob a forma de ciclos, caracterizado por três fases que se retroalimentam: a tensão, a agressão e por fim, a reconciliação ou “lua-de-mel”. Depois que a violência é instalada, os ciclos podem se repetir, e as fases podem acontecer em ordens distintas (WALKER, 1979).

De acordo com Silva, Coelho e Caponi (2007), para a maioria das mulheres, perceber que está vivendo uma situação de violência é difícil e a negação é comum. A esperança de que o homem mude, as promessas feitas durante a fase da reconciliação e a expectativa de um relacionamento sem violência dificultam ainda mais o rompimento do ciclo (LAZZARI e ARAÚJO, 2018). Dessa forma, o conhecimento sobre o ciclo da violência doméstica contra

as mulheres é um recurso importante para que os profissionais de saúde entendam a dinâmica do fenômeno dentro das relações e o padrão de comportamento do agressor, a fim de reconhecerem as situações de risco nas quais as usuárias dos serviços de saúde possam estar expostas.

Ao serem analisados os conteúdos sobre os recursos físicos e humanos, verificou-se uma carência de orientações. Quanto aos recursos físicos, o Decreto nº 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, prevê a disponibilização de espaço de escuta qualificada e privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima (BRASIL, 2013). Contudo, estudos realizados com profissionais de saúde da rede pública sobre o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual (MARTINS et al., 2016; MOREIRA et al., 2018; BRANCO et al., 2020) revelam que grande parte dos serviços de saúde da rede pública não tem um local com estrutura física satisfatória e específica para a atenção exclusiva às mulheres.

Nesse cenário, os espaços físicos considerados mais apropriados para o atendimento às mulheres vitimadas são os consultórios médicos e de enfermagem. Por se tratarem de um ambiente fechado, podem oferecer maior segurança às mulheres, contribuindo com a efetividade da escuta e do acolhimento, garantindo assim uma maior privacidade e sigilo (ZUCHI et al., 2018).

Sobre os recursos humanos, diversos estudos realizados com profissionais de diferentes categorias (ACOSTA et al., 2017; SANTOS, et al., 2018; SOUZA e REZENDE, 2018; LIMA et al., 2021) evidenciam que os profissionais de saúde não se sentem capacitados para atender as demandas de violência doméstica contra as mulheres, e reconhecem a escassez de documentos norteadores para o atendimento às mulheres vitimadas. Essa ausência de qualificação vem desde a graduação, e reflete de maneira negativa no lidar cotidiano com a violência doméstica.

A qualificação profissional deve ser uma questão a ser problematizada e pauta importante nas políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica. Uma vez que o fenômeno não se trata de um assunto de cunho privado, é fundamental que processos de qualificação profissional sejam de fato concretizados por meio de uma agenda pública, e não apenas citada nos documentos.

Outro ponto extremamente pertinente identificado nos quatro documentos foi a não determinação/preferência do sexo do profissional de saúde para atender às mulheres em situação de violência. De acordo com a Lei 13.505/2017, acrescentada à Lei Maria da Penha,

é direito da mulher em situação de violência doméstica e familiar ter atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado, preferencialmente, por servidores do sexo feminino (BRASIL, 2021). A não especificação do sexo nos documentos analisados, aliada à qualificação profissional insuficiente, podem acarretar em abordagens preconceituosas, julgadoras, culpabilizantes, em um movimento de revitimização das mulheres.

As mulheres que suportam as mais diversas formas de violência, são transformadas em réis quando culpabilizadas. Para Saffioti (1999), quase sempre, as mulheres são culpabilizadas pelo seu próprio sofrimento: se foi agredida, se foi assassinada, é porque assim o mereceu. A polícia, a justiça, e a sociedade transformam a vítima em culpada, mesmo depois de sua morte. Comportamentos julgadores e preconceituosos que são viabilizados justamente por aqueles que deveriam oferecer proteção e amparo, fazendo com que as mulheres em situação de violência doméstica sejam vítimas de um outro tipo de violência, a institucional.

No tocante à análise dos documentos sobre a Rede de Atendimento/Encaminhamentos, julgou-se que os conteúdos não expressam a totalidade dos serviços disponíveis para a assistência às mulheres em situação de violência doméstica. A Rede de Atendimento às Mulheres em situação de violência doméstica deve ser composta por serviços especializados: Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Centros Integrados da Mulher), Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório (Casas-de-Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Postos ou Seções da Polícia de Atendimento à Mulher), Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Ouvidoria da Mulher, Serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos aeroportos (tráfico de pessoas) e Núcleo de Atendimento à Mulher nos serviços de apoio ao migrante. E os serviços não-especializados como: hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social/CREAS, Ministério Público, defensorias públicas (BRASIL, 2011).

Conforme Menezes et al. (2014), faz-se necessário conhecer as atribuições de outras instituições que compõem a rede, pois o processo de articulação se concretiza através da obtenção do conhecimento que envolva informações sobre suas competências, atribuições,

localização, tramitação interna e externa, bem como os horários de funcionamento.

Acredita-se que a habilidade dos profissionais de saúde para avaliar a importância de encaminhar as mulheres atendidas por demanda de violência doméstica a outros serviços da rede, só é possível a partir de processos de qualificação sobre a temática da violência doméstica. Através da formação dos profissionais, as orientações e encaminhamentos podem ser realizados de forma eficaz, com vistas a uma atenção integral e intersetorial, e que viabilize a garantia da segurança das mulheres. Ao indicar por exemplo, o encaminhamento para atendimento de casal e família mesmo que haja o desejo de continuidade da relação, a conduta do profissional pode colocar em risco os direitos fundamentais das mulheres, assegurados pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), entre eles o direito à vida.

Ante a esta discussão, compreende-se que a elaboração de documentos norteadores para profissionais de saúde com vistas à assistência às situações de violência doméstica contra as mulheres, precisam abordar conteúdos mais completos, que abarque a multidimensionalidade e complexidade do fenômeno e dos dispositivos da rede de enfrentamento.

### **Considerações Finais**

A produção de documentos norteadores para o trabalho dos profissionais de saúde frente ao fenômeno da violência doméstica contra as mulheres é de suma importância para a sua qualificação profissional, e garantia do direito à saúde das mulheres vitimadas. Diante disso, o presente estudo propôs realizar um levantamento de documentos oficiais norteadores para profissionais de saúde frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres, buscando analisar o quanto os seus conteúdos possibilitam a atuação adequada. Foram selecionados os seguintes documentos: *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço* (federal), *Norma Técnica Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios* (federal), *Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher* (federal) e *Fluxo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica* (municipal). Não foram encontrados documentos para profissionais de saúde à nível do município de Sobral-CE, e nem documentos específicos sobre violência doméstica contra as mulheres, mas que tratam sobre o tema em apenas uma parte deles, ou somente em um capítulo, ou que abordam apenas um tipo de violência doméstica contra as mulheres.

A análise dos documentos revelou certas lacunas em seus conteúdos: o atendimento é tratado de forma superficial e pouco operacional; o conteúdo sobre a violência doméstica contra as mulheres em si revelaram-se insuficientes para instrumentalizar os profissionais acerca dos conceitos e manifestações da violência; há carência de orientações sobre os recursos físicos e a qualificação dos recursos humanos é pouco citada; as informações sobre a rede de atendimento/encaminhamentos não foram expressas em sua totalidade.

Faz-se necessário destacar a escassez de documentos norteadores para profissionais de saúde que tratem especificamente da violência doméstica contra as mulheres. Ressalta-se a importância da atualização dos documentos existentes e/ou criação de novos, com vistas à promoção de uma prática profissional que abarque a multidimensionalidade e complexidade do fenômeno. É urgente a qualificação dos profissionais de saúde como pauta imprescindível a ser discutida e problematizada nas políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica contra as mulheres, com o objetivo de garantir o direito à saúde de mulheres vitimadas.

Esse tipo de violência contra as mulheres não se trata de um tema de cunho privado, mas de um problema de saúde pública, porque traz sérios danos à saúde das mulheres, e que tem a ver com o adoecimento também das masculinidades na nossa cultura. Ademais, quando se fala em violência doméstica contra as mulheres, é preciso que o seu enfrentamento inclua não apenas a atenção à mulher agredida e punição ao homem agressor, mas a família como um todo, inclusive os filhos, quando houver. É preciso trabalhar tanto o enfrentamento à violência doméstica contra as mulheres, como também a prevenção junto aos sujeitos.

Por fim, sugere-se expandir as análises documentais aqui realizadas, o que pode ser feito, por exemplo, por meio de pesquisas de campo. Desse modo pode-se ampliar a compreensão sobre como são reproduzidas as orientações contidas em documentos destinados aos profissionais de saúde junto às demandas de violência doméstica contra as mulheres no cotidiano dos serviços de saúde.

## **Estudo 2- Dimensões do atendimento em saúde as mulheres em situação de violência doméstica para profissionais de um Centro de Saúde da Família de Sobral- CE.**

O Estudo 2, tendo como subsídio o Estudo 1, tratou-se de uma pesquisa aplicada com o objetivo de avaliar os efeitos de uma formação profissional sobre o atendimento em saúde às mulheres em situação de violência doméstica nos estereótipos de gênero replicados pelos profissionais participantes da pesquisa. O estudo foi conduzido com os profissionais do Centro de Saúde da Família Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne,

localizado no bairro Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes, no município de Sobral-CE.

### **Método**

O percurso metodológico se deu através da pesquisa aplicada com delineamento experimental do tipo ABA (delineamento intrassujeito), sobre a realização de Educação Permanente em Saúde (EPS) com vistas a promover a qualificação das práticas direcionadas às mulheres em situação de violência doméstica.

A pesquisa aplicada propõe a geração de conhecimento que possibilite a aplicação prática e imediata na solução de problemas específicos do local e sujeitos que participam da realização da pesquisa (SILVEIRA E CÓRDOVA, 2009).

O delineamento ABA (onde A= linha de base; B= intervenção; e A= retorno à condição de linha de base) consiste em projetar condições experimentais que permitam tecer comparações significativas entre elas, verificar os efeitos de Variáveis Independentes (VI) sobre Variáveis Dependentes (VD), e assim responder ao problema de pesquisa (SAMPAIO, et al., 2008).

A pesquisa foi submetida ao Sistema Integrado da Comissão Científica- SICC, da Secretaria de Saúde de Sobral, por meio da Plataforma Sabóia da Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, conforme Parecer Protocolo N° 0092/2023, e também ao Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com Parecer N° 6.128.598, e teve apreciação favorável à sua realização.

### **Cenário da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio e junho de 2023, mediante a realização de 5 encontros, realizados com profissionais vinculados ao Centro de Saúde da Família Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne, localizado no bairro Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes, no município de Sobral- CE.

Situada na região Norte do Ceará, a 235 km da capital Fortaleza, Sobral conta com uma população estimada em 203.023 habitantes. No que tange a estruturação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município dispõe de 38 Centros de Saúde da Família (CSFs), sendo 22 na sede e 16 nos distritos (Sobral, 2022).

### **Participantes**

Participaram do estudo inicialmente 13 profissionais do Centro de Saúde da Família Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne. O critério de inclusão foi a participação de



profissionais de diferentes categorias vinculados ao CSF há, no mínimo, 6 meses. E como critério de exclusão, profissionais que estivessem afastados por razões clínicas.

No que concerne às categorias profissionais, 9 eram agentes comunitários de saúde, 3 eram agentes de limpeza e 1 auxiliar de escritório. Quanto ao sexo, 11 eram do sexo feminino, 2 eram do sexo masculino, e todos com idade entre 23 e 56 anos. Em relação ao grau de escolaridade, 3 dos agentes comunitários de saúde tinham ensino superior completo, e os demais profissionais tinham o ensino médio completo.

Permaneceram até o final do estudo 9 profissionais, que obtiveram 100% de frequência. Dos outros 4 participantes, 3 participaram apenas do primeiro encontro e 1 participou dos dois primeiros.

### **Procedimentos**

A amostra, não probabilística, foi selecionada por conveniência e o processo da pesquisa se desenvolveu em três etapas sequenciais. Inicialmente, foram realizadas duas visitas ao campo para conhecer e observar o cotidiano do serviço e as práticas dos profissionais. Concomitantemente, foi realizada a identificação/ levantamento de documentos como manuais, protocolos, guias e cartilhas que sejam utilizados como norteadores para a atuação dos profissionais do CSF frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres, os quais não foram encontrados. Posteriormente, a pesquisa foi apresentada aos profissionais selecionados para participar do estudo, em comum acordo com a gestão do CSF. Ressalta-se que foi garantido aos participantes o caráter voluntário da participação no estudo, além da confidencialidade das informações fornecidas. Também foram disponibilizados os contatos da pesquisadora para que obtivessem esclarecimentos sobre o estudo ou dos resultados obtidos, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Após o consentimento dos profissionais, foi dado início à primeira etapa da pesquisa (linha de base), à qual correspondeu à aplicação de um questionário com a finalidade de avaliar viés de gênero, o qual consistiu em uma adaptação dos questionários aplicados em Gomes e Costa (2014), Callou et al. (2016), e Moreira et al., (2020). Nesse questionário, os profissionais deveriam marcar o quanto concordavam com as situações expostas, variando de DISCORDA, CONCORDA e NEM CONCORDA NEM DISCORDA. Em seguida, foi facilitada uma roda de conversa com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, para apreender as realidades vivenciadas dentro do serviço, bem como observar seus conhecimentos e concepções acerca do fenômeno da violência doméstica contra as

mulheres.

A segunda etapa da pesquisa (intervenção) consistiu na realização de três encontros de Educação Permanente em Saúde com os profissionais, nos quais foram discutidos conteúdos que abordavam as dimensões do atendimento em saúde a mulheres em situação de violência doméstica, e que contemplaram as dificuldades enfrentadas pelos participantes relatadas na etapa anterior. Os encontros foram realizados semanalmente, com duração média de 2h por encontro, realizado presencialmente no CSF, tendo a pesquisadora como facilitadora do processo formativo.

A terceira etapa (retorno à condição de linha de base) compreendeu a reaplicação do questionário da primeira etapa para que se pudesse avaliar os possíveis efeitos da EPS na replicação de viés de gênero por parte dos profissionais, e a realização de outra roda de conversa para compreender a percepção dos profissionais sobre as implicações do processo formativo para a sua atuação profissional. Os participantes receberam ainda um certificado de participação, com carga horária de 20h, emitido pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Além dos dados provenientes do questionário, utilizou-se o recurso do diário de campo, em que foram anotadas informações adicionais que a pesquisadora considerou pertinentes. Foram conduzidas análises e reflexões a partir das confrontações das respostas do questionário e dos registros produzidos no diário de campo, o que deu suporte posterior à análise e descrição dos resultados.

Os encontros pautaram-se no estabelecimento de um espaço que oportunizasse a reflexão sobre a atuação dos profissionais frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres. A Tabela 1 mostra os objetivos e os procedimentos realizados em cada um dos encontros de formação com os profissionais.

**Tabela 1-** Síntese dos objetivos e procedimentos realizados na intervenção.

| Encontro   | Objetivo   | Procedimentos realizados  |
|------------|--|---|
| Encontro 1 | Apresentação da proposta de intervenção.                             | Preenchimento do TCLE;<br>Aplicação do questionário;<br>Roda de conversa. |
| Encontro 2 | Discutir padrões de gênero e violência doméstica contra as mulheres. | Dinâmica “quebra gelo”;<br>Aula expositiva;<br>Exibição de vídeos.        |
| Encontro 3 | Apresentação das políticas e   | Aula expositiva;  |

|            |  |  |
|------------|--|--|
|            | dispositivos da Rede de Enfrentamento a violência doméstica contra as mulheres.                                  | Apresentação de documentos norteadores das práticas de atendimento em saúde a mulheres vítimas de violência doméstica; Exibição de vídeos. |
| Encontro 4 | Dialogar sobre os caminhos possíveis para o atendimento em saúde às mulheres em situação de violência doméstica. | Estudos de Caso; Oficina de práticas de atendimento.   |
| Encontro 5 |  | Reaplicação do questionário; Roda de conversa. Discussão sobre os conteúdos da cartilha.   |

---

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2023).

Como demonstrado na Tabela 1, o primeiro encontro consistiu em apresentar a proposta da intervenção e de como se daria a dinâmica do processo de Educação Permanente em Saúde, com vistas à sensibilização dos sujeitos enquanto atores fundamentais para a realização da pesquisa. Os profissionais concordaram em participar da pesquisa, e a partir disso, foram realizados os trâmites éticos, marcados pela leitura e preenchimento do TCLE. Em seguida, os profissionais foram orientados a responderem ao questionário, e posteriormente foi iniciada a roda de conversa, que teve como pergunta disparadora: Que experiências de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica dentro do território vocês poderiam relatar? Após a escuta e diálogo ante aos relatos dos profissionais, foram pactuados junto aos participantes e a gestão do CSF, os dias e horários dos próximos encontros, o qual se estabeleceu às sextas-feiras, no mesmo local, e no período da tarde.

Iniciou-se o segundo encontro com uma dinâmica para “quebrar o gelo”. Dentro de uma caixa foram colocados papéis dobrados, onde estavam escritas algumas frases contendo estereótipos de gênero, como por exemplo, “Menina veste rosa e menino veste azul.”; “Homem não chora.”; “Só pode estar de TPM.”; “Quando casar sara.”; “Prendam suas cabras, que meu bode tá solto.”; “As mulheres nasceram para ser mãe.”. Cada participante deveria tirar um papel de dentro da caixa, ler a frase escrita e comentá-la. Depois de comentadas as frases seguiram-se com o conteúdo da Educação Permanente, onde foi abordada a diferença entre sexo e gênero; Como se dá a socialização de homens e mulheres;

Explicação acerca dos dispositivos de gênero; E sobre a relevância da articulação de gênero e saúde. Ao final foi reproduzido o vídeo “Verdades que Doem”, que ilustra as desigualdades culturalmente construídas entre homens e mulheres. Seguiu-se por fim para o diálogo acerca da violência contra as mulheres de forma geral, com ênfase na violência doméstica, embasando-se na Lei Maria da Penha; Explicação sobre os tipos de violência doméstica; e esclarecimento de como acontece o ciclo da violência doméstica. O encontro foi encerrado com a exibição do vídeo “Violência: Monólogo”, o qual mostra uma mulher narrando diversas situações de violência às quais foi submetida ao longo de sua vida.

O terceiro encontro foi iniciado com a apresentação das políticas públicas de enfrentamento a violência doméstica contra as mulheres; Esclarecimento acerca das normativas e políticas na área da saúde dirigidas às mulheres vítimas de violência; Apresentação dos serviços especializados e não especializados que fazem parte da rede de atendimento, com ênfase nos serviços que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica no município de Sobral- CE. Reproduziu-se o vídeo “Violência contra as mulheres: o que os profissionais de saúde tem a ver com isso?”, e em seguida foi apresentado aos profissionais a ficha de notificação de violência doméstica, bem como alguns documentos norteadores para profissionais de saúde frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres, emitidos pelo Ministério da Saúde. Ao final do encontro, para fixar o conteúdo acerca dos serviços da rede de atendimento e dos encaminhamentos possíveis para os casos de violência doméstica, foi exibido o vídeo “A rede de proteção no combate a violência contra a mulher”.

O quarto encontro foi realizado em uma configuração teórico-prática. Em um primeiro momento dialogou-se sobre alguns caminhos possíveis para um atendimento efetivo às mulheres em situação de violência doméstica no âmbito da saúde. Posteriormente, seguiu-se para a discussão de dois casos que tinham como contexto o atendimento de profissionais de um serviço de saúde fictício a mulheres em situação de violência doméstica. Os participantes deveriam analisar a conduta dos profissionais, com base nos conteúdos abordados durante o processo de Educação Permanente em Saúde. Depois de discutir os casos, prosseguiu-se com a oficina de práticas de atendimento às mulheres vítimas de violência, que teve como proposta a simulação de um atendimento. Aqueles que não participaram da simulação, avaliaram todo o desenvolvimento da simulação. O momento proporcionou aos profissionais a articulação das situações colocadas, com os conteúdos discutidos na formação.

No último encontro, foi realizado um movimento semelhante ao primeiro encontro.

Iniciou-se com a reaplicação do questionário aplicado no primeiro encontro. Na sequência, realizou-se nova roda de conversa, que teve como pergunta disparadora: Como vocês percebem a experiência da Educação Permanente em Saúde para o seu fazer profissional?

Após compartilharem suas experiências como participantes, e suas concepções acerca de todos os conteúdos abordados na formação, discutiu-se acerca dos conteúdos necessários à elaboração de uma cartilha destinada aos profissionais de saúde da APS, frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres.

## Resultados e Discussão

A primeira seção do questionário continha afirmações relacionadas a estereótipos de gênero e expectativas sociais sobre homens e mulheres. Os profissionais deveriam assinalar se discordavam, concordavam ou nem concordavam nem discordavam.

A Tabela 2 apresenta as respostas dos profissionais às afirmações do questionário aplicado na linha de base, e posteriormente, no retorno à linha de base (após intervenção). As afirmações se referem às seguintes categorias: papel de cuidado; beleza; sensibilidade; sexualidade; casamento; violência como patologia; agressividade como natureza do sexo; respeitabilidade profissional.

**Tabela 2-** Respostas dos Profissionais à Aplicação do Questionário na linha de base/ após a intervenção.

| Afirmação   | Discorda  | Concorda  | Nem concorda nem discorda | Não responderam |
|---|-----------|-----------|---------------------------|-----------------|
| É papel da mulher cuidar da casa.                         | 38% / 33% | 54% / 11% | 8% / 56%                  | 0% / 0%         |
| É papel do homem cuidar da casa.                          | 23% / 11% | 54% / 11% | 23% / 67%                 | 0% / 11%        |
| Acho feio ou estranho uma mulher que não cuida da beleza. | 54% / 44% | 15% / 11% | 31% / 44%                 | 0% / 0%         |
| Acho feio ou estranho um homem que não cuida da beleza.   | 31% / 44% | 31% / 22% | 38% / 33%                 | 0% / 0%         |
| A mulher é naturalmente sensível.                         | 15% / 0%  | 77% / 67% | 8% / 33%                  | 0% / 0%         |
| O homem é naturalmente sensível.                          | 46% / 56% | 23% / 11% | 31% / 33%                 | 0% / 0%         |
| É da natureza da mulher ter                               | 38% / 22% | 38% / 33% | 23% / 44%                 | 0% / 0%         |

mais desejo sexual.

|  |           |           |           |         |
|--|-----------|-----------|-----------|---------|
| É da natureza do homem ter mais desejo sexual.           | 38% / 11% | 54% / 78% | 8% / 11%  | 0% / 0% |
| As mulheres desejam casar e ter filhos.                  | 23% / 22% | 69% / 0%  | 8% / 78%  | 0% / 0% |
| Os homens desejam casar e ter filhos.                    | 46% / 11% | 23% / 22% | 23% / 67% | 8% / 0% |
| Mulheres que são violentas tem alguma doença             | 46% / 78% | 23% / 0%  | 31% / 22% | 0% / 0% |
| Homens que são violentos têm alguma doença.              | 38% / 89% | 31% / 11% | 23% / 0%  | 8% / 0% |
| A mulher é naturalmente agressiva.                       | 77% / 44% | 0% / 22%  | 15% / 33% | 8% / 0% |
| O homem é naturalmente agressivo.                        | 69% / 44% | 8% / 22%  | 15% / 33% | 8% / 0% |
| Acho que as profissionais mulheres são mais respeitadas. | 38% / 33% | 46% / 11% | 15% / 56% | 0% / 0% |
| Acho que os profissionais homens são mais respeitados.   | 31% / 33% | 54% / 33% | 15% / 33% | 0% / 0% |

---

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2023).

Os resultados apresentados na Tabela 2 indicam que, dentre as 8 categorias investigadas, 7 tiveram mudanças consistentes. Quanto à afirmação relacionada ao cuidado com a casa, os participantes inicialmente se distribuíram igualmente entre atribuir tal tarefa ao homem e à mulher (54%), o que não nos permite supor a presença prévia de estereótipo que atribui exclusivamente à mulher o papel de cuidado. De todo modo, após a intervenção, os participantes passaram a concordar menos com a atribuição deste tipo de tarefa a qualquer um dos sexos, de maneira que a maior parte passou a escolher a categoria “nem concordo, nem discordo” na atribuição dessa tarefa para mulheres (56%) e homens (67%). Esse resultado pode indicar que a intervenção teve efeito em reduzir o sexismo na avaliação de responsabilidade em relação ao cuidado.

Em relação à categoria “sensibilidade”, a maior parte dos participantes concordou que essa é uma característica naturalmente feminina (77%) e discordaram que seria uma característica naturalmente masculina (46%). Nessa conjuntura, observou-se que apenas uma participante se manifestou contrária à ideia de naturalização da sensibilidade como

característica inerente à mulher, no Encontro 2. Na ocasião, ao comentar a frase “Só pode estar de TPM”, ela proferiu em discordância: “Eu odeio essa frase. E os homens vivem dizendo isso pra mim, porque eu não sou uma mulher delicada e sensível, sou bruta mesmo!” Após a intervenção, essa avaliação permaneceu sem alterações significativas com 67% dos participantes concordando sobre a naturalização da sensibilidade para mulheres e 56% discordando de que tal natureza estaria presente em homens. Esse resultado indica a manutenção de um viés de gênero de naturalização de comportamentos e características produzidas pela socialização.

Essa concepção de naturalização de comportamentos e características femininas como algo intrínseco à condição de ser mulher foi alvo das discussões empreendidas por Beauvoir (1949). Conforme debatido pela autora, a sensibilidade e a própria noção de “feminilidade” não são características inatas da mulher, e sim produtos de uma história de socialização responsável pela criação da esfera do “feminino” como o segundo sexo, ou o sexo frágil. Na mesma direção, Mead (1950), antropóloga que se propôs a estudar no início da década de 1930, antes mesmo de Beauvoir (1949), o quão moldável seria a natureza humana. Para isso, conviveu com três sociedades da Nova Guiné. Naquele território ela observou que os papéis de homens e mulheres nas culturas eram diferentes entre si, e diferiam dos estereótipos atribuídos aos homens e às mulheres dos Estados Unidos da sua época. A autora constatou que homens de uma sociedade eram “feminizados e desmasculinizados”; noutra sociedade, homens e mulheres eram “masculinos”; numa terceira, os papéis de masculino e feminino pareciam “trocados”. Desta forma, concluiu-se que características femininas e masculinas (os quais a autora chamava de temperamentos) não são inatas, mas padrões culturais aprendidos e ensinados de uma geração a outra, contrariando assim o internalismo presente na concepção de que os papéis de gênero sejam naturais (MEDEIROS, 2022).

Nesse estudo, alguns vieses relacionados a uma suposta natureza intrínseca ao sexo se mantiveram presentes mesmo após a intervenção, de modo que alguns resultados indicaram manutenção ou até mesmo aumento da naturalização de padrões de gênero, o que pôde ser observado em todas as perguntas que abordavam a suposta natureza de homens e mulheres. Assim, a maior parte dos participantes, ao final da intervenção, passou a concordar ainda mais do que antes com afirmativas que atrelavam um padrão de gênero à natureza do sexo. Isso pôde ser observado em relação às categorias “sensibilidade”, “sexualidade” e “agressividade”.

Especificamente em relação à sexualidade, os participantes distribuíram suas

respostas de maneira relativamente equitativa entre as alternativas “discordo”, “concordo” e “nem concordo, nem discordo” (38%, 38% e 23% antes e 22%, 33% e 44% após a intervenção, respectivamente) ao avaliarem a naturalização do desejo sexual de mulheres. Por outro lado, ao avaliarem a mesma dimensão em homens, a maior parte dos participantes atribuiu o desejo sexual a uma suposta natureza do homem (54%), com apenas 38% discordando dessa afirmativa. Esse viés parece ter ficado ainda mais saliente após a intervenção, com 78% dos participantes concordando com a natureza sexual do homem e apenas 11% discordando dessa afirmativa. Esse resultado vai na direção do que é discutido por Zanello (2018) sobre o dispositivo da eficácia e o papel da virilidade sexual na constituição da identidade masculina.

Apesar de se ter um avanço nos estudos sobre as masculinidades (KIMMEL, 1998; MEDRADO, LYRA, e AZEVEDO, 2011; ZANELLO, 2018) no sentido de repensar a sua construção na sociedade, no que se refere à virilidade sexual dos homens, ainda é muito replicada a crença de que os homens devem ser eminentemente sexuais, e de que devem se relacionar sexualmente com o maior número de pessoas possível. E quando esse ideal de virilidade não é alcançado, os homens se sentem falhos. Essa dinâmica pode ser prejudicial aos homens, pois além de não reconhecerem seus medos e inseguranças, contribuem para o desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade (VALÉRIO, CASTRO E FLORÊNCIO, 2022).

Em relação à agressividade, a maior parte dos participantes discordou, antes da intervenção, de que tal característica seria natural, tanto para homens quanto para mulheres. Todavia, contrariamente ao que fora planejado como efeito da intervenção, o nível de concordância com tais afirmativas aumentou.

Esses resultados podem indicar que a intervenção não foi eficaz em esclarecer as origens culturais e não naturais dos papéis de gênero, para essas categorias. A perspectiva internalista não foi alterada em relação a padrões de gênero, mas foi observado abandono dessa naturalização no que se refere à patologização de comportamentos violentos. Antes da intervenção, uma porcentagem significativa de profissionais concordava com a origem patológica de comportamentos violentos (23% de concordância ao avaliarem a violência de mulheres e 31% ao avaliarem a violência de homens). Ao final da intervenção, essa porcentagem diminuiu para 0% e 11%, para a avaliação do comportamento de mulheres e homens, respectivamente, enquanto a maior parte dos participantes passou a discordar dessas afirmativas, tanto para mulheres quanto para homens (78% e 89%, respectivamente). Esse dado indica que a intervenção teve efeito significativo em reduzir a



atribuição de patologias a comportamentos agressivos. Porém, a presença desse viés antes da intervenção, em profissionais de um serviço de saúde destaca a importância de formação profissional sobre padrões de gênero. Essa escassez/inexistência de formação profissional sobre essa temática foi evidenciada logo no Encontro 1, quando uma das profissionais relatou que as formações no CSF são mais voltadas à discussão sobre hanseníase, redução de danos, controle da pressão arterial, amamentação, mas sobre padrões de gênero, bem como sobre a violência doméstica contra as mulheres nunca havia acontecido. Depois da intervenção, no Encontro 5, a necessidade de formação profissional foi reiterada, quando uma das profissionais declarou que os temas abordados foram importantes não apenas para a atuação dentro do CSF com mulheres em situação de violência, mas também na esfera das suas relações pessoais, pois também estão sujeitas a sofrerem violência, e a formação ajudou para que ficasse mais atenta à identificação de violências.

Estudos realizados no Brasil (BARATA, 2009; FERRAZ e KRAICZYK, 2010; ALBUQUERQUE et al., 2014; BRANDÃO e ALZUGUIR, 2022), apontam que a articulação de gênero e saúde é imprescindível. Ademais, ao vincular a violência a uma patologia, sobretudo no que diz respeito aos homens, desconsidera-se a dimensão social e cultural desse comportamento, contribuindo para a perpetuação da ideia de que a violência contra as mulheres é algo intrínseco e que pode ser aceitável. Esse entendimento pode obstaculizar os esforços de enfrentamento ao fenômeno da violência doméstica e dificultar a saída das mulheres desse ciclo.

Um efeito robusto da intervenção pôde ser observado em relação à categoria “casamento”. Inicialmente, a maior parte dos participantes concordava que era desejo da mulher casar e ter filhos (69%). Esse dado caiu para 0% após a intervenção. Ainda, a maior parte dos participantes discordava de que tal desejo estaria presente em homens (46%) e tal discordância foi reduzida após a intervenção (11%). Esse resultado vai de encontro ao que é debatido por Zanello (2018) acerca dos dispositivos amoroso e materno como identitários para as mulheres e do dispositivo da eficácia (especialmente sexual e laborativa) como identitários para homens. Curiosamente, as concepções em torno dos dispositivos amoroso e materno foram sensíveis aos efeitos da intervenção do que as concepções em torno do dispositivo da eficácia sexual para os homens.

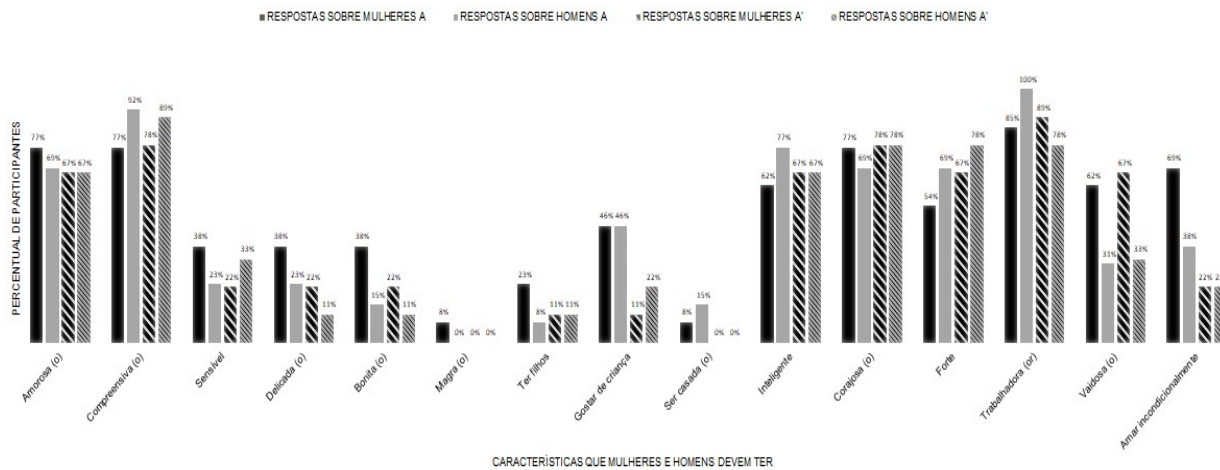
Uma possível explicação para tal diferença em relação à sensibilidade aos efeitos da intervenção pode ser o fato de que, atualmente, cada vez mais mulheres têm escolhido não casar, nem ter filhos. No Brasil, segundo estudos realizados em 2019 pela Febrasgo

(Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) pelo menos 37% das mulheres entrevistadas não desejam ter filhos. O cenário atual é marcado por uma diversidade de possibilidades para a vida das mulheres, com a inserção desta no mercado de trabalho e uma participação mais ativa na vida pública (EMÍDIO e GIGEK, 2019). Apesar de alguns desafios ainda a serem enfrentados, como a luta pela igualdade salarial, maior ocupação em cargos de gestão, desrespeito à condição de ser mulher, e assédios sofridos nos ambientes de trabalho, cada vez mais as mulheres têm priorizado sua carreira profissional (FIDÉLIS e MOSMANN, 2013). Parte-se assim, de uma história do corpo e dos papéis desempenhados na vida privada, para chegar a uma história das mulheres no espaço público, da cidade, do trabalho e da política (PERROT, 2019).

Em relação à respeitabilidade profissional, por fim, houve redução do percentual de participantes que concordavam que a respeitabilidade era maior para profissionais mulheres, enquanto a avaliação em relação à respeitabilidade de profissionais homens indicou que, ao final da intervenção, os participantes distribuíram igualmente suas respostas entre as três alternativas (concordo, discordo, nem concordo nem discordo). Assim, embora pareça ter havido o reconhecimento de que profissionais mulheres são menos respeitadas, não houve maior reconhecimento de que profissionais homens são mais respeitados. Essa contraposição pode indicar que os participantes responderam, para o caso das perguntas relacionadas a profissionais homens, sob controle do que consideram mais ético/justo, em lugar de responderem sob controle das condições cotidianas experienciadas.

A Figura 1 apresenta o percentual de participantes que atribuíram cada uma das características listadas no eixo x para homens (dados em escala de cinza claro) e para mulheres (dados em escala de cinza escuro). Os dados hachurados indicam os resultados após a intervenção.

**Figura 1-** Percentual de participantes que atribuíram cada uma das características para homens e para mulheres



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Os resultados indicam que as características que foram distribuídas mais desigualmente entre os sexos antes da intervenção foram: amar incondicionalmente, vaidosa(o), bonita (o), magra (o), ter filhos (maior percentual direcionado a mulheres) e forte e trabalhador (maior percentual direcionado a homens). Esse dado indica que, embora não tenha sido observado viés de gênero relacionado à beleza na seção 1 do questionário, ao atribuírem características a cada um dos sexos, a maior parte dos participantes direcionou às mulheres características relacionadas à estética: vaidosa, bonita, magra. Após a intervenção, houve manutenção dessas escolhas em relação à característica “vaidosa”, redução de atribuição de beleza a mulheres e 0% dos participantes passaram a escolher “magra (o)” como uma característica que se deve estar presente (8% ou seja, 1 participante, havia direcionado tal necessidade a mulheres, antes da intervenção).

Segundo Perrot (2019) ser mulher na nossa sociedade é ter como primeiro mandamento, a beleza. Essa beleza é configurada como capital na troca amorosa ou matrimonial. Uma troca desigual que coloca a mulher como alguém a ser validada pelo olhar de um homem, um dos motivos pelos quais haja uma busca por um padrão de beleza considerado inalcançável. Em 2020, por exemplo, de acordo com pesquisa da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica (ISAPS em inglês), o Brasil ocupou o segundo lugar no ranking de cirurgias plásticas. O levantamento indicou que, no panorama mundial, 86,3% dos procedimentos cirúrgicos são realizados por mulheres e 13,7% por homens, sendo a mamoplastia de aumento a operação mais feita por mulheres. Esses dados coadunam com a perspectiva da autora sobre a condição da mulher, ao declarar que “a mulher é, antes de tudo, uma imagem. Um rosto, um corpo, vestido ou nu. A mulher é feita de aparências” (p. 49).

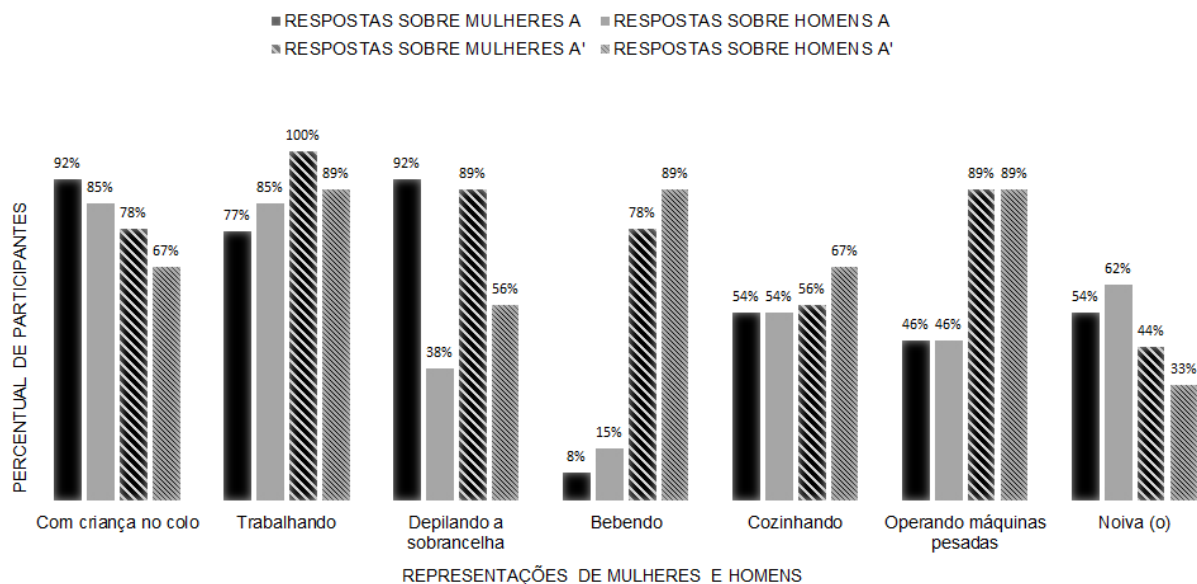
Em relação às características “amar incondicionalmente” e “ter filhos”, em ambas

foi possível identificar a redução da atribuição dessas características a mulheres, após a intervenção. Essa redução foi mais evidente para a característica “amar incondicionalmente”, enquanto “ter filhos” já havia sido pouco escolhida, tanto para homens quanto para mulheres, mesmo antes da intervenção. Embora tenha sido pouco escolhido o “ter filhos” como uma característica que se deva ter, a maior parte dos participantes acreditavam ser um desejo da mulher casar e ter filhos (Tabela 2). Esse resultado aparentemente contraditório pode ser compreendido como a suposição, por parte dos participantes, de que, embora não se considere o ter filhos como uma característica que *deva* estar presente nem para homens nem para mulheres, o desejo por tê-los ainda permaneceria presente para mulheres. De todo modo, essa crença parece ter sido alterada pela intervenção, visto que a atribuição de desejo de mulheres por casar e ter filhos caiu de 69% para 0% dos participantes (Tabela 2).

Em relação às demais características que foram distribuídas mais desigualmente entre os sexos (forte e trabalhador), houve ligeira maior atribuição dessas características a homens antes da intervenção. Tais características se relacionam ao referencial de virilidade sexual e laborativa, central ao processo de socialização de homens. Após a intervenção, os participantes relacionaram mais fortemente a categoria “trabalhador (a)” a mulheres do que a homens. Tal resultado pode ser indicativo da ampliação da noção de trabalho, ao trabalho doméstico (um dos temas discutidos na intervenção). Apesar da inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, enquanto trabalhadora assalariada, existe o trabalho reprodutivo, não remunerado e doméstico que segue sendo atribuído à mulher, e que é o motor que mantém o mundo em constante movimento (FEDERICI, 2019). Para a autora, o mito da “multitarefa” e o lugar destinado às mulheres vêm para invisibilizar o trabalho doméstico, e provar a grande injustiça social que elas vivem.

A Figura 2 apresenta o percentual de respostas dos participantes em relação às figuras mais representativas de mulheres e homens.

**Figura 2-** Percentual de participantes que atribuíram cada uma das representações para mulheres e para homens.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2023).

Os resultados apontam que a representação social que foi mais desigualmente relacionada aos sexos antes da intervenção foi o depilar as sobrancelhas, com 92% dos participantes concordando que esta é uma atividade que representa mulheres antes da intervenção e 89% concordando após a intervenção. Esse resultado indica a forte relação entre práticas estéticas e o papel da mulher, já previamente discutido. As demais representações foram distribuídas de maneira mais equitativa entre os sexos. Porém, após a intervenção, observou-se que a representação de um casamento passou a ser uma imagem menos escolhida como representativa, tanto para homens quanto para mulheres. Por outro lado, a imagem de pessoas bebendo bebida alcoólica passou a ser muito mais escolhida, assim como a imagem de pessoas operando máquinas. De qualquer modo, tanto a mudança na representação do casamento, do cuidado com crianças quanto na ingestão de álcool manteve a desigualdade entre sexos, sendo o casamento e o cuidado com crianças mais atribuído a mulheres e o álcool a homens.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS (2019), aproximadamente 52% das mortes de homens acontecem em virtude do consumo abusivo de álcool e tabaco, que são fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, a subutilização de serviços de atenção primária por homens constitui um problema em muitos países do mundo. As razões pelas quais esses fatores de risco afetam desproporcionalmente os homens estão relacionadas às formas de socialização dos homens, amparadas pelos ideais de virilidade, força e do machismo, faz com que muitos homens descuidem de sua saúde. Para a OPAS, abordar a masculinidade e a saúde dos

homens é uma prioridade para avançar na agenda de saúde universal e igualdade de gênero.

Em relação à representação do trabalho, antes da intervenção, o percentual para os homens foi maior (85%), do que para as mulheres (77%), já depois da formação, as mulheres tiveram percentual significativamente maior (100%) do que os homens. Esse dado pode indicar o reconhecimento da sobrecarga de mulheres de trabalho produtivo e reprodutivo, um dos temas da intervenção (Encontro 2). Adicionalmente, os profissionais passarem a atribuir mais fortemente a imagem de trabalho à de mulheres pode indicar o reconhecimento e entendimento da importância da dimensão do trabalho remunerado para mulheres, especialmente aquelas em situação de violência. Estudos apontam (BELL e NAUGLE, 2005; GUERIN e ORTOLAN, 2017; KIM e GRAY, 2008; MILLER et al., 2012; STRUBE e BARBOUR, 1983) que uma das variáveis que dificultam a saída das mulheres de relações violentas é a dependência financeira.

### **Considerações Finais**

A formação profissional para o atendimento em saúde às mulheres em situação de violência doméstica é fundamental para uma atenção integral e efetiva a essa população. Em vista disso, o presente estudo buscou avaliar os efeitos de uma formação profissional sobre o atendimento em saúde às mulheres em situação de violência doméstica nos estereótipos de gênero replicados pelos profissionais participantes da pesquisa.

Os resultados da intervenção mostraram algumas mudanças consistentes na replicação de estereótipos de gênero (papel de cuidado; casamento; violência como patologia; amar incondicionalmente). Outros apontaram um aumento na replicação de estereótipos que atrelavam um padrão de gênero à natureza do sexo (“sensibilidade”, “sexualidade” e “agressividade”).

Pode-se afirmar que a intervenção realizada permitiu a aplicação da compreensão dos profissionais sobre o fenômeno da violência contra a mulher, sobre a Rede de Atendimento à violência contra a mulher e sobre as necessidades da vítima no que se refere ao atendimento em saúde. Uma limitação deste estudo foi impossibilidade de participação de outras categorias profissionais na formação, como médicos (as), enfermeiros (as), dentistas, assistentes sociais e psicólogos (as) do programa de residência multiprofissional em Saúde da Família, auxiliares de farmácia, recepcionistas, entre outros. A coordenação do serviço considerou que a participação desses profissionais poderia resultar em interferência nas rotinas do serviço de saúde.

Considera-se que estudos tais como o aqui conduzido lançam luz à importância da formação acerca da violência contra a mulher na educação permanente de profissionais de saúde, de modo a promover a potenciais vítimas de violência doméstica um acolhimento e suporte mais próximo e sistemático, o que pode fazer da atenção primária à saúde parte significativa da rede de apoio da vítima de violência, variável sabidamente determinante para o rompimento de relações abusivas (PONTES, MARQUES E ABREU, 2022)

Por outro lado, a falta de formação a esse respeito pode contribuir para a manutenção de crenças legitimadoras da violência que podem revitimizar a mulher, o não reconhecimento das violências para além da física, como a psicológica, patrimonial, sexual e moral (Brasil, 2006) e a compreensão de que a violência doméstica se trata de um fenômeno do campo privado e jurídico, divergindo do que a Organização Mundial da Saúde alertou na década de 1990, que se trata de um problema social e de Saúde Pública. Desse modo, para além de limitar o funcionamento da rede de atenção primária à saúde como porta de entrada à Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência e como rede de apoio, a falta de qualificação profissional a esse respeito pode, na verdade, gerar diversas más condutas profissionais com potencial revitimizador, podendo até mesmo contribuir para a manutenção da relação abusiva, vulnerabilizando ainda mais a vítima de violência para o adoecimento físico e mental e para o risco eminente de morte, por suicídio ou por feminicídio.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, G. C.; FONSECA, A. D. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto Contexto Enferm**, 26(3):e6770015, 2017.

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 607-614, 2014.

ALMEIDA, Janaína Rocha de Sousa et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 2, p. 7-15, 2016.

ARBOIT, J.; COSTA, M.C. da.; SILVA, E.B da.; COLOMÉ, I. C. dos S.; PRESTES, M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.27, n.2, p.506-517, 2018.

BARATA, RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books .

BEAUVOIR, Simone de [1949]. O segundo sexo: a experiência vivida. 5º ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.

Bell, K. M., & Naugle, A. E. (2005). Understanding stay/leave decisions in violent relationships: A behavior analytic approach. *Behavior and Social Issues*, 14(2), 21–45. <https://doi.org/10.5210/bsi.v14i1.119>.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 165-174, 2009.

BRANCO, J. G. de O.; VIEIRA, L. J. E. de S.; BRILHANTES, A. V. M.; BATISTA, M. H. Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Ciênc. saúde coletiva**. 25 (5), 2020.

BRANDÃO, E.R; ALZUGUIR, F.de C. V. Gênero e Saúde: Uma articulação necessária. 23 e. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

BRASIL, Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço. Ministério da Saúde, 2002 Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf) Acesso em: 05 agost. 2022.

\_\_\_\_\_. Lei N° 10.778, de 24 de Novembro de 2003. Lei da Notificação Compulsória, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm) Acesso em: 30 jul. 2022.



\_\_\_\_\_ Política Nacional de Humanização, 2003. Recuperado de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf) Acesso em: 01 set. 2022.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf) Acesso em: 30 jul. 2022.

\_\_\_\_\_ Lei N° 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Lei Maria da Penha, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm) Acesso em: 16 de mai. 2022.

\_\_\_\_\_ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf) Acesso em: 05 set. 2022.

\_\_\_\_\_ Acolhimento nas práticas de produção de atenção. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf) Acesso em: 01 set. 2022.

\_\_\_\_\_ Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento a Violência contra a Mulher, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres> Acesso em: 30 jun. 2022.

\_\_\_\_\_ Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres> Acesso em: 08 jun. 2022.

\_\_\_\_\_ Decreto N° 7.958, de 13 de março de 2013. Presidência da República, 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm) Acesso em: 07 set. 2022.

\_\_\_\_\_ Portaria N° 1.271, de 6 de junho de 2014. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html) Acesso em: 05 set. 2022.

\_\_\_\_\_ Lei N° 13.104, de 09 de Março de 2015. Lei do Feminicídio, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm) Acesso em: 10 jul. 2022.

\_\_\_\_\_ Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Ministério da Saúde, 2015. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf) Acesso em: 10 agost. 2022.

\_\_\_\_\_. Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, 2016. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf) Acesso em: 12 agost. 2022.

\_\_\_\_\_. Lei N° 13.505, de 8 de novembro de 2017. Presidência da República, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13505.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13505.htm) Acesso em: 10 out. 2022.

\_\_\_\_\_. Lei N° 14.188, de 28 de Julho de 2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm) Acesso em: 30 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Lei 14.321, de 31 de março de 2022, Presidência da República, 2022. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Lei/L13869.htm#art15a](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13869.htm#art15a) Acesso em: 18 mai. 2022.

CALLOU, I. C, Bastos, T., Moreira, J. M. & Souza, J. M. (2016). Regras descritivas ocidentais e violência contra a mulher por parceiro íntimo. *Acta comportamentalia*, 24(1), 79-94.

CAVALCANTI, S. V. S. de F. A violência doméstica como violação dos direitos humanos. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 901, 21 dez. 2005. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/7753> . Acesso em: 17 mai. 2022.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR, E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER (1994). Recuperado de: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> Acesso em: 10 de mai. 2022.

COSTA, M.C., SILVA, E.B.; ARBOIT, J.; HONNEF, F.; MARQUES, K. A.; BARBIERI, J.; SILVA, D. de M. da. Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**.32:9271, 2019.

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

EMÍDIO, Thassia Souza; GIGEK, Thaís. Elas não querem ser mães: algumas reflexões sobre a escolha pela não maternidade na atualidade. **Trivium-Estudos Interdisciplinares**, v. 11, n. 2, p. 186-197, 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Disponível em: <https://www.hypeness.com.br/2019/09/37-das-brasileiras-nao-quer-ter-filhos-aponta-pesquisa-2/> Acesso em: 03 set. 2023.

FEDERICI, S. O Ponto Zero da Revolução. Trad. Coletivo Sycorax. Editora Elefante, 2019.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

FIDELIS, Daiana Quadros; MOSMANN, Clarisse Pereira. A não maternidade na contemporaneidade: um estudo com mulheres sem filhos acima dos 45 anos. **Aletheia**, n. 42, 2013.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf> Acesso em: 05 set. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf> Acesso em: 05 set. 2023.

GALVÃO, R. de L.; OLIVEIRA, H. F.; LIMA, M. A. C.; COSTA, T. A.; MUNARETTO, G. F.; FARIA, M. S.; SANTOS, T. de O.; VIEIRA, T. F. S.; PINTO, F. de O.; DELGADO, M. de A. Atuação dos profissionais de enfermagem frente às mulheres vítimas de violência doméstica. **REAS/EJCH** v.13(1) e5165.2021.

GUERIN, B; [MOU1] ORTOLAN, M. O. (2017). Analyzing domestic violence behaviors in their contexts: Violence as a continuation of social strategies by other means. *Behavior and Social Issues*. 26, 5-26. <https://doi.org/10.5210/bsi.v26i0.6804>.

GOMES, H. C. R. & Costa, N. (2014). Violência contra a mulher: uma pesquisa empírica sobre regras descritivas comuns na sociedade ocidental. *Acta Comportamentalia* , 22(1), 89-100.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, jul-set, 2014.

HEWSTONE M: Bias. In: Manstead ASR, Hewstone M, eds. *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Oxford: Blackwell Publishers 1996;89

KIM, J; GRAY, K. A. (2008). Leave or stay?: Battered women's decision after intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(10), 1465-1482. <https://doi.org/10.1177/0886260508314307>.

KIMMEL, M. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, ano 4, n. 9, p. 103-117, out. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/B5NqQSY8JshhFkpgD88W4vz/?format=pdf&lang=pt>

KIND, L.; ORSINI, M. de L. P.; NEPOMUCENO, V.; GONÇALVES, L.; SOUZA, G. A. de.; FERREIRA, M. F. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(9):1805-1815, set, 2013.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. de L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones UNAD**, Bogotá – Colombia, v. 14, n. 2, jul-dez 2015.

LAZZARI, K. C. V.; ARAÚJO, M. P. O ciclo da violência e a memória de dor das mulheres usuárias do CRM/Canoas-RS. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 12, n. 19, 2018.

LEITE, A. de C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: Predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v.14, n. 41, p.07-10, jan-dez 2019.

LIMA, C. S. de A.; PAIVA, A. C. G. de.; ALEIXO, I. S.; BANDEIRA, L. A.; GURGEL, M. G. A.; NOGUEIRA, M. E. F.; JREIGE, P. de F. M.; NETO, S. B. F.; HOLANDA, V. R. L. R. de.; & CORRÊA, M. I. Atuação multiprofissional à mulher vítima de violência doméstica: assistência da Saúde da Família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 13(5), e6902. 2021.

MARTIN CL: Gender. In: Manstead ASR, Hewstone M, eds. The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology. Oxford: Blackwell Publishers 1996;253-8

MARTINS, L. C. A.; SILVA, E. B.; COSTA, M. C.; COLOMÉ, I. C. S.; FONTANA, D. G. R.; JANH, A. C. Violência contra mulher: acolhimento na Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, 15(3): 507-514, jul/set 2016.

MEAD, Margaret [1950] **Sexo e temperamento**. Debates (5): Antropologia. São Paulo: Perspectiva, 2015.

MEDEIROS, Maria Carolina El-Huaik de. Essa fez Socila: narrativas sobre etiqueta, socialização feminina e aperfeiçoamento social da mulher. Tese (Doutorado em Comunicação)- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

MEDRADO, B., LYRA, J., and AZEVEDO, M. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!': Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R., org. Saúde do homem em debate [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 39-74. ISBN 978-85-7541- 364-7. Available from SciELO Books .

MENEZES, P. R. de M.; LIMA, I. de S.; CORREIA, C. M.; SOUZA, S. S. S.; ERDMANN, A. L.; GOMES, N. P. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.778-786, 2014.

MILLER, K. B; LUND, E; WEATHERLY, J. (2012). Applying operant learning to the stay-leave decision in domestic violence. *Behavior and Social Issues*, 21, 135-152. Doi: [10.5210/bsi.v21i0.4015](https://doi.org/10.5210/bsi.v21i0.4015).

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ, Fluxo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. Fortaleza, 2018. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/02/Fluxo-de-Atendimento-%C3%A0-Mulher-V%C3%ADtima-de-Viol%C3%A2ncia.pdf> Acesso em: 15 agost. 2022.

MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio et al. Qualificação de profissionais da saúde para a

atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, p. 1039-1055, 2018.

MOREIRA, Júnna Maria et al. Concepções de gênero e violência contra a mulher. *Ciências Psicológicas*, v. 14, n. 2, 2020.

NETTO, L. de A.; MOURA, M. A. V.; QUEIROZ, A. B. A.; TYRRELL, M. A. R.; BRAVO, M. del M. P. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paul Enferm.** 27(5):458-64, 2014.

OLIVEIRA, J. de.; SCOLSOLINI-COMIN, F. Percepções sobre intervenções grupais com homens autores de violência contra as mulheres. **Psicologia & Sociedade**, 33, e221163, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Folha Informativa-Violência contra as mulheres, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 22 mai. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-2-2019-editorial-importancia-abordar-masculinidade-e-saude-dos-homens-para-avancar-rumo> Acesso em: 03 set. 2023.

PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. (In) visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental1. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, 2017.

PERROT, Michelle [2006]. *Minha história das mulheres*. 2º ed. São Paulo: Contexto, 2019.

RODRIGUEZ-BORREGO, M. A.; VAQUERO-ABELLAN, M.; ROSA, L. B. A cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses' suffering abuse by their partners. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20,n. 1, p. 11-18, 2012.

SAFFIOTI, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo em Perspectiva. A violência disseminada. São Paulo, vol. 13, n. 04, p. 82-91,out./dez. 1999.

SAMPAIO, A. A. S et al. Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, v. 12, n. 1, 2008.

SANTOS, E. S.; ALMEIDA, M. A. P.T. Atendimento prestado pelos Serviços de saúde à Mulher Vítima de Violência Sexual. Id on Line **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.11, n.35, p.84-99, abr. 2017.

SANTOS, S. C. dos.; BARROS, P. de A.; DELGADO, R. F. de A.; SILVA, L. V. de L.; CARVALHO, V. P. da S.; ALEXANDRE, A. C. S. Violência contra mulher: como os profissionais na Atenção Primária à Saúde estão enfrentando esta realidade? **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 359-368, maio/agosto 2018.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIRDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira De História & Amp; Ciências Sociais**, 1(1). Recuperado de: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf> ,2009.

SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 93-103, 2007.

SILVEIRA, D.T, CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora: UFRGS 2009.

SILVA, Carolina Luiz Ferreira da; JORGE, Tatiane Martins. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 56, n. 2, 2023.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CIRURGIA PLÁSTICA. <https://valor.globo.com/patrocinado/dino/noticia/2022/08/05/brasil-ocupa-o-segundo-lugar-no-ranking-de-paises-que-mais-realiza-cirurgias-plastica.ghtml> Acesso em: 03 set. 2023.

SOUSA, M. H. de.; BENTO, S. F; OSIS, M. J. D.; RIBEIRO, M. de P.; FAÚNDES, A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **REV BRAS EPIDEMIOL** 18(1): 94-107. JAN-MAR 2015.

SOUZA, T. M. C.; REZENDE, F. F. Violência contra mulheres: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, ago. 2018.

STRUBE, M. J; BARBOUR, L. S. (1983). The decision to leave an abusive relationship: Economic dependence and psychological commitment. *Journal of Marriage and the Family*, 45(4), 785-793. Doi: 10.2307/351791.

VALÉRIO, A; CASTRO, D. P. de; FLORÊNCIO, T.(2022). Reflexões sobre masculinidades: possibilidades de interpretação a partir de uma visão analítico-comportamental. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 13(1), 041–053. <https://doi.org/10.18761/VEEM.13796> , 2022.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3957-3965, 2016.

WALKER, L. E. The battered woman. Nova York, NY: Harper e Row. (1979).

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. 1e. Curitiba: Appris, 2018.

ZUCHI, C. Z.; SILVA, E. B.; COSTA, M. C.; ARBOIT, J.; FONTANA, D. G. R.; HONNEF, F.; HEISLER, E. D. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. **REME – Rev Min Enferm**, Minas Gerais,22: e-1085, 2018.





Universidade Federal do Ceará  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS  
PÚBLICAS

# Vamos falar sobre a violência doméstica contra as mulheres na Atenção Primária à Saúde?



# SÚMARIO

|   |    |
|---|----|
| 1. A violência doméstica contra as mulheres.....  | 3  |
| 2. Números da violência doméstica no Brasil e região.....   | 4  |
| 3. Raízes da violência doméstica contra as mulheres.....  | 5  |
| 4. Tipos de violência doméstica contra as mulheres.....   | 6  |
| 5. O que mantém mulheres em situação de violência doméstica?.....   | 7  |
| 6 O que os profissionais da Atenção Primária a Saúde tem a ver com a violência doméstica contra as mulheres?..... | 8  |
| 7. Principais danos à saúde das mulheres.....   | 9  |
| 8. Caminhos para o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária.....            | 10 |
| 9. Acolhimento.....   | 11 |
| 10. Recursos Físicos e Humanos adequados ao atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica.....           | 12 |
| 11. O conhecimento da Rede de Atendimento as Mulheres vítimas de violência para realizar encaminhamentos.....     | 13 |
| 12. Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência Doméstica em Sobral-CE.....                          | 14 |
| 13. A Casa da Mulher Cearense Maria José Santos Ferreira Gomes.....   | 17 |
| 14. Equipe de Organizadores.....  | 19 |



## A violência doméstica contra as mulheres.



A violência doméstica é descrita pela Lei Maria da Penha como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (artigo 5º), sendo praticada, em sua grande maioria, por parceiros íntimos ou ex-parceiros das mulheres.

Esse tipo de violência se configura como um fenômeno de ordem cultural e produto das desigualdades entre homens e mulheres. O agressor se vale da condição de uma relação de casamento, convívio, confiança, namoro, intimidade, privacidade que tenha ou já tenha tido com a vítima, bem como da relação de hierarquia ou poder que detenha sobre a mulher para praticar a violência.

# Números da Violência doméstica no Brasil e Região



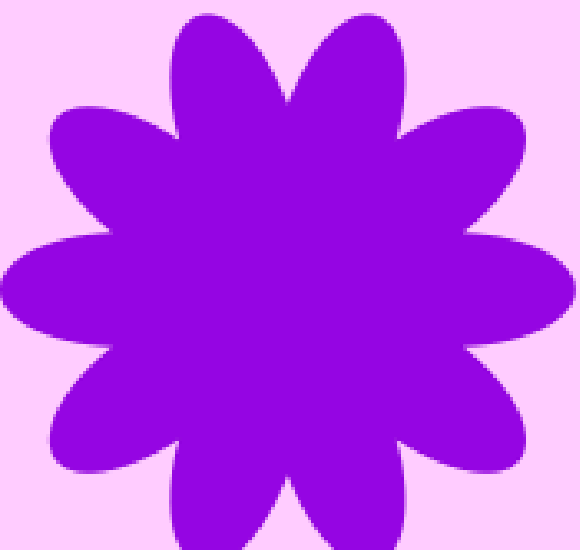
## Brasil

Mais de 18 milhões de mulheres foram vítimas de violência no ano de 2022, e o número de feminicídios cresceu 6,1%, resultando em 1.437 mulheres mortas (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2023).



## Sobral- CE

435 registros de violência doméstica contra as mulheres no ano de 2022, segundo a Delegacia da Mulher de Sobral.



# Raízes da violência doméstica contra as mulheres

As formas como os homens e as mulheres são socializados na nossa cultura criam os estereótipos de gênero, reforçando a naturalização da dominação dos homens sobre as mulheres. Aos homens são atribuídos padrões como os de força e virilidade, e às mulheres são atribuídos padrões como a passividade e submissão. Esses padrões fortemente difundidos de geração em geração sustentam as desigualdades entre os sexos.

Desta forma, não há uma natureza humana que faça com que homens sejam violentos com as mulheres, mas sim uma forma de socialização que coloca os homens em um lugar de poder sobre as mulheres.







# Tipos de violência doméstica contra as mulheres

**Física** - qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.

**Moral** - qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

**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.

**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, 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.

**Psicológica** - qualquer conduta que lhe cause 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, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

# O que mantém mulheres em situação de violência doméstica?

Um estudo realizado por Pontes, Marques e Abreu (2022) apresenta os determinantes/variáveis que dificultam a saída das mulheres de relações violentas. O entendimento destas variáveis é fundamental para a promoção de condições alternativas à violência, bem como para reduzir/combater a culpabilização e revitimização.

## **Dependência econômica:**

Essa variável diz respeito a ausência de recursos financeiros para se sustentar, bem como sustentar os filhos (caso os tenha).

## **Dependência emocional:**

Consiste em uma necessidade que se temha do outro para ser feliz e tomar suas próprias decisões.

## **Comportamento reforçador do parceiro:**

Diz respeito as “promessas de mudança do parceiro”, que normalmente são acompanhadas por mudanças drásticas como retirada imediata da violência e engajamento em comportamentos com o objetivo de agradar a parceira.

## **Ausência de Rede de apoio:**

Se refere a falta de apoio social e emocional por parte da família, amigos, e de políticas de proteção.

## **Regras e autorregras limitantes:**

Esta variável diz respeito ao empenho por parte das mulheres em salvar o relacionamento e a crença de que não conseguem sair da relação.

## **Retaliações e/ou ameaças de retaliações do agressor:**

Essa variável se refere a ameaça de tomar custódia, sequestrar ou ferir os filhos; ameaça de ferir animais de estimação; ameaças de suicídio do parceiro; ameaças de machucar a vítima; ameaças de produzir rumores ou divulgar segredos da parceira.

## **Déficit de repertório comportamental:**

A pessoa acredita que não conseguirá resolver os problemas sozinha; Não consegue reconhecer a violência presente na relação; baixa autoestima; e baixa autoconfiança gerada por abuso emocional.


# O que os profissionais da Atenção Primária a Saúde tem a ver com a violência doméstica contra as mulheres?



Na década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reconheceu a violência contra as mulheres como um grave problema de saúde pública, por causar sérios danos a saúde física e mental das mulheres. Este reconhecimento, desloca um fenômeno que era visto como pertencente ao âmbito privado, para a dimensão de um problema de caráter público.


A Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos serviços (não-especializados), que compõe a Rede de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência. É reconhecida como porta de entrada para o acesso à saúde pública, adotando a perspectiva da territorialidade. No que se refere ao atendimento às mulheres vitima de violência doméstica, a APS oportuniza um contato mais estreito dos profissionais da saúde com as mulheres, podendo acolhê-las em suas fragilidades, traumas e danos à saúde física e mental causados pela violência doméstica.

# Principais danos à saúde das mulheres




Danos à saúde física causados pela violência doméstica contra as mulheres:

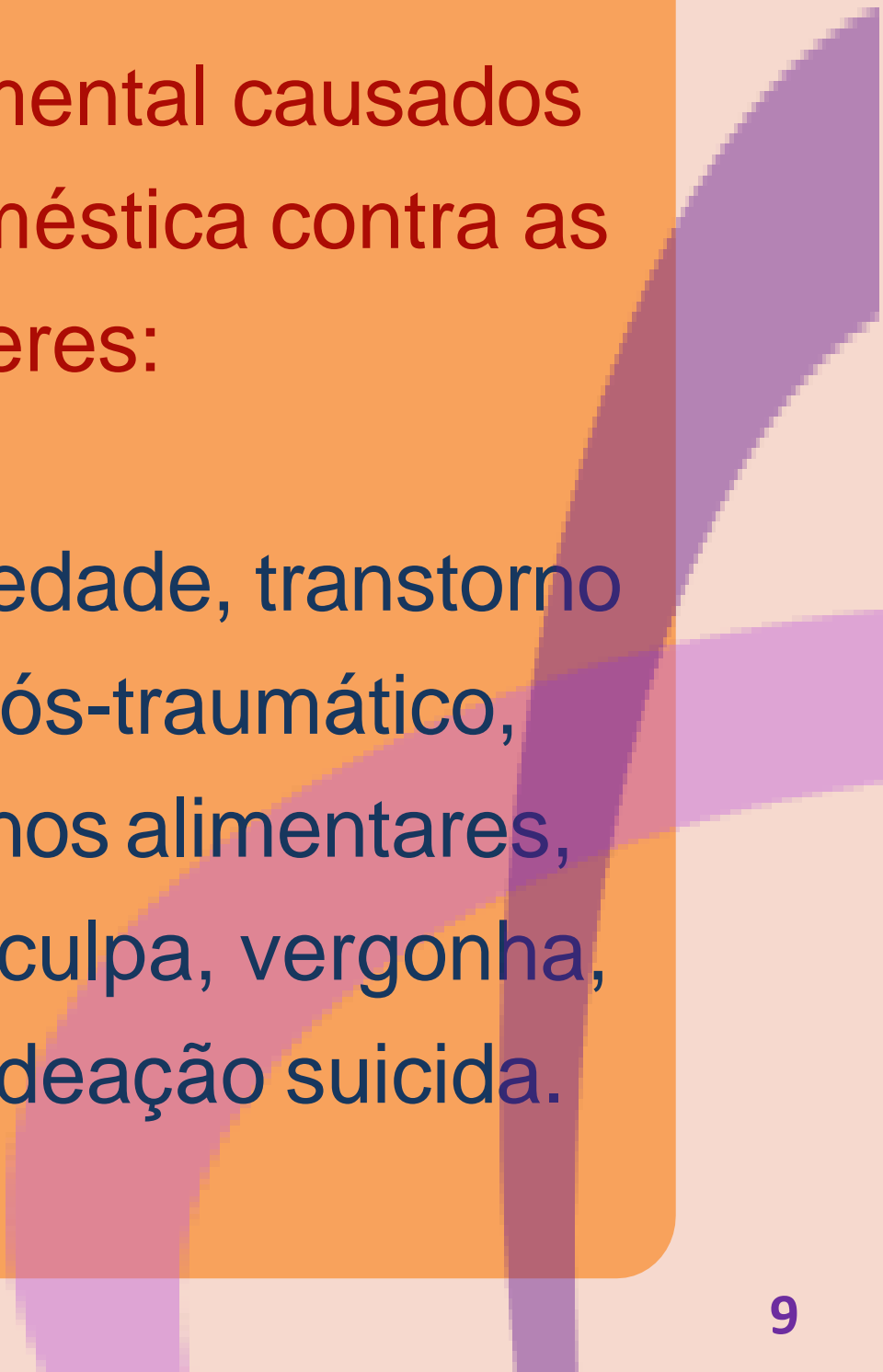
Hematomas e dores pelo corpo, crise de gastrite, úlcera, distúrbios do sono, falta de apetite, alimentação inadequada, infecções recorrentes, obesidade.



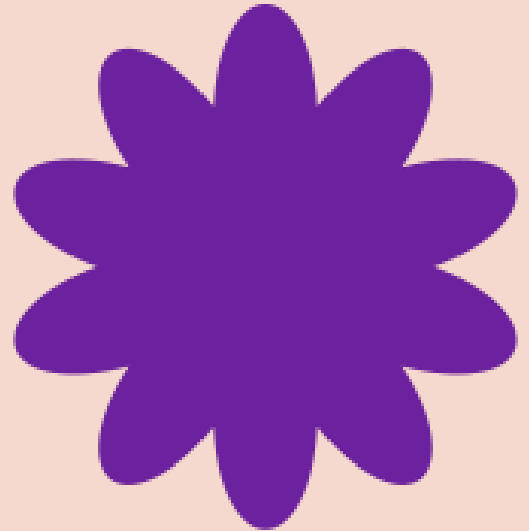
Danos à saúde mental causados pela violência doméstica contra as mulheres:



Depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, fobias, transtornos alimentares, sentimentos de culpa, vergonha, inadequação, ideação suicida.







## Caminhos para o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária



**O objetivo desta proposta é orientar os profissionais de saúde da Atenção Primária do município de Sobral-CE acerca das dimensões possíveis para o atendimento frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres.**

### Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória da Violência:


O preenchimento da ficha não se configura como denúncia, mas sim como uma ferramenta necessária à epidemiologia do território. É através dos dados gerados por ela que são pensadas e elaboradas as políticas de enfrentamento à violência doméstica contra as mulheres.

### Prevenção:


Promover a formação de grupos de homens para discutir masculinidades e padrões de gênero, no sentido de prevenir a violência doméstica contra as mulheres; Realizar educação em saúde sobre o fenômeno da violência doméstica com os usuários do serviço em sala de espera.



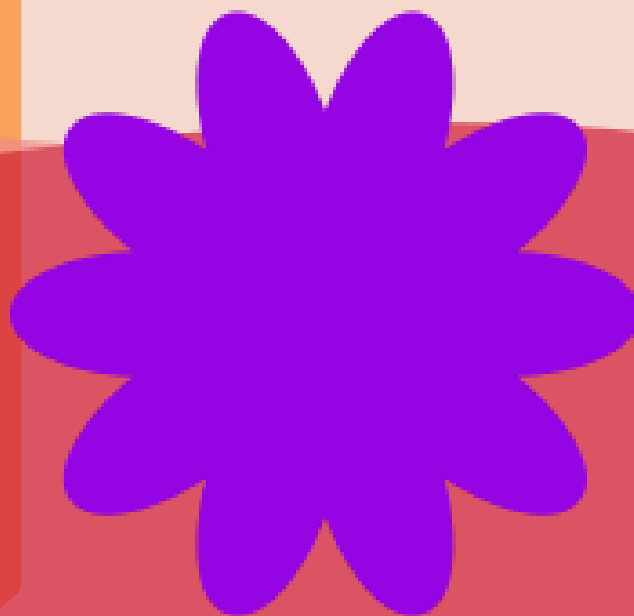
# Acolhimento



O acolhimento humanizado pressupõe a escuta sensível, com intuito de aproximação e vinculação, observando o significado multidimensional da experiência vivenciada pelos usuários (BRASIL, 2003). Quando se trata de demandas de violência doméstica contra as mulheres, é importante destacar a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos para que o cotidiano e as rotinas do trabalho não reduzam a operacionalização do acolhimento a uma prática de triagem.



Mulheres que vivenciam situações de violência doméstica podem ter dificuldades para se expressar ou até mesmo de reconhecerem que estão em situação de violência. Poucas mulheres verbalizam com clareza a violência sofrida, e por isso o acolhimento deve ser realizado através da observação, de uma postura não julgadora e não culpabilizadora por parte do profissional, de tal modo que o diálogo apure não somente as manifestações físicas, mas que considere também aquilo que não é verbalizado, como os gestos e o próprio silêncio.

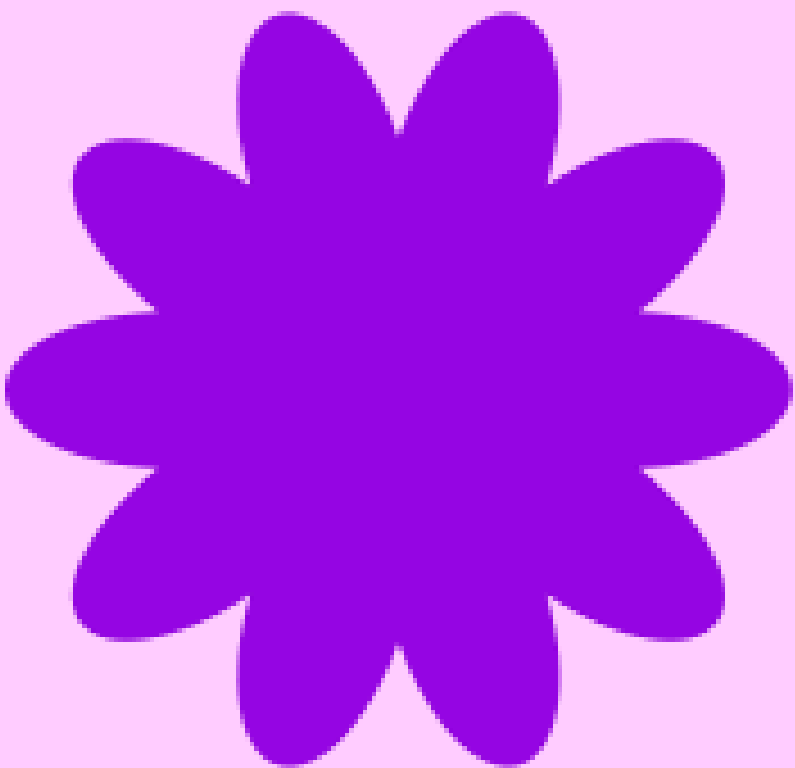


# Recursos Físicos e Humanos adequados ao atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica

- O serviço deve dispor de uma sala com estrutura física que possibilite o sigilo, a privacidade e a segurança a vítima.

- Equipe multiprofissional qualificada (agentes comunitários de saúde, recepcionistas, auxiliares administrativos, atendentes de farmácia, residentes dos programas de residência multiprofissional, médicos (as), enfermeiros (as), dentistas, entre outros).

- Atendimento ofertado, preferencialmente, por profissionais do sexo feminino.



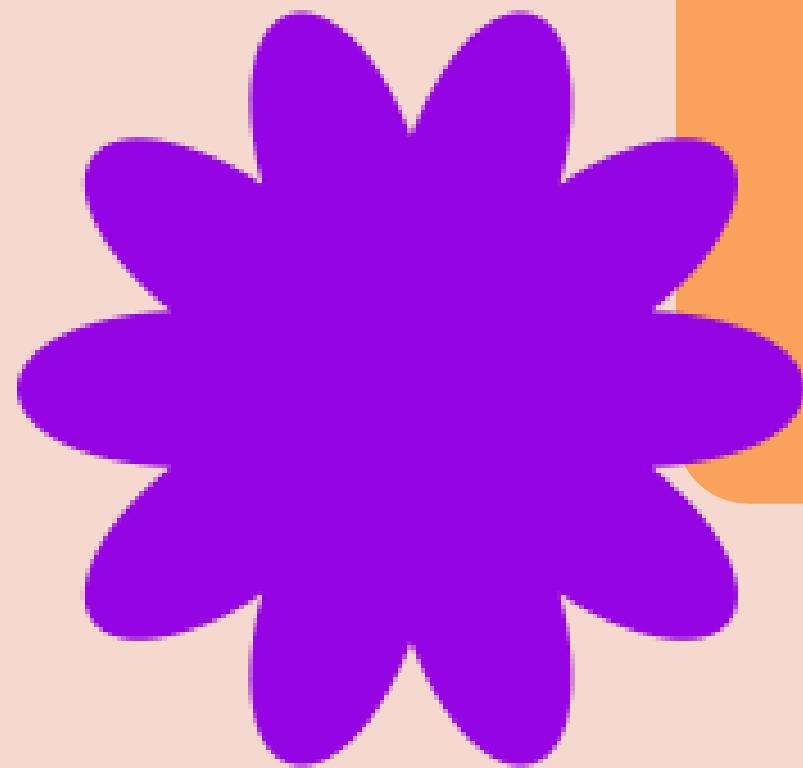
## O conhecimento da Rede de Atendimento as Mulheres vítimas de violência para realizar encaminhamentos

- Conhecer os equipamentos especializados e não especializados nas áreas da Saúde, Segurança Pública, Justiça e Assistência Social que compõem a Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência doméstica.
- Compreender as atribuições dos serviços da rede, saber sua localização, tramitação interna e externa, bem como os horários de funcionamento.



# Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência doméstica em Sobral- CE.

O município de Sobral conta com uma rede de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica nos âmbitos da Assistência Social, Saúde, Justiça e Segurança Pública.



# Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência doméstica em Sobral- CE.

## Assistência Social

**Especializados:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social- CREAS.

**Não - Especializados:** Centro de Referência de Assistência Social- CRAS e Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua- Centro POP.



## Saúde

**Especializados:** Centro de Referência em Infectologia- CRIS.

**Não- Especializados:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Unidade de Pronto Atendimento- UPA, Centros de Saúde da Família, Hospital Regional Norte e Centro de Atenção Psicossocial- CAPS.





# Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência doméstica em Sobral- CE.

## Justiça

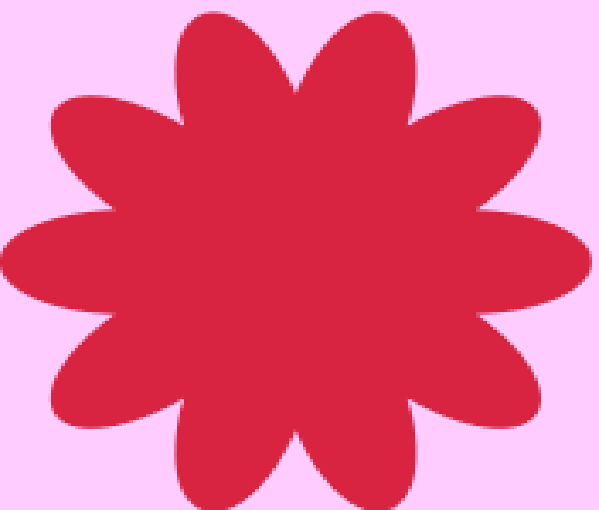
**Especializados:** Serviços que estão disponíveis na Casa da Mulher Cearense : Juizado da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher da Comarca de Sobral, Defensoria Pública (para a vítima), Ministério Público (para a vítima) .

**Não-Especializados:** Defensoria Pública do Estado e Ministério Público.

## Segurança Pública

**Especializados:** Delegacia de Defesa da Mulher, Comando da Polícia Militar para Prevenção e Apoio às Comunidades (COPAC/PMCE), que atua por meio do Grupo de Apoio às Vítimas de Violência- GAVV.

**Não - Especializados:** 3º Batalhão da Polícia Militar, Delegacia de Polícia Civil, Instituto Médico Legal- IML e Corpo de Bombeiros.



# A Casa da Mulher Cearense Maria José Santos Ferreira Gomes

Inaugurada dia 30 de junho de 2022, a Casa da Mulher Cearense Maria José Santos Ferreira Gomes é um equipamento que atende mulheres em situação de violência doméstica de Sobral e da região norte do estado do Ceará. A casa concentra alguns serviços de apoio, acolhimento e proteção em um só espaço.

O que é a Casa da Mulher Cearense?

Serviços concentrados na Casa da Mulher Cearense:

Recepção, Psicossocial, Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), Juizado da violência doméstica e familiar contra a mulher da Comarca de Sobral, Ministério Público (para a vítima), Defensoria Pública (para a vítima), Grupo de Apoio às Vítimas de Violência- GAVV, Comando de Prevenção e Apoio às Comunidades- COPAC, Brinquedoteca, Autonomia Econômica e Casa de Passagem.



Você profissional de saúde é fundamental para o enfrentamento à violência doméstica contra as mulheres.





# Equipe de Organizadores:

Este instrumento norteador para o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica contra as mulheres, foi organizado junto aos profissionais do Centro de Saúde da Família Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne, localizado no bairro Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes, no município de Sobral- CE.

**Dra. Natália Santos Marques (Docente do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia e Políticas Públicas- UFC)**

**Francisca Talicia Vasconcelos Pereira (Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia e Políticas Públicas- UFC)**

**Janiele Freire Monte (Agente Comunitária de Saúde)**

**Francikele S.Mota (Agente Comunitária de Saúde)**

**Iranir Ferrira da Silva (Agente Comunitária de Saúde)**

**Alder Júnior E. dos Santos (Agente Comunitária de Saúde)**

**Lindalva F.de Souza (Agente Comunitária de Saúde)**

**Marlúcia A. Melo (Agente Comunitária de Saúde)**

**Ivonete Farias L. Fernandes (Agente Comunitária de Saúde)**

**Gesciane da S. Alves (Agente Comunitária de Saúde)**

**Jéssica Nascimento de Sousa (Auxiliar Administrativo)**



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ  
Campus de Sobral

Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas  
Mestrado Profissional em Psicologia e Políticas Públicas

### Relatório Técnico Conclusivo de Assessoria

#### Identificação da ação

| Título  |                            |
|---|----------------------------|
| Dimensões do Atendimento em Saúde às Mulheres em Situação de Violência Doméstica para Profissionais de um Centro de Saúde da Família de Sobral- CE. |                            |
| Linha de pesquisa   |                            |
| Educação e políticas públicas   |                            |
| Projeto de Pesquisa   |                            |
| O Trabalho com Mulheres Vítimas de Violência Doméstica na Atenção Primária à Saúde.   |                            |
| Equipe de Trabalho  |                            |
| Nome  | Categoria                  |
| Francisca Talicia Vasconcelos Pereira   | Estudante de pós-graduação |

## **Detalhamento da ação**

### **Instituição ou local em que a Assessoria foi realizada**

Centro de Saúde da Família Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne

**Período de Realização da Assessoria** Maio à junho de 2023

**Início: 12 de mai. de 2023**

**Fim: 23 de jun. de 2023**

### **Demanda**

No contexto do município de Sobral-CE, a partir de pesquisa realizada no Centro de Referência da Mulher Ana Soraia Silva Galdino (CRM), até a metade do ano de 2021 foram atendidas 347 mulheres em situação de violência doméstica residentes em Sobral e de outros distritos. A pesquisa mostrou que um dos maiores índices de violência doméstica contra as mulheres está concentrado no bairro Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes, bairro em que fica localizado o Centro de Saúde da Família (CSF) Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne, local em que a assessoria foi realizada.

### **Objetivo da Assessoria**

Promover formação profissional sobre o atendimento em saúde às mulheres em situação de violência doméstica nos estereótipos de gênero replicados pelos profissionais participantes da pesquisa.

### **Público-alvo**

Profissionais de diferentes categorias vinculados ao Centro de Saúde da Família (CSF) Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne.

### **Fundamentação teórica**

Dentre os serviços públicos que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica têm-se a Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como porta de entrada para o acesso à saúde pública. A APS adota a perspectiva da territorialidade,

possibilitando um contato mais estreito dos profissionais da saúde com as mulheres, podendo acolhê-las em suas dores, fragilidades e traumas (BORSOI, BRANDÃO, CAVALCANTI, 2009).

A APS tem na Educação Permanente em Saúde uma ferramenta importante para a qualificação do trabalho (SILVA e JORGE, 2023). Entretanto, no que diz respeito à temática da violência doméstica contra as mulheres, evidencia-se que os profissionais apresentam pouco preparo sobre as concepções teóricas e práticas necessárias na atenção a esse público, além da falta de compreensão do fenômeno da violência doméstica contra as mulheres como um problema de saúde pública (MOREIRA et. al, 2018).

Diante disso, considerando que a APS faz parte da rede de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, e que os elevados índices de casos de violência contra a mulher em Sobral advêm do bairro Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes, a formação visou avaliar e intervir sobre a formação de profissionais de saúde no que concerne à violência doméstica contra a mulher. O percurso metodológico se deu através da pesquisa aplicada com delineamento experimental do tipo ABA (delineamento intrassujeito), sobre a realização de Educação Permanente em Saúde (EPS) com vistas a promover a qualificação das práticas direcionadas às mulheres em situação de violência doméstica.

### **Métodos e Procedimentos**

Inicialmente, foram realizadas duas visitas ao campo para conhecer e observar o cotidiano do serviço e as práticas dos profissionais. Concomitantemente, foi realizada a identificação/ levantamento de documentos como manuais, protocolos, guias e cartilhas que sejam utilizados como norteadores para a atuação dos profissionais do CSF frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres, os quais não foram encontrados. Posteriormente, a pesquisa foi apresentada aos profissionais selecionados para participar do estudo, em comum acordo com a gestão do CSF. Ressalta-se que foi garantido aos

participantes o caráter voluntário da participação no estudo, além da confidencialidade das informações fornecidas. Também foram disponibilizados os contatos da pesquisadora para que obtivessem esclarecimentos sobre o estudo ou dos resultados obtidos, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Após o consentimento dos profissionais, foi dado início à primeira etapa da pesquisa (linha de base), à qual correspondeu à aplicação de um questionário com a finalidade de avaliar viés de gênero, o qual consistiu em uma adaptação dos questionários aplicados em Gomes e Costa (2014), Callou et al. (2016), e Moreira et al., (2020). Nesse questionário, os profissionais deveriam marcar o quanto concordavam com as situações expostas, variando de DISCORDA, CONCORDA e NEM CONCORDA NEM DISCORDA. Em seguida, foi facilitada uma roda de conversa com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, para apreender as realidades vivenciadas dentro do serviço, bem como observar seus conhecimentos e concepções acerca do fenômeno da violência doméstica contra as mulheres.

A segunda etapa da pesquisa (intervenção) consistiu na realização de três encontros de Educação Permanente em Saúde com os profissionais, nos quais foram discutidos conteúdos que abordavam as dimensões do atendimento em saúde a mulheres em situação de violência doméstica, e que contemplaram as dificuldades enfrentadas pelos participantes relatadas na etapa anterior. Os encontros foram realizados semanalmente, com duração média de 2h por encontro, realizado presencialmente no CSF, tendo a pesquisadora como facilitadora do processo formativo.

A terceira etapa (retorno à condição de linha de base) compreendeu a reaplicação do questionário da primeira etapa para que se pudesse avaliar os possíveis efeitos da EPS na replicação de viés de gênero por parte dos profissionais, e a realização de outra roda de conversa para compreender a percepção dos profissionais sobre as implicações do processo

formativo para a sua atuação profissional. Os participantes receberam ainda um certificado de participação, com carga horária de 20h, emitido pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Além dos dados provenientes do questionário, utilizou-se o recurso do diário de campo, em que foram anotadas informações adicionais que a pesquisadora considerou pertinentes. Foram conduzidas análises e reflexões a partir das confrontações das respostas do questionário e dos registros produzidos no diário de campo, o que deu suporte posterior à análise e descrição dos resultados. Os encontros pautaram-se no estabelecimento de um espaço que oportunizasse a reflexão sobre a atuação dos profissionais frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres

O primeiro encontro consistiu em apresentar a proposta da intervenção e de como se daria a dinâmica do processo de Educação Permanente em Saúde, com vistas à sensibilização dos sujeitos enquanto atores fundamentais para a realização da pesquisa. Os profissionais concordaram em participar da pesquisa, e a partir disso, foram realizados os trâmites éticos, marcados pela leitura e preenchimento do TCLE. Em seguida, os profissionais foram orientados a responderem ao questionário, e posteriormente foi iniciada a roda de conversa, que teve como pergunta disparadora: Que experiências de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica dentro do território vocês poderiam relatar? Após a escuta e diálogo ante aos relatos dos profissionais, foram pactuados junto aos participantes e a gestão do CSF, os dias e horários dos próximos encontros, o qual se estabeleceu às sextas-feiras, no mesmo local, e no período da tarde.

Iniciou-se o segundo encontro com uma dinâmica para “quebrar o gelo”. Dentro de uma caixa foram colocados papéis dobrados, onde estavam escritas algumas frases contendo estereótipos de gênero, como por exemplo, “Menina veste rosa e menino veste azul. ”; “Homem não chora. ”; “Só pode estar de TPM. ”; “Quando casar sara. ”; “Prendam suas

cabras, que meu bode tá solto. ”; “As mulheres nasceram para ser mãe.”. Cada participante deveria tirar um papel de dentro da caixa, ler a frase escrita e comentá-la. Depois de comentadas as frases seguiram-se com o conteúdo da Educação Permanente, onde foi abordada a diferença entre sexo e gênero; Como se dá a socialização de homens e mulheres; Explicação acerca dos dispositivos de gênero; E sobre a relevância da articulação de gênero e saúde. Ao final foi reproduzido o vídeo “Verdades que Doem”, que ilustra as desigualdades culturalmente construídas entre homens e mulheres. Seguiu-se por fim para o diálogo acerca da violência contra as mulheres de forma geral, com ênfase na violência doméstica, embasando-se na Lei Maria da Penha; Explicação sobre os tipos de violência doméstica; e esclarecimento de como acontece o ciclo da violência doméstica. O encontro foi encerrado com a exibição do vídeo “Violência: Monólogo”, o qual mostra uma mulher narrando diversas situações de violência às quais foi submetida ao longo de sua vida.

O terceiro encontro foi iniciado com a apresentação das políticas públicas de enfrentamento a violência doméstica contra as mulheres; Esclarecimento acerca das normativas e políticas na área da saúde dirigidas às mulheres vítimas de violência; Apresentação dos serviços especializados e não especializados que fazem parte da rede de atendimento, com ênfase nos serviços que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica no município de Sobral- CE. Reproduziu-se o vídeo “Violência contra as mulheres: o que os profissionais de saúde têm a ver com isso? ”, e em seguida foi apresentado aos profissionais a ficha de notificação de violência doméstica, bem como alguns documentos norteadores para profissionais de saúde frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres, emitidos pelo Ministério da Saúde. Ao final do encontro, para fixar o conteúdo acerca dos serviços da rede de atendimento e dos encaminhamentos possíveis para os casos de violência doméstica, foi exibido o vídeo “A rede de proteção no combate a violência contra a mulher”.

O quarto encontro foi realizado em uma configuração teórico-prática. Em um primeiro momento dialogou-se sobre alguns caminhos possíveis para um atendimento efetivo às mulheres em situação de violência doméstica no âmbito da saúde. Posteriormente, seguiu-se para a discussão de dois casos que tinham como contexto o atendimento de profissionais de um serviço de saúde fictício a mulheres em situação de violência doméstica. Os participantes deveriam analisar a conduta dos profissionais, com base nos conteúdos abordados durante o processo de Educação Permanente em Saúde. Depois de discutir os casos, prosseguiu-se com a oficina de práticas de atendimento às mulheres vítimas de violência, que teve como proposta a simulação de um atendimento. Aqueles que não participaram da simulação, avaliaram todo o desenvolvimento da simulação. O momento proporcionou aos profissionais a articulação das situações colocadas, com os conteúdos discutidos na formação.

No último encontro, foi realizado um movimento semelhante ao primeiro encontro. Iniciou-se com a reaplicação do questionário aplicado no primeiro encontro. Na sequência, realizou-se nova roda de conversa, que teve como pergunta disparadora: Como vocês percebem a experiência da Educação Permanente em Saúde para o seu fazer profissional?

Após compartilharem suas experiências como participantes, e suas concepções acerca de todos os conteúdos abordados na formação, discutiu-se acerca dos conteúdos necessários à elaboração de uma cartilha destinada aos profissionais de saúde da APS, frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres.

### **Impacto Quantitativo**

Participaram do estudo inicialmente 13 profissionais do Centro de Saúde da Família Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne. No que concerne às categorias profissionais, 9 eram agentes comunitários de saúde, 3 eram agentes de limpeza e 1 auxiliar de escritório.



Quanto ao sexo, 11 eram do sexo feminino, 2 eram do sexo masculino, e todos com idade entre 23 e 56 anos. Em relação ao grau de escolaridade, 3 dos agentes comunitários de saúde tinham ensino superior completo, e os demais profissionais tinham o ensino médio completo. Permaneceram até o final do estudo 9 profissionais, que obtiveram 100% de frequência. Dos outros 4 participantes, 3 participaram apenas do primeiro encontro e 1 participou dos dois primeiros.

### **Resultados e Impacto Qualitativo**

Os resultados da intervenção mostraram algumas mudanças consistentes na replicação de estereótipos de gênero (papéis de cuidado; casamento; violência como patologia; amar incondicionalmente). Outros apontaram um aumento na replicação de estereótipos que atrelavam um padrão de gênero à natureza do sexo (“sensibilidade”, “sexualidade” e “agressividade”). Pode-se afirmar que a formação realizada permitiu a aplicação da compreensão dos profissionais sobre o fenômeno da violência contra a mulher, sobre a Rede de Atendimento à violência contra a mulher e sobre as necessidades da vítima no que se refere ao atendimento em saúde.

Uma limitação vivenciada foi impossibilidade de participação de outras categorias profissionais na formação, como médicos (as), enfermeiros (as), dentistas, assistentes sociais e psicólogos (as) do programa de residência multiprofissional em Saúde da Família, auxiliares de farmácia, recepcionistas, entre outros. A escassez/inexistência de formação profissional sobre gênero, violência doméstica contra as mulheres e saúde foi evidenciada logo no Encontro 1, quando uma das profissionais relatou que as formações no CSF são mais voltadas à discussão sobre hanseníase, redução de danos, controle da pressão arterial, amamentação, mas sobre padrões de gênero, bem como sobre a violência doméstica contra as mulheres nunca havia acontecido. Depois da intervenção, no Encontro 5, a necessidade de formação profissional foi reiterada, quando uma das profissionais declarou que os temas

abordados foram importantes não apenas para a atuação dentro do CSF com mulheres em situação de violência, mas também na esfera das suas relações pessoais, pois também estão sujeitas a sofrerem violência, e a formação ajudou para que ficasse mais atenta à identificação de violências.

### **Abrangência Realizada**

Município de Sobral- CE.

### **Abrangência Potencial**

A possibilidade de expansão deste produto técnico é nacional. Na medida em que o projeto esteja consolidado, a abrangência da ação pode adquirir um caráter mais amplo e alcançar outros estados do país.

### **Replicabilidade**

Há possibilidade de replicabilidade deste produto, desde que haja um (a) facilitador (a) ou uma equipe que se dedique ao estudo dos temas trabalhados, com vistas a uma formação consistente para os participantes.

### **Complexidade**

A formação tem relativo grau de complexidade, pois demandou a articulação com a gestão do CSF, que necessitou elencar as categorias profissionais que poderiam participar da formação, sem que fosse prejudicada a dinâmica de trabalho do serviço.

### **Inovação**

Processos formativos por meio da Educação Permanente em Saúde já fazem das rotinas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Todavia, qualificação profissional que aborde as temáticas de gênero e violência doméstica contra as mulheres na saúde pública foi considerado pelos participantes como algo inovador, uma vez que as formações ofertadas se concentram mais em trabalhar temáticas como aleitamento materno, hanseníase e controle da pressão arterial.

### Informações para Cadastro do Produto Técnico

|   |   |
|---|---|
| <b>Duração da ação em meses</b>               | <b>2 meses</b>  |
| <b>Disponibilidade de acesso ao relatório</b> | <b>Irrestrito</b>   |
| <b>Idioma do relatório</b>                    | <b>Português</b>  |
| <b>Finalidade</b>                             | Promover formação profissional sobre o atendimento em saúde às mulheres em situação de violência doméstica nos estereótipos de gênero replicados por profissionais da Atenção Primária à Saúde.   |
| <b>Impacto - Nível</b>                        | <b>Alto</b>   |
| <b>Impacto - Demanda</b>                      | <b>Espontânea</b>   |
| <b>Impacto - Área impactada pela produção</b> | <b>Saúde</b>  |
| <b>Impacto - Tipo</b>                         | <b>Potencial</b>  |
| <b>Descrição do tipo de impacto</b>           | Os resultados da formação mostraram algumas mudanças consistentes na replicação de estereótipos de gênero, possibilitando que os profissionais de saúde possam promover um atendimento mais efetivo às mulheres vítimas de violência doméstica. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Replicabilidade</b>   | <b>Sim</b>                             |
| <b>Abrangência territorial</b>   | <b>Local</b>                           |
| <b>Complexidade</b>  | <b>Média</b>                           |
| <b>Inovação</b>  | <b>Alto teor inovativo</b>             |
| <b>Setor da sociedade beneficiado pelo impacto</b>                               | <b>Saúde Humana e Serviços Sociais</b> |
| <b>Declaração de vínculo com o Plano de Desenvolvimento Institucional da UFC</b> | <b>Sim</b>                             |
| <b>Houve fomento?</b>  | <b>Não houve</b>                       |
| <b>Há registro/depósito de patente intelectual</b>                               | <b>Não</b>                             |
| <b>Estágio da tecnologia</b>   | <b>Finalizada/Implantada</b>           |
| <b>Há transferência de tecnologia/conhecimento</b>                               | <b>Sim</b>                             |
| <b>URL (endereço na internet onde o produto pode ser localizado)</b>             |  |
| <b>Observação (informações adicionais)</b>                                       |  |