



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
MESTRADO EM ENSINO

GLEYCIANE LIMA DA SILVA

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
INTRAFAMILIAR: CONSTRUINDO UMA REDE DE APOIO NO
MUNICÍPIO DE ITAOCARA ATRAVÉS DO ENSINO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA

2019

GLEYCIANE LIMA DA SILVA

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
INTRAFAMILIAR: CONSTRUINDO UMA REDE DE APOIO NO
MUNICÍPIO DE ITAOCARA ATRAVÉS DO ENSINO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino. Linha de Pesquisa: Epistemologias do Cotidiano e Práticas Instituintes.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jacqueline de Souza Gomes

Santo Antônio de Pádua, RJ
2019

GLEYCIANE LIMA DA SILVA

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
INTRAFAMILIAR: CONSTRUINDO UMA REDE DE APOIO NO
MUNICÍPIO DE ITAOCARA ATRAVÉS DO ENSINO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino. Linha de Pesquisa: Epistemologias do Cotidiano e Práticas Instituintes.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Jacqueline de Souza Gomes (Orientadora)
UFF

Prof^a. Dr^a. Adriana Machado Penna
UFF

Profa. Dr^a. Juçara Gonçalves Lima Bedim
UNIG

Santo Antônio de Pádua
2019

RESUMO

A violência é uma problemática social que perpassa toda a história da humanidade. Sua presença está registrada em vários documentos da Antiguidade, inclusive na Bíblia, com a história de Caim e Abel, por exemplo. Pode ser muito confortável pensar que vivemos em mundo igualitário, onde todos somos tratados da mesma forma, com o mesmo respeito. Mas a violência que aflige diuturnamente a humanidade nos chama à realidade. Ainda que não seja tomada como um problema de saúde pública, a violência interfere diretamente na saúde física e emocional das pessoas, vítimas ou não. A violência pode gerar lesões físicas, sofrimento psíquico, morte e tantas outras contingências que desembocam em todos os níveis da rede de atendimento em saúde. Tratamento, acolhimento e afeto devem permear o atendimento em saúde das vítimas de violência a fim de que estas possam ter assegurados direitos básicos, a qualidade do cuidado e a diminuição das chances de revitimização. Este trabalho, partindo de demandas colhidas de representantes da Atenção Básica do município de Itaocara, narra a criação de um Minicurso pensando a construção do cuidado na Atenção Básica do município de Itaocara às vítimas de violência intrafamiliar. O referido minicurso foi construído com os profissionais de ensino superior da Rede de Atenção Básica do Município de Itaocara, com a participação da Área Técnica de Atenção e Prevenção à Violência do município, por meio de rodas de conversa. Além disso, neste trabalho, pensamos em caminhos para o cuidado continuado com as vítimas de violência. Nos preocupamos imensamente com a capacitação da rede atenção básica, sob a ótica da Educação Interdisciplinar em Saúde, para que os profissionais possam ter um olhar clínico e afetivo para possível detecção de casos de violência e que possam estimular o acesso à informação quanto ao cuidado e à abordagem adequada para com vítimas e familiares.

Palavras- chave: Violência Intrafamiliar; Atenção Básica em Saúde; Educação Permanente.

ABSTRACT

Violence is a social problem that pervades all of human history. Their presence is recorded in many documents of the ancient world, including those in the Bible, in the story of Cain and Abel, for example. It can also be very comfortable to think that we live in a world of equality, where all are dealt with in the same way, with exactly the same respect. But the violence that plagues day for the humanity, he calls us back to reality. Even if it is not taken as a serious public health problem, with the violence directly influences the physical and emotional health of the of the people, be they victims or not. The violence can be damaging to one's physical, mental suffering, death and the many other events that you promote at all levels of the network for health care. Treatment, shelter and affection, they must give the healthcare to the victims of domestic violence so that they can be assured of basic, human rights, quality of care and to decrease the chances of re-victimization in this work, starting from requirements gathered from representatives of primary care in the municipality of Itaocara, it is proposed to create a short course on thinking in the construction of care within primary care in municipality of Itaocara, for the victims of domestic violence. The idea is that such a course will be set up with the professional higher education network for primary care in the municipality of Itaocara, with the participation of the Technical Department in the care and Prevention of Violence in the city, be means of the wheels of the conversation. In addition, the Project proposes to think about ways for the continuity of care for the victims of domestic violence. We are concerned greatly with the training of a network of primary care, from the point of view of permanent education in health, so that staff can have a look on the situation and caring for the detection of cases of violence, as well as to promote access to information and care the right approach to the victims and their families.

Key words: Domestic Violence; Primary Health Care; Life-long education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do Município de Itaocara.	18
Figura 2: Ponte Ary Parreiras.	18
Figura 3: Ponte Ary Parreirasd	19
Figura 4: Estabelecimentos por Tipo.....	24
Figura 5: Leitos Hospitalares.....	25
Figura 6: Recursos Humanos.....	25
Figura 7: Exames Laboratoriais.....	32
Figura 8: Distribuição proporcional das notificações de violência doméstica	36
Figura 9: Número e porcentual de atendimentos de crianças a adolescentes por violência	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Unidade NOTificadora	Erro! Indicador não definido.
Gráfico 2: Cor.....	50
Gráfico 3: Faixa Etária	50
Gráfico 4: Sexo.....	52
Gráfico 5: Estado Civil	53
Gráfico 6: Bairro de Moradia	53
Gráfico 7: Unidade de Atenção Básica de Referência.....	54
Gráfico 8: Deficiência	54
Gráfico 9: Bairro de Ocorrência.....	54
Gráfico 10 Local da Ocorrência.....	55
Gráfico 11 Ocorreu Outras Vezes	55
Gráfico 12 Lesão Autoprovocada	56
Gráfico 13 Motivação.....	57
Gráfico 14 Tipo de Violência	57
Gráfico 15 Meio de Agressão	58
Gráfico 16 Números de Envolvidos	58
Gráfico 17 Vinculo com a agressor	59
Gráfico 18 Sexo do Agressor.....	60
Gráfico 19 Ciclo de Vida do Autor.....	61
Gráfico 20 Encaminhamentos.....	62
Gráfico 21 Local de Encaminhamento	62

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Programa Estratégia Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio as Famílias
UBS	Unidade Básica de Saúde
DANT	Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
SINAN	Sistema de Informação e Agravos e Notificações
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde

AGRADECIMENTOS

Sei que parece clichê, mas primeiramente gostaria de agradecer a Deus pela oportunidade concedida de estar aprimorando minha capacidade profissional; pelos livramentos e pelo cuidado em minha vida.

Não posso deixar de agradecer a minha mãe Carlinda Lima, pois sempre acreditou em meu potencial e sempre me incentivou, mesmo que esse incentivo tenha vindo, muitas vezes, na base da “porrada”. Agradeço ao meu incrível irmão Pe. Gleison Lima, uma grande referência de fé e de perseverança. Obrigada “Famija”, por suas orações também.

Acredito que vai faltar papel para tantos agradecimentos. Mas seguimos... Obrigada Sr. Rafael Poubel (Borracha), por ser meu: grande amigo, confidente, conselheiro amoroso, couch, “co-orientador”, terapeuta, jardineiro e eu já ia esquecendo que ele ainda é meu personal trainer. Valeu “Borracha”, por sempre acreditar em mim! E agradeço a todos os meus amigos que me agüentaram chorando horrores nesse período. Minhas amigas: Nathália, Kétila, Carolina de Sá (Carol), Josiane (Jô), Aparecida, Denise, a minha atual coordenadora Gabriela Fadel, por confiar e me cobrir os dias que necessitei, a Wanessa Gonzaga, uma grande referência profissional de minha categoria, que inúmeras vezes foi meu alicerce de Serviço Social.

Impossível não agradecer a minha orientadora Jacqueline. Obrigada “Jacque”, não desistiu de mim e apostou alto em meu projeto. Não tenho palavras para expressar minha gratidão por você, poucas vezes consegui admirar tão grandiosamente uma pessoa e hoje te admiro muito “Jacque”, principalmente por sua sensibilidade e humanidade com o próximo, por sua humildade, mesmo sendo tão grande.

Como esse mestrado contribuiu na vida para que eu me tornasse uma pessoa melhor! Um mestrado em ensino que ensinou a me colocar no lugar do outro, me ensinou a ver o mundo de outra forma e principalmente me fez acreditar que podemos contribuir para uma ordem social melhor. Podemos fazer a diferença sim! Obrigada aos amigos/colegas da turma de 2017 do Mestrado – INFES, que construímos até aqui pelo convívio nesse período tão importante e desgastante em nossas vidas, pessoas estas que contribuíram muito para meu crescimento enquanto ser humano.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1. Problema de Pesquisa	10
1.2. Justificativa.....	12
1.3. Objetivos.....	14
1.4. Metodologia.....	14
2 “O PODER QUE PUDE SE ESCONDE”.....	15
2.1. Caracterização do Município.....	16
2.2 Caracterização da Saúde do Município.....	18
3 FAMÍLIA, “LAR DOCE LAR”, SERÁ?.....	26
3.1 O que é Família, mesmo?.....	26
3.2 Violência Intrafamiliar e suas Tipologias.....	29
4. VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: CONSTRUINDO UMA REDE DE CUIDADOS COM A ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ITAOCARA	40
4.1 Metodologia do Minicurso.....	40
4.2. Fundamentos Teóricos.....	41
4.2.1 Sobre os Protocolos de Saúde	43
4.2.2 Sobre Acolhimento	44
4.2.3 Sobre Atendimento Clínico	45
4.2.4 Sobre as Notificação dos caso.....	46
4.2.5 Sobre Casos de Violência Sexual	47
4.1.7 Continuidade do cuidado	48
4.3 Fluxograma Proposto para as vítimas de violência	49
4.4 Análise dos dados de violência do município de Itaocara	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
APÊNDICES	
ANEXOS	73
REFERÊNCIAS.....	77

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, esclarecemos de maneira geral o desenvolvimento deste trabalho a partir dos seguintes eixos: apresentação do problema de pesquisa, justificativa, objetivos e metodologia ampla utilizada.

1.1 Problema de Pesquisa

É confortável pensar que vivemos em um mundo permeado por igualdades, por pessoas que são tratadas de forma semelhante, onde todos podem desfrutar de obtenção de privilégios similares. Mas a violência nos chama à realidade e se manifesta como intrínseca à própria natureza humana. Poderíamos crer, ainda, que, se existe perigo nesse mundo, todos são afetados e ameaçados do mesmo modo. Isso não é verdade, pois o mundo em que vivemos é mais perigoso para as mulheres, sim! (Olga, 2014). Assim, identificamos uma vasta categorização de crimes praticados contra as mulheres (psicológicos, sociais, físicos, simbólicos).

A violência praticada contra mulheres atravessa a humanidade desde seus primórdios e independe de culturas. Pode se manifestar variando com cada contexto social, com cada padrão de valores culturais, que acarretam seus juízos éticos em cada sociedade, mas o fato é que sempre está presente. Marco histórico crucial para entender esse fenômeno é a divisão sexual do trabalho, tendo inicialmente por finalidade estruturar a forma de produção e regulamentação das famílias, mas que acabou por dar aos homens e mulheres papéis simbólicos hierarquizados, onde o primeiro seria o provedor, o chefe do grupo familiar, e a segunda frágil e dependente (BRASIL, 2002).

Para Saffioti e Almeida (1995), esse fenômeno independe de classes sociais, de nível de desenvolvimento econômico, de tipos de cultura, e pode acontecer em qualquer lugar (espaços públicos ou privados) e em qualquer faixa etária. Sendo assim, não existe uma categoria específica de mulheres que sejam as vítimas de violência. Enquanto mulher, posso afirmar que todas as mulheres, em algum momento de nossas vidas, sofremos algum tipo de violência. Nesta medida, torna-se necessária a construção e a implementação de políticas que visem o enfrentamento desse fenômeno.

No campo da saúde, a violência foi reconhecida e formalizada como um problema de saúde através da 49ª Assembléia Mundial de Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996. A questão foi tema do Relatório Mundial sobre

Saúde e Violência, em 2002. Já no Brasil, a abordagem desse fenômeno como problema de saúde se deu em 2001 com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 737 de 16 de Maio de 2001¹.

No nosso contexto atual, a saúde da mulher é, ao menos teoricamente, uma das prioridades das políticas de saúde, uma vez que elas representam cerca de 50,77 % da população brasileira e a maior parte dos usuários do Sistema Único de Saúde, (BRASIL, 2004). Encontramos menção à violência contra mulher e vem se reforçando o combate e a prevenção desse fenômeno, muito embora, nos serviços básicos de saúde, as situações de violência permaneçam ocultas. Isto porque, em grande parte dos casos, o motivo da procura a esses serviços são quadros clínicos diversos da violência, como estresse, insônia, transtorno de ansiedade, depressão, etc. São, na verdade, meros sintomas produzidos pela tensão presente na vida das mulheres em situação de violência.

Segundo Franco (2019), no ano de 2018, cerca de 1,6 milhões de mulheres foram espancadas ou tiveram tentativas de estrangulamento no nosso país. Outro dado alarmante apontado pela autora foi que aproximadamente 22 milhões (37,1%) de mulheres sofreram algum tipo de assédio. Cerca de 42% dos casos de violência ocorreram no ambiente domésticos. Contudo, mesmo com esses números alarmantes, estima-se que mais da metade das vítimas não denunciaram (52%).

O Mapa da Violência de 2015² nos revela que, no ano de 2014, duas em cada três vítimas de violência foram mulheres e que estas demandaram atenção médica devido a violências domésticas, sexuais e/ou outras. Nessa perspectiva, 405 mulheres, a cada dia, demandaram atendimento médico em uma unidade de saúde, mediante alguma violência sofrida. Esses dados foram coletados por meio do SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação)³. São dados alarmantes que nos levam a pensar que, mesmo a violência contra mulheres sendo algo tão antigo quanto a humanidade, ela ainda é algo atual e presente em nossa realidade mais do que possamos imaginar, principalmente nas unidades básicas de saúde.

Este trabalho visa contribuir para o debate sobre a violência intrafamiliar no município de Itaocara, interior do Estado do Rio de Janeiro. Inicialmente fazemos um

¹ Melo, Vitor Hugo. Para Elas. Curso elaborado pelo Ministério da Saúde.

² Mapa de violência uma série de estudos publicados desde 1998,^[1] inicialmente com apoio da Unesco, do Instituto Ayrton Senna e da FLACSO, entre outras entidades, e, mais recentemente, publicados pelo governo brasileiro.

³ Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), do Ministério da Saúde, que registra os atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), no campo das violências.

mapeamento dos dados sobre casos de violência no ano de 2017 e de 2018 no município por meio da análise das fichas de notificação do SINAN e, a partir desses dados, fazemos um levantamento do perfil dessas vítimas para, em seguida, recolhermos informações fundamentais, através de rodas de conversa interdisciplinares e foi realizado um minicurso de capacitação dos profissionais de nível superior atuantes na Rede de Atenção Básica municipal, visando a construção conjunta de uma linha de cuidados às vítimas de violência intrafamiliar.

1.2 Justificativa

Como não existe um Protocolo de Atendimento às Vítimas de Violência Intrafamiliar no município de Itaocara, mesmo acontecendo casos de grande repercussão social, identificamos a necessidade de estruturá-lo e qualificarmos os profissionais de saúde da atenção básica nesta temática uma vez que estes estão na linha de frente deste tipo de atendimento.

De uma perspectiva social, este trabalho se justifica em função de demanda observada a partir de conversas com a Secretaria de Saúde, com a Coordenação da Atenção Básica, com a Coordenação da Área Técnica de Atenção e Prevenção à Violência (este núcleo, desde 2011, atuava apenas como ponte para o preenchimento das fichas de notificação de violência que não eram realizados) e dos profissionais de saúde da região. Segundo Oliveira (2019).

De uma perspectiva pessoal, é necessário descrever o real motivo que me levou ao estudo e a pesquisa que ora se desenvolve. No início do ano de 2017 aconteceu (na verdade, veio à tona) um caso de violência sexual (violência física/moral/psíquica) que chocou o município de Itaocara, além de evidenciar as brechas e falhas da Rede de Saúde local. O caso envolvia uma jovem negra, de 24 anos, deficiente visual e auditiva, deambulante com muita dificuldade (ficava o tempo praticamente todo acamada), com retardo mental moderado (CID 10 F 71), com comprometimento significativo de comportamento (que requer vigilância e cuidados contínuos em tempo integral). A vítima deu entrada no Hospital Municipal de Itaocara, onde eu atuava como assistente social, apresentando quadro de extrema desnutrição, com hemorragia e precárias condições de higiene. Inicialmente não foi informado pela acompanhante (mãe da paciente) o real motivo para que a jovem estivesse daquele modo. No dia seguinte à internação, a mãe da jovem aparece no hospital com uma bebê recém nascida, alegando

que a mesma era de seu marido (padrasto da jovem que se encontrava internada) com uma suposta amante. Contudo, a equipe observou que a jovem estava com seus seios cheios de leite e foi solicitada uma avaliação ginecológica que mostrou que a jovem havia sofrido recente parto normal. Com isso, foi aberta uma investigação criminal.

Identificou-se que a bebê era da jovem internada e esta recém nascida acabou sendo encaminhada a um abrigo municipal para adoção. Ficou constatada a materialidade de um crime brutal cometido pelo padrasto, com conhecimento da mãe da jovem internada. No hospital, o quadro de desnutrição e hemorragia era severo e decorrência dos maus tratos e do fato de a jovem ter ficado em trabalho de parto por três dias em sua própria casa, sem assistência nenhuma. Jovem e bebê só não evoluíram a óbito porque desde sempre foram grandes guerreiras.

Ainda posso fechar meus olhos e vê-la, completamente emagrecida, com odor fortíssimo e em posição de imensa fragilidade. Me questiono todos os dias desde então sobre como pode alguém conseguir violentar aquela pessoa completamente indefesa, frágil, sem condições de higiene, com doença de pele e inúmeras escoriações.

Em seus dias de internação a paciente se alimentava desesperadamente, aparentava estar sem alimentar-se há dias. Era comovente vê-la se alimentar com as mamadeiras (sim, as famosas “dedeiras”) e, logo em seguida, dormir como um urso hibernando. Sono tranquilo da segurança de que estávamos cuidando dela. Cuidado. Palavra pequena, significado imenso. No município pequeno que é Itaocara, esse caso tomou grande vulto. Ninguém acreditava que situação como aquela pudesse acontecer numa cidade do interior. Como diziam: “isso é coisa de cidade grande”. Infelizmente situações como essa não obedecem a um padrão ou manual de onde ou como devem acontecer. Infelizmente também só passamos a ter um olhar mais sensível para questões como essa quando acontecem em nosso “quintal”.

A partir daí, me fiz vários questionamentos que alicerçam esta pesquisa de mestrado, dentre elas: como uma paciente cadastrada, desde 2005, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município não realizava consultas e visitas periódicas? Como a Atenção Básica municipal não tomou conhecimento de uma gestação e de uma paciente sob seu domínio, nas condições descritas acima? A equipe de Agentes Comunitários de Saúde nunca percebeu tantas negligências (PACS)? Os profissionais do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) de referência não realizavam consultas médicas ou de enfermagem com a paciente? E, neste sentido, este trabalho se irá desenvolver.

1.3 Objetivos

Nosso **objetivo geral** foi alcançado com a realização de um estudo consistente sobre o funcionamento geral da rede de Atenção Básica do município de Itaocara, em particular no enfrentamento de situações de violência intrafamiliar.

Alcançamos nosso **objetivo específico** com a elaboração e execução de um minicurso de capacitação para os profissionais de ensino superior que atuam na Atenção básica do município de Itaocara. O minicurso versou sobre o cuidado com as vítimas de violência intrafamiliar no município de Itaocara. Em conversa com a atual coordenação da Atenção Básica do município e com a atual secretária municipal de saúde, foi possível perceber a necessidade e a urgência da criação desta capacitação uma vez que os profissionais necessitam de uma base para sua assistência e cuidado em saúde dos casos que chegam até a rede de saúde básica. Segundo as profissionais supracitadas, suas equipes de saúde não estão devidamente preparadas para exercer o cuidado com as vítimas de violência intrafamiliar, especialmente mulheres.

1.4 Metodologia

Utilizamos para a discussão teórica a pesquisa bibliográfica e documental. Assim, a partir de documentos do IBGE, contextualizamos o município de Itaocara, apresentando um pouco de sua história, sua população, sua Rede de Saúde (sendo este o nosso enfoque). Trazemos, ainda, a legislação e os fundamentos normativos para compreendermos o conceito de Atenção Básica e descrevemos como é composta a rede de atenção básica do município de Itaocara. Utilizamos o Manual do Ministério da Saúde (2002) para explicarmos a tipologia da violência intrafamiliar.

Quanto à metodologia do minicurso, esta será apresentada em capítulo próprio sobre o assunto.

2 “O PODER QUE PUNE, SE ESCONDE”

Neste capítulo contextualizamos o município de Itaocara, apresentando sua história, dados demográficos e a constituição atual da rede Atenção Básica local. Abaixo, transcrevo poema de uma usuária, vítima de violência sexual e outras, atendida pela Rede da Saúde do município de Itaocara/RJ. Todo o material que será utilizado ao longo da dissertação foi colhido com a autorização dos seus autores e/ou representantes. Resguardamos a identidade dos envolvidos e contamos com a valiosa colaboração da psicóloga responsável. Vale dizer que todos os poemas resultam de oficinas realizadas pela referida profissional em seus atendimentos a fim de conseguir fazer com que os pacientes pudessem expressar seus sofrimentos.

*“Quando a luz dos olhos seus”
Apagaram o brilho dos olhos meus
E me fizeram chorar.*

*“Quando a luz dos olhos seus”
Me levaram sob forte tempestade para alto mar
E minha inocência e pureza foram obrigadas a naufragar.*

*“Quando a luz dos olhos seus”
Me aprisionaram em forte dor
Invadindo minha alma fazendo-a se desesperar.*

*“Quando a luz dos olhos seus”
Corromperam minha essência e meu eu
E me desapropriou de mim mesma fazendo me apenas vagar.*

*“Quando a luz dos olhos seus”
Viram me sentir horror do meu eu, horror de quem sou
Fui para um lugar sem saber o que era amar.*

*“quando a luz dos olhos seus”
Me calaram, me consumiram, me sufocaram
Me deixaram de ser digna de sonhar.*

*“Quando a luz dos olhos seus”
Me fez ficar cega, me fez ficar muda
Me fez nunca mais sentir vontade de ser gente.*

*Quando, quando...
Já nem sei mais onde esses horrendo e malditos olhos vão parar de me seguir
Só sei que s s luzes se apagaram e ainda tento caminhar.*

*Hoje a luz dos seus olhos já não me alcançam...
Isso foi utopia, essas luzes ainda me perseguem
Mas vivo sem me odiar.
(S., 2015)*

2.1 Sobre o Município de Itaocara

O município de Itaocara teve como marco inicial de sua colonização o ano de 1809, onde os padres capuchinhos fundaram a Aldeia da Pedra, que ficava na margem oposta do Rio Paraíba do Sul. Mediante a luta entre os índios puris e corados, viram a necessidade de uma nova aldeia, onde acolheriam uma das tribos separando-a do litigantes⁴. Contudo, o aldeamento criado pelos missionários, para separar as duas tribos, acarretou a unificação por intermédio do batismo, das duas tribos indígenas.

Sucessivamente, chegaram a aldeia os colonizadores juntamente com a mão-de-obra escrava, vindos das Minas Gerais e de Campos dos Goytacazes. Em 1890 foi criada a freguesia de São José de Leonissa, atual padroeiro da cidade, tendo sido anexa ao município de São Fidélis. Outro marco importante que tornou a até então aldeia de Itaocara, um núcleo urbano, foi a implantação do ponto terminal da estrada de ferro de Cantagalo, em 1855.

Com o crescente desenvolvimento da freguesia, mediante a Proclamação da República, o até então distrito de São José de Leonissa, foi elevado a categoria de município no ano de 1890. Com a denominação de Itaocara. Tal topônimo derivado do Tupi, significando “lugar da casa de pedra”. Além do distrito sede, o município compreende os distritos de Laranjais, Portela, Jaguarembé, Estrada Nova e Batatal. Veja abaixo o mapa do município.

Itaocara pertence à Região Noroeste Fluminense, juntamente com os municípios de Aperibé, Cambuci, Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Itaperuna, Laje do Muriaé, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai, Porciúncula, Natividade e Miracema.

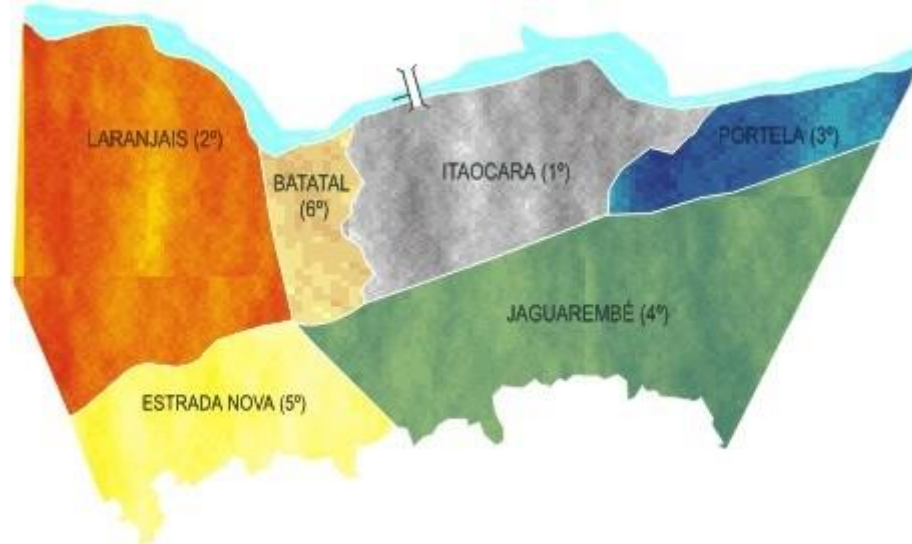
O município possui área total⁵ de 431,3 quilômetros quadrados, compreendendo um volume de 8 % da área total da região Noroeste Fluminense. Com uma população de 22.899 habitantes, correspondente a 7,2 % do contingente do Noroeste Fluminense. Tendo sua densidade demográfica de 53 habitantes por quilômetros quadrados, com uma proporção de 95,6 homens para cada 100 mulheres. Possuindo 75 % de sua

⁴ - Fontes: Estudos para o Planejamento Municipal – Secplan/Fiderj – 1978; Abreu, A., “Municípios e Topônimos Fluminenses – Histórico e Memória”, Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1994; sítio www.itaocara.rj.gov.br; Biblioteca do IBGE, documento em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/riodejaneiro/itaocara.pdf>.

⁵ IBGE, senso de 2010.

população urbanizada. O município tem um contingente de 18.532 eleitores, cerca de 81% da população total. São municípios limítrofes no sentido horário: Santo Antônio de Pádua, Aperibé, Cambuci, São Fidélis, São Sebastião do Alto e Cantagalo. Segue abaixo o mapa do município subdividido em seus distritos.

Figura 1: Mapa do Município de Itaocara



Fonte: Site de Itaocara.

Para Abreu 1978, o curso do Rio Paraíba do Sul e o relevo, contribuem de maneira significativa para que a ocupação do sítio urbano se fixem em áreas próximas ao rio e por vales que escoam pequenos córregos. A construção de RJ-116 e a belíssima ponte Ary Parreiras (construída sobre um dos trechos mais largos do Rio Paraíba do Sul) inaugurada em 1936, que até então era a maior ponte da América Latina. Que levou ao município a crescer perpendicularmente à via férrea, hoje desativada.

Figura 2: Ponte Ary Parreiras



Fonte: Site de Itaocara

Figura 3: Ponte Ary Parreiras



Fonte: Site de Itaocara

2.2. Caracterização da Saúde no Município

Para Giovanella (2012), a saúde coletiva é ambiente de práticas e saberes direcionados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, respeitando as singularidades de cada população, compreendendo assim o conceito saúde não apenas como a ausência de doenças, mas como um processo envolvendo diversos aspectos (epidemiológicos, ambientais, demográficos, socioeconômicos e culturais).

Essa nova forma de conceber o conceito de saúde, inscrito na história brasileira por meio da Constituição Federal de 1988⁶, introduziu mudanças substanciais, no modo de operacionalizar a assistência em saúde, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), fornecendo acesso universal e descentralizador da assistência à saúde, trazendo uma organização dos serviços sob a lógica da integralidade e da hierárquica, com definição de porta de entrada.

Para Viana e Poz (1998), esse novo modelo de assistência em saúde pública, além de trazer ações preventivas e curativas, como responsabilidade dos gestores públicos, esses novos moldes de assistência, podem ser definidos por três características, a saber:

(...) a criação de sistema nacional de saúde; a proposta de

⁶ O texto referente à saúde faz parte do capítulo da seguridade social, sendo a saúde um dos componentes do tripé da seguridade (saúde, previdência social e assistência social) são de caráter universalizador, colocando-os como direito do cidadão e dever do Estado, com orçamento único, para a área da seguridade social.

descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incubem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

Para alavancar a organização dos sistemas públicos de saúde locais, um forte instrumento pioneiro utilizado foi o Programa de Saúde Família (PSF), implantado em 1994. Atualmente houve uma mudança para Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) já que inexistia proposta concreta de assistência básica no SUS.

O Programa Estratégia Saúde da Família prioriza a atenção, tornando esta como porta de entrada no Sistema Único de Saúde, e não fazendo a opção pelo mais barato, ou forma de exclusão e nem uma técnica mais simples da assistência em saúde. O ESF não funciona de forma isolada, mas de forma articulada com os demais níveis de assistência, colocando a alta complexidade articulada e a disposição dos demais níveis, democratizando o acesso, proporcionando uma maior cobertura e ampliação do acesso, bem como a substituição das práticas tradicionalistas de assistência em saúde, contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde pública do nosso país.

O ESF foi aliado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), este programa foi inspirado por meio de experiência de prevenção de doenças através da orientação e da informação sobre os cuidados de saúde. Sua meta prevê a contribuição na reorganização dos serviços municipais de Saúde e na integralidade das ações com os diversos profissionais, buscando a integração entre a comunidade e as unidades de saúde. As principais ações desenvolvidas por este programa se dão pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cidadãos da própria comunidade orientados para realizar visitas domiciliares e orientar as famílias, juntamente com as Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Na contemporaneidade, o ESF e o ACS são compreendidos como estratégia principal para a mudança do antigo modelo de atenção a saúde, focado exclusivamente na doença para uma ação preventiva. Para Matta e Morosini (2009), o modelo campanhista/preventista, que antecede o SUS,

o modelo campanhista – influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção, dos espaços públicos e domiciliares e outras formas de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. (MATTÁ;MOROSINI, 2009, 28)

O trabalho desenvolvido pelo PSF e ACS visa levar para cada família o acesso ao tratamento e à prevenção de doenças. É um trabalho multiprofissional que leva essas equipes até os domicílios das pessoas, de suas áreas de referências a fim de evitar o deslocamento desnecessário às unidades de saúde e, em conjunto, buscam novas soluções para a melhoria da qualidade da assistência em saúde local. Esses procedimentos objetivam atuar na fase inicial da transmissão de doenças, bem como sobre os riscos sanitários, ambientais e individuais. Ao ser estabelecido esse vínculo (unidade-comunidade), é dever de cada equipe elaborar um plano para o enfrentamento dos principais problemas observados e trabalhar para desenvolver a educação de saúde preventiva. Segundo o Relatório do TCE de 2017:

A equipe do PSF é multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe trabalha em áreas de abrangência definida, por meio do cadastramento e do acompanhamento de um número determinado de famílias. Cada Equipe de Saúde da Família – ESF acompanha de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas por equipe. Cada agente comunitário de saúde acompanha até o máximo de 150 famílias ou 450 pessoas.

No Brasil, a Atenção Básica, regulamentada pela Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, onde se estabelece a revisão das diretrizes e norma dessa rede é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, havendo em locais mais próximos da dos usuários. Devendo ser o contato preferencial dos usuários e inicial (variando de acordo com a gravidade dos casos), sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Devendo garantir à população acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Segundo o Ministério da Saúde (2012), dar a estas unidades a infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita – está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Para o Ministério da Saúde (2012):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e

condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Outro instrumento legislativo de suma importância é o Decreto Nº 7.508, de 28 de julho do ano de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS, Lei Nº 8.080/90, dispõe que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Portanto, para o Ministério da Saúde 2012, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções a fim de colaborar para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, sendo elas:

- I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- II - Ser resolutive: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas,

procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos- -sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

A formulação e a implementação de uma política de saúde pública voltada para organização de um sistema equânime, resolutivo de forma integral, requer o atendimento efetivo dos problemas de saúde de uma dada população e a realização de uma série de ações articuladas e complementares entre os diferentes níveis hierárquicos de atuação de forma ascendente: atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

Segundo o Relatório do TCE/2017, a Atenção Básica é caracterizada

por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

Em relação a forma de operacionalizar este sistema de atenção básica, a Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/02 (Cavalcante et al.; 2006), recomenda “a regionalização da atenção à saúde como uma macroestratégia para a estruturação de redes articuladas e cooperativas, em territórios delimitados, com populações definidas e mecanismos que garantam o acesso dos usuários aos serviços nos níveis de complexidade necessários à resolução dos problemas de saúde.”

Em relação à Atenção Básica do município de Itaocara, esta é subdividida em: 7 ESFs, 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família

(NASF); 1 PACS; 1 Núcleo da Saúde da Mulher; 1 Núcleo da Saúde do Homem; 1 Centro de Assistência à Saúde do Idoso; 1 Núcleo da Saúde do Trabalhador; 1 Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT); 1 Núcleo de Imunização e 1 programa de Tabagismo. A rede de saúde municipal ainda possui: 1 Policlínica, 1 Centro de Atenção Psicossocial e 1 Hospital Geral Municipal de pequeno porte. Os atendimentos de média e alta complexidade serão direcionados para os municípios que oferecem contra-referência pactuadas pelo SUS. É importante salientar que cada núcleo ou subdivisão da atenção básica no município, possui uma coordenação que é subordinada a coordenação Central de toda a Atenção básica e as demais unidades possuem coordenação única, sendo todas submetidas a secretária municipal de saúde. Atualmente possuímos em nosso corpo de profissionais:

- Agentes Comunitários de Saúde = 38 profissionais;
- Enfermeiros = 9 profissionais;
- Técnicos de Enfermagem = 7 profissionais;
- Auxiliar de Enfermagem = 4 profissionais;
- Dentistas = 4 profissionais;
- Auxiliar de Saúde Bucal = 4 profissionais;
- Fisioterapeutas = 5 profissionais;
- Psicólogos = 2 profissionais;
- Médicos = 7 profissionais;
- Atendentes = 4 profissionais;
- Nutricionista = 1 profissional;
- Educador Físico = 1 profissional;
- Fonoaudiólogo = 1 profissional.

As Estratégias Saúde da Família estão localizadas em: 1 unidade em cada distrito, cada um possui um veículo (ambulância de pequeno porte) próprio para o deslocamento da equipe e de acordo com a demanda dos pacientes, e 3 unidades na sede do município, porém essas últimas unidades não possuem veículo próprio e nos casos de emergência para o deslocamento de pacientes contam com os veículos do Hospital Municipal do município.

Os dados referentes à rede de saúde, numa proporção geral, expostos a seguir⁷,

⁷ - Os indicadores na área da saúde são inúmeros e podem ser encontrados no sítio <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm>, que gera os Cadernos de Informação de Saúde, ou na

referem-se aos recursos materiais e humanos dispostos no município, e que foram coletados no Sistema Datasus em 2010.

Figura 4: Estabelecimentos por tipo – Município Itaocara – Dez 2010.

Estabelecimentos por tipo	Quantidade
Central de regulação de serviços de saúde	1
Centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica	0
Centro de atenção psicossocial	1
Centro de apoio à saúde da família	0
Centro de parto normal	0
Centro de saúde/unidade básica de saúde	3
Clínica especializada/ambulatório especializado	3
Consultório isolado	1
Farmácia com medicamento excepcional e programa Farmácia Popular	0
Hospital-dia	0
Hospital especializado	0
Hospital geral	2
Policlínica	2
Posto de saúde	5
Unidade de pronto atendimento	0
Pronto-socorro especializado	0
Pronto-socorro geral	0
Unidade mista – atendimento 24h; atenção básica, internação/urgência	0
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	2
Unidade de vigilância em saúde	1
Unidade móvel pré-hospitalar urgência/emergência	0
Unidade móvel terrestre	0

Fonte: Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. 2011.

Figura 5: Distribuições dos leitos hospitalares – Dez. 2016.

Descrição	Quantidade existente	% à disposição do SUS
Cirúrgico	20	65%
Clínico	43	72%
Obstétrico	7	71%
Pediátrico	12	75%
Outras especialidades	0	0%
Hospital-dia	0	0%

Fonte: Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. 2017.

Os recursos humanos de toda a rede saúde disponíveis no município:

Figura 6: Recursos humanos – Ocupações – dez. 2016.

Ocupação do profissional	Quant.	SUS	Ocupação do profissional	Quant.	SUS
Assistente social	10	90%	Nutricionista	5	100%
Bioquímico/Farmacêutico	6	100%	Odontólogo	28	96%
Cirurgião geral	7	71%	Pediatra	67	67%
Clínico geral	55	85%	Psicólogo	14	93%
Enfermeiro	28	100%	Psiquiatra	5	100%
Fisioterapeuta	17	82%	Radiologista	16	69%
Fonoaudiólogo	5	60%	Sanitarista	0	0%
Ginecologista/Obstetra	7	71%	Outras especialidades médicas	34	82%
Médico de família	7	100%	Outras ocup. de nível superior rel. à saúde	6	83%

Fonte: Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. 2017.

3 FAMÍLIA, “LAR DOCE LAR”, SERÁ?

A expressão “violência intrafamiliar” se constitui de dois conceitos chave: violência e família. Neste capítulo, pois, focamos em ambos. Primeiramente, quanto ao conceito de família, buscamos compreendê-lo a partir da contemporaneidade e das variações que hoje encontramos em relação ao passado não muito distante. Em seguida, trazemos o conceito de violência a partir de uma análise sobre a tipologia da violência intrafamiliar.

*Família, família,
 Papai, mamãe, titia,
 Família, família,
 Almoça junto todo dia,
 Nunca perde essa mania.
 Mas quando a filha quer fugir de casa
 Precisa descolar um ganha-pão
 Filha de família se não casa
 Papai, mamãe, não dão nenhum tostão.
 Família é
 Família á
 Família.
 Família, família,
 Vovô, vovó, sobrinha.
 Família, família,
 Janta junto todo dia,
 Nunca perde essa mania.
 Mas quando o nenê fica doente
 Procura uma farmácia de plantão
 O choro do nenê é estridente
 Assim não dá pra ver televisão
 Família é
 Família á
 Família.
 Família, família,
 Cachorro, gato, galinha.
 Família, família,
 Vive junto todo dia,
 Nunca perde essa mania.
 A mãe morre de medo de barata
 O pai vive com medo de ladrão
 Jogaram inseticida pela casa
 Botaram um cadeado no portão
 Família é
 Família á*

(ARNALDO ANTUNES, 1986)

3.1 O que é a Família, mesmo?

De acordo com a Unicef (2013), família é um grupo de pessoas que vivem juntas por laços de responsabilidades e compromissos umas com as outras. São compostas por

peessoas que se casaram ou estão vivendo juntas, e com ou sem seus filhos. Distribuindo igualmente as responsabilidades entre o pai e a mãe, nos casos de famílias existem filhos. Para Gonçalves (2013), família é uma instituição permanente e integrada, onde as possuem características peculiares:

É um núcleo biológico, ou seja, um agrupamento natural da qual o homem nasce e se desenvolve; traz em si um fator psicológico, ou seja, um elemento espiritual que é a fraternidade e o amor familiar e possui, ainda, um fator econômico, pois existem os direitos e deveres patrimoniais entre seus membros, a mútua assistência, o direito aos alimentos e, com o casamento, cria-se o regime matrimonial de bens. (GONÇALVES, 2013. p. 246)

Ao continuarmos na perspectiva da definição de família, podemos pensar num grupo sólido de pessoas ligadas por vínculos sanguíneos, afetivos e/ou alianças. Nessa ótica, estamos nos referindo a uma realidade simbólica, com representação social, que segue reproduzindo valores que transcendem as fronteiras do grupo. Voltolini (2016), defende a família como um espaço imprescindível para a manutenção da sobrevivência, proteção integral e do desenvolvimento de seus membros.

Logo, podemos pensar na família como um espaço de cuidado, buscando a preservação da vida dos indivíduos que as compõem, porém este espaço de cuidado vem sofrendo mudanças ao longo do tempo. Um grande marco, no Brasil, que institui profundas alterações foi na Constituição Federal:

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 institui duas profundas alterações no que se refere à família: 1. a quebra da chefia conjugal masculina, tornando a sociedade conjugal compartilhada em direitos e deveres pelo homem e pela mulher; 2. O fim da diferenciação entre filhos legítimos e ilegítimos, reiterada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, que os define como “sujeitos de direitos”. Com o exame do DNA, que comprova a paternidade, qualquer criança nascida de uniões consensuais ou de casamentos legais pode ter garantidos seus direitos de filiação, por parte do pai e da mãe. (ACOSTA e VITALE, 2003, p. 24).

Para as autoras, as medidas supracitadas foram um golpe, cuja extensão era desconhecida até então, lançado contra o pátrio poder. O Estatuto da Criança e do Adolescente desmistifica a família ao nível de introduzir a ideia da necessidade de proteger qualquer criança e adolescente, legalmente, contra seus próprios familiares, reafirmando a importância da convivência familiar, mas dando a estes direitos básicos protetivos.

Segundo Júnior e Silva (2017), até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a forma com que se dava a instituição da família era limitada. Até então, a família era pensada como restritamente constituída pela união exclusiva entre homem e mulher,

por meio de matrimônio, sendo uma instituição hierarquizada e patriarcal. Outra mudança importante apontada pelos autores é a respeito da filiação pois esta se dava unicamente pela forma biológica e reconhecida apenas quando houvesse casamento legitimado entre os pais, excluindo qualquer possibilidade de haver igualdade entre os filhos fora do casamento.

Após a Constituição Federal de 1988, grandes mudanças ocorreram no campo jurídico:

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 grandes modificações jurídicas foram introduzidas no tocante à tutela da entidade familiar, a partir de então as entidades familiares passaram a receber do Estado maior proteção. Ou seja, o legislador disciplinou o reconhecimento da família de maneira mais plural e ampla e ainda disciplinou as obrigações do Estado no que tange a proteção à entidade familiar. (JÚNIOR E SILVA, 2017. p. s/n).

Tais mudanças refletem alterações sociais e estruturais da configuração das famílias, fazendo com que se tornasse impossível identificar a instituição como um modelo único e ideal:

Tais arranjos diversificados podem variar em combinações de diversas naturezas, seja na composição ou também nas relações familiares estabelecidas. A composição pode variar em uniões consensuais de parceiros separados ou divorciados; uniões de pessoas do mesmo sexo; uniões de pessoas com filhos de outros casamentos; mães sozinhas com seus filhos, sendo cada um de um pai diferente; pais sozinhos com seus filhos; avós com os netos; e uma infinidade de formas a serem definidas, colocando-nos diante de uma nova família, diferenciada do clássico modelo de família nuclear. (OLIVEIRA, 2003, p 68).

Portanto, o conceito de família tem sido transformado nos últimos tempos, em virtude das modificações sociais da sociedade brasileira. Para Júnior e Silva (2017), as alterações ocorridas no seio familiar são provenientes de relevantes modificações e adaptações do desenvolvimento socioeconômico, que fizeram surgir novos arranjos familiares, sendo resultante das mudanças dos valores sociais. Com isso, o novo arranjo familiar se desvinculou do conceito tradicionalista de família, por meio do casamento, dando lugar para a afetividade que se coloca como um importante alicerce para a formação da instituição família.

Assim, o afeto se torna o principal meio de reconhecimento da entidade familiar em que os elos afetivos englobam elementos essenciais como a coabitação e a assistência mútua, que passaram a ser tutelados pelo Direito. Diante disso, esse assunto ganha grande

destaque no contexto jurídico brasileiro, pois as novas entidades familiares requerem proteção jurídica a fim de resguardar os direitos e deveres familiares impedindo a discriminação e o preconceito. (JÚNIOR E SILVA, 2017, p. s/p).

Do ponto de vista sociológico, a família possui uma estrutura de “unidade primária”, para Carnut e Faquim (2014, p. 63):

Pode-se dizer então que sem a família, seríamos um aglomerado de sujeitos particulares sem ligação interpessoal com os demais membros da mesma espécie e que não haveria o mínimo de coletividade entre os seres humanos. Se a espécie humana existe hoje, em grande parte isso é fato devido ao embrião da reciprocidade e do altruísmo mútuo que emergiu ao se organizar esses primeiros grupamentos humanos chamados de família.

Na perspectiva dos autores acima, o conceito de família, sob a luz da psicologia, se define como um grupo de relação interpessoal coesa, provocada de maneira impositiva ou não, podendo observar uma relação e hierarquia e de cuidado entre seus membros.

Essas afirmações são encontradas nas mais diversas linhas teóricas. A família, com isso, deveria ser o local de amor, de confiança, de cuidado, de zelo, onde um preze pela qualidade de vida do outro e de felicidade. É com essa perspectiva que voltamos nosso olhar para a família, como um elemento de cuidado. Para Boff (1999), o cuidar vai para além do momento de zelo, é uma atitude de envolve afetividade, entrega e ocupação.

Stamm e Miotto (2003) acentuam que é possível perceber que não existe uma organização familiar universal ou um padrão de família unitário, o que é notório é que as famílias variam em relação a sua estrutura, funcionamento e de sua dinâmica.

Essas considerações sobre a unidade familiar, não se esgotam o entendimento acerca dessa temática, mas nos auxilia pensar na contradição existente em violência intrafamiliar, pois são tipos de violência que ocorrem dentro do meio doméstico, praticada por membro da família, Ministério da Saúde (2002).

3.2 Violência Intrafamiliar e suas Tipologias

Compreende-se por *violência intrafamiliar* toda ação ou omissão que comprometa a integridade física, psíquica, o bem-estar, a liberdade ou o direito do pleno desenvolvimento cometido por outro membro da família (BRASIL, 2002). É importante

salientar que a violência pode ser cometida dentro ou fora de casa, pode também ser provocada por um membro da composição familiar incluindo aqueles que não possuem vínculo consanguíneo, como os empregados domésticos.

Pesquisas de cunho epidemiológico vêm proporcionando evidências que apontam a violência como um dos maiores problemas sociais que afetam de forma direta na saúde nos brasileiros. Para Paim et al (2009), as causas externas representam atualmente no Brasil, a terceira maior causa de morte, sendo superadas apenas pelas doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

Diversos estudos apontam as desigualdades sociais como um dos fatores determinantes e agravantes da violência, bem como é possível afirmar que nas regiões metropolitanas, atingindo a população com piores condições de vida, a violência se apresenta de forma mais dramática. Portanto, caracterizando-se como um problema social, a violência percorre toda a experiência humana. Sua manifestação e sua origem são um fenômeno sociohistórico. Ainda assim, ela não é, em si, uma problemática exclusiva da saúde pública. Transforma-se em uma questão da área por afetar diretamente a saúde individual e coletiva, trazendo em seu bojo a necessidade de prevenção, de tratamento e da formulação de políticas públicas voltadas para esta área e a organização de serviços que atendam as necessidades impostas pela demanda crescente.

Para Dahlberg e Krug (2007), é possível que a violência sempre tenha estado presente em toda a história da humanidade, onde se expressa no aumento de mais de um milhão de pessoas que perdem a vida por ano, e muito mais sofrem por outras formas de violência como as autoprovocadas, a violência coletiva e as violências decorrentes de agressões interpessoais. Em linhas gerais, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas com a idade compreendida de 15 a 44 anos.

Com esses dados alarmantes, Dahlberg e Krung (2007) apontam que os custos da violência no mundo se traduzem em bilhões de dólares anuais, com cuidados de saúde; porém, os custos de dor e sofrimento não podem ser calculados, são quase imperceptíveis.

Para Minayo (2010), a violência traz a luz questões sociais fundamentais, vivenciadas individualmente. A violência intrafamiliar afeta toda uma sociedade, atingindo de forma constante, especialmente mulheres, idosos, crianças e adolescentes e portadores de deficiência. Um ponto crucial a saber é que a violência nas relações de casais tem assumido um caráter endêmico. De acordo com o Minayo (2005, p.14), o

conceito de violência é um fenômeno de causalidade complexa:

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra vis que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas.

Continuando com a autora, fechar a concepção de violência sob uma noção simples e fixa é expor-se a diminuí-la, trazendo uma má compreensão de sua evolução e sua especificidade histórica:

A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato dela ser um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocados por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia. Por isso, para entender sua dinâmica na realidade brasileira é importante compreender a visão que a sociedade projeta sobre o tema, recorrendo-se à filosofia popular e ao ponto de vista erudito. Os eventos violentos sempre passam pelo julgamento moral da sociedade. (MINAYO, 2005, p.14)

Trazendo a violência intrafamiliar para o campo da saúde pública, não apenas sob a ótica do aparato jurídico-policial, mas também da assistência e da saúde, segundo Moreira e Souza (2012, p.15):

Na definição de violência intrafamiliar destacam-se dois aspectos: o primeiro é de que se trata de uma violência interpessoal perpetrada, no caso das crianças e adolescentes, por pessoas investidas de função parental. O segundo aspecto ressalta que é uma violência cuja prática não se restringe ao espaço doméstico, ou seja, a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é por vezes cometida pelos pais e responsáveis também em espaços públicos.

A definição de violência intrafamiliar não diz respeito à apenas ao espaço físico onde a violência acontece, diz respeito às relações onde se constrói e se efetua. A distinção da violência doméstica para a violência intrafamiliar é que a segunda inclui outros membros do grupo, sem função parental, mas que convivem no ambiente doméstico. Como a violência doméstica é um fenômeno emergente dos movimentos sociais de mulheres, o termo foi utilizado para abordar situação de violência intrafamiliar, (BRASIL, 2002).

Como dito, o conceito de violência doméstica se difere do conceito de violência intrafamiliar. Esta última se faz em relação a outros membros do grupo social, que não

possuem função parental, ainda que convivam no espaço doméstico, como por exemplo: os empregados, pessoas que convivam de forma esporádica, os agregados, entre outros. Ao pensarmos em violência intrafamiliar, não podemos necessariamente resumir o conceito a um agressor e a uma vítima, uma vez que elas não ocupam suas posições fixas dentro do contexto social e sim podem variar suas posições de lugar, fazendo parte de um mecanismo relacional.

É importante salientar que lidar com a problemática da violência intrafamiliar requer apreender a forma contextual em que a vítima está inserida. Logo, para o profissional que for abordá-la, será exigido deste, uma maior sensibilidade capaz de abarcar os diferentes tipos de sentimentos e fatos, para os quais em sua grande maioria não se sentem aptos ou não receberam uma capacitação adequada, colocando-os em uma dicotomia: de um lado o desejo de afastar-se, pois não sabem como poderão ajudar, e do outro a necessidade de auxiliar esses familiares e as vítimas. Segundo Nunes:

O profissional, ao tomar conhecimento de um caso, pode ter dúvidas quanto à atitude a adotar em relação à denúncia. Uma auxiliar de enfermagem relatou a situação de uma agente comunitária de saúde que, de um lado, recebeu ameaças do pai da criança para que não o denunciasse, e de outro, como comumente acontece, foi pressionada pelos vizinhos para que se posicionasse. (NUNES et al, 2009, p.22).

Continuando com o autor, que aponta para uma desarticulação da rede, o que compromete a qualidade do serviço e da assistência prestadas tanto às famílias como as vítimas, é notória a relevância do profissional, mas é crucial uma rede articulada. É fundamental a existência de parâmetros de atendimento consolidados que balizem e/ou norteiam os profissionais acerca do atendimento. Outra dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde⁸ que lidam com indivíduos em situação de violência intrafamiliar é a ausência de uma linguagem, de uma comunicação e de conceitos que reúnam o conhecimento médico ao de outras áreas de conhecimento, como a jurídica e a social.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a violência intrafamiliar pode se manifestar de várias formas e em diferentes graus de severidade. É importante saber que a violência intrafamiliar em suas várias formas não se produzem de maneira isolada, porém fazem parte de uma crescente e episódios. Para o Ministério da Saúde (2002), são estas seguintes formas:

⁸ Ministério da Saúde, 2002. Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica Nº 8 Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131

a) Violência Física:

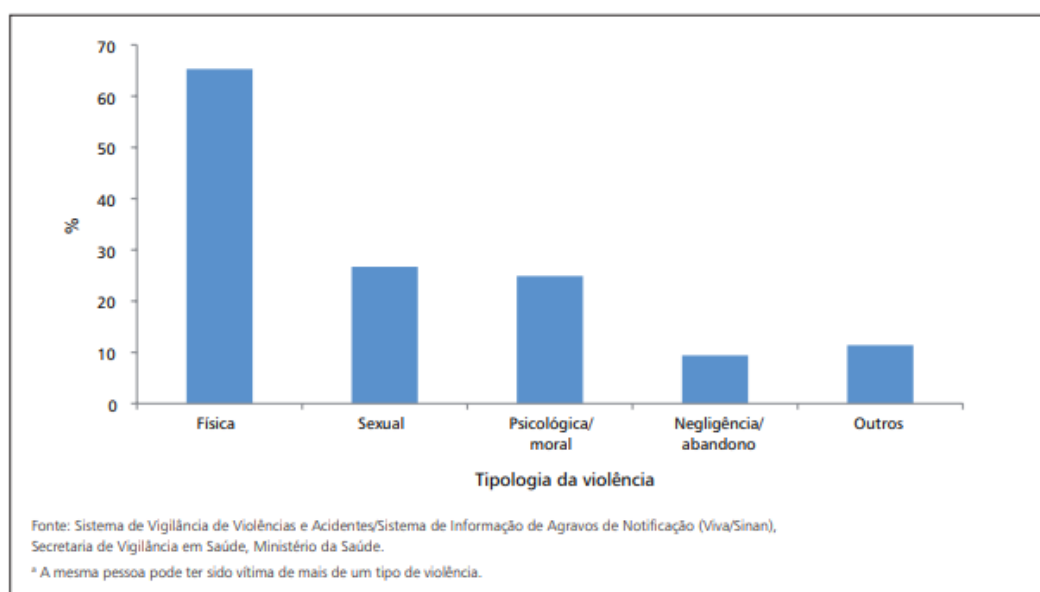
Segundo Day et all (2003), a violência física acontece quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física a outra pessoa, ou por meio de arma fogo ou instrumento que possa causar lesões, sejam elas internas ou externas.

Para Souza et all (2013), um exemplo de violência física em crianças e adolescente é o castigo corporal, utilizado com instrumento para “educar”, ainda que não seja visto propriamente como algo “danoso” para a vítima. Entendemos ser algo que deteriora o vínculo entre pais e filhos, reproduzindo e multiplicando um modelo agressivo de solucionar os problemas, quando na verdade o diálogo nos parece ser a melhor alternativa.

Para o Ministério da Saúde (2002), a violência física pode ser manifestada por meio de tapas, socos, mordidas, empurrões, cortes, chutes, queimaduras, lesões provocadas por armas ou outros objetos, estrangulamento, arrancar a roupa, arrastar, amarrar, obrigara a tomara remédios ou outras substancias, tirar a força de casa, danos a integridade corporal provenientes de negligência.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2011, a violência física representa 65,3% como a violência mais comum na faixa etária de 10 a 19 anos de idade (figura 7).

Figura 8: Distribuição proporcional das notificações de violência doméstica. Brasil, 2011.



Fonte: Mapa da Violência de 2012. BRASIL 2012

b) Violência Sexual:

Facuri et all (2013) definem violência sexual como um fenômeno universal, onde não existe distinção de sexo, idade, etnia ou classe social. Este fenômeno ocorreu no passado e ainda perpassa a história da humanidade. Embora atinja ambos os sexos, as mulheres são as mais atingidas, em qualquer faixa etária. As mulheres jovens e adolescentes apresentam um risco maior de sofrer esse tipo de agressão.

Para o Ministério da Saúde (2002), violência sexual é toda ação onde a pessoa em relação de poder e através de força física, coerção ou intimidação psicológica, obrigue a outra pessoa ao ato sexual contra a sua vontade, ou que exponha a vítima em interações sexuais. A violência sexual pode ocorrer de diversas formas como o estupro, abuso sexual infantil, sexo forçado no casamento, assédio sexual e abuso incestuoso. Inclui penetração (oral, vaginal ou anal), seja com o pênis ou objetos maneira forçada; carícias indesejadas; exibicionismo ou masturbação forçados; exposição forçada a material pornográfico; uso de linguagem erotizada, em casos inadequados; impedimento forçado do uso de método contraceptivo ou preservativo; ter ou presenciar relação sexual com outras pessoas.

Segundo o Mapa de Violência de 2012, entre as crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde, a violência sexual é a segunda maior tipologia de violência notificada, representando cerca de 20% das notificações, com concentração na faixa etária de 5 a 14 anos de idade. Veja a figura abaixo:

Figura 9: Número e percentual de atendimentos de crianças a adolescentes por violência

Tipo de Violência	Faixa etária (anos)											
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total
Física	1.114	1.549	2.258	5.243	11.115	21.279	29,4	21,7	26,9	36,0	59,6	40,5
Moral	322	874	1796	2965	2991	8.948	8,5	12,3	21,4	20,4	16,0	17,0
Tortura	41	67	170	287	427	992	1,1	0,9	2,0	2,0	2,3	1,9
Sexual	183	1.552	2.542	4.118	2.030	10.425	4,8	21,8	30,3	28,3	10,9	19,9
Abandono	1.893	2.846	1.425	1.281	830	8.275	49,9	39,9	17,0	8,8	4,5	15,8
Outras	240	244	198	667	1.247	2.596	6,3	3,4	2,4	4,6	6,7	4,9
Total*	3.793	7.132	8.389	14.561	18.640	52.515	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Mapa da Violência de 2012 (BRASIL, 2012)

Lira et all (2017) apontam que a violência sexual no âmbito familiar, para crianças e adolescente, constitui-se em uma experiência traumática que afeta o seu desenvolvimento emocional e acarreta prejuízos que se estendem até a vida adulta. Com

isso, a exposição à violência sexual de crianças e adolescentes está intimamente ligada a prejuízos de longo prazo, desencadeando diversas alterações psicológicas e funcionais como ideação suicida, depressão, ansiedade e transtorno da estresse pós-traumático.

Segundo Pfeiffer e Salvagni (2005), aproximadamente 20% dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência domésticas sofriam de violência sexual, sempre acompanhadas das agressões psicológicas, como em todas as formas de violência nessa faixa etária. Para os autores, os casos de violência sexual até a adolescência são provenientes de incesto. Logo, o agressor tem ou mantém um grau de parentesco com a vítima. Acarretando maior gravidade psicológica no caso, do que fosse de outra pessoa.

Nos casos de violência sexual com mulheres, para Delzioto et al (2018), é considerada violência de gênero, cruel e persistente, pois perpassa gerações. Além de ser uma demonstração extrema de poder do homem sobre a mulher, subjungando seu corpo, a colocando na condição de objeto. A violência sexual causa danos que duram uma vida inteira, impactando o bem-estar físico, emocional, mental e questões vinculadas a reprodução e sexuais.

Dentre as consequências emocionais, psíquicas e mentais, podemos destacar também as doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Dessa forma, o setor de saúde tem um papel de suma importância para amenizar os danos decorrentes dessas situações. O acolhimento é um elemento fundamental e o profissional de saúde deve, sempre que possível, informar às mulheres vítimas de violência sobre cada etapa do atendimento, orientando-as sobre a importância de cada medida. É necessário que a unidade de saúde realize exame físico, exame ginecológico, coletas de amostras para diagnósticos de infecção genitais e coleta de material para a identificação do provável autor e que seja preenchida a Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual, e/ou outras Violências. (BRASIL, 2012).

c) Violência Psicológica:

Para o Ministério da Saúde (2002), violência psicológica é toda ação ou omissão que provoque dano ou visa provocar danos à autoestima, à evolução da pessoa ou à identidade da mesma. A violência psicológica pode ser de várias formas: humilhação; desvalorização; isolamento social; insultos/ofensas; chantagens e manipulação; ridicularização; rechaço; exploração; privação da liberdade; negligência; críticas pelo

desempenho sexual; omissão de carinho; confinamento doméstico obrigatório e negar atenção.

Silva et all (20017) destaca que a violência psicológica não afeta somente a vítima, mas também atinge a todos que presenciam e convivem com a situação. Para os autores, quando uma criança ou adolescente presencia uma situação de violência psicológica entre os pais, ela passará a reproduzir tal comportamento, seja com a irmã ou com os coleguinhas na escola.

De acordo com a Lei Maria da Penha, Lei Nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, considera-se violência 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. (BRASIL, Lei 11.340/06, Art. 7º, II.)

A partir dessa definição de violência psicológica, é possível afirmar que este tipo de violência pode causar sofrimento moral ou psicológico em alguém como, por exemplo: o medo, a baixa autoestima, ansiedade e depressão, dentre outros agravos. Para Cunha e Souza (2017), tratar este tipo de fenômeno é um grande desafio, uma vez que está inscrita no campo da subjetividade. A violência psicológica altera significativamente a vida da vítima:

Na maior parte das vezes, ela começa com tensões vivenciadas cotidianamente pelos casais: desemprego, problemas financeiros, opiniões diferentes quanto à educação dos filhos, ciúmes etc., e, infelizmente, consideradas normais na maior parte dos relacionamentos. Ocorre que, com o tempo, essas tensões tendem a aumentar, passando às violências físicas, podendo chegar até mesmo ao assassinato. Concordamos com a maior parte dos estudiosos do fenômeno que afirmam que a violência psicológica quase sempre precede a violência física. (CUNHA e SOUZA 2017, p. 3).

Para Souza e Cassab (2010), o fato de a violência psicológica ser efetivamente reconhecida por lei, como mencionado acima, institui-se num grande avanço jurídico e social, no combate a todos os tipos de violência. Contudo, em contrapartida, a violência psicológica, para os autores, está longe de ser reconhecida como uma problemática social grave pelos serviços de saúde e instituições policiais. Sob a perspectiva dos autores, este fenômeno é o mais perverso dos tipos de violência que ocorre no seio familiar, em decorrência das marcas psíquicas que a vítima carrega por um longo

período de tempo, às vezes para o resto da vida.

d) Violência Econômica, Financeira ou Patrimonial:

Para o Ministério da Saúde (2002), violência econômica/financeira ou patrimonial é todo o ato destrutivo ou omissivo por parte do agressor que afeta a saúde psíquica e a sobrevivência dos membros da família. Dentre elas inclui-se: degradação dos bens pessoais ou dos bens da sociedade conjugal; roubos; omissão do pagamento da pensão alimentícia ou de participar dos gastos básicos para a manutenção do núcleo familiar; uso dos recursos financeiros de pessoa idosa, tutelada ou incapaz, deixando-a sem provimentos e cuidados. De acordo com a Lei Maria da Penha, Lei Nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, violência patrimonial contra a mulher é definida como:

[...] qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades. (BRASIL, Lei 11.340/06, Art. 7º, IV.)

Com a Lei Maria da Penha, entende-se como patrimônio não somente os bens de valor patrimonial e econômico-financeiro, mas também aqueles que apresentam relevância pessoal como objetos de valor afetivo ou uso pessoal e profissional, os fundamentais para o exercício da vida em sociedade e que sejam indispensáveis às condições de sobrevivência.

De acordo com Toledo (2013), a violência econômica/financeira ou patrimonial é a apropriação indevida ou ilegal e não concedida dos recursos financeiros e dos patrimônios, em modo geral por parte dos familiares. Destaque-se que uma das principais queixas dos idosos é a usurpação de suas aposentadorias e pensões por seus familiares ou responsáveis.

e) Violência Institucional:

Toledo (2013) define violência institucional como aquela que ocorre no interior das instituições, por meio de regras, normas de funcionamento e diversas relações burocráticas, reproduzindo as injustiças da estrutura social. Para o autor, esta forma de violência acontece quando é negada ou negligenciada a forma com que são oferecidos serviços públicos ou privados, sejam na área da saúde, da assistência social ou de

segurança pública. Esse fenômeno também pode acontecer nas relações de trabalho.

Para o Ministério da Saúde (2002), podemos definir violência institucional como aquela exercida pelos serviços públicos, por ação ou omissão. Abrangendo abusos cometidos mediante a relação de poder desigual entre usuários e profissionais. Esta violência pode ocorrer de várias formas como: peregrinação por vários setores e serviços até receber atendimento; falta de escuta; maus-tratos dos profissionais com os usuários dos serviços; discriminação; falta de atenção e negligência com o usuário; violação dos direitos reprodutivos; proibição de acompanhantes, quando houver necessidade e quando for garantido por lei; críticas ou agressão em relação aos usuários que expressam dor e desespero; diagnósticos imprecisos, seguidos da prescrição de medicamentos inapropriados, desprezando os efeitos da violência que os usuários apresentam.

Sob a ótica de Azeredo e Schraiber (2017), a violência institucional na saúde ocorre quando há o esvaziamento do poder profissional e as relações entre os homens não se dão por meio das relações de poder.

Segundo Oliveira (2018), abordar situações de violência, ainda mais sendo a própria instituição quem faz a prática de violência para com seus usuários, torna-se um exercício complexo. Trata-se de um tema polêmico e de difícil manejo nos serviços de saúde. A abordagem de tal assunto, ao longo de vários anos, não se transformou em instrumento de trabalho no campo da saúde. Os aspectos ligados ao adoecimento dos sujeitos vitimizados por situações de violência tem se mostrado cada vez mais presentes no processo saúde-doença.

Continuando com Oliveira (2018), é possível afirmar que no processo de rotina de trabalho nas unidades de saúde, a violência corriqueiramente se apresenta de maneira sutil e até mesmo acaba sendo banalizada, revitimizando os usuários. Seja por desconhecimento técnico, por receio de perseguições, ou pelo suposto mito de implicações jurídicas, muitos profissionais de saúde, ao acolherem os usuários (as) vítimas ou possíveis vítimas de situações de violência, acabam negligenciando o atendimento de tal demanda na sua íntegra e o seu adequado encaminhamento na rede de atenção e proteção. Com isso, é possível afirmar que existe violência institucional nos serviços de atendimento às vítimas de violências nas instituições de saúde onde deveria haver um serviço capacitado para o acolhimento e cuidado das vítimas de violência.

4 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: CONSTRUINDO UMA REDE DE CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ITAOCARA – RJ

Neste capítulo apresentamos como foi construído e realizado o minicurso “Violência intrafamiliar: construindo uma rede de cuidados na Atenção Básica do Município de Itaocara”. O minicurso foi direcionado para a capacitação dos profissionais de ensino superior que atuam na Rede de Atenção Básica do Município de Itaocara no atendimento de casos de violência intrafamiliar. Apresentamos aqui a metodologia do minicurso e descrevemos sua implementação prática.

4.1 METODOLOGIA

O minicurso “Violência intrafamiliar: Construindo uma rede de cuidados na Atenção Básica do Município de Itaocara” aconteceu nos dias 3 e 4 de junho de 2019, em Itaocara, sendo em meio período do dia (13 às 17 horas), com carga horária de 8 horas. O público alvo foram os profissionais de ensino superior que atuam na Rede de Atenção Básica do Município.

No primeiro dia foi apresentada a tipologia de violência intrafamiliar, por mim, que sou assistente social e mestranda em Ensino pela UFF/INFES. Em seguida expus os dados de violência do município coletados a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificações - SINAN, do município de Itaocara - RJ, nos anos de 2017 e 2018. O minicurso contou, ainda, com a participação da assistente social, mestra em Políticas Sociais pela UENF, e atual coordenadora da Área Técnica de Prevenção e Atenção à Violência – ATAV do município de Itaocara, Wanessa Gonzaga de Oliveira.

Ao final desse primeiro momento do curso foram divididos os profissionais em duplas e distribuídos 4 estudos de casos. Cada dupla deveria preencher as fichas de Notificação Compulsória e estruturar uma linha de cuidados para cada caso.

No segundo dia, as duplas fizeram as apresentações dos estudos de casos e foi construído um cuidado conjunto com todos os profissionais. Buscamos captar as dificuldades de cada profissional no preenchimento das fichas e as dificuldades encontradas para pensar num cuidado para além da burocratização e da rotina das unidades de saúde.

4.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Pensar em curso para profissionais da área da saúde é seguir pelo viés da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e progresso de seus profissionais e trabalhadores visando a articulação e integração entre o ensino, o serviço e a comunidade a fim de enfrentar as dificuldades do sistema, objetivando a transformação da prática de trabalho. (BRASIL, 2004).

Para Brasil (2018), a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político-pedagógica para lidar com os problemas e as necessidades que emergem dos processos de trabalhos em saúde. Vislumbra a qualificação e o aperfeiçoamento do processo de trabalho, inclinando-se para a melhor qualidade do acesso e da humanização dos serviços ofertados à população e contribuição do fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do âmbito do SUS, nos níveis federal, estadual, e municipal.

A criação da PNEPS como instrumento de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS possui como marco legal a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, tendo suas diretrizes de implementação publicadas posteriormente pela Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007).

Para Ceccim e Ferla (2009), a educação permanente em saúde necessita ser compreendida como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Do ponto de vista da prática de ensino-aprendizagem, as autoras apontam que a produção de conhecimentos se dá com o enfrentamento da realidade vivida pelos atores envolvidos. A educação permanente em saúde se constrói a partir da inserção de modo crítico na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando. Bem como se apóia na aprendizagem significativa, com interesse nas experiências anteriores e pessoais dos alunos. Sendo assim, o ensino-aprendizagem está alicerçado na produção de conhecimentos que respondam às perguntas pertencentes ao mundo de experiências e vivências de quem aprende e gera novos questionamentos sobre o ser e o atuar no mundo. Já como política de educação na saúde, a educação permanente em saúde engloba a contribuição do ensino na construção do SUS.

Para França et al (2017), um dos pilares de sustentação do SUS é a formação de seus trabalhadores. Sendo assim, a PNEPS vem como estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. O conceito de educação permanente é

apreendido como de caráter pedagógico, relacionado ao ensino, docência, saúde e serviço:

A discussão da educação como prática transformadora e aprendizagem significativa é premissa da educação permanente, que se configura como significativo campo do saber e de prática na área da saúde. Esse reconhecimento, por sua vez, vem sendo construído pelos teóricos da educação, a partir da discussão da educação de adultos, com inserção no setor saúde, enquanto necessidade permanente para a qualificação dos profissionais e trabalhadores, visando à formação crítica e reflexiva para lidar com a realidade e transformá-la. (CAMPOS et al, 2017, p. 2).

Nessa perspectiva, Freire destaca sobre a formação permanente que “[...] o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática.” (1996, pp. 43-44). Embora o autor se refira à formação de professores vinculando-se à área da educação, é possível perceber a proximidade desta teoria com a política de educação permanente em saúde.

A educação permanente em saúde caracteriza-se pela valorização do trabalho como base de conhecimento, vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem, trabalhando a educação de forma permanente e dinâmica, visando construir espaços coletivos para a avaliação e a reflexão do trabalho. Nessa ótica, Freire (1989) afirma que “a leitura do mundo precede a leitura da palavra”, ou seja, antes de um indivíduo ser alfabetizado aprendendo a decodificar, ele já saberia ler, não as palavras grafadas, mas sim a vida. Fazendo uma conexão com a educação permanente em saúde, a PNESP fomenta a reflexão do processo de trabalho para melhorar a qualidade dos serviços ofertados.

Ricaldoni e Sena (2006) afirmam que a educação tem sido utilizada como instrumento de mudanças e transformações na sociedade. Transformações sociais e educacionais que tem tido repercussão nos modos de produzir dos mais variados campos do saber. No que se refere à educação e saúde, a acumulação do conhecimento, tem influenciado o modo de organização do trabalho, determinando que os trabalhadores da saúde adquiram novas habilidades e forma dinâmica. Sendo assim, entende-se que a educação contribuiu como instrumento para que o trabalhador da saúde tenha mais capacitação e possibilidades para se reconstruir no âmbito do trabalho.

No minicurso que desenvolvemos para os trabalhadores da Atenção Básica do Município de Itaocara acerca da violência intrafamiliar, buscamos pensar em um método confortável e que passasse uma sensação de segurança para que cada

profissional pudesse expor suas dúvidas e dificuldades com a temática. Por isso utilizamos a roda de conversa como metodologia.

Pensar em rodas de conversas, a luz de Mélo et al. (2007), é perceber que a “realidade” é formada por meio de nossas práticas cotidianas e que a linguagem é um instrumento de suma importância para construí-la. Em suma, a linguagem é uma condição possibilitadora para a compreensão da “realidade”, permite construções, manutenção e mudanças das relações sociais.

Nesse processo de diálogo, promovido pelas rodas de conversas sobre a criação do protocolo de atendimento, os profissionais puderam apresentar suas elaborações, seus saberes, suas dúvidas. Buscamos instigar todos a falarem a fim de que os profissionais pudessem dividir suas experiências profissionais ou pessoais, na temática, buscando, em conjunto, compreendê-las através da prática do pensar compartilhado.

Melo e Cruz (2014) apontam que as rodas de conversas são uma possibilidade para uma comunicação dinâmica e produtiva. Consideram que esta metodologia é um poderoso instrumento de aproximação entre os sujeitos no âmbito pedagógico. Esse instrumento pedagógico permite que os participantes se expressem, expondo suas impressões, opiniões e conceitos sobre o tema proposto. Mesmo sob uma atmosfera de informalidade e descontração trabalhar a temática de violência não é algo fácil.

Sampaio et al (2014) define as rodas de conversas como uma estratégia político libertadora que auxilia na emancipação humana, política e social de coletivos excluídos historicamente:

Daí, a educação em rodas representa uma aposta, na medida em que o ato educativo contextualizado demarca a imersão de sujeitos de direitos engajados no ato de conhecer e transformar a realidade. A roda de conversa, do ponto de vista da complexidade, dá liga a questões aparentemente separadas, afim de que partes e todo sejam captados como facetas de um mesmo objeto, que em si mesmo é complexo e contraditório, duro e utópico: os condicionantes sociais e a realidade a ser (re)construída. (SAMPAIO et al, 2014, p. 1300).

As rodas de conversa criam possibilidades de produção e ressignificação de sentidos para as vivências dos participantes. Por tudo isto é que esta metodologia foi utilizada no curso. Intentamos trazer as experiências de cada profissional para a discussão em grupo, objetivando esclarecer e buscar soluções em comum para as demandas de violência intrafamiliar.

4.2.1 SOBRE OS PROTOCOLOS EM SAÚDE

Para Moura et all (2018), os protocolos são recomendações que devem ser elaboradas ordenadamente, embasadas nas melhores produções científicas, a fim de auxiliar o fluxo de trabalho por parte dos profissionais, tornando-se fortes instrumentos para a utilização na área de saúde, minorando a variação inadequada da prática. Werneck et all (2009, p. 9), os define como:

(...) importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. A literatura recente mostra, em relação aos protocolos, número mais alto de estudos sobre os protocolos de atenção à saúde, em relação aos de organização de serviços. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Em sua maioria, protocolos clínicos estão baseados em evidências científicas, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos.

No âmbito da saúde, os protocolos, por seguirem as diretrizes do SUS, não são neutros e exercem marcada influência no modelo de atenção construído. Ocupam um papel fundamental no processo de implantação, implementação, planejamento e avaliação das ações e do processo de trabalho. Contribuem de forma qualitativa na execução dos serviços em saúde.

No município de Itaocara, bem como uma grande parte dos municípios no Noroeste Fluminense, não há um protocolo de atendimento para as vítimas de violência intrafamiliar. E, tendo em vista a importância desse instrumento e o crescente aumento do número de casos notificados no município através do preenchimento das Fichas de Notificação/Investigação Individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais, preenchidas por profissional de saúde em casas com suspeita ou confirmação de violência, identificamos a urgência na criação de um protocolo na localidade.

O procedimento de notificação das violências foi estipulado como obrigatório por diversos meios normativos e legais. Entre eles, é possível destacar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela lei nº 8.069/1990; a lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; e a lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso.

4.2.2 SOBRE O ACOLHIMENTO

O acolhimento da pessoa que se encontra em situação de violência deve estar permeado por todas as instituições e momentos do processo de cuidado e assistência a vítima, diferindo-se do tradicional processo de triagem. O serviço de acolhimento será a primeira etapa do atendimento e nele deverá ser fundamental: ética, sigilo, privacidade, confiabilidade e segurança. Para Huçulak et al. (2017), a vítima deverá ser acolhida:

Em ambiente reservado assim que sinaliza o fato que a levou a procurar atendimento. Neste momento pode-se observar se existe a presença de alguma pessoa que possa coibir o relato (seja familiar ou profissional do serviço) e verificar a possibilidade de entrevista na presença de outro técnico ou sem o familiar – muitas crianças podem estar sendo abusadas pelos próprios acompanhantes, ou estes são coniventes (2017, p.12).

O acolhimento poderá ser realizado pelo enfermeiro, pelo assistente social, por psicólogo, psiquiatra ou por outro profissional que estiver na unidade de saúde, desde que este seja capacitado e tenha as habilidades para realizar o atendimento às vítimas. Em casos de violência sexual, para fins de prioridade, o profissional deverá confirmar o tempo decorrido entre o ato da violência e o momento da procura pelo atendimento, com vistas a coletar informações como: a) se houve o uso de preservativo; b) tipo de agressão; c) meio empregado e, em caso de mulher em idade fértil, se ela usa método contraceptivo. Esses dados deverão ser adquiridos no momento do acolhimento a fim de garantir maior agilidade para profilaxias. É importante saber que estas informações deverão ser registradas em prontuário a fim de evitar que a pessoa fique várias vezes tendo que repetir todo o ato de violência, acarretando novos constrangimentos e revitimização. O profissional fica responsável pela informação nos prontuários das ações que serão aplicadas.

4.2.3 SOBRE O ATENDIMENTO CLÍNICO

Levando em consideração o momento de medo, ansiedade, estresse e o histórico de saúde, a coleta de dados sobre a violência deverá ser o mais breve e pontual possível. Não é da competência dos profissionais colocar no momento do atendimento suas opiniões, questionamentos ou emitir “curiosidades pessoais” que não sejam de interesse único e exclusivamente clínico. A Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012) e o

Decreto Presidencial nº 7958, de 13 de março de 2013, dispõem sobre os registros que devem constar em prontuário:

- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência.
- História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida.
- Tipo(s) de violência sexual sofrida(s).
- Forma(s) de constrangimento empregada(s).
- Tipificação e número de agressores.
- Exame físico completo, inclusive os exames ginecológico e urológico (devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de ISTs, tais como: leucorreias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc). Obs: Os registros em itálico foram incluídos pela SESA/SAS/DEPS.
- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica.
- Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame.
- Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura.
- Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

4.2.4 SOBRE A NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

A Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, determina a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Nesta, a violência sexual e a tentativa de suicídio passam a ter notificação imediata (24 horas) para a Secretaria Municipal de Saúde. Ficando assim obrigatória notificação dos casos de violência, sendo confirmado ou suspeita.

Por fim, vale destacar que a Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014, define uma listagem a nível nacional de Notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde públicos e privados. Com isso, é considerado como agravo qualquer dano à integridade física ou mental da pessoa, sejam provocados por substâncias nocivas como abuso de drogas ou intoxicação por substâncias químicas, acidentes ou lesões decorrentes de violências interpessoal ou autoprovocada.

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada; II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de

gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos; IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública; V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes; VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal; VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível; VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo; IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). (BRASIL. Portaria nº 204/16. I,II,III,IV,V,VI, VII,VII,IX,X)

4.2.5 SOBRE OS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Nos casos de violência sexual, as vítimas serão encaminhadas para a coleta dos exames de conteúdo vaginal; de sangue e forenses. Veja a tabela abaixo:

Figura 7: Exames Laboratoriais

	Admissão	2 Semanas	6 Semanas	3 Meses	6 Meses
Conteúdo Vaginal					
Sífilis					
Anti-HIV					
Hepatite B (HbsAg)					
Hepatite C					
Hemograma, glicose, ureia, creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas diretas e indiretas	Se uso profilático de medicação antirretroviral	Se uso profilático de medicação antirretroviral			
B HCG		Repetir Obs: poderá ser realizado nas unidades de atenção primária de saúde.			

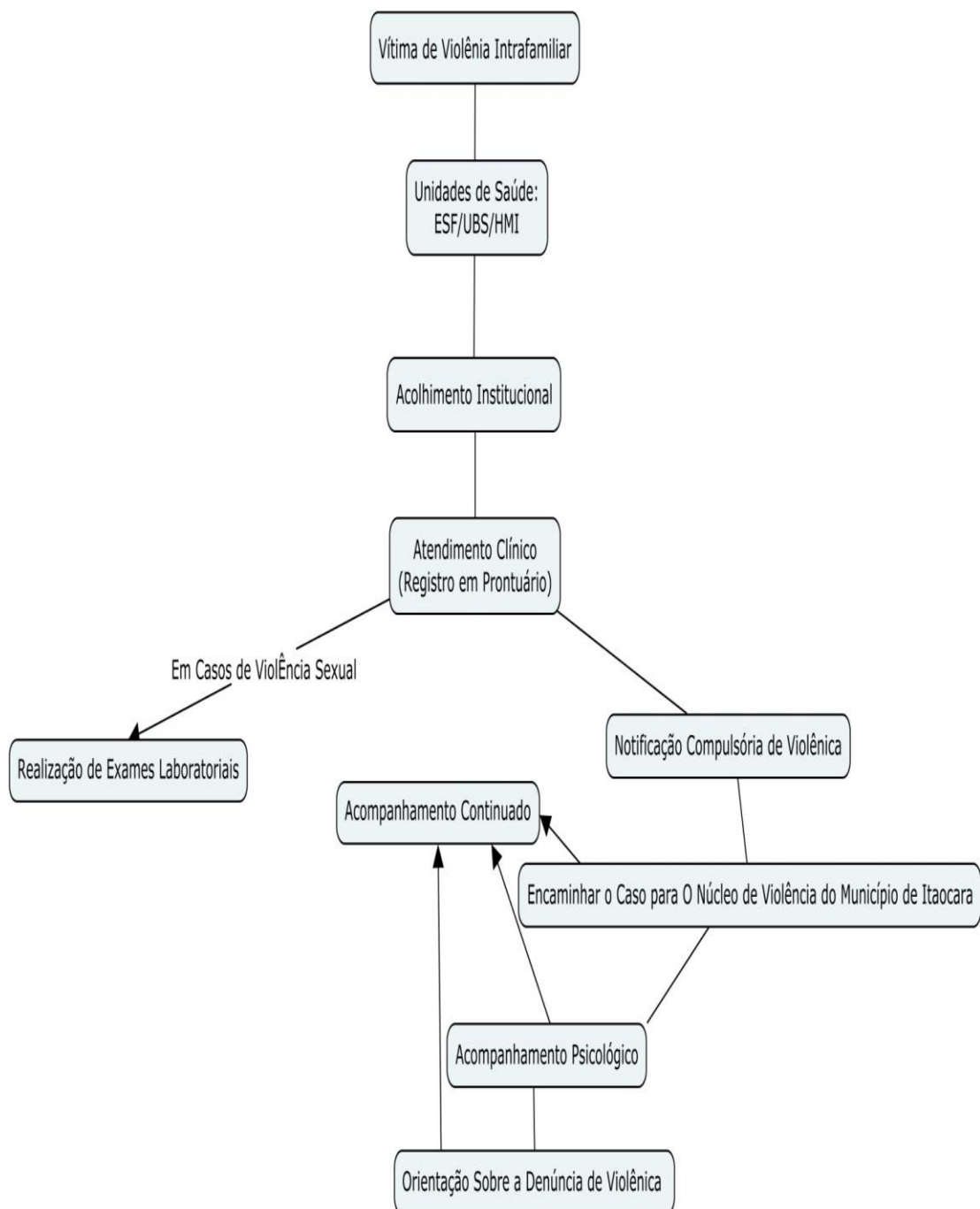
Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV: Versão para divulgação; 2015.

4.2.6 SOBRE A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Este é um dos pontos mais importantes do processo de cuidado às vítimas de violência, pois é exatamente aí que serão tratadas as “feridas da alma”, onde é de suma importância o atendimento individual da vítima e da família. Nesse processo, serão exigidas a longitudinalidade e integralidade do cuidado, a focalização na família e a orientação comunitária. Nesse momento, as equipes de saúde terão que manter um trabalho coeso, sendo capazes de oferecerem tanto à vítima como à família um atendimento qualificado para prestar as orientações necessárias, bem como o acompanhamento contínuo.

4.3 FLUXOGRAMA PROPOSTO PARA O ATENDIMENTO DAS VITIMAS DE VIOLÊNCIA

O fluxograma abaixo foi construído a partir do minicurso. Os caminhos do cuidado foram pensados de forma conjunta com os profissionais presentes. O fluxograma representa o fluxo e a organização do atendimento que será realizado as vítimas de violência intrafamiliar do município de Itaocara



4.4 ANÁLISE DOS DADOS DE VIOLÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAOCARA

Os dados escolhidos para análise e apresentação no minicurso foram coletados no SINAN, entre os anos de 2017 e 2018. A Ficha de Notificação Individual de Violência interpessoal/autoprovocada é dividida em 5 blocos (conforme anexo I):

Bloco I - Unidade Notificadora;

Bloco II: Dados da vítima: idade, classificação etária, cor, sexo, estado civil, bairro de moradia, ESF de referência, Deficiência;

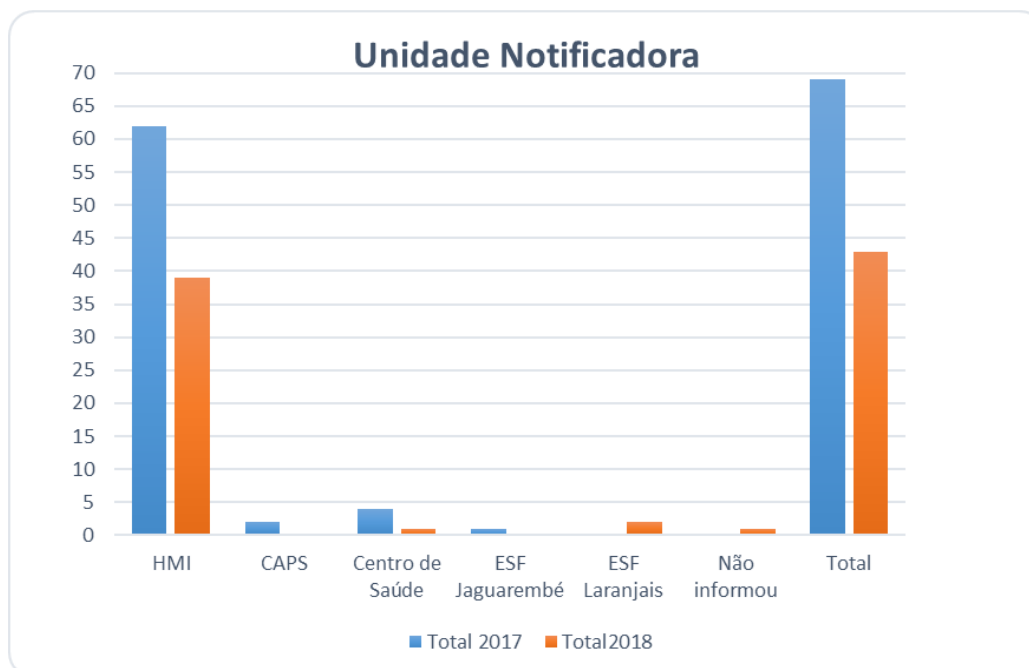
Bloco III: Dados da Ocorrência: Bairro, Local, Ocorreu outras vezes; Lesão autoprovocada;

Bloco IV: Violência: Motivação; Tipo de violência, Meio de Agressão; Dados do Provável autor: no. de envolvidos; vínculo da pessoa atendida com o agressor; Sexo, Suspeita de uso de álcool, Ciclo de vida;

Bloco V: Encaminhamento e Observações.

Os dados foram extraídos do SINAN-Itaocara. Identificamos o registro de 69 notificações de violência e de intoxicação exógena em 2017 e 43 notificações em 2018. A construção dos instrumentos de categorização e análise são próprios. Seguem os gráficos:

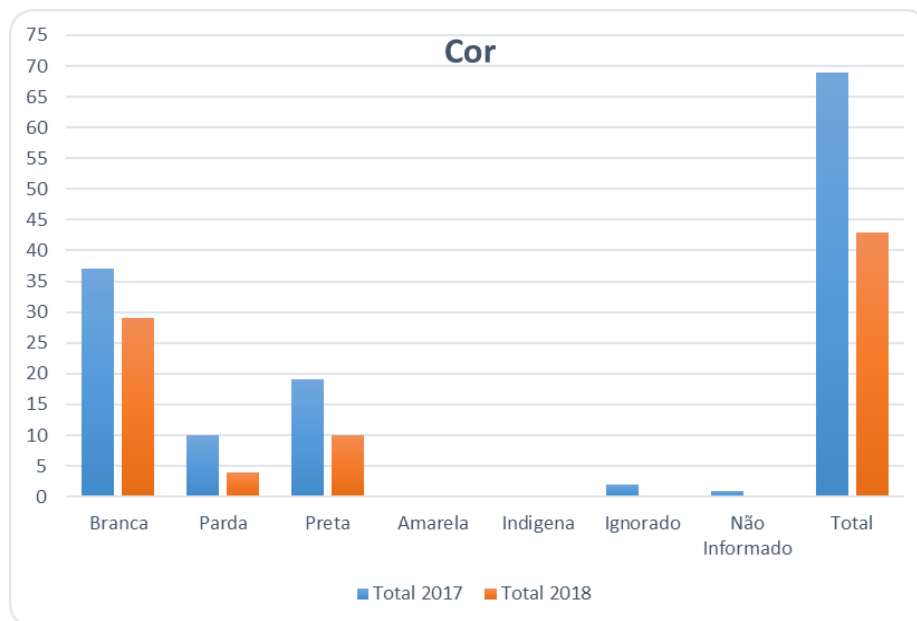
Gráfico 1: Unidade Notificadora



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

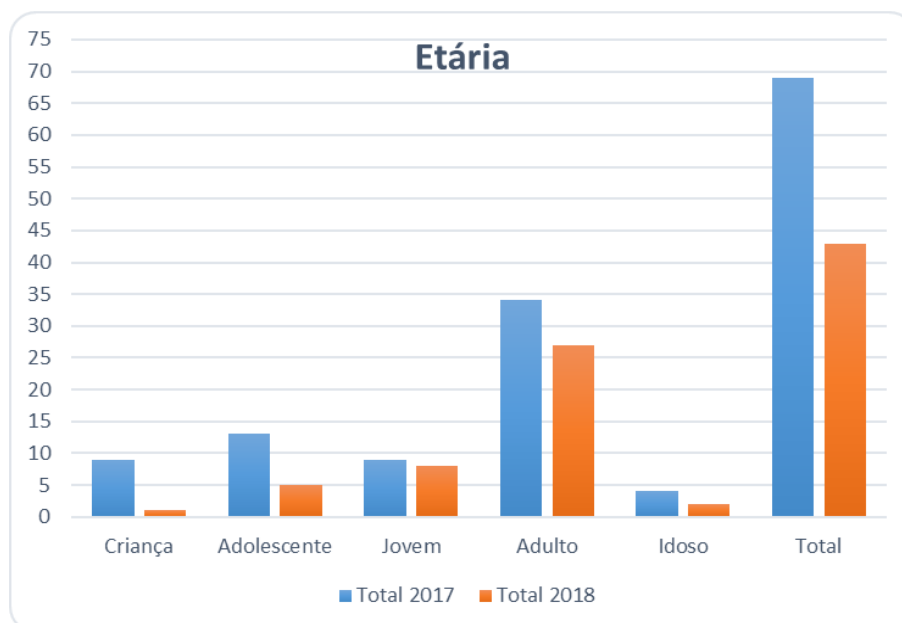
A unidade com maior número de notificações, conforme descrito no gráfico 1, é o Hospital Municipal de Itaocara.

Gráfico 2. Cor.



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

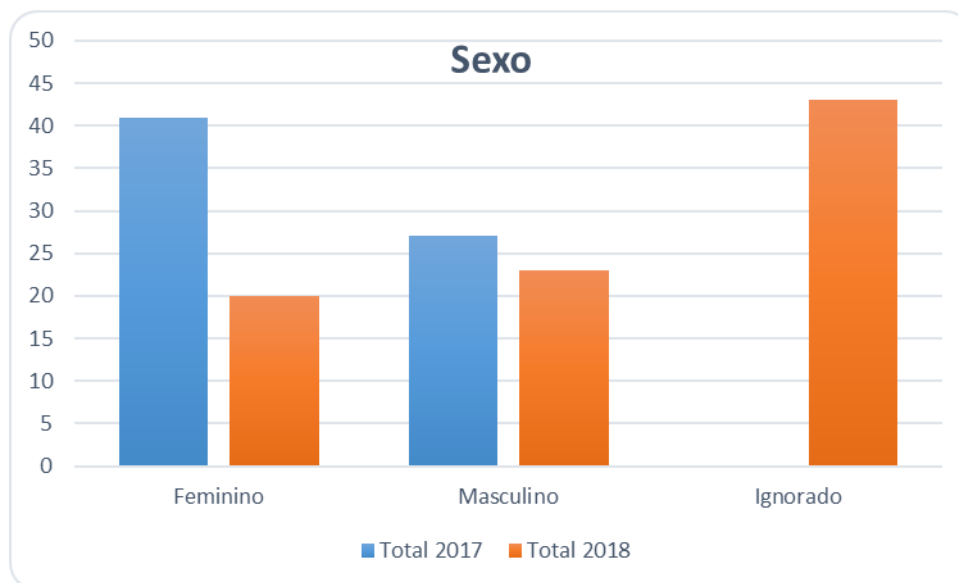
Gráfico 3. Faixa etária.



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018

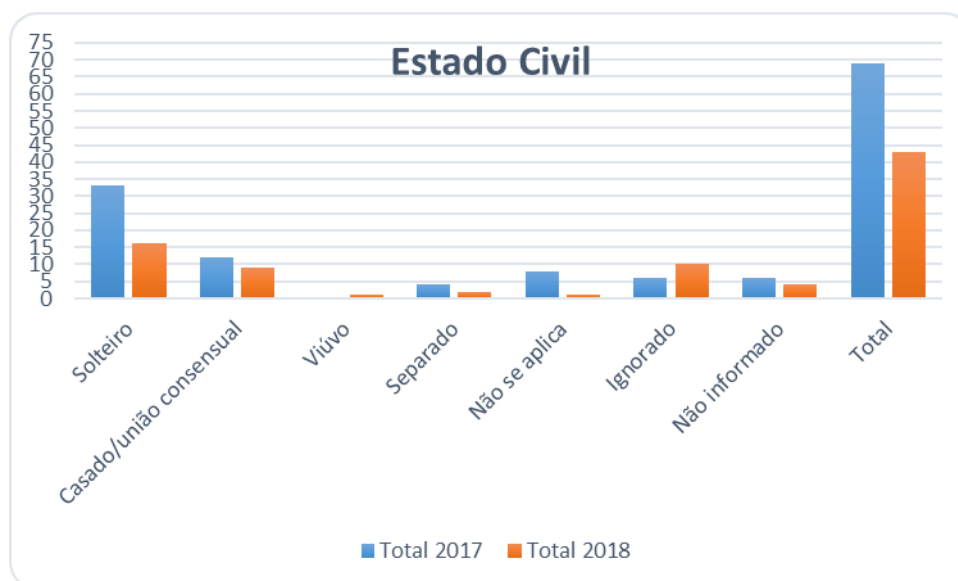
Neste último gráfico, é possível apontar que foi significativo o número de crianças vítimas em 2017. Destaque-se que crianças são as pessoas até 10 anos e adolescentes até os 19, conforme a OMS (2002). Em ambos os anos os adultos estiveram entre as maiores vítimas.

Gráfico 4: Sexo



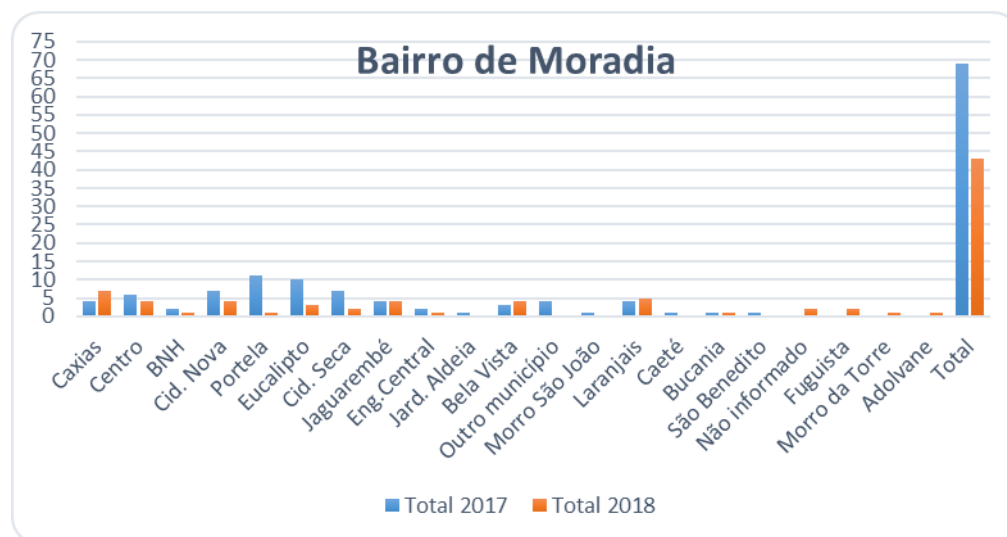
Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

Gráfico 5: Estado Civil



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

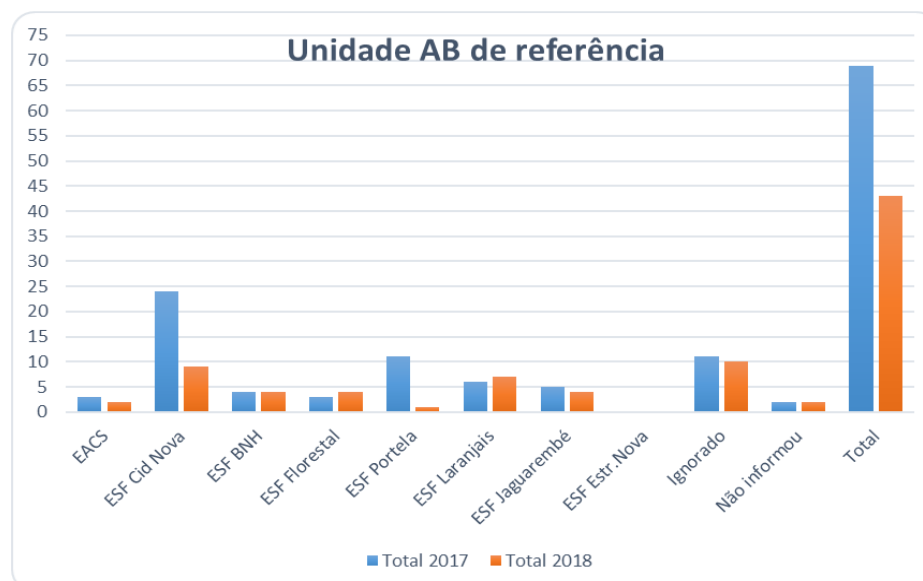
Gráfico 6: Bairro de Moradia



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

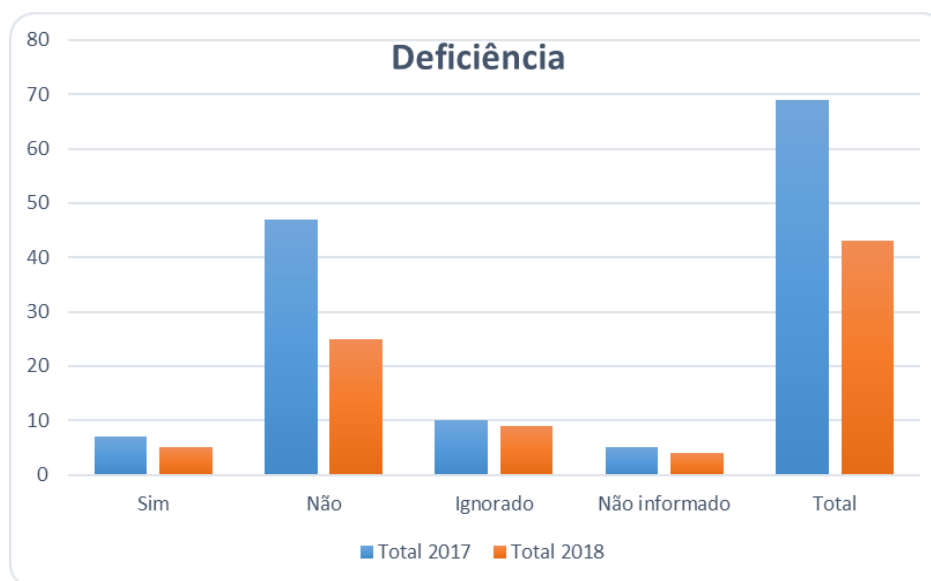
Para Oliveira (2019), os dados sobre o bairro de ocorrência levaram para uma disseminação da violência independente da classe social. Vimos isto em bairros com moradores com maior poder aquisitivo como Jardim, Centro, da Aldeia, Adovane também são pontuados. Mas a violência ainda é mais acentuada em bairros mais afetados sócio-economicamente como Cidade Nova, Eucalipto, Cidade Seca, Caxias, Bela Vista. Os maiores índices estão na área de referência da Estratégia Saúde da família da Cidade Nova em ambos os anos e no distrito de Portela em 2017 (gráfico abaixo).

Gráfico 7: Unidade de Atenção Básica de Referência



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

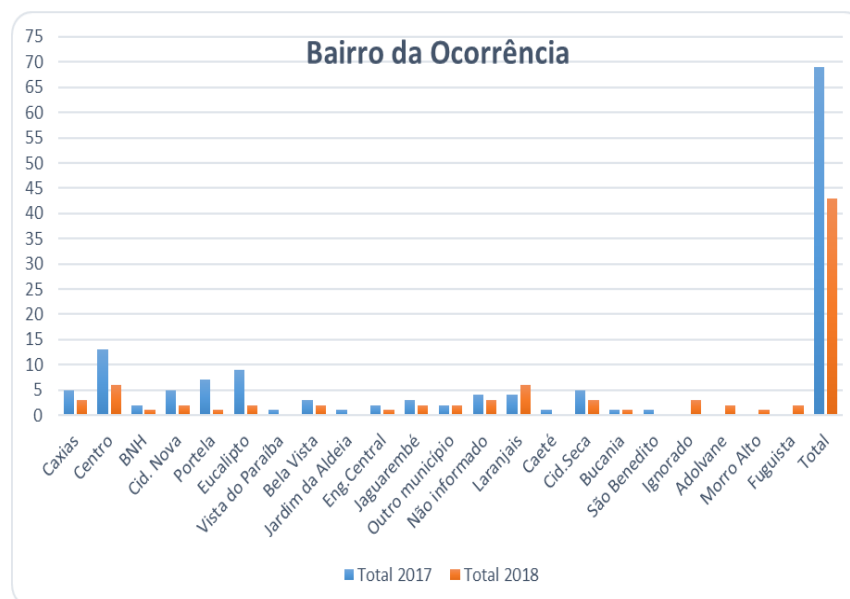
Gráfico 8: Deficiência



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018; Elaboração própria.

Para Oliveira (2019), ao analisarmos se a vítima é deficiente ou não, para o sexo masculino, descartamos a violência urbana, que é aquela sofrida por homens maiores de 19 anos.

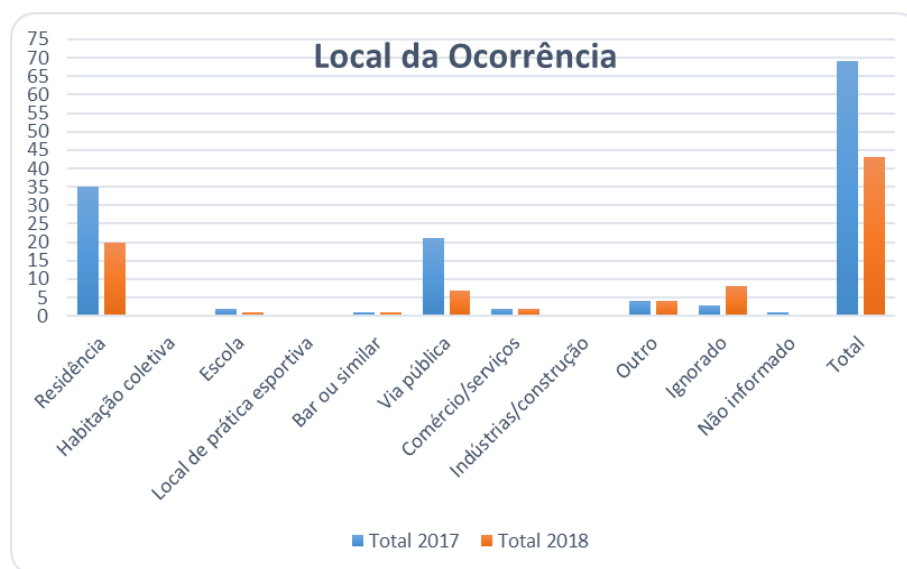
Gráfico 9: Bairro de Ocorrência



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018; Elaboração própria.

No gráfico acima, Cidade Nova, Laranjais, Centro, Caxias, Cidade Seca, Portela e Eucalipto se destacam entre os bairros de maior incidência. A maioria dos casos de violência notificados aconteceu na residência das vítimas (gráfico 11), o que aponta para a configuração de violência intrafamiliar, servindo de base de justificação para nosso minicurso. A via pública aparece como segundo maior local de ocorrência.

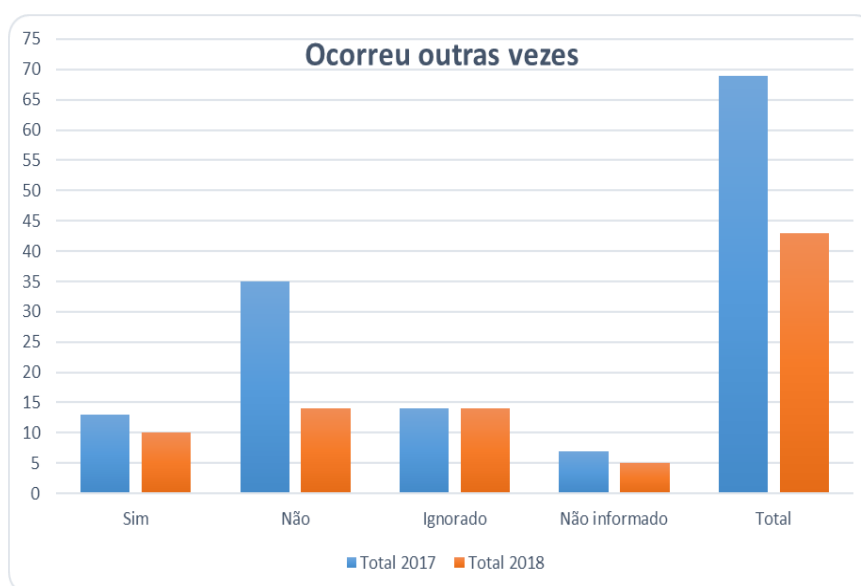
Gráfico 10: Local da Ocorrência.



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

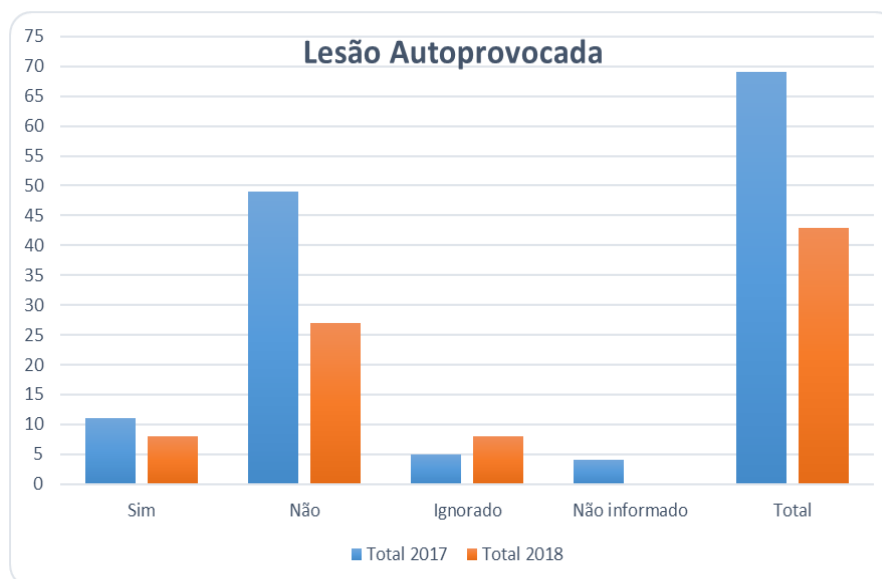
No gráfico seguinte, os dados de ignorados e não informados somam quantidade significativa que podem escamotear situações violência recorrentes.

Gráfico 11: Ocorreu outras vezes.



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018; Elaboração própria.

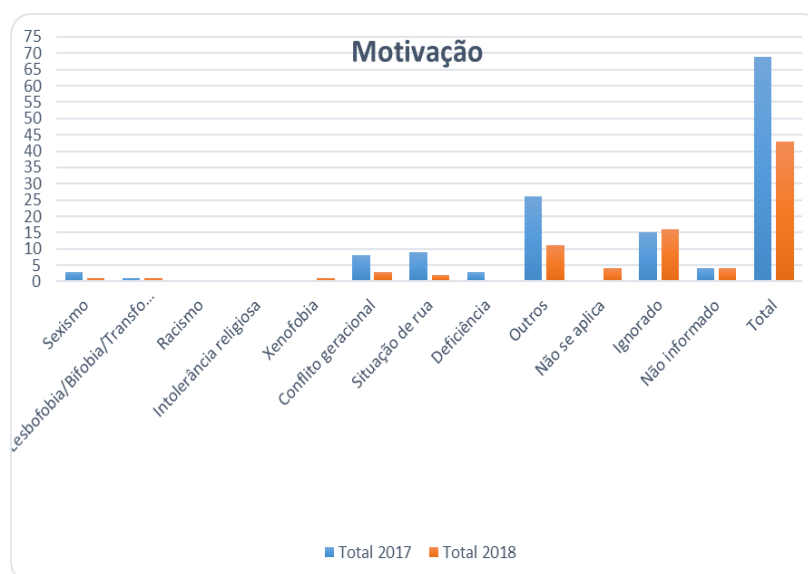
Gráfico 12: Lesão autoprovocada.



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018; Elaboração própria.

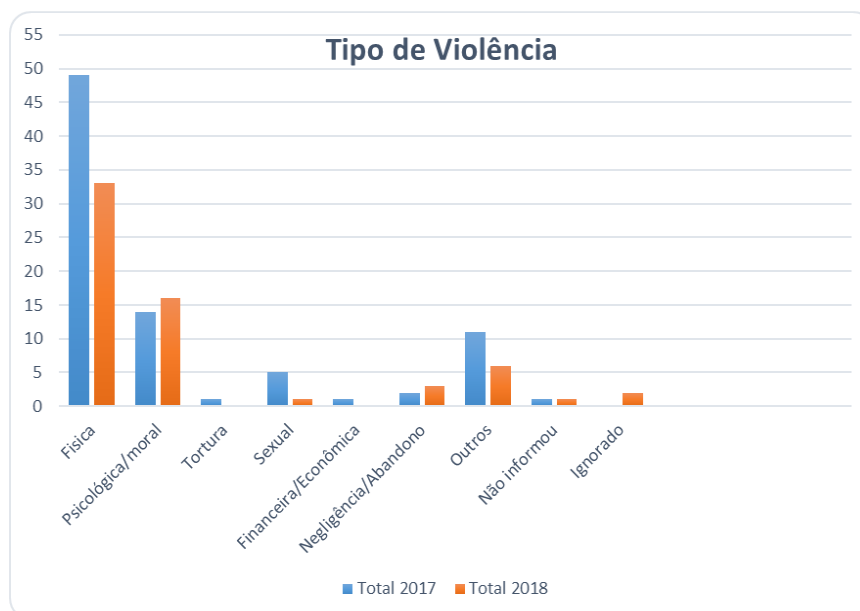
A maioria das lesões não foram auto provocadas. E houve uma diminuição em 2018 das tentativas de suicídio. No gráfico a seguir podemos perceber que muitos profissionais preencheram de forma equivocada a ficha de notificação, uma vez que destacou-se a motivação “situação de rua”, contudo, a maioria das vítimas teve endereço preenchido pelos notificantes e elas aconteceram na residência. Portanto essa informação é contraditória.

Gráfico 13: Motivação



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018; Elaboração própria.

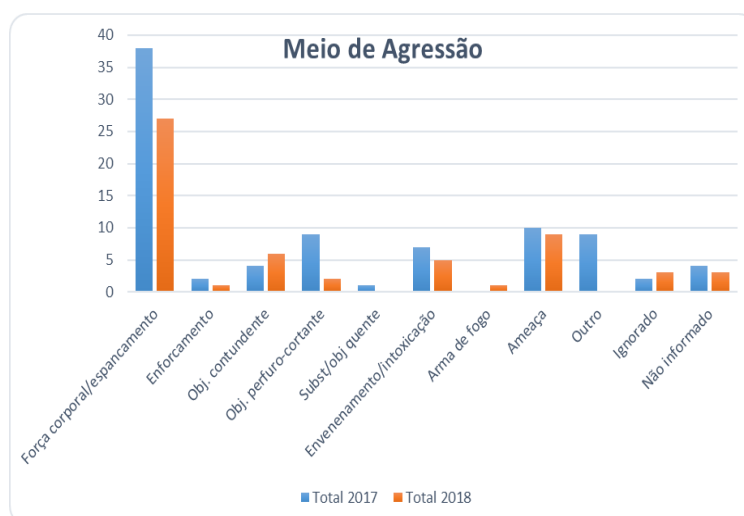
Gráfico 14: Tipo de Violência



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

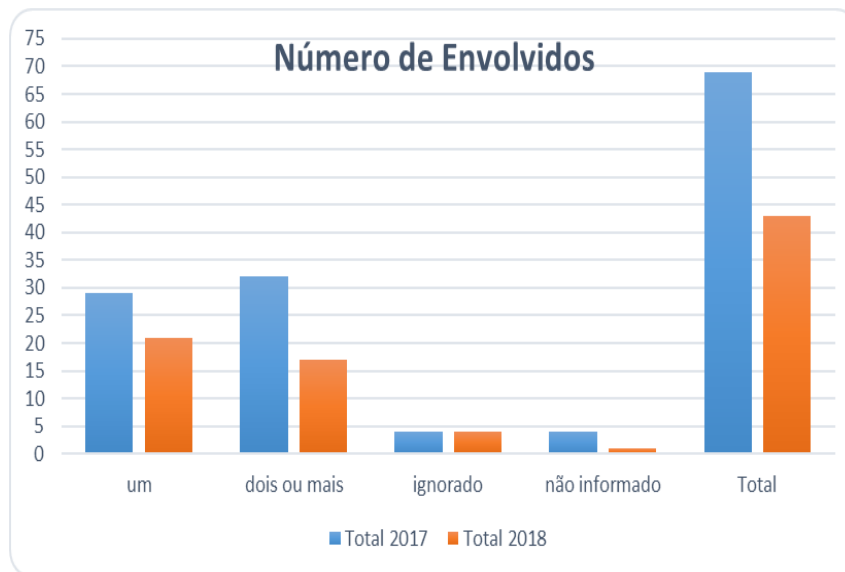
Não foi escolhido o tipo principal de violência conforme o instrutivo orienta, mas contabilizadas todas as tipologias de violências assinaladas nas fichas. Oliveira (2019), observa e que prevaleceu a violência física, seguida de violência psicológica. Em um dos casos analisados, chamou a atenção, pois a vítima sofreu violência física, por meio de tapas, e outros meios de força corporal/spancamento; psicológica/moral, por meio de ameaça com palavras e arma de fogo; e posteriormente violência sexual, por meio de estupro.

Gráfico 15: Meio de Agressão



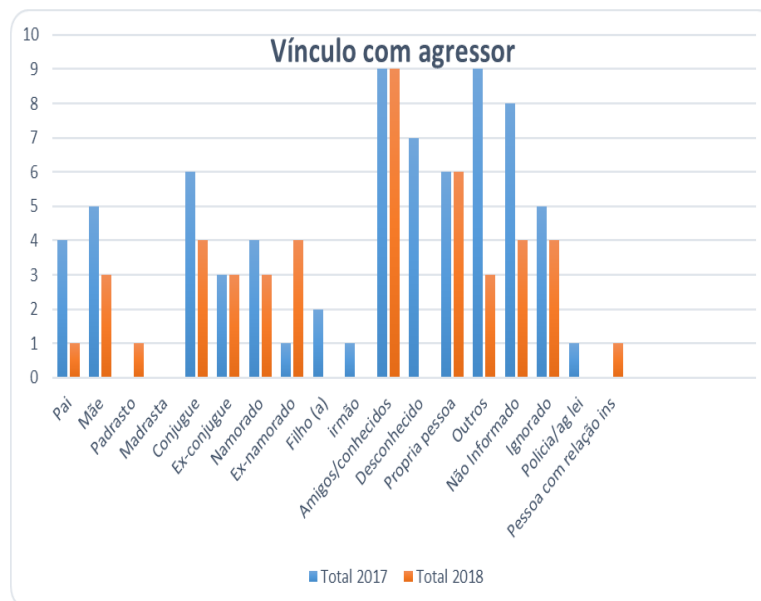
Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

Gráfico 16: número de envolvidos



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

Gráfico 16: vínculo com o agressor

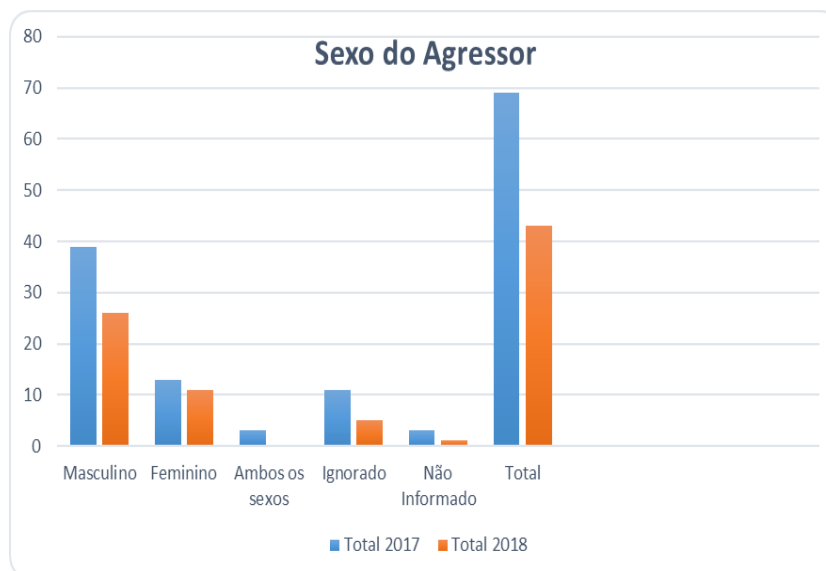


Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018; Elaboração própria.

É importante salientar que, em alguns casos de violência, como houve mais de um agressor, foi apontado também mais de um vínculo de parentesco pela mesma vítima, em apenas uma ficha. É possível observar que, dentre os agressores, a maioria é de convívio direto e familiar da vítima, o que caracteriza violência intrafamiliar e doméstica (OLIVEIRA, 2019).

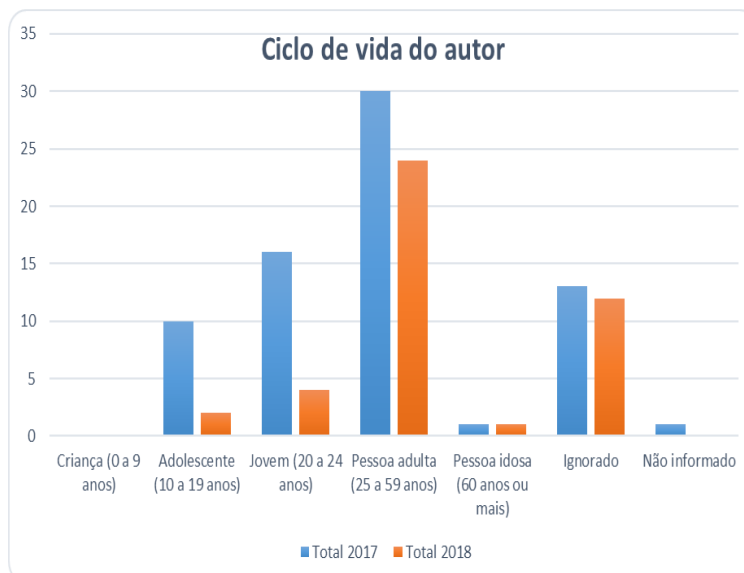
Prevaleceram agressores do sexo masculino, conforme pode ser observado no gráfico 17. A maioria dos agressores são adultos e jovens, contudo também adolescentes aparecem neste item (gráfico 18).

Gráfico 17: Sexo do Agressor



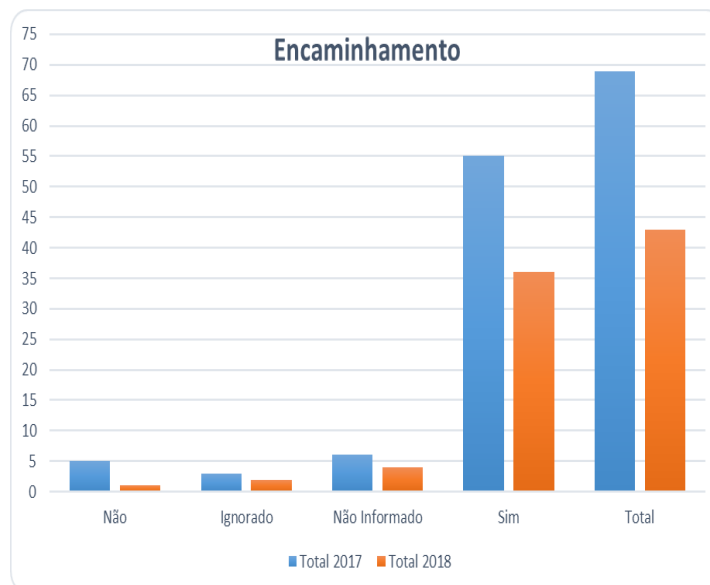
Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

Gráfico 18: Ciclo de Vida do Autor



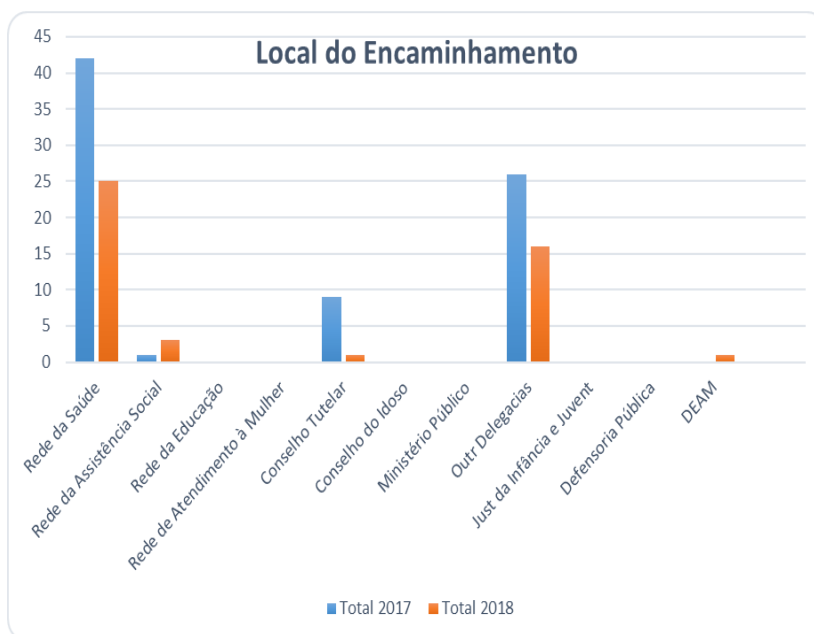
Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018.

Gráfico 19: Encaminhamentos



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018; Elaboração própria.

Gráfico 20: Local do encaminhamento



Fonte: SINAN-Itaocara, 2017-2018; Elaboração própria.

O encaminhamento implicado da vítima, pensando numa linha de cuidado após a violência, é mais que o encaminhamento da ficha em si e pode resultar em alterações significativas na perpetuação de situações de violência, possibilitando que vidas permeadas por ciclos de violência sejam rompidos. Assim como nas lesões autoprovocadas ou intoxicações com objetivo de suicídio, o encaminhamento também é

crucial, pois permite à vítima vislumbrar possibilidade de vida, sem violência interpessoal ou autoprovocada, por meio do cuidado em saúde adequado e em outras políticas sociais. (BRASIL, 2016). Assim, é possível observar que a maioria dos casos foram encaminhados, mas a ficha não explicita o tipo de encaminhamento, se verbal, escrito ou ambos. A maioria dos casos foi encaminhada à rede de saúde e à Delegacia Legal. Observa-se um baixo índice de encaminhamento à rede de assistência, sobretudo aos Centros Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, responsáveis, no âmbito desta política do atendimento aos casos de violação de direitos (OLIVEIRA, 2019).

Com os dados expostos acima, que também foram apresentados no curso, elaboramos 4 (quatro) casos de violência para que as duplas pudessem preencher as fichas de notificação. Os casos advieram de situações acolhidas na rede de saúde do município, mas foram preservadas as identidades dos usuários a partir da utilização de nomes fictícios.

CASO I – RELATO 1:

Dona “Célia”, 56 anos, apresenta quadro clínico de depressão grave. Por diversas vezes deu entrada na unidade Básica de Saúde de sua localidade, com picos de pressão, sem vontade de se alimentar e insônia. Sempre muito calada e acompanhada de seu marido. Em suas consultas seu marido nunca a deixava ser atendida sozinha e na maioria das vezes quem respondia às perguntas era ele.

Descrição do caso em triagem: usuária foi encaminhada pela unidade básica para atendimento psiquiátrico. Durante a triagem, a usuária nos informou que sofre agressões de seu marido há mais de 20 anos e que ele não a deixava sair de casa nem ter contato com seus familiares sozinha. Durante a triagem, Dona Célia, afirmou por várias vezes ter tentado o suicídio.

A dupla responsável pelo caso foi a Estratégia Saúde da Família de Estrada Nova juntamente com a Estratégia Saúde da Família de Portela. Os dois profissionais, preencheram corretamente a ficha de notificação, porém no momento de fazerem os encaminhamentos, a encaminharam apenas para a Saúde mental do Município, não se atentaram para o encaminhamento para a rede Assistência Social Especializada, uma

vez que “dona Célia” encontra-se em situação de risco social. O profissional 1 nos disse que “não teria encaminhado para nenhum local, pois antes apenas fazíamos a parte burocrática e não pensávamos no encaminhamento do paciente”.

CASO II – RELATO 2:

Criança “Paulo Júnior”, de 10 anos, apresenta problemas recorrentes na escola. A coordenação pedagógica orientou a família a procurar atendimento médico, pois o referido aluno apresenta dificuldades de aprendizagem e agressividade com os colegas.

Descrição do caso em triagem: em conversa com o adolescente, o mesmo relatou que não gosta de estudar e sente muito sono pois dorme pouco durante a noite, já que sempre sai com sua mãe para a rua e volta de madrugada. Sua genitora, que o acompanhava, nos informou que frequenta bares durante à noite e levava o menino pois não tinha com quem deixá-lo. “Paulo Júnior” disse gostava de morar com sua mãe, pois seu pai lhe batia muito e o Conselho Tutelar o havia tirado de casa e devolvido para sua mãe, que bate menos.

A dupla responsável pelo caso foi a Estratégia Saúde da Família Cidade Nova e a Coordenação de Atenção Básica. Pensaram em encaminhamentos para a saúde mental, Conselho Tutelar (por se tratar de criança). Direcionaram o encaminhamento para Assistência Social Especializada, por se tratar de violação de direitos de criança. A dupla não pensou no encaminhamento da mãe já que o cuidado deve ser de modo geral e, conseqüentemente, a mãe precisa ser orientada a procurar o serviço de atendimento e tratamento de álcool e drogas do município. A dupla apresentou algumas dificuldades para o preenchimento da ficha, principalmente ao descrever o tipo de violência do caso. Disse-nos o profissional: “pensamos apenas no cuidado e na assistência da criança, porém depois das discussões esta mãe precisa de tratamento também.”

CASO III – RELATO 3:

Senhor “João”, de 94 anos, aposentado e pensionista, reside com seu filho “Marcos Paulo”, de 53 anos, solteiro e desempregado. O idoso recebeu visita domiciliar da

equipe de Atenção Básica Local e foi constatado que o mesmo estava desnutrido, desorientado e em más condições de higiene.

Descrição do caso em triagem: segundo relatos da comunidade, o filho pega o dinheiro do pai para usar com álcool e outras drogas. Como moram os dois sozinhos seria o filho o único responsável pelos cuidados ao idoso.

A dupla responsável foi a Estratégia Saúde da Família de Jaguarembé e do BNH. Houve o encaminhamento do caso para a rede de Assistência Social Especializada, por se tratar de violência contra o idoso e para a rede de saúde municipal. A dupla apresentou algumas dificuldades no preenchimento da ficha, principalmente na tipologia da violência. E não pensaram no encaminhamento do filho para a rede saúde mental a fim de tratamento para o controle do álcool e das drogas. Disse-nos o profissional: “se fosse antes eu não teria conseguido marcar a tipologia correta da violência”.

CASO IV – RELATO 3:

“Joana Célia”, de 21 anos, deu entrada por várias vezes na unidade de atendimento de emergência do município com sucessivas tentativas de suicídio.

Descrição do caso em triagem: Segundo a jovem, as tentativas de tirar sua própria vida seriam por falta de encontrar sentido em viver. Ela nos informou que seu sofrimento vinha desde os seus 10 anos de idade, quando seu padrasto havia começado a abusá-la. Depois de anos anos sendo violentada, veio uma gestação do mesmo, que a obrigou a abortar. Depois do ocorrido, a jovem diz não sofrer mais abusos; porém ainda mora com o padrasto e ele sempre diz que se ela falar alguma coisa sofrerá as conseqüências.

A dupla responsável foi a Estratégia Saúde da Família de Laranjais e a Coordenação dos Agentes Comunitários de Saúde. Apresentaram bastante dificuldades em preencher a ficha de notificação, porém conseguiram pensar numa proposta de cuidado mais completa entre todos os participantes. Direcionaram a vítima para o Hospital Geral, ao programa Saúde da Mulher, para a realização de exames periódicos,

e encaminharam-na para a Delegacia Legal. Disse-nos o profissional: “eu encaminho para a delegacia de “boca”, não frneço papel nenhum, porque depois eu fico na “mira” desse povo. Não me sinto nenhum pouco segura para encaminhar os casos para a delegacia, pois eu tenho a sensação de impunidade, eles não fazem nada!” finalizou a profissional.



Ao longo do curso fizemos questionamentos aos participantes (Apêndice). Identificamos a formação insatisfatória para trabalho com vítimas de violência intrafamiliar. O curso foi finalizado com aprovação positiva unânime dos doze participantes. Segundo os mesmos, a metodologia utilizada foi muito produtiva e permitiu reflexões consistentes em grupo, especialmente sobre o preenchimento das fichas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou contribuir para a capacitação dos profissionais de nível superior da rede de Atenção Básica do município de Itaocara, visando a melhoria do atendimento às vítimas de violência intrafamiliar do município. Pensando num cuidado de forma continuada, transcendendo a burocratização dos serviços e tocando os indivíduos como um todo, não apenas como números.

Reforçamos a importância da Educação Continuada das equipes de saúde. Focamos na questão da violência intrafamiliar, pois é uma crescente nos espaços e serviços de saúde e há latente necessidade de aperfeiçoamento do profissional, principalmente para não revitimizar usuários vítimas de violência.

Por meio do minicurso realizado com os profissionais, foi possível perceber as dificuldades encontradas por parte dos mesmos, tanto para o preenchimento das fichas de notificações, como para a capacitação/percepção e definição das formas de violência intrafamiliar. Unanimemente os profissionais afirmaram não saber dos tipos de violência intrafamiliar possíveis.

Outro grande ganho com este trabalho, especialmente com o minicurso, foi levarmos aos profissionais a necessidade do cuidado continuado após o atendimento das vítimas. Pensar no cuidado em parceria com a rede de saúde, com a rede assistencial, com a rede jurídica do município e não apenas encaminhamentos para exames ou atendimento especializado em saúde. Pudemos pensar num cuidado continuado envolvendo um atendimento multiprofissional e intersetorializado.

Abordar a violência intrafamiliar nos serviços de saúde é pensar no profissional como facilitador do processo terapêutico, ou melhor, é empoderar esse profissional como parte da linha de cuidados que a vítima precisa. É necessário construir estratégias de atendimentos mais humanizadas, respeitando a singularidade de cada usuário e seu contexto social. Para trabalharmos nessa ótica, é preciso nos aproximarmos da realidade e darmos visibilidade aos conflitos que estão nas entrelinhas de cada queixa recebida.

Para finalizar, destacamos que as ações de prevenção e cuidado continuado às vítimas de violência intrafamiliar servem para evitar que esse fenômeno se perpetue de geração em geração, objetivando uma ruptura da rotina de violência ínsita no seio familiar. Além de buscar alternativas para o fortalecimento dos espaços de atenção às vítimas, com equipes capacitadas para o acolhimento e cuidado dos mesmos, torna-se de extrema importância instituir e consolidar redes de apoio e cuidado.

APÊNDICE I

Questões aplicadas verbalmente durante o Minicurso aos participantes

01 – Gênero

Masculino

Feminino

02 – Já recebeu alguma capacitação antes deste minicurso acerca da temática Violência intrafamiliar?

Sim

Não

03 – Se sente capacitado para identificar casos de violência intrafamiliar em sua área?

Sim

Não

04 – Se sente constrangido ao acolher uma vítima de violência intrafamiliar?

Sim

Não

05 – Já acolheu algum caso de violência intrafamiliar?

Sim

Não

06 – Sabe quais tipos de violência se definem por violência intrafamiliar?

Sim

Não

07 – Conhece a Ficha de Notificação Compulsório de Violência?

Sim

Não

08 – Possui alguma dificuldade em preencher as Fichas de Notificação Compulsória?

- Sim
- Não

09 – Tomando conhecimento de um caso de violência intrafamiliar, você acredita que o profissional possa não se manifestar por medo de perseguição?

- Discordo Totalmente
- Discordo Parcialmente
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

10 – acredita que o profissional, por trabalhar diretamente e cotidianamente com a comunidade, ele não conseguirá manter a neutralidade em situação de acolhimento à vítima ?

- Discordo Totalmente
- Discordo Parcialmente
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

11 – Devido ao vínculo construído entre as unidades e a comunidade, isso pode vir comprometer o a imparcialidade profissional.

- Discordo Totalmente
- Discordo Parcialmente
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

12 – A qualidade de vida e a saúde estão intimamente relacionadas com a violência, direta e indiretamente.

- Discordo Totalmente
- Discordo Parcialmente
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

13 – Homens e mulheres são afetados com a questão da violência de forma igualitária.

- Discordo Totalmente

- Discordo Parcialmente
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

14 – dos tipos de violência intrafamiliar, qual delas você considera mais grave?

- Sexual
- Física
- Verbal
- Psicológica
- Negligência
- Patrimonial

18 – O minicurso foi considerado válido para sua formação profissional?

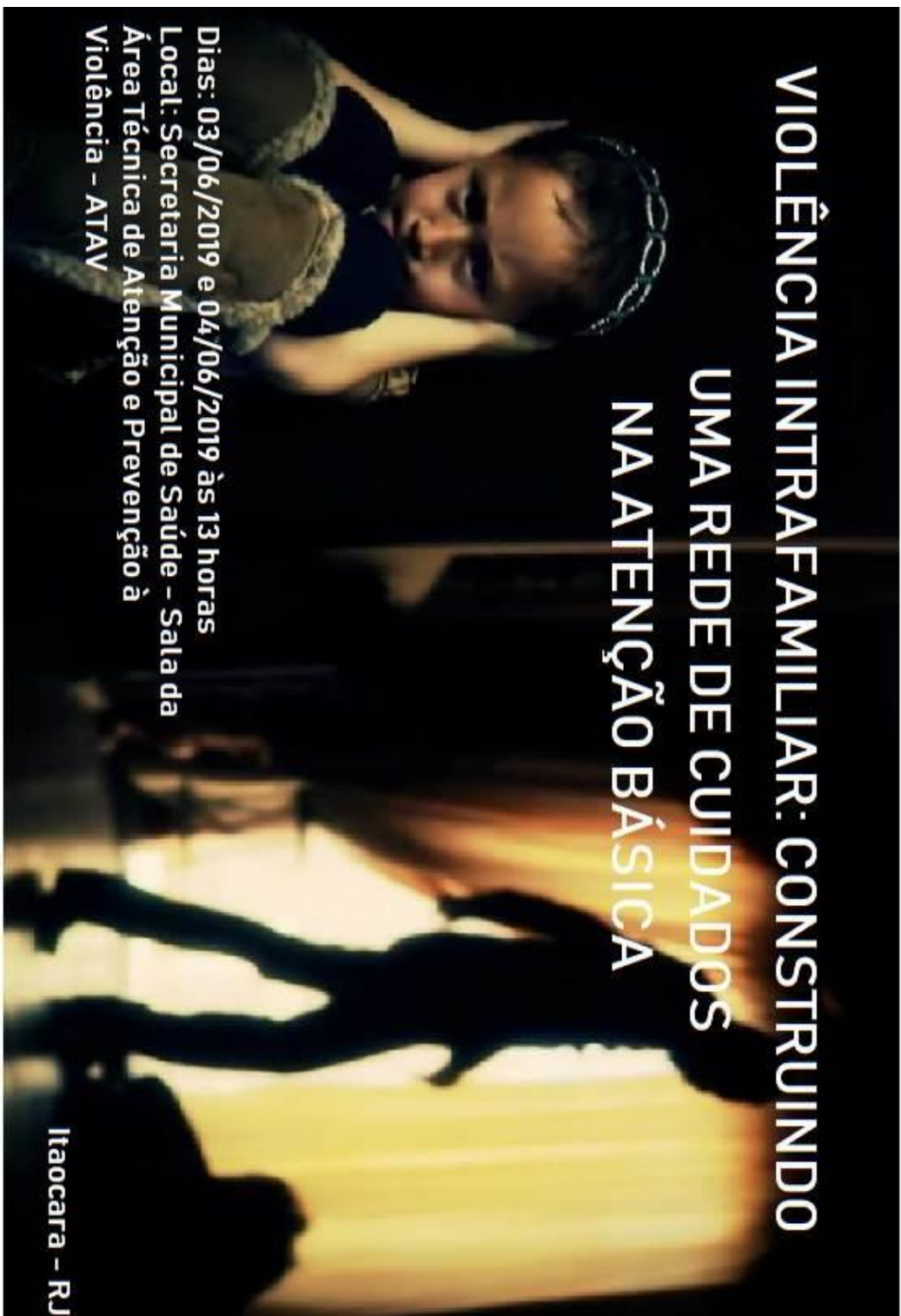
- Sim
- Não

19 – Este minicurso te auxiliou no preenchimento da Ficha de Notificação?

- Sim
- Não

APÊNDICE II

Folder e Cartaz de Divulgação do Minicurso



**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: CONSTRUINDO
UMA REDE DE CUIDADOS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dias: 03/06/2019 e 04/06/2019 às 13 horas
Local: Secretaria Municipal de Saúde - Sala da
Área Técnica de Atenção e Prevenção à
Violência - ATAV

Itaocara - RJ

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: CONSTRUINDO UMA REDE DE CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

:

PALESTRANTES:

Gleyciane Lima da Silva –
Assistente social - Mestranda em
Ensino – UFF -INFES

Wanessa Gonzaga de Oliveira –
Assistente Social – Mestra em
Políticas Sociais - UENF

Ementa – Carga Horária (8 horas)

Data: 03/06/2019

Apresentação da temática e a Tipificação da Violência Intrafamiliar; apresentação de dados quali-quantitativos sobre notificações de violência no município de Itaocara do ano de 2017 e 2018. Apresentação de proposta de atividade prática em grupo.

Data: 04/06/2019

Apresentação de cada grupo do seu estudo de caso, e por meio desta apresentação será aberto as discussões dos casos, onde trabalharemos as dúvidas e será elaborado de forma conjunta a construção do cuidado continuado por meio da atenção básica.

Público-alvo: Profissionais de nível superior inseridos no cuidado da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller (orgs) Família: Redes, laços e Políticas Públicas. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003.

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. Para reinventar as rodas: rodas de conversa em direitos humanos. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.

AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. Institutional violence and humanization in health: notes to debate. *Ciencia & saude coletiva*, v. 22, n. 9, p. 3013-3022, 2017.

BEZERRA, Juliana. Revolta da Vacina. Toda Matéria. Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/revolta-da-vacina/>. Acesso em: maio de 2019.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Editora Vozes Limitada, 1999.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436 de 21 de Setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_092017.html

BRASIL, Raquel Ferreira Gomes; DA SILVA, Maria Josefina; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Avaliação da qualidade de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, p. 03335, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria Geral de Planejamento. Estudos Socioeconomicos dos Município do Estado do Rio de Janeiro Itaocara. Tribunal de Contas. 2010. Disponível em: <http://www.cedca.rj.gov.br/pdf/Itaocara.pdf>.

_____. Secretaria Geral de Planejamento. Estudos Socioeconomicos dos Município do Estado do Rio de Janeiro Itaocara. Tribunal de Contas. 2011. Disponível em: <http://www.cedca.rj.gov.br/pdf/Itaocara.pdf>.

_____. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Série A.

Normas e Manual Técnica Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo. Ficha De Notificação De Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília-DF, 2015;

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Permanent professional education in healthcare services. Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, 2017.

CAVALCANTE, Maria das Graças S. Et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (4): 437-445, out. / dez., 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. FIOCUZ. Rio de Janeiro. 2009.

CUNHA, Tânia Rocha Andrade; DE SOUSA, Rita de Cássia Barbosa. Violência Psicológica contra a mulher: Dor Invisível. In: X Congresso Luso-Afro-Brasileiro. Sociedades Desiguais e paradigmas em confronto. 2009. p. 237-244.

D'AVILA, Ana Luiza; PHYSIS, Mario Roberto Dal Poz: A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 8(2): 11-48, 1998.

DAY, Vivian Peres et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 25, n. supl 1, p. 9, 2003.

DREZETT, Jefferson. Profilaxia Pós Infecçiosa de Mulheres Estupradas. Texto apresentado para a IV Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças – Rio de Janeiro, abril de 2002..

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim. Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço. 2008.

FRANÇA, Tânia et al. Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. Ciência & saúde coletiva, v. 22, p. 1817-1828, 2017.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____, M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____, M. Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979) – tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, Luiza. Violência contra mulher: novos dados mostram que não há lugar seguro no Brasil. BBC NEWS. São Paulo. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47365503>. Cessado em: Junho de 2019.

FREIRE Júnior, Aluer Baptista; SILVA, Maria Leidiane. As novas entidades familiares e a atual concepção de família. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XX, n. 161, jun 2017. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=18964&revista_caderno=14>. Acesso em jun 2019.

_____, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. A importância do ato de ler: em três artigos que se completam / Paulo Freire. – São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989

GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

HUÇULAK, M. M. C. F. F. TCHAUIKOVSKI, LH. L.D. Protocolo para o atendimento às pessoas em SAS– 2. ed. – Curitiba: SESA, 2017.

LIRA, Margaret Olinda de Souza Carvalho et al. SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD AND ITS REPERCUSSIONS IN ADULT LIFE. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 26, n. 3, 2017.

MAGALHÃES, Lana. Saúde Pública no Brasil. Toda Matéria. Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: maio de 2018.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2009.

MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. Psicologia e Sociedade, v.19, n.3, p. 26-32, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio da Pesquisa Social. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008

_____, Maria Cecília de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de saúde pública, v. 10, p. S7-S18, 1994.

_____, Maria Cecília de Souza Violência e Saúde. Maria Cecília de Souza Minayo. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde).

NENES, C. B. et al. Profissionais de Saúde e Violência Intrafamiliar Contra a Criança e o Adolescente. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005.

OLIVEIRA, Wanessa Gonzaga. Estudo sobre a Implantação de Ações de Prevenção e Enfrentamento às Violências no Município de Itaocara/RJ. Itaocara, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002.

PARANÁ. Governo do Estado. Protocolo para o Atendimento as pessoas em Situação de Violência Sexual. Curitiba. 2018.

PAIM J.S. COSTA H., VILASBOAS A. L. Q. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Pública* 2009; 25(3): 485-94.

PAIM, Jairnilson Silva. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006..

PFEIFFER, Luci; SALVAGNI, Edila Pizzato. Current view of sexual abuse in childhood and adolescence. *Jornal de pediatria*, v. 81, n. 5, p. s197-s204, 2005.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2006. Disponível em: . Acesso em: 22 jul. 2012.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosângela de. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006.

SAFFIOTI, Heleieth I. B.; ALMEIDA, Suely Souza. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1995.

SAMPAIO, Juliana et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 1299-1311, 2014.

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.

SOUZA, Hugo Leonardo; CASSAB, Dr^a Latif Antônia. Feridas que não se curam: A violência psicológica cometida à mulher pelo companheiro. 2014.

STAMM, Maristela; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. *Ciência, cuidado e saúde*, v. 2, n. 2, p. 161-168, 2003.

THINK Olga. Meu Corpo não é seu: Desvendando a violência contra mulher. Breve Campnha. 2014.

UNICEF, Brasil. KIT família Brasileira Fortalecida. Álbum 1- Pré-Natal, Parto e Pós-Parto. Unicef. 2013. Disponível em: <https://www.unicef.org/>

brazil/sites/unicef.org.brazil/files/2019-03/br_kit_fbf_album1_2013.pdf. Acesso em maio de 2019.

VASCONCELOS, E. M. et al. Saúde Mental e Serviço Social: Desafios da Subjetividade e da Interdisciplinaridade. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

VIANA, A. L. D; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005.

VOLTOLINI, Roberta Fernanda. Família: um espaço para o cuidado. Instituto Catarinense de Pós Graduação – ICPG. Psicologia e Saúde Mental Coletiva/Uniasselvi. Balneário Camburiú. 2016.

.Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; 2009 [citado 2016 set. 12]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>